FONDÉ EN 1873. — N° 1 LE NUMÉRO : 50 Centimes 7 JANVIER 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

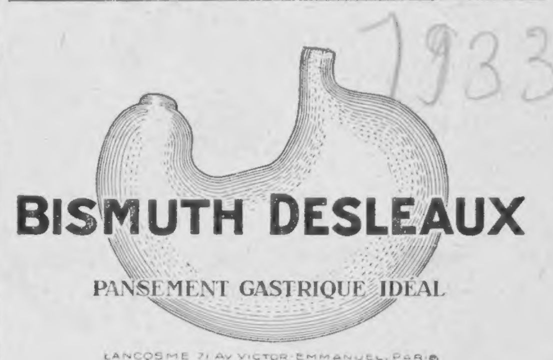
A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V[e])
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

1933



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 22 décembre. — M. Vaillant. De la trombo-phlébite sigmoïdienne latente et de la dénudation systématique du sinus latéral au cours de la mastoïdectomie. — M. Mahée. La diplopie physiologique.
5 janvier. — M. Kuypers. Contribution à l'étude clinique de la splénomégalie vaccinale chez le nourrisson.

Guerre. — (Active). Sont promus :
Au grade de médecin colonel. — MM. Rebierre (Marseille), van Merris (Amiens), Barailhé (Châlons-sur-Marne), Mahaut (Maroc), Beau (Poitiers), Champeaux (Bourges), Heuls (Rennes).
Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Ufferte (Le Bouchet), Langlois (Vichy), Buffé (Lyon), Théobalt (Clamart), Lubet (Levant).
Au grade de médecin commandant. — MM. Dhoste (Hyères), Testas (Angoulême), Magnenet (Versailles), Haultcœur (Amiens), Toureng (Grenoble), Ignard (Maroc).
(Troupes coloniales.) Sont promus :
Au grade de médecin colonel. — M. Trividic.
Au grade de médecin lieutenant-colonel. — M. Jouvelet.
Au grade de médecin commandant. — MM. de Monti-Rossi, Boisseau, Rannou.
(Réserve). Sont promus :
Au grade de médecin colonel. — MM. Combe, Lallement, Merklen (Prosper), Trille.
Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Lenoble, Berge, Olmer, Garnier, Bruzon, Collin, Grégoire, Le Lorier, Barbin, Costa, Robert, Triqueneaux, Nordmann.
Au grade de médecin commandant. — MM. Reverdy, Oppert, Narboni, Pignot, Ciaudo, Gautier, Dutheil, Siauve, Grias, Delapchier, Perrier, Goupil, Limouzi, Flurin, Michel, Caussade, Coste, Retrouvey, Sorrel, Guyot, Arbez, Jarry, Laban, L'Hirondel, Algan, Marre, Pesnel, Paoletti, Rue, Coliez, Brohan, Quilichini, Noël, Levieil, Langlet, Fiessinger (Noël), Lemarchal, Guimbellot, Chenet, Simonin, Salomon, Duhot, Le Miere, Vignes, Martignon, Nadaud, Granger, Metzger, Watrin, Bourquard, Billant, Molin de Teyssieu, Chalot, Legrand, Basset.
Au grade de médecin capitaine. — MM. Laplane, Boulva, Bedu, Froge, Delage, Lebée, Piquet, Escale, Collin, Dresch, Charles, Oddo, Grenier, Brillaut, Chopin, Rouquet, Castex, Potheau, Bardet, Levi-Valensin, Potez, Tristan, Behague, Lefèvre, Caillet, Goudet, Piot, Blaise, Palais, Cornudet, Jacquelin, Billard, Pollosson, Dognon, Raison, Borey, Perrault, Leroux, Rachet, Paychère, Chapuis, Chery, Watel, Schlesser, Rouy, Descola, Monod, Duchamp, Jacquelin, Laemmer, Delacloche, Bru, Moreau, Goldite, Jaouen, Blamoutier, Baylac, Castelli, Gaudot, Jaillette, Veil, Florand, Ferrieux de Sallier-Dupin, Hidden, Roudeau, Huas, Vallée, Muller, Thomas, Deguy, Massié, Vigouroux, Serane, Galliard, Verger, Pauty, Gaugier, Plait, Charbon, Martin, Guillemin, Engelbard, Laburthe-Tolra, Heitz, Binet, Courtot, Huet, Petitjean, Parry, Tétard, Picard, Lebon, Perrussel, Marissal, Joseph, Bonnet, Renard, Sautereau, Vogt, Surun, Gambillard, Chalut, Loiseau, Baranger, Mourgeon, Bonafé, Batailh, Meyer, Allenbach, Lavier, Codaccioni, Apard, Adrian, Martin, Wickham, Demelin, Beverdy, Chereau, Clément, Sédillot, Richard, Gastinel, Thalheimer, Delplace, La Chaux.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :
Santé publique. — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Bergeret, Braun et Lebedinsky (de Paris).
Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Colombet, Kornhold et Jacques Mock (de Paris).

Distinctions honorifiques. — M. le Professeur Francisco Dominguez, ancien ministre de l'Instruction publique de Cuba, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, a été élevé à la dignité de grand officier de l'ordre national mexicain de Carlos Manuel de Cespedes.

Guerre. — M. le Médecin colonel Plisson, directeur du Service de santé de la 12e Région, est promu au grade de médecin général.

Le Salon des Médecins. — Le XIIIe Salon des médecins, aura lieu cette année du 12 au 21 mars au Cercle de la librairie, boulevard Saint-Germain.
Le Comité prie les nombreux confrères exposant chaque année de vouloir bien donner dès à présent leur adhésion de principe.
Pour les nouveaux adhérents il est rappelé que ce Salon est ouvert aux médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants. Le nombre des œuvres est fixé à trois, la surface occupée par les toiles ne devant pas dépasser 1 m² 25.
Il sera perçu un droit de cent francs par exposant, l'assurance facultative des œuvres étant entièrement à la charge de l'exposant.
Pour tous renseignements écrire à M. Pierre Malet, 46, rue Lecourbe, Paris, XVe.

Journée annuelle d'histoire de la médecine. — La Journée annuelle d'histoire de la médecine sera le samedi 14 janvier 1933.
Le programme est le suivant : 15 h. 45, au Foyer des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, réunion du Comité permanent de la Société internationale d'histoire de la médecine. — 17 heures : Réunion de la Société française d'histoire de la médecine. — 18 heures : Conférence de M. le Professeur Tricot-Royer sur Paleyn, chirurgien des Flandres 1650-1735. — 19 h. 30 : Dîner au Cercle de la Renaissance française, 12, rue de Poitiers. Prière de s'inscrire dès maintenant auprès du Professeur Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Tél. Laborde 21-08.

Cours de psychiatrie médico-légale élémentaire. — Le Professeur Laignel-Lavastine commencera son cours de psychiatrie médico-légale élémentaire à la Faculté de droit le jeudi 12 janvier 1933 à 11 heures, à l'amphithéâtre n° III et le continuera tous les jeudis à la même heure.
Programme du cours. — Jeudi 12 janvier : Expertise psy-

chiatrique et capacité pénale. — Jeudi 19 janvier : Réactions anti-sociales des alcooliques. — Jeudi 26 janvier : Réactions anti-sociales des toxicomanes. — Jeudi 2 février : Réactions anti-sociales des délirants. — Jeudi 9 février : Réactions anti-sociales des paranoïaques. — Jeudi 16 février : Réactions anti-sociales des déments. — Jeudi 23 février : Réactions anti-sociales des périodiques. — Jeudi 2 mars : Réactions anti-sociales des épileptiques et des hystériques. — Jeudi 9 mars : L'homicide pathologique. — Jeudi 16 mars : Les limites du vol morbide. — Jeudi 30 mars : Les limites morbides des attentats aux mœurs. — Jeudi 6 avril : Anthropologie criminelle et sciences pénales.

Conférences d'ophtalmologie. — MM. les Docteurs A. Terson et Joseph commenceront le mardi 31 janvier, à 17 heures à la clinique du Docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, les conférences suivantes (mardis et jeudis à 17 heures) :

Introduction à l'ophtalmologie synthétique. But, méthode, exemples et pratique journalière (A. Terson). — Vue générale sur l'amétropie et sa correction. Graduation des verres en distance frontale. Fronto-focomètres (H. Joseph). — Le glaucome. Sa nature et son traitement médico-chirurgical amélioré (A. Terson). — Acuité visuelle. Sa base, sa mesure, son contrôle. Instruments adjuvants de la vision des amblyopes (H. Joseph). — La cataracte. Evolution historique et technique. Procédés de choix (A. Terson). — Vision binoculaire : ses éléments. Diplopies, physiologique et pathologique (H. Joseph). — Maladies des voies lacrymales. Désinfection et dilatation méthodiques. Dérivation rhinostomique (A. Terson). — Instruments pour le diagnostic et la rééducation des défauts de la vision binoculaire. Conduite générale du traitement orthoptique du strabisme (H. Joseph). — Procédés et instruments de thérapeutique et de chirurgie oculaires (A. Terson et H. Joseph).

S'inscrire (50 francs) à la Clinique du Docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, les jours non fériés, de 14 à 16 heures.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de prophylaxie oculaire.* — M. le Professeur F. Terrien, assisté des Docteurs M. Casteran, Renard, et Suzanne Braun-Vallon, fera, au mois de janvier, un cours sur la prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance.

Ce cours, destiné aux médecins et aux assistantes d'hygiène qu'intéressent les questions d'hygiène et de médecine infantile, comportera cinq leçons, débutera le mardi 10 janvier 1933, à 10 h. 30, et se continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure à l'Amphithéâtre de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Ce cours est gratuit. S'inscrire à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

La Prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance (Première leçon). — Généralités : 1° Notions anatomo-physiologiques sur l'appareil orbito-oculaire : *a*) L'appareil de protection : Paupières et conjonctive ; Orbite ; Muscles de l'œil. *b*) L'appareil de perception : Le globe oculaire et ses parties constituantes : le segment antérieur formant l'appareil optique ou de transmission ; le segment postérieur formant l'appareil de perception. Notions élémentaires sur la structure de la rétine : les cônes et les bâtonnets ; le pourpre rétinien. Voies optiques. Centre visuel. — 2° Hygiène oculaire : Visions de près. Rôle de l'accommodation. Inconvénients d'une vision trop rapprochée. Conditions optima de vision. Qualités d'un bon éclairage. Eblouissements. Protection de l'œil.

Réfraction statique et réfraction dynamique. (Deuxième leçon). Les différents types de réfraction. Notions générales sur l'emmétropie, l'hypermétropie, la myopie, l'astigmatisme. — Moyens de les reconnaître. — Causes qui en favorisent le développement (maladies générales et locales). — Leur influence sur l'état général. — Leur prophylaxie.

Les infections en pathologie oculaire (Troisième leçon). — Infections aiguës locales : Conjonctivites aiguës et blépharo-conjonctivites. Conjonctivites purulentes. Conjonctivite granuleuse ou trachome. Conjonctivite des piscines. Kérato-conjonctivites et kératite. Taies de la cornée et troubles consécutifs. Myopie et nystagmus. — Infections générales : Syphilis héréditaire (manifestations précoces et tardives). Kératite interstitielle. Cataractes congénitales : symptômes et pronostic. Autres affections congénitales symptômes et pronostic. Autres affections congénitales. Gliome de la rétine.

Les troubles de la vision binoculaire et le strabisme (Quatrième leçon). — La vision binoculaire. Ses altérations. — Le strabisme : strabisme paralytique (diplopie) et strabisme concomitant ou strabisme proprement dit. Causes du strabisme : origine nerveuse. Le rôle des vices de réfraction dans son développement. Prophylaxie et correction du strabisme. Importance de l'hygiène et des moyens orthoptiques.

Hygiène et prophylaxie oculaires (Cinquième leçon). — Les troubles oculaires susceptibles d'être corrigés ou simplement améliorés. Les troubles indélébiles. Leur détermination et leur correction. La méthode Braille. — Rôle du médecin, des infirmières et des instituteurs dans la prophylaxie de ces troubles. Rôle des parents, des éducateurs, des municipalités et de l'Etat. — Réalisation de la prophylaxie : Dépistage (infirmières) ; Conseils (médecins) ; Soins (hôpitaux dispensaires) ; Institutions spéciales (écoles d'amblyopes).

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours sur la chirurgie du membre inférieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le Docteur P. Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 23 janvier 1933, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e). Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — 1. Ligatures des artères du mem-

bre inférieur. — 2. Amputation de Lisfranc. — 3. Astragalectomie. — 4. Ostéosynthèses pour fractures de jambe. — 5. Les voies d'abord du genou ; fracture de la rotule ; méniscectomie. — 6. Les amputations de jambe. — 7° Les voies d'abord de la diaphyse fémorale pour ostéosynthèse. — 8. Les voies d'abord de la hanche. — 9. L'opération de Ricard. — 10. Résection du genou.

Collège de France. — Le Professeur Charles NICOLLE, membre de l'Institut commencera son cours au Collège de France sur le « Destin des maladies infectieuses », le vendredi 13 janvier 1933 et le continuera les mercredi et vendredi, à 5 heures, salle 6.

Nécrologie. — Docteur Maurice BARRAUD, d'Angoulême. — Docteur Louis BERGERON. — Docteur Emile BERTÉ, de Raucourt (Ardennes). — Docteur Armand CHASSAGNE, décédé dans sa 69e année, en sa propriété de La Cote. — Docteur CROUZET, de Creil, décédé à l'âge de 80 ans. — Docteur Adrien DIMOYAT, de Clermont-Ferrand, médecin consultant à Royat, décédé à l'âge de 52 ans. — Docteur Paul GEORGE, de Paris, 44, avenue Daumesnil (XIIe), ancien chef de clinique à la Faculté. — Docteur Pierre HODÉ, de Vehiers (Maine-et-Loire), décédé dans sa 67e année. — Docteur LAFFITE-DUPONT, du Dorat (Haute-Vienne). — Docteur Louis PAYRE, de Grenoble, décédé dans sa 70e année. — Docteur Paul RABIER, de Paris 84, rue Lecourbe (XVe), organisateur du *Salon des médecins*. — Docteur Georges ROTTENSTEIN, de Marseille. — Docteur Louis TRAGAN, de Saint-Ciers (Gironde). — Mme G. LONGUET, interne des hôpitaux de Paris. — M. FAYE-DEYRES, étudiant en médecine à Bordeaux. — Professeur HANS BURGHART, de Berlin, décédé à l'âge de 70 ans. — Docteur Jacob HOLLAND, directeur du musée Carnegie, décédé à l'âge de 84 ans. — Professeur Treacher COLLINS, ophtalmologiste, décédé à Londres à l'âge de 70 ans. — Docteur Edouard D'HAENENS, d'Anvers, décédé à l'âge de 70 ans. — Baron Albert DE LA CHAPELLE, médecin et chirurgien très connu d'Helsingfors, descendant d'une famille française qui était venue s'établir en Finlande au début du XVIIIe siècle.

« La nourriture populaire est l'essentiel de la politique, et personne ne s'en occupe. » (Honoré DE BALZAC). (Cité par L. BOUCHACOURT in *Presse Médicale*.)

BIBLIOGRAPHIE

A propos d'un argus très utile. — *L'analyse* va entrer dans sa sixième année. C'est une publication présentée sous forme *d'argus* citant 119 journaux et revues de langue française. Elle rend de grands services au praticien, au médecin préparant des concours ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois une bibliographie bien faite.

Le coût de l'abonnement est minime : 20 francs, France, 30 francs. Union Postale ; 40 francs autres pays. Un numéro *specimen* sera envoyé sur demande adressée au Docteur Crouzat, 84, boulevard Richard-Lenoir Paris.

Précis de Thérapeutique infantile, par L. BABONNEIX, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. cartonné de 508 pages. Collection de Précis médicaux, Masson, éditeur. Prix : 55 francs.

Voici un volume qui rendra les plus précieux services à tous les médecins appelés à soigner des enfants.

Avec la clarté et la précision qui caractérisent l'auteur, on y trouve étudiées successivement les médications chimiques (avec un exposé de l'art de prescrire et de la posologie générale), les médications physiques (y compris les cures thermales et climatiques), les médications biologiques (opothérapie, vaccins, protéinothérapie, etc.). Un chapitre de 200 pages est consacré à la thérapeutique des affections des divers appareils. L'ouvrage traite ensuite des régimes chez l'enfant sain et malade. Il se termine par un index des formules. Il ne s'agit pas d'une compilation, mais d'une œuvre personnelle, où l'auteur nous fait profiter de sa longue et consciencieuse expérience. A. S.

Actualités infantiles. — Leçons faites à l'Hôpital Saint-Louis sous la direction du Docteur BABONNEIX. Un vol. de 291 pages. Masson, éditeur. Prix : 35 francs.

Le Docteur Bobonneix a eu l'heureuse idée de publier les leçons professées dans son service de l'hôpital Saint-Louis par lui-même et par MM. Azerad, Biancani, J. Blum, A. Caylo, J. Delarue, J. Hutinel, P. Lonjumeau, A. Marçais, M. Lévy, Gilbert Robin, J. Sigwald, E. Terrien. Sujets traités : Réactions méningées chez l'enfant ; Encéphalites aiguës infantiles ; Traitement du diabète infantile ; Les rayons ultra-violets ; L'examen de fond d'œil ; Les anémies du nourrisson ; Traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant ; L'anorexie des enfants ; Traitement de l'hérédo-syphilis ; Transfusion sanguine ; Paralysie infantile ; Arriérations mentale ; Les tests mentaux ; La néphrose lipoïdique ; La bouillie de malt chez le nourrisson. Autant de mises au point très instructives et très intéressantes. A. S.

TRAVAUX ORIGINAUX

La chimiothérapie du cancer

Par MM. les Docteurs E. DUROUX et A.-L. CHEVALLIER (Lyon)

L'étude de la chimiothérapie dans le cancer représente un vaste ensemble de connaissances et nous n'avons pas la prétention de les réunir toutes dans l'article présent. Nous nous proposons de les rassembler dans leurs groupements les plus importants. Bien des notions seront sans doute oubliées et il ne saurait en être autrement dans une étude aussi complexe. Nous nous en excusons d'avance auprès de leurs auteurs.

Il est pourtant des efforts qui comptent et c'est bien dans ceux qui s'adressent au cancer qu'il nous paraît se trouver ceux qui sont les plus méritants. Ce mal semble rebuter les forces qui l'attaquent et devenir décourageant. Cependant même les échecs sont intéressants et utiles pour l'avenir, car, sur la route du progrès, ils n'interviendront plus désormais, et les chercheurs futurs ne s'attarderont plus à d'infructueux essais.

Il est l'heure de les grouper. Tous ces moyens chimiques utilisés s'adressent pour la plupart, et il faut le dire tout de suite, aux cancers inopérables ou récidivés. Par le mot « opérable », il convient d'envisager soit l'action chirurgicale seule, soit la curiethérapie seule également, ou associée à l'intervention.

Actuellement, il ne saurait être question dans un cancer abordable par la chirurgie ou le radium de faire un autre traitement. La destruction locale du foyer cancéreux qui donne le pourcentage de guérisons ou de survies prolongées ne peut en effet être discutée.

Mais, lorsque le mal se présente dans des conditions d'étendue, d'infiltration ou de généralisation qui s'opposent à toute tentative d'ablation ou de destruction, force est de s'en remettre à d'autres éléments d'action dont les plus en faveur sont pour le moment les éléments chimiques.

Historique de la chimiothérapie

Les essais de chimiothérapie sont déjà anciens.

En 1775, Lefébure de Saint-Ildefond prescrivait à l'intérieur l'arsenic, médicament encore employé sous forme de liqueur de Fowler, de cacodylate, etc... Les pilules de Gerbier (1779) renfermaient de l'arsenic blanc. Le médicament qui eut une grande vogue fut le remède de Gamet, qui renfermait de l'acétate de cuivre. L'usage du cuivre dans le traitement du cancer est donc très ancien (cité par Nélaton, t. IV, Eléments de pathologie chirurgicale, 1847).

Goulard préconisait déjà à cette époque les préparations de plomb. On employait aussi : le carbonate et le tartrate de fer ; le muriate de baryte et des préparations variées de mercure, d'or, d'iode, de brome. Goulard avait même proposé les applications de lames de plomb sur les cancers ulcérés.

Il y avait également l'emploi de la pâte de Canquoin au chlorure de zinc, le caustique de Vienne (mélange de potasse et de chaux vive), l'acide arsénieux, le caustique noir (acide sulfurique et safran). Ces « flèches de Canquoin » étaient surtout utilisées dans les tumeurs ulcérées du sein ou de l'utérus. On obtenait des résultats partiels, mais l'effet destructeur était lent, douloureux et les malades ne pouvaient pas toujours l'accepter.

Il en était de même de l'acide arsénieux, qui fut employé de nombreuses années. On laissait agir le caustique douze jours et plus, quelquefois même jusqu'à la chute de l'escarre. Ce procédé était trop douloureux et d'une efficacité relative.

Vers 1830-1840, on se servait de « pommades à la suie ». Récemment on avait de nouveau signalé leurs mérites. Nous les avons utilisées sans résultats.

Dans le même but, Louge, de Marseille (*Marseille Médical*, 15 janvier 1914) a signalé l'emploi des injections de sulfure de carbone intra-tumorales ou para-tumorales.

On a employé le carbure de calcium (Guinard) ; l'acétone (Gellhorn et Kalabine). D'après ces auteurs, les hémorragies du cancer utérin s'atténuent, les douleurs s'amendent. Il y aurait eu des cicatrisations partielles et un relèvement de l'état général. On a proposé même le sucre en poudre : Berczeller l'emploie dans les cancers inopérables du col utérin et récemment Nogier (de Lyon) en avait préconisé l'usage.

On a eu recours également aux couleurs d'aniline, au violet de méthyle, au bleu de méthylène. Beard en Amérique (1911) utilisait les injections de trypsine. D'après Bainbridge (Le problème du cancer, 1922, Doin, éditeur) la cachexie seule serait parfois influencée favorablement.

Exner et Werner avaient proposé les injections de choline. Dans le même ordre d'idées, Webb (de Melbourne) injecte des solutions de savon surchargées de graisses.

Le traitement par la quinine, préconisé par Jaboulay, demeure un traitement intéressant dont l'emploi provoque des améliorations légères (assèchement des plaies et atténuation des douleurs) : Jaboulay employait les sels de bromhydrate et de chlorhydrate de quinine à la dose de un à deux grammes par jour ou en injections hypodermiques avec une solution aqueuse à 50 %, concurremment avec des applications locales lorsque cela est possible.

Morton a cru pouvoir exagérer l'action histofluorescente de la quinine en faisant suivre son traitement d'une séance de rayons X.

La chimiothérapie *vraie* commença avec les premiers essais de Thiersch, qui employa deux solutions différentes en injections. La première solution était une solution de nitrate d'argent, la deuxième une solution aqueuse de chlorure de sodium. Il obtenait ainsi un chlorure d'argent. Les résultats furent décevants.

Il a fallu les expériences célèbres de Wassermann, faisant disparaître certaines tumeurs des souris par le sélénium, pour mettre en honneur la chimiothérapie.

La chimiothérapie du cancer emploie des *méthodes locales* que l'on peut envisager soit dans un objectif de destruction, soit dans un but de modification cellulaire, et des *méthodes générales* qui ont recours à l'absorption de substances ou à la voie sanguine.

Sans nous attarder sur des faits ou éléments bien connus, nous nous proposons seulement tout en les relatant dans chaque catégorie, d'insister sur des observations personnelles et sur nos propres *essais cliniques* ou *expérimentaux*.

I. — Méthodes chimiothérapiques locales

Les méthodes locales utilisent : 1° les applications chimiques ; 2° les injections tumorales et péri-tumorales ; 3° l'ionisation.

1° *Applications locales*

Les préparations employées dans ce but sont innombrables. Elles s'adressent essentiellement à des cancers ulcérés et en surface.

Elles comprennent tout d'abord toute la série des caustiques solides ou liquides dont les plus connus ont été la pâte de Canquoin à base de chlorure de zinc et l'acide arsénieux.

Quelques succès furent publiés à une époque déjà ancienne, mais il s'agissait toujours de procédés douloureux et le plus souvent décevants.

◆◆

Dans l'ordre des modificateurs cellulaires nous avons eu recours personnellement à des applications de pommades à base de plomb et de bismuth dont voici les proportions : acétate de plomb, 4 grammes, sous-nitrate de bismuth, 4 grammes, vaseline 80 grammes, lanoline 20 grammes.

Si l'ulcération est très douloureuse, le sous-nitrate de bismuth est remplacé par le carbonate de bismuth. On peut d'ailleurs ajouter un élément cocaïné.

Ces applications sont réservées à des cancers ulcérés et inopérables. Même sans adjonction de cocaïne la pommade plombique est calmante. Le pansement peut rester en place deux ou trois jours et il est possible de l'enlever sans douleur. On peut avoir recours également à l'eau blanche du Codex. Dans certains cas on note une amélioration des contours de la plaie dont l'induration paraît avoir diminué ; les bourgeons néoplasiques sont moins exubérants et la sécrétion de la plaie est amoindrie. Les cas favorables sont surtout observés après des applications locales radiothérapiques ou radiumthérapiques. On peut même exceptionnellement observer une cicatrisation dans ces conditions comme nous l'avons constaté chez deux malades : l'un porteur d'ulcération néoplasique étendue à toute la face dorsale de la main droite, l'autre d'ulcérations récidivées du cou. Ces deux observations ont été publiées dans le *Bulletin Médical* du 5 juin 1930.

Ces applications plombiques nous ont paru également intéressantes dans les états précancéreux de la peau où l'action combinée des irradiations semble particulièrement efficace. Même sous l'action des seules applications de pommade, des ulcérations suspectes des joues et du nez peuvent se réduire. L'application est renouvelée tous les soirs et maintenue par un petit pansement. Au bout de trois semaines ou d'un mois la cicatrisation doit être complète. En cas d'échec il ne faut pas s'attarder à ce traitement, l'ablation ou l'irradiation s'imposent.

Dans le même ordre d'idées de nombreuses substances ont été expérimentées ou sont à l'essai. Il faut citer la thiosinamine, le bleu de méthylène le trypanroth, l'eucalyptus, le thuya, la chélidoine, le chlorure de calcium, le chlorate de potasse, l'acide picrique, le carmin, la résorcine, les oléates de cuivre et de thorium, le tartre stibié, le chlorure de magnésium. La solution de M. le Prof. Delbet, est à 12,10 de chlorure de magnésium pour 1000.

Dans une communication récente, un de nos collègues nous apprend que dans un cas de récidive cancéreuse inopérable, il avait employé pour les pansements pendant trois semaines sans succès la solution au chlorure de magnésium. Il restait une large plaie atone.

Il eut recours alors à l'eau blanche du Codex. Au bout d'un mois la cicatrisation était complète et se maintient. Ne s'agit-il que d'un répit dans l'évolution néoplasique ? Quoiqu'il en soit, l'imprégnation magnésienne qui a précédé, a-t-elle été favorable à l'action modificatrice du plomb ? Nous avons personnellement eu recours dans deux cas de cancers récidivés et ulcérés, à l'ablation en surface, *sans* réunion, par l'intermédiaire du bistouri électrique d'énormes masses cancéreuses et à l'application ultérieure de pansements alternés quotidiennement : solution magnésienne à 12 pour 1000, et eau blanche du Codex. Les larges surfaces mesurant 20 centimètres de largeur et 15 centimètres de hauteur se sont réparées progressivement et sans aucun incident. Nous avons publié l'une de ces observations dans le *Bulletin Médical* du 9 juillet 1932 : sous la rubrique « Comment traiter les cancers du sein récidivés et ulcérés. Duroux ».

Il existe incontestablement dans l'association magnésium-plomb, des éléments de pansements post-opératoires, très intéressants (1). On ne saurait méconnaître qu'après toute ablation cancéreuse, même minutieuse, il n'existe des semis cancéreux sur la surface opératoire surtout dans les cas de cancers récidivés et ulcérés. Or en voyant se réparer comme une plaie ordinaire cette large brèche, on est presque tenté de reconnaître aux éléments d'association magnésium-plomb une véritable action spécifique.

La cicatrice qui en résulte est souple et de bon aloi, et peu différente de celle d'une réunion chirurgicale *per primam*.

Et comme par une déduction logique, on est amené à se demander si dans certaines formes malignes de cancers du sein, nous avons toujours raison de fermer hermétiquement notre plaie opératoire. Des sécrétions lymphatiques sont ainsi emprisonnées, et pourtant leur toxicité est certaine. En voyant se produire rapidement chez de pareilles malades des récidives rapides, ou des généralisations sans remèdes, peut-être devrions-nous envisager désormais à côté de l'action locale : 1° bistouri électrique pour la tumeur ; 2° exérèse instrumentale pour les ganglions la *mise à ciel ouvert* du champ opératoire, que l'on traiterait ensuite jusqu'à cicatrisation par des applications renouvelées de plomb-magnésium ainsi que nous l'avons fait, avec succès.

(1) Nous signalons ici l'influence favorable des injections alternées d'eau blanche, et d'eau magnésienne dans les cancers du col après le radium.

2° *Injections tumorales et péri-tumorales.*

Les injections représentent une thérapeutique plus active, puisqu'elles se proposent de modifier ou de détruire une tumeur soit dans ses assises profondes, soit dans sa périphérie en empêchant son extension et en réduisant sa vitalité.

Lorsqu'on les a utilisées comme nous l'avons fait avec diverses substances et dans de nombreux cas, on se rend compte du caractère peu pratique de ce mode de traitement. En mettant à part les injections péri-tumorales qui pour être efficaces ont besoin d'être très étendues dans leur infiltration, mais qui néanmoins sont assez facilement réalisables, on peut considérer que les injections tumorales ne sont pas très abordables. L'aiguille doit pénétrer dans la masse, et cette manœuvre si simple par ailleurs, est ici le plus souvent difficile : soit en raison des indurations, soit en raison de la douleur. En adjoignant au liquide injecté, une dose de cocaïne proportionnée, on peut supprimer en grande partie cette douleur. Mais le tissu cancéreux n'est pas toujours facilement injectable. A ajouter les risques professionnels de piqûre qui doivent être envisagés depuis le cas lamentable du regretté Vadon.

Parmi les injections préconisées, il faut citer : l'acétone. Gellhorn et Kalabine auraient obtenu des modifications favorables mais momentanées. D'autre part il faut tenir compte des brûlures dans l'emploi de ce produit.

Louge (de Marseille) aurait obtenu de bons résultats à l'aide d'injections de sulfure de carbone intra-tumorales et péri-tumorales.

Des résultats plus intéressants ont été publiés avec les injections de formol. L'expérimentation de ce produit a été faite par Bayer, par Meredith Powel, par Mac Feely (de Dublin) par Estradère, Hallopeau, Fumouze, et surtout par Laurent et Marcile.

D'après ces auteurs le formol serait non seulement un momificateur du protoplasma et du noyau mitosant, mais encore un agent de vitalisation du tissu conjonctif. Il faut ajouter, suivant Marcile, une gêne à la perméation lymphatique.

D'après notre observation les injections de formol simple sont extrêmement douloureuses, et force est d'avoir recours à une association cocaïnique. Nous n'avons pas obtenu de sérieuses modifications.

En raison de son action sclérosante certaine nous l'avons utilisé parfois en combinaison avec d'autres produits : le plomb, le nickel, le cobalt.

C'est l'association de ces trois produits seule qui nous a donné les meilleurs résultats, nous les avions d'ailleurs réunis parce qu'ils font partie de la même série magnétique.

Dans une récidive inextirpable de cancer du sein, nous avons pu pendant un an sous l'influence de deux injections par mois non seulement empêcher le développement du néoplasme, mais le faire régresser au point que nous espérions obtenir la guérison, d'autant plus que la malade avait repris du poids (5 kgr.) et un excellent état général et avait vu cesser ses douleurs. Malheureusement nous avons cru bien faire en ajoutant un métal de la même série : *le fer*, et les avantages obtenus, ont été rapidement perdus. Les bourgeons cancéreux qui s'étaient affaissés et rétractés, devinrent immédiatement rouges, turgescents, exubérants, formant progressivement un amas inquiétant, dont l'extension fut arrêtée cependant par l'exérèse large au bistouri électrique.

A la suite des injections : plomb, nickel, cobalt, on peut observer dans les deux ou trois jours consécutifs des phénomènes de congestion marquée dans la région ; puis tout rentre dans l'ordre, et quelques jours après on note une régression de la zone. Trois fois des injections s'accompagnèrent d'ulcération localisée, qui contrairement à ce que l'on aurait pu supposer se comblèrent et guérirent.

Les ulcérations ne s'observent qu'après l'emploi du nikel et du cobalt. Les injections de plomb seul, ou de plomb et de nickel n'en donnent pas.

Nous insistons en passant sur le *rôle nocif du fer*.

***

Parmi les autres substances utilisées, signalons l'acide picrique auquel nous avons eu recours dans un cas de sarcome inextirpable du maxillaire avec envahissement des parties molles — légère modification, mais passagère — ; le brome, l'iode, le sulfate de cuivre, le magnésium, les oléates de cuivre et de thorium, la quinine et ses sels, la créosote, l'aldéhydate d'ammoniaque, le cinnamate de sodium, le naphtol camphré, le bleu de méthylène, le carmin, la térébenthine, les extraits d'eucalyptus, de thuya, le trypanroth, la cholestérine, le savon, la résorcine, l'eau oxygénée, l'alcool.

Ces dernières injections préconisées récemment en péri-tumorales, ont un effet sur la douleur et ses irradiations (D. Ferey, *Bull. Médical*, 10 décembre 1932).

Toutes ces injections pour être supportables doivent être faites, comme nous l'avons nettement expérimenté, avec une adjonction de cocaïne. Et il faut le reconnaître, elles s'accompagnent souvent d'un certain état de « choc ».

C'est pourquoi de toute manière la susceptibilité de la malade doit être étudiée, et on n'aura recours que progressivement à des doses plus fortes.

3° Ionisation.

L'ionisation a également été employée en vue de l'introduction d'éléments thérapeutiques dans les régions péri-tumorales ou même dans les tumeurs elles-mêmes.

Borrel, Coulon et Boez utilisent ainsi pour électrolytes des sels de potassium, calcium, sodium, baryum, cuivre, plomb, fer, argent, uranium, sélénium. Les résultats les plus encourageants furent obtenus avec le *plomb* : sur 40 tumeurs de rats greffés, treize disparitions complètes.

De même Girard utilise l'endosmose électrique pour faire pénétrer dans des tumeurs (sarcomes du rat) les ions : Ba, Sr, Mg, Cu ou Pb. Seul ce dernier métal a donné des résultats encourageants. Son action est d'abord une augmentation de volume de la tumeur puis au bout de quelques jours commence une phase de régression avec durcissement du tissu néoplasique. Au bout de quinze jours, on assiste progressivement à une disparition du néoplasme, disparition complète en un mois. Une deuxième greffe sur l'animal se résorbe et ne prend plus.

Dans le même ordre d'idées, les recherches de Wassermann sur les métaux bivalents ont montré la supériorité du plomb.

Nous avons nous-mêmes expérimenté l'ionisation tumorale avec des sels de plomb. Il s'agissait d'une tumeur cutanée de forme ulcérante (oreille) particulièrement évolutive. Des séances d'ionisation furent pratiquées avec une intensité de cinq milliampères, correspondant à une libération métallique de 9,4 milligr. A la suite du traitement, la tumeur subissait un arrêt très net d'évolution et une zone de cicatrisation apparaissait aux abords de l'ulcération.

Malheureusement le malade fut emporté au cours du traitement par une affection pulmonaire.

II. — Moyens d'action généraux

Les moyens d'action généraux dans la thérapeutique chimique du cancer comprennent un très grand nombre de substances. Nous ne retiendrons que les corps qui ont donné les résultats les plus intéressants : à savoir le *sélénium, le cuivre, le magnésium, le plomb* soit comme corps minéraux ou organiques, soit à l'état colloïdal.

Sélénium. — C'est à la suite des travaux de Wassermann que le sélénium a été introduit dans la thérapeutique anticancéreuse. Wassermann adoptant les idées d'Ehrlich relatives aux cepteurs des corps cytotropes et parasitotropes, s'aperçut que l'éosine se fixait avec élection sur les tumeurs des souris cancéreuses. Il eut l'idée de faire véhiculer par cette substance un corps toxique pour les cellules cancéreuses : le sélénium.

Les résultats obtenus furent particulièrement nets : résorption complète de tumeurs, avec guérison complète. Malheureusement ces résultats ne se manifestaient qu'au prix d'une intoxication grave de l'organisme, si bien que l'animal « est souvent tué par la thérapeutique, après qu'il a été guéri du cancer ». Aussi Wassermann renonça à employer la méthode chez l'homme.

En France, Thiroloix et Lancien, Netter et Gascuel publièrent les premiers résultats encourageants. Par la suite on s'adressa à des composés moins toxiques (séléniol, électrosélénium).

Un certain nombre d'améliorations indiscutables fut publié : des dosages de tumeurs montrèrent que le sélénium se fixait avec électivité dans les cellules néoplastiques. Malheureusement la méthode fait courir trop de risques au malade et a été peu à peu délaissée.

Cuivre. — Les statistiques montrent que chez les ouvriers travaillant le cuivre, la proportion des cancéreux est très inférieure à la normale : ces constatations conduisirent le Dr Gaube (du Gers) à préconiser l'emploi du cuivre dans la lutte anticancéreuse.

Il montra, par des expériences chez les poules, que les lécithines des œufs fixent avec prédilection le cuivre injecté à l'animal. Il était logique de penser que ce même métal serait également fixé par les lécithines dont les tissus néoplasiques sont toujours très riches.

La préparation proposée (cuprase) est un oxyde de cuivre colloïdal stabilisé par un excipient albumosique. D'autres préparations cuivriques furent utilisées (cuivre colloïdal de Loeb, en injections intraveineuses : électrocuprol). Toutes ces préparations ont donné des résultats nets, mais seulement partiels, de même que d'autres composés minéraux tels que : SO^4Cu ammoniacal, en injections intraveineuses : oléate de Cu, etc.

Magnésium. — C'est le type des médicaments employés dans le cancer, non plus en vue d'une action toxique éventuelle pour les cellules néoplasiques, mais en vue de modifier le terrain.

L'emploi du magnésium dans le cancer remonte aux observations de Fonsagrive (1878), qui avait constaté la disparition de verrues ou de papillomes à la suite de l'administration de magnésie anglaise. De même un ralentissement dans l'évolution des tumeurs avaient été noté par cet auteur.

Depuis ces observations, un nombre important de recherches est venu s'ajouter. Les plus importantes furent celles de Dubard et Voisenet (de Dijon). Ils ont consacré à cette question vingt ans de travaux. Dans une première série de recherches, ils montrent que l'on se trouve au point de vue alimentaire à la limite de la carence en ce qui concerne le magnésium : alors que pour tous les autres principes minéraux la ration quotidienne alimentaire apporte une quantité suffisante pour les besoins de l'organisme, pour le magnésium cette quantité est à peine suffisante.

Les conclusions de Dubard et Voisenet sont basées sur une série d'analyses portant à la fois sur la teneur en Mg des principaux aliments et sur les moyennes de l'élimination urinaire de la magnésie. (L'alimentation et la minéralisation magnésienne, par MM. Dubard et Voisenet.)

A la suite de ces recherches, ces auteurs ont été amenés à utiliser dans le cancer où la déperdition en Mg est particulièrement importante, des sels de ce métal, soit un citrophosphite de Ca, Mg et Mn en injections sous-cutanées, soit un carbofluophosphite de Mg, Mn et Ca. Des résultats extrêmement intéressants ont été publiés, surtout en ce qui concerne les tumeurs de l'estomac et de la peau (*Bulletin* de l'Association française pour l'étude du cancer, 1920).

D'autres préparations ont été également proposées utilisant les sels de Mg soit seuls, soit associés au Ca, Mn, Si. On peut citer particulièrement : l'hyposulfite de Mg (ayant donné des résultats intéressants en injections intraveineuses et par administration buccale : Lumière), le chlorure de Mg (associé au citrate de Na), l'oléate de Mg, le chlorate, l'olélate de cuivre et de Mg-Drouet.

Au point de vue *expérimental*, des expériences nombreuses ont été publiées, concernant l'action Mg, soit sur le cancer développé chez les animaux, soit surtout au point de vue prophylactique, avec des résultats différents.

C'est ainsi que Reding constate que des souris, badigeonnées au goudron et recevant simultanément des injections de sels de Mg et de Ca, deviennent réfractaires à la cancérisation.

D'autres expériences s'adressent au cancer de la souris, non plus provoqué, mais spontané. Brumpt, ayant fait ingérer à plusieurs lots de souris blanches du pain imbibé de sels de Mg (les doses quotidiennes étant environ trente fois plus considérables que celles prescrites habituellement chez l'homme), a fait les constatations suivantes :

Chez 89 souris traitées au Mg : apparition de 27 cancers spontanés ;

Chez 130 souris témoins : 24 cancers spontanés.

Ces souris témoins étaient du même âge et vivaient dans les mêmes conditions.

Sans vouloir généraliser et passer du domaine de la pathologie comparée au domaine de la pathologie humaine, M. Brumpt s'est contenté en enregistrant les résultats obtenus dans son laboratoire de constater que les sels de magnésium n'ont aucune action prophylactique en ce qui concerne l'apparition des cancers spontanés de souris blanches.

Chez l'homme le déficit prophylactique s'est révélé de la même manière chez la malade de Sabrazès (de Bordeaux), qui faisant usage de sels de magnésie depuis deux ans, fut atteinte de cancer du sein.

On pourra le remarquer d'une façon plus tangible encore, sur un de nos opérés, T. C., 62 ans, atteint de néoplasme de l'estomac avec infiltration de la paroi et de l'ombilic, après une gastro-entéro-anastomose et ultérieurement une résection. Ce malade prenait tous les jours, depuis trente ans, une cuillerée à café de carbonate de magnésie, ce qui au total arrivait à une quantité de plus de 30 kgr. de magnésie. L'examen de la tumeur de propagation fut pratiqué par le Professeur Favre. Il s'agissait d'une infiltration épithéliomateuse très nette. Le malade mourut de cachexie après une amélioration passagère obtenue par le traitement avec le plomb colloïdal.

Deux observations ne suffisent pas pour infirmer la valeur d'une thérapeutique préventive et telle n'est pas notre intention.

Du point de vue curatif nous ne pensons pas qu'on puisse parler d'action spécifique, même avec des sels plus différenciés, comme les sels halogènes de magnésium préconisés par M. le Professeur Delbet.

Dans les résultats d'améliorations publiées et obtenues, il s'agit surtout d'effets stimulants ou de désintoxication. Ainsi en est-il pour les sels magnésiens associés aux ferments (de Backer). Tous ces composés servent néanmoins d'auxiliaires précieux dans la lutte contre le cancer.

Le plomb. — Son usage dans la thérapeutique anticancéreuse est ancien, puisque déjà Galien le préconisait en applications locales pour les ulcérations cancéreuses. L'expérimentation scientifique en a été reprise seulement ces dernières années et son emploi paraît *a priori* justifié, d'autant plus qu'on lui reconnaît quelque parenté avec le radium.

Nous avons étudié précédemment les différents emplois que l'on pouvait faire du plomb en ce qui concerne la thérapeutique externe. Pour ce qui est de la thérapeutique interne, il était à craindre des accidents d'intoxication. C'est pour cette raison que l'un de nous a préconisé, depuis 1921, l'utilisation du plomb sous forme colloïdale, préparation que nous avons presque exclusivement employée dans les différents traitements que nous avons entrepris.

Expérimentalement, dans certains cancers animaux, il semble bien que le traitement plombique donne des résultats indéniables. Nous mentionnerons spécialement les expériences de F. Carter Wood, de New-York, qui provoque un ralentissement, et dans certains cas, une disparition complète de tumeurs greffées du rat, par des injections intraveineuses de plomb colloïdal. De même, Krause, étudiant l'action de divers organo-plombiques sur plusieurs lots de souris blanches cancéreuses, a reconnu comme les plus actifs le plomb tétraphényl et le fluorure de tri-n-propylplomb. Ce dernier corps a amené la disparition de la tumeur dans 71 % des cas examinés.

In vitro, les sels de plomb se montrent également inhibiteurs sur des cultures de tissus cancéreux (Roffo et Calcagno : vanadate et cuprocyanure de plomb).

Tous les sels de plomb ont d'ailleurs des propriétés physiologiques identiques, liées à leur toxicité, et consistant en arrêt du développement cellulaire plus ou moins marqué. C'est ce qu'a bien mis en évidence, avec Blair-Bell l'école anglaise de Liverpool, en particulier en ce qui concerne la toxicité plombique pour les cellules choriales.

Quelles sont les différentes préparations employées ?

Personnellement nous avons utilisé une solution de plomb colloïdal dans le glycocholate de soude à une concentration de 0,16 cgr. pour 100. D'autres emploient le plomb en solution dans la gélatine (0,5 %. Blair Bell).

A côté de ces préparations colloïdales, il faut citer les différents sels plombiques, pour lesquels les efforts se sont surtout portés en vue d'abaisser la toxicité. Nous citerons particulièrement : sous-acétate de plomb (Slosse et Reding), iodure (Fitzwilliams), orthophosphate de plomb colloïdal (Ullmann), oléate et nitrobenzoate, glycinate (Thomson), phosphates de plomb colloïdaux, séléniate, des combinaisons d'hydroxyde de plomb avec du fructose, de la lactose, fumarate de plomb (Fournier), un thio-propanol sulfonate de plomb et de sodium (Aug. Lumière), le diéthylphosphate de plomb paraissant particulièrement peu toxique), etc., etc.

Nous avons nous-même expérimenté l'iodure de plomb en injections huileuses, puis, par voie buccale un organo-plombique, le terpénol hypophosphite de plomb que nous avons fait préparer spécialement. Ce sel, de formule $(C^{10}H^{16}Po^{3})^{2}$ Pb, contient environ 34 % de Pb et 9,6 % de


VIVOLÉ
HUILE DE FOIE DE M
SPÉCIAL
VIVOLÉ
HUILE DE FOIE
SPÉCIA

phosphore : il peut être donné à la dose moyenne de 0,10 cgr. en pilules de 0,05 cgr. au moment des repas.

En ce qui concerne les résultats de cette thérapeutique les avis sont différents suivant les auteurs. Blair-Bell signale, avec sa technique, un pourcentage d'environ 20 % de guérisons. Pour d'autres auteurs le plomb n'a qu'une action incomplète, et c'est dans cette opinion que nous nous rangerons.

Nous avons en effet observé, dans quelques cas, en plus d'une action toujours très nette sur l'état général (amélioration de l'anémie, reprise des forces, sédation des douleurs, etc.), des modifications cliniques importantes : arrêt d'hémorragies graves et tenaces, modifications dans l'apparence et la consistance des tumeurs, quelquefois arrêt d'évolution notable de plus ou moins longue durée.

Malheureusement il ne peut être question, comme dans les statistiques de Blair-Bell, d'aucune guérison.

Comment agit le plomb ? Est il fixé électivement sur la cellule néoplasique en raison d'une teneur particulièrement élevée en phosphatides et particulièrement en lécithine, comme tend à l'admettre Lewis ? Le plomb se fixe-t-il de préférence sur les cellules cancéreuses grâce à sa charge d'électricité, en raison de phénomènes de déséquilibre électrique cellulaire ? En tout cas, on ne peut admettre qu'il s'agisse de phénomènes radio-actifs. Nous avons fait déterminer la radio-activité de lames de plomb, radioactivité évaluée environ à 0,007, nettement insuffisante pour impressionner efficacement une tumeur.

Quelques auteurs estiment qu'il faut attribuer l'action du plomb à des phénomènes de thrombose vasculaire de la tumeur. Une observation de Lavedan (Institut du radium de Paris) vient en faveur de cette hypothèse. Nous avons nous-mêmes, dans quelques cas, observé histologiquement après le traitement plombique, un développement extraordinaire de tissu fibreux, dans les tumeurs, tissu favorable à un ralentissement d'évolution.

Quant à la fixation élective du plomb dans les tumeurs, des analyses montrent que le métal ne s'y trouve pas en quantité anormale ; d'autres au contraire prouvent qu'il y a eu fixation spécifique (Lœwy et Loiseleur).

De tout ceci il résulte que le plomb a certainement une action anticancéreuse, malheureusement incomplète et inconstante, c'est ce qui a conduit à associer ce métal à d'autres agents en vue de compléter son action. Ainsi ont été essayées successivement les associations : plomb-bismuth ; plomb et mésothorium, plomb colloïdal et bromure de radium intraveineux (Duroux et N. Aguettant). Kotzareff utilise l'association plomb-radon (émanation de radium) grâce à des seringues spéciales ; de même il associe cette thérapeutique à l'application locale d'ondes hertziennes, ultra-courtes. Quelques résultats partiels ont été publiés.

* * *

Conclusions

En résumé, si à l'heure actuelle on relève des faits intéressants à l'actif de la chimiothérapie locale (plomb et magnésium) ou générale (sélénium-plomb ; radium et plomb), nous ne saurions personnellement affirmer la guérison d'un seul cancer par la chimie seule. En l'associant à la chirurgie, au radium ou à l'électro coagulation, ses effets paraissent utiles dans des cas préparés, ceux par exemple qui succèdent à l'exérèse large par le bistouri électrique, de vastes surfaces néoplasiques, comme on l'a vu au cours de cette étude. Il faut noter d'autre part des améliorations et des soulagements qui sont tout à l'honneur de la chimiothérapie.

Sans vouloir en comparer la valeur avec celle d'autres méthodes, au point de vue *local*, nous déclarons que les procédés chimiques nous paraissent surtout des procédés de complément ou d'association.

Au point de vue *général*, certains éléments, comme le plomb en particulier, nous paraissent nettement supérieurs dans leurs résultats à ceux obtenus par les autres méthodes concurrentes (sérothérapie, bactériothérapie, toxinothérapie, protéinothérapie ou organothérapie). Les survies prolongées, *l'atténuation* des douleurs, la diminution des hémorragies, la suppression des écoulements fétides, caractérisent l'activité plombique et c'est ce que nous voulions de nouveau affirmer.

Comme l'a dit Dalimier dans son remarquable article du *Progrès Médical* (n° 15, 9 avril 1932 : — Le traitement du cancer par le plomb. Etat actuel de la question — il ne paraît pas *a priori* impossible d'améliorer l'action du plomb dans le cancer en recherchant d'autres formes chimiques plus électives, d'autres modes d'application et en s'adressant à une catégorie de malades moins désespérés.

Des recherches allemandes récentes font prévoir la possibilité d'une désintégration colloïdale plus parfaite de l'ion plomb.

C'est de ce côté que doivent s'orienter en effet les recherches pour aboutir à une toxicité moindre et à des résultats plus convaincants.

CLINIQUE INFANTILE

Prophylaxie de la rougeole dans un service hospitalier de nourrissons

Importance et résultats de la séro-prophylaxie (1)

Par P. LEREBOULLET

Professeur à la Faculté
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés

Parmi les facteurs de la mortalité infantile, une place importante doit être faite à la rougeole. Qu'elle soit très meurtrière, c'est ce qui ressort des statistiques groupées dans le beau livre de MM. Debré et Joannon consacré à la rougeole (2). Ils notent, en effet, que de 1906 à 1913, en France, la rougeole a causé 31.125 décès, la scarlatine en provoquant 9.864, la coqueluche 25.127, la diphtérie 21.948. La rougeole en huit ans a tué plus de 30.000 sujets, chiffre supérieur à la moitié du total des autres. Ces auteurs estiment qu'en Europe de 1900 à 1910 elle a fait un million de victimes et qu'aux Etats-Unis de 1901 à 1920, dans la zone soumise à l'enregistrement, la rougeole a provoqué 100.000 décès.

Si, délaissant les statistiques globales, déjà fort éloquentes, on essaie d'apprécier d'une part la proportion des décès par rapport au nombre total des rougeoles, d'autre part l'influence que l'âge des malades peut avoir sur cette proportion, on arrive à des conclusions relativement précises en faveur du rôle de la rougeole dans la mortalité des jeunes enfants. Qu'on prenne avec MM. Debré et Joannon les chiffres concernant la rougeole hospitalière à Paris au cours de 1923, on voit que :

1° A l'hôpital Bretonneau, dans le service du Docteur Debré, sur 355 cas de rougeole observés il y a eu 60 morts, soit une mortalité globale de 17 p. 100. Sur ces 60 morts, 50 sont survenues chez des enfants âgés de moins de 2 ans.

2° A l'hôpital Trousseau, le Docteur Lesné a soigné 185 enfants ; 103 ont succombé dont 78 ayant moins de 2 ans ;

3° Aux Enfants-Malades, ont été hospitalisés 673 malades

(1) Leçon faite à la Clinique Parrot (Enfants-Assistés), recueillie par M. le Docteur Vanier, interne de service.

(2) DEBRÉ et JOANNON. — La rougeole. Epidémiologie. Immunologie Prophylaxie. Masson et Cie, 1926.

sur lesquels 111 sont morts, 60 ayant moins de 2 ans ; leur mortalité a été de 37,5 pour 100, alors que pour les enfants plus âgés, elle n'a été que de 9,9 pour 100 (Apert et Kermorgant).

Bien d'autres chiffres pourraient être cités. Je me borne à rappeler celui que donnent MM. Debré et Joannon, en additionnant les statistiques hospitalières de onze années : sur 2.206 rougeoleux de moins de 2 ans, 779 sont morts, soit 35,31 pour 100. Un tiers au moins des enfants de moins de 2 ans, admis à l'hôpital pour rougeole, succombent donc à la maladie. Avec ces auteurs, on peut conclure que plus des neuf dixièmes des décès dus à la rougeole à Paris concerne des enfants de moins de cinq ans et cette maladie fait courir aux enfants de cet âge plus de risques de mort que la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie réunies. Le maximum de gravité s'observe, d'après eux, de 9 mois à la fin de la deuxième année.

En ce qui concerne plus spécialement l'hospice des Enfants-Assistés, les taux de la mortalité par rougeole ont varié, selon les mesures de prophylaxie et d'organisation intérieure. Avant la venue de Sevestre et du Professeur Hutinel, la mortalité globale dépassait 50 p. 100. Elle s'élevait à 57 p. 100 en 1884, un an avant l'arrivée de Sevestre ; sous l'influence des mesures qu'il conçut et réalisa (lazaret, service d'isolement, désinfection régulière de l'hôpital, mise à part des suspects et des douteux), la mortalité par rougeole s'abaissa à 42 p. 100 en 1887, à 31 p. 100 en 1890, chiffres encore élevés. Le Professeur Hutinel, arrivé en 1891 à l'hôpital où il devait rester dix-huit ans, réorganisa le service des rougeoleux, assura un isolement plus rigoureux des rougeoles bénignes à l'entrée et la mortalité s'abaissa à 22 p. 100 en 1891, à 15,29 p. 100, en 1895, à 9,36 p. 100 en 1896, elle s'équilibra ensuite autour de 10 p. 100. Lorsque M. Hutinel eut quitté l'hospice des Enfants-Assistés, le chiffre de la mortalité par rougeole indiqua plutôt une recrudescence et les statistiques de l'hôpital témoignent de la fréquence avec laquelle, dans les divisions où les enfants en dépôt sont groupés, se font les contagions. On a calculé en effet que 15 p. 100 des entrants de 1 à 4 ans prennent dans les jours qui suivent leur entrée une maladie contagieuse, que 50 p. 100 de ceux qui succombent du fait de cette maladie contractée après leur entrée succombent à la rougeole. En 1922, 17 p. 100 des entrants de 2 à 4 ans ainsi contaminés ont succombé à la rougeole.

De ces chiffres quelque peu ardus, mais éloquents, résulte que la rougeole constitue pour les jeunes enfants une cause importante de mortalité, mais que cette mortalité est surtout constatée à l'hôpital et que ce sont principalement les jeunes enfants qui subissent les funestes effets de la maladie.

De cette plus grande gravité de la rougeole hospitalière, surtout dans les services surencombrés, je n'ai guère besoin de vous donner d'autre preuves.

En ville, la mortalité par rougeole est exceptionnelle. Je n'en ai jamais observé dans ma clientèle, parmi les milliers d'enfants que j'ai pu suivre depuis trente ans. Le seul fait que j'aie connu autour de moi (une rougeole maligne entraînant la mort en quelques heures, sans que j'aie même eu le temps de voir l'enfant) vérifie ce caractère exceptionnel. La plupart de mes collègues ont fait la même constatation et les médecins de quartier populaire ou de banlieue n'ont eux-mêmes, malgré les taudis où ils pénètrent, vu, d'après les réponses qu'ils m'ont faites, qu'exceptionnellement des rougeoles entraînant la mort : un, deux cas au plus. Il est vrai qu'ils ont envoyé quelques rougeoles graves à l'hôpital, mais cette réserve n'infirme pas la rareté, avec laquelle la rougeole mortelle est observée par eux.

Inversement, c'est la maladie dont nous redoutons le plus l'extension dans nos services d'hôpitaux, infiniment plus meurtrière que la diphtérie et la scarlatine. Je l'ai vue provoquer des hécatombes dans certains services improvisés et sans boxes d'isolement ; il y a quelques années, aux Enfants-Malades, on ouvrait le 13 mars 1925 un service temporaire de rougeoleux dans une salle vaste, aérée, non boxée ; les quinze premiers jours tout alla bien et il n'y eut aucun décès, mais le 29 mars une première mort survint, une autre deux jours plus tard et en six jours, il y eut 6 décès ; ceux-ci se succédèrent ensuite de telle façon que le service dut être fermé le 23 avril. Sans doute, étant donné les deux premières semaines, la mortalité globale n'excéda pas 13,2 p. 100, chiffre déjà appréciable, mais si l'on envisage les jeunes enfants au-dessous de 2 ans il y eut 9 décès sur 24 entrants, soit 37,5 p. 100 de mortalité, alors que chez ceux au-dessus de 2 ans il n'y eut que 4 décès, soit 4,05 p. 100. Les décès des jeunes enfants représentaient 75 p. 100 des décès de la salle.

Si j'insiste sur cette petite statistique, c'est qu'elle illustre bien ce que je vous disais plus haut de l'aggravation progressive de la rougeole en salle d'hôpital et de l'atteinte plus grave des jeunes enfants. C'est ce que j'ai observé également dans le service de diphtérie des Enfants-Malades, lorsqu'une épidémie de rougeole vint en 1923, puis en 1926 encombrer mon service et provoquer une série de broncho-pneumonies mortelles. C'est ce qu'ont vu MM. Marfan et H. Chauvet, quand, dans leur statistique du service de la rougeole aux Enfants-Malades ils notaient jusqu'à 38 p. 100 de mortalité en juin 1913.

Sans doute il ne faut pas exagérer et, dans un service dans lequel l'isolement individuel est bien assuré, avec un personnel compétent, dévoué et stable, la mortalité est infiniment moindre, tel le service d'isolement de l'hôpital Pasteur où la mortalité par rougeole n'excède guère 1 p. 100 (mais où peu de très jeunes enfants sont reçus) tel le service de rougeoleux actuel des Enfants-Malades où l'isolement individuel intégral régulièrement appliqué par le Professeur Nobécourt a amené une baisse notable de la mortalité. Sans doute aussi avec MM. Debré et Joannon, avec M. Lesné, il faut tenir compte de l'état lamentable dans lequel arrivent certains enfants atteints d'ores et déjà de broncho-pneumonie grave ou présentant une rougeole hypertoxique. Très justement, MM. Debré et Joannon insistent à cet égard sur le rôle du surpeuplement et du taudis et la gravité initiale des rougeoles survenant de certains milieux misérables. Mais ces constatations ne doivent pas faire oublier l'aggravation évidente de la rougeole contractée à l'hôpital, lorsqu'elle est soignée dans des salles surencombrées et la responsabilité qui nous incombe à tous dans cette mauvaise organisation des soins d'une maladie banale, mais qui, si facilement, devient meurtrière. On ne peut se considérer comme satisfait parce que la mortalité hospitalière par rougeole est tombée à 10 p. 100 dans l'ensemble et il reste lamentable qu'elle s'élève si fréquemment par périodes à 17 p. 100, que, chez les jeunes enfants, elle atteigne encore 30 à 35 p. 100 !

On connaît pourtant les causes de la mortalité de la rougeole. On sait que, s'il y a parfois des rougeoles malignes d'emblée, la mort tient avant tout aux complications et surtout aux complications respiratoires, à la broncho-pneumonie, si souvent fatale. On sait aussi la gravité des infections associées et secondaires, notamment de la diphtérie et on a, justement à mon sens, invoqué à leur propos l'*anergie* de la rougeole. Cette anergie explique assez clairement pourquoi le petit enfant rougeoleux résiste mal à tous les germes associés, même d'ordre banal, qui viennent l'assaillir entraînant l'infection broncho-pulmonaire, les stomatites et le noma, les otites et les mastoïdites, les gangrènes cutanées, parfois la tuberculose aiguë secondaire. Que cette anergie existe, cela ne me semble guère douteux, malgré les quelques objections qui récemment ont été faites. La disparition temporaire de la cuti-réaction à la tuberculine est un fait certain, mis en évidence par Preisich et Pirquet, et dont récemment avec M. Baize, j'ai pu préciser la date de production, toujours nettement antérieure à l'apparition de l'exanthème, sa réapparition étant très postérieure (1). Cette disparition que j'ai, en 1919, notée également dans la grippe ne se voit pas, au même degré et avec la même netteté, dans la plupart des autres maladies infectieuses. Et de même, MM. Teissier et Lutembacher ont signalé la disparition de la réaction de Wassermann, MM. Léon Bernard et Paraf celle de la séro-agglutination de Widal, M. Hamburger, MM. Netter et Gendron l'ajournement

(1) P. Lereboullet et Baize. — Rougeole et cuti-réaction tuberculinique. *Arch. de méd. des enfants*, décembre 1931.

de la réaction vaccinale. Sans doute l'anergie reste, malgré tout, une donnée un peu hypothétique, mais elle est pratiquement utile, car elle nous rend plus convaincus encore de la sidération de l'organisme par la rougeole, suspendant ses qualités défensives à l'égard des infections banales ou virulentes qui peuvent, dans une salle d'hôpital, comme dans un taudis menacer le petit malade (1).

Il faut donc mettre l'enfant rougeoleux à l'abri de ces infections par un isolement approprié, il faut surtout lui éviter, les effets de la contagion morbilleuse et essayer d'enrayer, particulièrement dans un milieu comme celui des Enfants-Assistés, les déplorables conséquences d'une épidémie se développant, sans mesures préventives, et frappant en nombre les jeunes enfants.

Quelles sont donc les mesures à prendre pour combattre la gravité de la rougeole hospitalière et limiter sa fréquence ?

1° Une première conclusion se dégage de cette étude. Il faudrait *éviter de recevoir à l'hôpital les enfants rougeoleux* et obtenir que les rougeoles simples, non compliquées, soient le plus souvent possible, soignés à domicile. C'est l'évidence même et, réserve faite de certains taudis, la plupart des rougeoles des milieux ouvriers sont infiniment moins meurtrières, soignées au logis même de l'enfant qu'hospitalisées. J'ai, il y a quelques années, à propos de l'effort de surveillance hygiénique poursuivi dans les habitations à bon marché de la Ville de Paris, insisté sur les dangers, dans de telles agglomérations, de la contagion morbilleuse, et la nécessité d'éviter le transport à l'hôpital, quand l'infirmière-visiteuse peut, d'accord avec le médecin traitant, assurer les soins et l'hygiène de l'enfant. Or, récemment je voyais la statistique du *Service médico-social des habitations à bon marché de la Ville de Paris* poursuivie selon ces idées. Dans la population répartie sur une quinzaine d'immeubles, 711 enfants ont été atteints de rougeole au cours de 1931, 671 ont été soignés à domicile avec 7 décès seulement ; 40 autres ont été transportés à l'hôpital avec 3 décès. La mortalité a été certainement relativement faible pour ces derniers puisqu'elle n'atteint pas 10 p. 100. Elle a pourtant été environ sept fois plus forte. La rougeole traitée dans ces grands immeubles a été à peine meurtrière : si partout semblable règle était appliquée, la mortalité globale par rougeole serait moindre et, du fait de l'absence d'encombrement, de l'inutilité de services temporaires insuffisamment installés, la mortalité hospitalière serait certainement diminuée. Il va de soi que ce traitement systématique à domicile des rougeoles ne peut être généralisé que si des mesures de surveillance régulière par les médecins et les infirmières-visiteuses assurent que l'hygiène et le traitement du rougeoleux sont bien réglés.

A l'hôpital même, si surtout l'encombrement peut être évité, des mesures spéciales assurent la moindre gravité du mal. Elles sont connues, je n'ai pas à y insister longuement.

L'isolement individuel strict est souhaitable et partout où il a été mis en œuvre avec un personnel compétent et stable, il a donné des résultats. C'est ainsi que la période des vacances, amenant parfois la substitution à un personnel expérimenté d'un personnel de fortune, a entraîné dans certains services un accroissement de mortalité (Apert). C'est là une question d'organisation qui est loin d'être insoluble.

Il ne faut pas oublier la nécessité d'une *désinfection régulière des pavillons*. C'est un point qu'on perd trop souvent de vue dans les hôpitaux d'enfants et, pour ma part, j'ai maintes fois constaté la valeur des préceptes de mon maître Hutinel qui jadis soignait les rougeoleux dans cet hospice dans trois pavillons, l'un ayant les rougeoles normales, le second celles qui, présentant déjà des complications de divers ordres (otites par exemple) risquaient d'être moins régulières, le troisième les rougeoles avec complication respiratoire constituée. Il remplissait chaque pavillon mais une fois le pavillon plein, il bloquait la salle, la vidait progressivement et la désinfectait Excellente mesure pour éviter les surinfections.

Actuellement ici, le problème de l'organisation des pavillons de rougeoleux ne nous touche plus, puisque nous n'avons plus le soin des contagieux déclarés, pour les grands enfants du moins. Mais d'une part nous devons encore soigner les nourrissons atteints de rougeole, d'autre part et surtout nous devrons éviter aux nouveaux arrivants la contagion de la rougeole par d'autres enfants en dépôt, sains en apparence, en réalité en incubation de maladie.

Je vous ai dit à quel point cette contagion de la rougeole chez les jeunes entrants était encore, en 1922, une cause de mortalité. Actuellement, grâce aux mesures prises par l'Administration, il en est autrement. Les enfants, dès leur entrée, sont examinés par mes internes et isolés, s'ils présentent des signes suspects de maladie aiguë. Les tout jeunes sont mis en *lazaret*, soit à la salle Henri-Roger où vont ceux de 6 à 18 mois, soit, pour ceux de 18 mois à 4 ans, dans les pavillons d'isolement rendus libres par l'évacuation des contagieux. Théoriquement la mise en lazaret des jeunes enfants devrait durer quinze jours, jusqu'à l'éclosion possible d'une rougeole ou inversement l'absence de tout signe. Pratiquement il n'y a pas à penser à réaliser un tel isolement, les locaux n'y suffiraient pas et l'isolement strict serait bien difficile à maintenir. Une autre mesure est intervenue qui permet l'évacuation après 24 heures des enfants ainsi isolés ; c'est le *placement familial*. Si, après 24 heures, les enfants semblent sains, ils sont évacués dans la banlieue parisienne, à Antony surtout, dans des familles où ils sont gardés sous surveillance tout le temps que dure leur dépôt (il s'agit là d'enfants temporairement abandonnés). Si la rougeole survient chez eux, ils l'ont sans la transmettre à tous les enfants ; il sont alors ou soignés dans la famille, ou dirigés vers un service hospitalier. Les résultats sont là. En 1922, sur 968 enfants il y avait eu 120 cas de maladies contagieuses avec 34 décès, soit 3,4 p. 100. Du 1er janvier 1930 au 31 décembre 1930, il y a eu 2.813 enfants mis ainsi en placement, 147 ont été atteints de maladies diverses dont 10 de rougeole et la mortalité n'a été que de 0,24 pour 100.

Mais il est forcément, et ceci chez les enfants de 6 à 18 mois, des sujets qui restent à l'hospice et qui peuvent, dans nos salles mêmes, être pris de rougeole. Que faire à ceux-ci ? Sans doute nous les isolons dès les premiers symptômes dans un pavillon d'isolement strictement fermé et nous surveillons l'apparition de l'éruption mais déjà la contagion d'autres enfants a pu se produire, et souvent d'enfants particulièrement fragiles.

C'est ici qu'intervient une méthode récente et fort intéressante la *séro-prophylaxie par le sérum de convalescent* sous son double aspect de *séro-prévention* et de *séro-atténuation*.

Découverte et mise en œuvre par Nicolle et Conseil, elle a été l'objet en France et à l'étranger de nombreux travaux et successivement P.-L. Marie, Nobécourt et J. Paraf, Debré, Robert Broca et J. Bertrand nous l'ont fait connaître. Joannon en a très minutieusement noté les résultats dans sa thèse et le livre de Debré et Joannon donne à cet égard tous les détails. L'action de la méthode pour prévenir complètement la rougeole ressort de nombreuses statistiques. Il faut que l'injection soit faite dans les quatre à cinq premiers jours, à la rigueur le sixième. Les résutats obtenus par le sérum de convalescent à la pouponnière de débiles de Médan sont frappants : la mortalité par rougeole y avait atteint 60 p. 100 (25 décès sur 37 cas en 1910-12, 10 décès sur 15 cas en mars 1931). L'application de la sérothérapie en 1922 fait disparaître complètement cette cause de mortalité. Jamais les épidémies de rougeole ne se répandent. On n'a à déplorer aucune mort, sans doute quelques échecs surviennent, et, dans ce service, il est rare que la séro-prévention ne comporte pas quelques exceptions. Encore celles-ci sont-elles parfois explicables par l'une des causes que MM. Debré et Joannon ont mises en lumière : mauvais sérum, doses insuffisantes, état morbide antérieur qui justifierait des doses doubles de sérum, injections trop tardives. Parfois la cause reste inconnue et l'échec est néanmoins réel. Ce ne sont de toute façon que des exceptions et la *séro-prévention* est, si on l'emploie à temps et de façon correcte, une précieuse

(1) Il va de soi que l'enfant malingre et hypotrophique qui vient du taudis et des milieux miséreux est plus qu'un autre sujet à de pareilles conséquences. Une statistique de M. Joannon sur les variations de la mortalité morbilleuse suivant les divers quartiers parisiers, suivent même les rues (rue de Médicis et rue des Canettes dans le 6e arrondissement) montre bien l'importance d'un tel facteur.

méthode. J'en ai autrefois fait l'épreuve au pavillon de la diphtérie aux Enfants-Malades avec M. Joannon (1), je l'ai vérifiée depuis maintes fois aux Enfants-Assistés où, quand la rougeole apparaît dans les divisions des enfants en dépôt nous en faisons un large usage et où j'ai conscience d'avoir ainsi diminué la morbidité et la mortalité par rougeole.

Mais un autre aspect de la question, bien mis en lumière par Debré et Joannon, c'est la possibilité d'obtenir la *séro-atténuation* par une injection après le septième jour. La rougeole peut apparaître alors mais modifiée, retardée et atténuée, néanmoins conférant l'immunité comme une rougeole franche.

Ce sont ces deux aspects qu'une petite épidémie récente survenue à la salle Henri-Roger, où sont nos enfants de 6 à 18 mois, nous a permis d'observer en nous montrant le sérum de convalescent à la fois comme agent de séro-prévention et agent de séro-atténuation. Voici l'histoire de nos petits malades, telle qu'elle ressort de l'enquête faite par mon interne J. Vanier et par mon élève Fric (2) qui vient de consacrer sa thèse à cette question.

Geneviève B..., 9 mois 1/2 entre le 25 novembre 1931 à la salle Roger et le 1er janvier 1932, du fait vraisemblablement d'un autre nourrisson en incubation morbilleuse au cours d'un rapide passage dans la salle, présente des signes de rougeole. Dès le 2 janvier elle est passée à l'isolement où elle fait une rougeole bénigne. Elle n'a reçu aucun sérum.

D'autres cas lui succèdent. Le 14 janvier Victor P..., 12 mois, présente les signes d'une rougeole, contractée quatorze jours auparavant du fait de Geneviève B... Deux jours après ce début, il reçoit 5 c. c. de sérum de convalescent et fait une rougeole de gravité moyenne.

Jacqueline D..., 11 mois 1/2, qui avait été passée en apparence saine à la nourricerie Billard le 11 janvier, a des signes de rougeole certaine le 16 janvier, toujours sans doute du fait de Geneviève B... Elle reçoit 5 c. c. de sérum le lendemain du début clinique et fait également une rougeole moyenne.

Raymond C..., enfin, 12 mois, a de même le 16 janvier, une rougeole évidente et reçoit aussi 5 c. c. de sérum. Rougeole bénigne.

Emus de ces cas simultanés, nous faisons faire le 19 janvier à douze enfants, alors dans la salle Henri-Roger, une injection de 3 c. c. de sérum de convalescent. Un seul en est privé à cause d'une poussée fébrile ce jour-là. De ces douze enfants, deux sont rendus à leurs familles le 20 janvier et le 5 février, sans que nous ayons par la suite de leurs nouvelles. Tous les autres, soit dix, font une rougeole, contractée du fait d'un de ceux dont nous venons de rapporter le cas.

En voici la liste :

H..., 14 mois. Rougeole bénigne, reconnue le 22 janvier.
R. P..., 11 mois. Rougeole moyenne à la même date.
D. M..., 11 mois. Rougeole bénigne le 23 janvier.
R. L..., 14 mois. Rougeole moyenne le 25 janvier.
R. D..., 10 mois. Rougeole grave le 25 janvier (non injecté le 19 à cause de son état fébrile). La rougeole évolue avec broncho-pneumonie, otite et pyodermite mais finit par guérir.
A. F..., 11 mois. Rougeole bénigne reconnue le 26 janvier.
A. A..., 11 mois. Rougeole bénigne le 28.
L. M..., 9 mois. Rougeole moyenne le 31 avec otite.
K. M..., 17 mois. Rougeole moyenne le 8 février.
W..., 10 mois. Rougeole moyenne le 16 février.

Dès la constatation des trois cas de rougeole qui avait amené l'injection de sérum à tous les enfants (sauf un), la salle avait été bloquée jusqu'au 7 février. A ce moment les conséquences de la contagion initiale semblent terminées, la salle avait été rouverte et les entrants n'avaient pas reçu systématiquement de sérum (3).

Or, un enfant, D..., âgé de 13 mois, entré le 8 février, est le 22 février atteint de rougeole grave, qui entraîne la mort, rougeole dont on n'a pas saisi l'origine et qui peut-être avait été contractée au moment de son entrée et non dans la salle. Il semble la source de deux autres cas.

M..., 11 mois, entrée le 12 février, passée en médecine le 5 mars. Rougeole moyenne sans sérum.

André J..., 9 mois, entrée le 16 février, passée le 8 mars à l'isolement : ne reçoit 3 c. c. de sérum que le jour du début clinique. Rougeole mortelle.

Ces cas graves nous incitent à prendre la mesure radicale d'injecter 3 c. c. de sérum de convalescent à tous les entrants. 41 enfants sont ainsi injectés du 8 mars au 29 mars inclus. Aucun cas ne survient.

Si nous reprenons l'histoire de ces cas de rougeole, il est facile de voir que la rougeole n'a été grave que parce que l'emploi du sérum n'a pas été assez continuel et assez intensif. L'injection de sérum de convalescent faite à tous les entrants dès le premier cas constaté, c'est-à-dire dès le 2 janvier, aurait sans doute permis d'éviter les rougeoles mortelles survenues quelques semaines plus tard. Il est toutefois frappant, et c'est ce que mon élève Fric a voulu mettre en lumière, de voir *l'action de séro-atténuation* exercée par les injections de sérum faites le 19 janvier. Elles n'ont pas empêché l'apparition de neuf rougeoles, mais toutes ont été de gravité moyenne ou bénigne ; toutes ont guéri ; le seul cas un peu grave, survenu dans cette période, concernait un enfant n'ayant pas eu de sérum.

En regard de ces cas se placent ceux survenus un peu plus tard et qui n'ont pas reçu de sérum ; deux sont mortels.

Enfin *la séro-prévention systématique faite dès l'entrée assure la disparition de la rougeole.*

Je ne puis vous donner cette histoire de l'épidémie de la salle Henri-Roger comme un exemple parfaitement satisfaisant, puisque la lutte est restée incomplète. Elle n'en est pas moins singulièrement éloquente, car elle est entièrement en faveur de l'action du sérum de rougeoleux convalescent chez les jeunes sujets soit à titre de séro-atténuation, soit à titre de séro-prévention.

Retenez-en la valeur de cette méthode qui n'a contre elle que la rareté du sérum de convalescent, contre laquelle mes collègues pédiatres ne cessent à juste titre de protester. Il serait désirable que, dès le premier cas de rougeole constaté dans une crèche, dans une nourricerie, tous les enfants reçoivent une injection de 3 à 5 c.c. de sérum à leur entrée dans la formation hospitalière ainsi touchée. Que la séro-atténuation seule intervienne, qu'il y ait séro-prévention, il est certain que la morbidité et la mortalité par rougeole seraient fortement diminuées. S'il est, en raison de l'immunité conférée par la séro-atténuation, souhaitable pour l'enfant qu'il ait une rougeole bénigne, l'intérêt de la collectivité est qu'il y ait plutôt séro-prévention complète. Il ne faut donc pas, comme on en serait parfois tenté, retarder l'injection protectrice, mais la faire dès l'entrée.

Je ne veux pas insister davantage. Mais je voudrais dégager de cette leçon quelques conclusions nettes sur le danger de la rougeole chez les tout petits surtout dans les milieux hospitaliers et les moyens de les protéger.

Retenez : 1° l'avantage qu'il y a à *limiter les admissions à l'hôpital* et à obtenir le *traitement dans le milieu familial* ;

2° La nécessité de *services d'isolement individuel strict, avec personnel compétent* et d'où l'encombrement soit toujours exclu.

3° L'utilité de la *surveillance de tout entrant dans une collectivité d'enfant*, de son isolement initial dans un lazaret (si les circonstances le permettent) et, s'il est sain, de son placement en milieu familial de préférence au séjour dans une division d'hospice ;

4° Les *avantages de la séro-prévention et de la séro-atténuation par le sérum de rougeoleux convalescent.*

Et rappelez-vous la nécessité d'être sans cesse en éveil, des dangers de l'inertie, les résultats heureux d'une prévention active de la rougeole chez les tout petits ; elle sauve des vies humaines plus et mieux que la thérapeutique la mieux organisée et ici encore « vouloir c'est pouvoir ». Un peu d'organisation et de ténacité doit suffire.

(1) Lereboullet et Joannon. — La séro-prophylaxie antimorbilleuse au pavillon de la diphtérie des Enfants-Malades en 1923 et 1924 *Soc. de Pédiatrie*, octobre 1924.

(2) Fric. — La prophylaxie de la rougeole chez le nourrisson par le sérum de convalescent. *Thèse de Paris*, 1932.

(3) Les quantités de sérum dont nous disposons nous incitent parfois (et ce fut malheureusement le cas) à en limiter l'emploi.

BIBLIOGRAPHIE

La Médecine et les Médecins français au XVIIe siècle, par J. Lévy-Valensi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. 1 vol. Grand in-8°. Prix: 100 fr. Baillière, édit., Paris.

C'est un très beau livre que le Docteur Lévy-Valensi vient d'écrire sur la médecine et les médecins français du XVIIe siècle, livre d'histoire médicale certes, mais aussi œuvre littéraire rédigée dans une langue claire, souple, nuancée, très agréable à lire.

Dans sa jolie préface, l'auteur écrit que l'histoire de la médecine est avant tout celle des doctrines. Sans doute, il est passionnant de voir à travers les siècles nos prédécesseurs à la poursuite de la vérité, de reconnaître dans l'atome d'Epicure, de Lucrèce, les théories atomiques modernes, l'idiosyncrasie des anciens dans l'anaphylaxie, et dans l'alchimie de Paracelse le germe de la médecine chimique.

Mais, combien nous préférons une histoire un peu moins élevée, un peu moins philosophique peut-être, mais plus humaine, une histoire, qui sans négliger les doctrines, ferait une large part aux médecins et aux institutions. C'est ce désir que réalise parfaitement, pour l'époque du grand siècle, le livre du Docteur Lévy-Valensi.

Dans le premier chapitre, nous sommes initiés à l'état des sciences médicales en France au XVIIe siècle, et c'est une occasion de passer en revue l'anatomie, la physiologie, la thérapeutique, la clinique, tout cela jalonné de savoureuses anecdotes. Puis c'est la description de l'enseignement médical qui était donné dans les deux grandes Facultés d'alors : celle de Paris qui, figée dans la contemplation des anciens, apporte peu de chose à l'œuvre commune et se fait l'impitoyable adversaire de toute nouveauté ; et Montpellier, sa grande et souvent heureuse rivale, plus accueillante au progrès.

Les autres chapitres sont consacrés à l'Assistance publique, en particulier à l'Hôtel-Dieu que nous visitons en compagnie de l'auteur ; à l'hôpital des Frères de la Charité, à l'hôpital Saint-Louis, etc....

Les praticiens de l'époque ne sont pas oubliés : les médecins, les chirurgiens, les apothicaires ; la Confrérie de Saint-Côme, les barbiers et les empiriques.

La cinquième partie réunit de nombreuses biographies de médecins : Théophraste Renaudot, Riolan, Gui Patin, M. Hamon, médecin de

Port-Royal, l'abbé Bourdelot, médecin des Condés, Fagon, et combien d'autres....

Certaines de ces biographies ont fait antérieurement l'objet de conférences et d'articles. Ceux qui les ont entendues ou lus voudront, comme nous-même les relire dans cette belle édition, richement illustrée de documents rares, de l'époque.

Après avoir écrit sur les deux spécialités où il est maître, la psychiatrie et la neurologie, deux livres devenus classiques, que tous les médecins et étudiants connaissent, le Docteur Lévy-Valensi se devait, pour notre joie et notre instruction, de couronner ses études historiques sur le XVIIe siècle, par cette œuvre magistrale qui sera appréciée des lettrés autant que des médecins.

André Feil.

La psychognamie. *Lecture méthodique et pratique du caractère et des aptitudes*, par MM. Paul et Camille Bouts, sur 90 autogravures, croquis, dessins et autographes. Un volume in-8° de 136 pages. Librairie Félix Alcan.

Cet ouvrage comme l'indique son titre est une méthode d'initiation à l'art psychognamique, c'est-à-dire au diagnostic du caractère des aptitudes, des défauts, des qualités d'un individu. Il a été écrit dans le but de donner des indications aux éducateurs et aux dirigeants. Ce qui fait la curiosité de ce travail et son originalité, c'est qu'il constitue, comme le disent les auteurs dans leur introduction « une synthèse substantielle d'une science très vaste et éminemment pratique : l'art psychognomique ».

Ils affirment, en outre que leur méthodologie « est basée sur le procédé nutritif » exposé au cours du livre.

Pour juger cet ouvrage, il importe de ne pas se contenter de le lire : il faut par la pratique quotidienne, par la comparaison des faits, par l'observation contrôlée la vérité des affirmations. C'est ce que demandent les auteurs : faisons-leur crédit. En tout cas, voici les différents chapitres traités : la pédagogie, la psychognomie, les sciences révélatrices de la psychologie individuelle, la psychognomie dans les éléments, l'initiation à la phrénologie, la pratique du diagnostic phrénologique, caractérologie pratique, les facultés morales, le diagnostic facial ou physiognomonie, les révélations des tempéraments et des diathèses, la pratique du diagnostic graphologique associé à l'analyse cranio-faciale.

Par cette énumération, on juge de la multiplicité des points envisagés et de la complexité des faits qu'il s'agit de mettre en valeur. Les auteurs n'ont pas reculé devant cette tâche ardue : ils l'ont entreprise avec foi et avec leur ardeur de bons éducateurs.

G. Paul-Boncour.

Le tome V du Larousse du XXe siècle

Nos lecteurs savent que la Librairie Larousse, qui, depuis son fondateur tient le flambeau de l'Encyclopédie, a entrepris de renouveler l'inventaire des connaissances de notre époque dans un grand ouvrage : Le Larousse du XXe siècle, en six volumes.

Combien un tel ouvrage était nécessaire, il suffit de parcourir le tome V, qui vient de paraître, pour s'en rendre compte. Les articles : *Papier Paquebot, Pétrole, Phonographe, Radiographie, Radiophonie, Régulateur, Résonance*, etc., etc., nous présentent les innombrables découvertes les merveilleux progrès qui, en l'espace de quelques années ont bouleversé notre vie et qu'il n'est permis à personne d'ignorer.

Ce qui est vrai de la science, de l'industrie, de la technique, ne l'est pas moins des autres connaissances humaines. Grâce au dictionnaire encyclopédique, nous suivons partout le mouvement grandissant de l'évolution humaine. Voici la peinture, aux articles *Pointilliste*, la sculpture, au *Penseur*, de Rodin, la musique avec *Pelléas et Mélissande*, de Debussy, la littérature avec Marcel Proust, etc., etc.

Et puis ce sont les gouvernements, et les nations, dont il nous importe de connaître les transformations, si nous voulons comprendre notre époque. Là encore, le dictionnaire encyclopédique va nous servir de guide indispensable, énumérant les principales interventions d'hommes comme Raymond Poincaré et le Maréchal Pétain ; constatant les changements survenus dans certains pays comme la Pologne ; rappelant l'importance dans la vie internationale d'actes tels que le Pacte de Paris, ou de grands mouvements, tels que le *Panslavisme*, le *Panasiatisme*, etc...

Facile à consulter grâce à l'ordre alphabétique, solidement documenté comme il convient à un ouvrage où à la collaboration de l'élite, le « Larousse du XXe siècle », nous apparaît encore comme un bel ouvrage, d'une luxueuse présentation et d'une illustration merveilleuse. Le tome V ne contient pas moins de 7.936 gravures ou cartes, avec 78 hors texte où l'art du dessinateur rivalise avec celui du coloriste. Certaines de ces pages : *Natation, Nuages, Océanographie, Oiseaux, Papillons, Plumes, Poissons*, etc., charment par la vérité de l'interprétation autant que par la technique remarquable qui a permis de les réaliser.

Type parfait de l'Encyclopédie moderne, ce grand ouvrage nous instruit de tout, sans cesser jamais de plaire.

FAITS CLINIQUES

A propos de la torsion des kystes de l'ovaire chez l'enfant

Par **P.-L. CHIGOT**
Interne des hôpitaux de Paris

Alors que nous remplacions le Docteur Montagne, chirurgien de l'hôpital de Liévin, il nous a été donné d'observer le cas suivant :

L'enfant B... Françoise, 6 ans, est amenée à l'hôpital pour syndrome abdominal aigu, le 10 juin.

Cette enfant était bien portante jusqu'au 6 juin dernier. Le 6, elle présente des douleurs abdominales violentes et des besoins d'aller à la selle très douloureux. Elle expulse une selle diarrhéique.

Les jours suivants elle refuse toute alimentation. Elle présente plusieurs crises douloureuses similaires qui durent de dix minutes à un quart d'heure. Pendant deux jours il y a arrêt complet des matières, mais l'enfant ne vomit pas. Pas de troubles vésicaux.

Quand nous avons à l'examiner, quatre jours après le début des accidents, son état général est bon : la langue est humide, le teint est frais. Mais son visage est anxieux. L'enfant est agitée, hostile à l'examen. La température est à 38. Le pouls à 140.

L'abdomen est sensible. Pendant un moment de calme, on peut localiser une douleur dans la fosse iliaque gauche. Le ventre est légèrement résistant mais non contracturé et non ballonné.

On peut sentir dans la région douloureuse une masse arrondie, immobile. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement : mais il provoque l'émission de plusieurs gaz très nets qui permettent d'éliminer un syndrome occlusif.

L'auscultation du cœur et des poumons ne montre rien d'anormal. Nous appelons le Docteur J. Colle, chirurgien en chef de l'hôpital. Procédant d'abord par élimination, un syndrome d'origine intestinale (appendicite, invagination intestinale) est écarté.

L'analogie avec les accidents de torsion kystique chez la femme est frappante : crises successives, défense musculaire pouls rapide. On porte le diagnostic de torsion de kyste de l'ovaire gauche.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. On découvre une masse arrondie, violacée, rénitente, libre et prolabée dans la fosse iliaque gauche, recouverte d'une anse intestinale. C'est un kyste de l'ovaire droit : ablation après ligature du pédicule. L'ovaire gauche est sain. Fermeture au fil métallique en un plan.

A l'examen de la pièce le kyste a le volume d'une grosse orange. Un fragment de trompe tordue deux fois sur elle-même adhère à la surface du kyste. A l'ouverture s'échappe un liquide rouge vineux. Dans la cavité kystique et vers le pôle tubaire de la tumeur on trouve une masse molle qui contient des débris cutanées, des poils, de la matière sébacée, un fragment d'os sur lequel s'insèrent des fragments de tissu musculaire. L'ensemble de la pièce a un aspect violacé, légèrement nécrotique.

Les suites opératoires sont normales.

Notons, à titre de curiosité, que la mère de cette enfant avait été opérée en 1929 par le Docteur Colle d'un kyste dermoïde de l'ovaire tordu.

Cette observation nous a fait rechercher les cas publiés de torsions kystiques chez l'enfant ; cette recherche nous a montré que les observations en étaient assez nombreuses et que la torsion d'un kyste de l'ovaire méritait d'être plus souvent discuté en présence d'un syndrome abdominal.

En effet, dans la grande majorité des cas, on ne porte pas le diagnostic. Une des erreurs les plus fréquentes est l'appendicite aiguë, quand il s'agit de signes à droite. La douleur est le signe le plus constant. Mais elle est plus diffuse que dans l'appendicite.

Quand à la contracture elle est tantôt absente, tantôt légère, mais souvent suffisante pour que sous forme de défense musculaire elle fasse penser à un début de péritonite appendiculaire.

La fièvre n'est jamais très élevée. Nous ne l'avons pas vu dépasser 38,5 dans les différentes observations publiées.

Par contre le pouls est toujours très rapide, oscillant entre 126 et 140.

On en arrive la plupart du temps à poser le diagnostic d'appendicite, mais c'est souvent un diagnostic hésitant et surtout dirigé par la seule fréquence de l'appendicite.

Obadaleck, dans une véritable revue générale de la question, à propos de quatre observations, s'efforce de donner des signes différenciels de l'appendicite et de torsions kystiques chez l'enfant. Il signale l'importance des troubles vésicaux, l'absence de signes occlusifs, la précession de vomissements sur la douleur, etc.

Mais plus que l'analyse minutieuse de chacun des symptômes, sa conclusion nous paraît la plus intéressante quand il dit : le diagnostic de kyste de l'ovaire chez l'enfant serait possible si on y pensait.

Ce qui frappe à notre avis dans les différentes observations, et dans la nôtre en particulier, c'est beaucoup plus l'analogie des accidents avec la torsion kystique chez la femme, que les éléments différentiels avec l'appendicite. Seulement, en présence d'une enfant, on oublie qu'elle peut avoir un kyste, qu'il peut se tordre.

Nous avons donc cru bon de publier cette nouvelle observation, qui, s'ajoutant à celles qui ont été recemment publiées, montrera que la torsion d'un kyste de l'ovaire chez l'enfant est suffisamment fréquente pour qu'on y pense en présence des symptômes ordinaires de torsion kystique.

REVUE GÉNÉRALE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1931-1932

(2e semestre 1931 et 1er semestre 1932)

(Suite et fin[1])

par le Dr **Paul BOYER**
Médecin-assistant de Saint-Lazare et de la Maternité

AUROTHÉRAPIE

Gauthier-Villard (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 197) dans la recherche histochimique de l'or a obtenu par la méthode de réduction par le chlorure stanneux, décrite par Christeller, des résultats plus complets que par la réduction par les rayons ultra-violets.

Arloing, Dufourt et Demonfaucon (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 891, CIX, 393 et 1047, *Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 8 mars 1932) montrent que la plus grande partie de l'hyposulfite double d'or et de sodium injecté par voie sous-cutanée

(1) Voir *Progrès Médical* des 29 octobre, 5 et 19 novembre, 3 et 8 décembre 1932.

disparaît du sang du cobaye après 24 heures; toutefois pendant une semaine environ des traces infimes d'or circulent encore dans le sang. l'or se trouve simplement dissous dans le milieu plasmatique. Après une première injection d'hyposulfite double d'or et de sodium, chez les tuberculeux pulmonaires, l'élimination urinaire est proportionnellement plus abondante qu'après les injections répétées en série. L'organisme tend à retenir de plus en plus l'or dans les tissus. L'élimination urinaire est beaucoup plus importante que l'élimination fécale, elle continue plusieurs semaines après la fin du traitement. Chez le cobaye, les viscères tuberculeux retiennent beaucoup plus d'or que les viscères sains, ceci est net surtout pour le foie et les poumons, peu apparent pour la rate ; cette rétention d'or semble d'autant plus grande que les lésions tuberculeuses sont plus importantes et plus étendues.

P. Emile-Weill et Gross (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 393) constatent que les sels d'or organiques rendent le sang incoagulable.

Lebeuf et Mollard (*Paris méd.*, 1931, XXI, 167), Mollard (*Lyon méd.*, 1932, CXLIX, n° 22), Mollard, Dumarest et Lebeuf (*Soc. nat. Méd. et Sc. méd. de Lyon*, 27 avril 1932) et Dumarest et Mollard (*Acad. Méd.*, 7 juin 1932) préconisent les sels d'or en suspension huileuse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, la chrysothérapie devient ainsi plus efficace, soit parce que, la tolérance étant plus grande, des doses supérieures peuvent être injectées, soit parce que l'absorption étant plus lente, les sels d'or ont une action plus prolongée sur l'organisme.

Les travaux cliniques confirmant la valeur thérapeutique de l'or dans la tuberculose pulmonaire ont été cette année comme l'année passée assez nombreux, l'or a maintenant acquis un véritable droit de cité en phtisiothérapie, nous citerons les travaux de Ameuille et Hinault (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 11 déc. 1931), partisans des doses élevées, Bernard, Mayer et Mecther (*La Médecine*, 1932, XIII, 382), Bernard, Mayer et Sakrilaropoulos (*Presse méd.*, 1931, n° 80, 1469), Berthier, Rouit et Offant (*Soc. Méd. de Marseille*, 8 et 27 juin 1932), Bourgeois et Sandyer (*Gaz. des Hôp.*, 1932, CV, 5), Brodiez et Lefèvre (*Rev. de la Tuberculose*, 1931, XII, n° 7), Hesse (*L'Hôpital*, 1931, XIX, 665), Jullien (*Gaz. méd. de France*, 1932, XXXVII, 1930), Landau, Glass et Numiecki (*Strasb. méd.*, 1932, XCII, 24), Lebeuf, Mollard et Pavie (*Lyon méd.* 1931, CXLVIII, 369), Maigre et Reynier (*Soc. de Méd. de Paris*, 9 oct. 1931 et *Rev. de Méd.* 1932, XLIX, 174), Paraf et Peney (*Sect. d'Etudes Sc. de l'Œuvre de la Tub.* 9 janvier 1932), Piéry (*Monde méd.*, 1931, XLI, 925) et Renaud (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 9 oct. 1931).

Armand-Delille (*La Médecine*, 1932, XIII, 397) a utilisé l'aurothérapie chez l'enfant avec bons résultats toutes les fois que la collapsothérapie a été impossible ou insuffisante.

Dupont (*Thèse Méd. Paris*, 1932) a obtenu d'excellents résultats avec l'aurothérapie dans les adénites tuberculeuses.

Cornil, Carrega et Paillas (*Soc. de Méd. de Marseille*, 13 avril 1932) préconisent le traitement d'épreuve par l'aurothérapie dans les cas limites entre la lymphogranulomatose maligne et les lymphadénies tuberculeuses, surtout dans les cas où la biopsie de contrôle ne peut être appliquée, le diagnostic peut être précisé et la guérison définitive obtenue par ce qu'ils proposent d'appeler la chrysothérapie d'épreuve des lymphadénies.

Renaud (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 6 nov. 1931) a obtenu de bons résultats avec un sapoïde d'or et d'osmium (orosmiol) dans le traitement des tuberculoses osseuses et ganglionnaires.

Fernet (*J. Méd. et Chir. prat.*, 1932, CIII, 87) expose les résultats obtenus par la chrysothérapie dans les tuberculoses cutanées et les tuberculides.

Gougerot et Burnier (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 juin 1932) ont traité une quinzaine de lésions tuberculeuses de la peau et de tuberculides par des injections de crisalbine à 1/100 *in situ*, avec des résultats favorables.

Gougerot (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 févr. 1932) rapporte un cas de lupus érythémateux tumidus aggravé et réactivé par le traitement aurique; un autre cas, déjà guéri par l'or, a récidivé pendant une deuxième cure aurique, mais guéri par continuation du traitement ; un autre cas offre des poussées et des guérisons spontanées en dehors du traitement.

Stéphani et Delore (*Progr. méd.*, 1931, n° 40, 1689) étudiant les effets de la chrysothérapie sur la résistance générale des tuberculeux exprimée par les variations de la formule du sang d'Arneth, n'ont pas constaté de déviation à droite au cours du traitement, ou du moins seulement dans la très petite majorité des cas, la formule restant indifférente dans le plus grand nombre, malgré que ces malades se soient considérablement améliorés, tant au point de vue de leur état général que de leur état local.

Cordier (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 24 nov. 1931) pense que sans prétendre supplanter le bismuth, comme médication d'attaque de la syphilis chez les tuberculeux, l'or paraît suffisant comme traitement d'attente agissant probablement sur les deux affections.

Lebeuf et Mollard (*Presse méd.*, 1931, n° 61, 1149) sont d'avis que la chrysothérapie du lupus nodulaire mérite d'être conservée, elle ne se substitue pas aux autres méthodes, elle les complète ou les remplace quand elles ont échoué.

Lemaire (*Progrès méd.*, n° 47, 2056) passe en revue les nouvelles indications de l'aurothérapie, lupus, tuberculides (bons résultats), lèpre (résultats peu favorables) syphilis (surtout dans les syphilis arséno et bismutho-résistantes ou souvent bons résultats), dans les affections spirochétiennes non syphilitiques (fièvre récurrente, sodoku, travaux encore dans la recherche expérimentale), très bons résultats dans le rhumatisme chronique.

Forestier (*Soc. de Méd. de Paris*, 28 nov. 1931, *Gaz. méd. de France*, 1932, XXXVII, 275) et Froment et Rachet (*Paris méd.*, 1932, XXII, 454) ont obtenu d'excellents résultats par la chrysothérapie du rhumatisme chronique.

Lépinay (*Maroc méd.*, 1931, n° 10) a traité et guéri par la chrysothérapie deux cas de maladie de Nicolas et Favre.

A. Bernard (*Congr. intern. Asthme, Le Mont-Dore*, 4 et 5 juin 1932) a traité par les sels d'or 6 asthmatiques avec deux échecs et quatre améliorations dont trois totales et permanentes depuis un an.

Ameuille et Hinault (*Paris méd.*, 1932, XXII, 33) passent en revue les accidents parfois impressionnants de l'aurothérapie, mais qui ne doivent pas empêcher de pratiquer cette médication à condition d'être prudent, d'observer attentivement le malade en faisant toujours la dose la plus forte possible, les accidents n'étant pas affaire de posologie.

Dumarest, Lebeuf, Mollard et Pavie (*J. de Méd. et Chir. prat.*, 1932, CIII, 277) étudient les rôles respectifs de l'intoxication, du biotropisme et de l'intolérance au cours des accidents de la chrysothérapie, et Albot (*J. des Prat.*, 1932, XLVI, 106) décrit les accidents de l'aurothérapie dans la tuberculose, leur prophylaxie et leur traitement.

P.-E. Weil (*Paris méd.*, 1931, XXI, 102) et P.-E. Weil et Bousser (*Soc. fr. Hématol.* 1er juin 1932) montrent que les hémorragies chrysothérapiques sont des accidents qui surviennent chez des malades de diathèse hémogénique ayant une intolérance soit à tous les médicaments en général, soit à l'or seul.

Achard, Coste et Cahen (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 22 avril 1932) rapportent deux observations d'accidents d'ordre hématologique dus à l'or, un cas d'agranulocytose pure suivie de guérison et un cas de grand purpura hémorragique compliqué secondairement d'agranulocytose et terminé par la mort. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une surveillance hématologique rigoureuse au cours de la chrysothérapie. Les désordres sanguins, d'ailleurs exceptionnels, déterminés par l'or, seront ainsi évités ou prévenus. Jacquelin et Allanic (*Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 22 avril 1932) et Angeras et Ginsbourg (*Soc. fr. Hématol.* 1er juin 1932) rapportent aussi des observations d'agranulocytose post-chry-

sothérapique. J. Lacapère (*Soc. fr. Hématol.*, 2 déc. 1931) insiste sur l'importance de l'étude de la formule sanguine au cours des traitements auriques. Une éosinophilie supérieure à 6 % lui paraît une contre-indication formelle à l'aurothérapie.

Berthier (*Soc. de Méd. de Marseille*, 12 et 26 mars 1932) rapporte un cas d'asthme et d'éosinophilie paroxystique au cours de la chrysothérapie chez une tuberculeuse ; après un traitement éphédriné, la reprise des injections d'or n'a plus déclenché d'accidents dyspnéiques mais persistèrent pendant assez longtemps des poussées éosinophiliques quelques heures après les injections, l'éosinophilie pour cet auteur ne doit pas être considérée comme un test d'intolérance ou de saturation.

Truc et Arnal (*Soc. Sc. méd. et biol. de Montpellier*, 3 juin 1932) présentent l'observation d'un tuberculeux pulmonaire traité par l'or qui à la suite d'une légère affection rhinopharyngée fit une urémie nerveuse très grave.

Au sujet des accidents cutanés de la chrysothérapie, nous citerons les travaux de Gougerot (Aurides cutanées, *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 déc. 1931), Gougerot, Blum et Desgrez (Tatouage noir par l'or, *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 déc. 1931), Gougerot, Burnier et Cohen (Erythrodermie aurique précoce, *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 janv. 1932), Louste et Bernard-Griffiths (Erythrodermie aurique, *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 juin 1932) ; Sabrazès (*Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, 1932, LIII, 370), Vigne et Bellay (*Marseille méd.*, 1932, LXIX, 687).

Huile de foie de morue

Nègre (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 1107) a constaté que chez les cobayes et les lapins tuberculeux traités par des injections sous-cutanées bihebdomadaires ou par ingestion quotidienne de 1 c. c. d'huile d'olive et chez les cobayes tuberculeux traités par ingestion quotidienne de 1 c.c. d'huile de foie de morue, les lésions sont plus importantes et ont une tendance plus rapide à la généralisation que chez les témoins.

Ether benzylcinnamique

Batier (*Thèse Méd. Paris*, 1932) associe avec de bons résultats l'injection sous-cutanée de cinnamate de benzylcholestérine au pneumothorax chez les tuberculeux pulmonaires.

Shalom (*Thèse Méd. Paris*, 1932) a obtenu de bons résultats avec l'éther benzyl-cinnamique dans le traitement du trachome.

Paludisme, quinine et dérivés

Tirouvanziam et Le-Van-Xuyen (*Monde méd.*, 1932, XLII, 50) ont obtenu d'excellents résultats dans le paludisme par les injections de quinine arseniée et d'auto-sang intraveineux, ils pratiquent l'injection intraveineuse d'un mélange extemporané d'une ampoule de quinine uréthane à 0,40 et de cacodylate de soude à 0,05, injecté lentement par brassages successifs avec le sang ; injection tous les matins et six jours de suite et association par voie buccale au protoxalate de fer et au sulfate de quinine.

Decourt (*Soc. de Méd. et d'Hyg. trop.*, 2 juillet 1931) préconise la réactivation thérapeutique par splénocontraction adrénalinique dans le traitement des paludismes anciens. La rate est le principal refuge des paludismes à Ent. vivax et quartanum, les plus difficiles à stériliser. La splénocontraction adrénalinique provoque une polyglobulie de chasse qui permet parfois de découvrir les hématozoaires alors que les examens antérieurs n'en montraient pas et qui parfois même provoque un accès de fièvre. L'auteur utilise dans les paludismes anciens l'association de la splénocontraction répétée journellement à un traitement classique énergique pour atteindre plus efficacement les hématozoaires réfugiés dans la rate

Jolly (*Marseille méd.* 1931, LXVIII, 232) rapporte un cas de paludisme à Pl. vivax récidivant après traitement par association quinine-stovarsol.

Manoussakis (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 10 juillet 1931 et *Paris méd.*, 1932, XXII, 98) montre que l'hémoglobinurie quinique liée à une idiosyncrasie quinique est nettement distincte de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. Elle s'accompagne d'une chute de la tension artérielle, de leucopénie, d'une diminution de la résistance globulaire. La crise hémoglobinurique apparaît chaque fois que le sujet essaye de prendre de la quinine dans un délai qui ne dépasse pas une heure à une heure et demie après l'ingestion, elle est proportionnelle à la dose absorbée. L'hémoglobinurie d'origine quinique peut être traitée par la quinine à la condition que le traitement soit continu et non intermittent. Pour faire tolérer la quinine, il suffit de l'administrer avant que la dose déjà absorbée et qui déclenche les accidents soit éliminée.

Roques (*Marseille méd.* 1931, LXVIII, 675) étudie les troubles oculaires quiniques.

Raynal (*Marseille méd.*, 1931, LXVIII, 813) rapporte les résultats de l'expérimentation de la plasmoquine par le Dr Neil P. Macphail dans les concessions de la « United Fruit Co » au Guatemala.

Sézary (*Soc. Derm. et Syph.*, 12 mai 1932) a observé, chez un tabétique, une éruption papuleuse diffuse, hautement syphiloïde, étendue aux paumes des mains, avec lésions suintantes du scrotum, due à une éruption médicamenteuse à la suite de l'ingestion de cachets contenant de l'oxyquinoléine, l'examen histologique des papules ne montrait aucune lésion syphilitique.

Labbé (*Thèse vét. Paris*, 1932) étudie le traitement des pneumonies du cheval par le sulfate neutre potassique d'oxyquinoléine.

Sergent, Catanei, Trensz et Sergent (*Ann. Inst. Past*, 1931, XLVII, 57) étudient l'action du 710 Fourneau sur le paludisme des oiseaux à Plasmodium relictum.

Emétine et amibiase

Mattei (*Bull. méd.*, 1931, XLV, 846) fixe la dose maxima de sécurité à ne pas dépasser dans l'emploi de l'émétine dans l'amibiase à 0.40-0.50 par cure ; il est de toute nécessité de surveiller les moindres signes d'intolérance, nausées, diarrhée, insuffisance rénale, hypotension artérielle, les signes nerveux, douleurs crampoïdes des membres inférieurs, l'extrême fatigabilité du malade à la marche et à la station debout, la diminution des réflexes rotuliens. Toutes les précautions prises, l'émétine constitue un traitement sans dangers et actif pour le malade.

Matei et Blacas (*Soc. Méd. Marseille*, 25 nov. 1931) rapportent une observation d'abcès aigu fétide de la base pulmonaire droite guéri en cinq jours par le chlorhydrate d'émétine et depuis douze mois.

Vialatte et Remontet (*Soc. Path. exot.*, 11 mai 1932) ont observé une hépatite suppurée de formation récente, guérie par les injections sous cutanées d'émétine et présentent trois radios qui permettent de se rendre compte de l'état du foie à trois périodes successives.

Pellé (*Paris méd.*, 1931, XXI, 481) insiste sur la valeur de l'émétine dans l'amibiase pulmonaire.

Lyon (*Bull. méd.*, 1932, XLVI, 227) préconise dans l'amibiase intestinale le traitement par l'émétine ou par l'ipéca, de préférence la première, à condition de le surveiller, de ne pas s'écarter des doses, ni de le prolonger, traitement légitime des poussées aiguës d'amibiabe chronique. Le traitement effectif de l'amibiase chronique, celui des kystes, consiste essentiellement dans l'emploi exclusif par voie buccale des composés arsenicaux pentavalents ou du novar. Les nouvelles médications, telles que l'uzara ou le yatrène peuvent être utilisées accessoirement quoique leur valeur thérapeutique ne soit pas aussi nettement confirmée que celle de As. On ne devra pas négliger en aucun cas les pansements rectaux en raison de la localisation prédominante de l'amibiase au niveau du rectum.

Antimoine et kala-azar

Benhamou et Morand (*Algérie méd.*, 1932, XXXVI, 207), Giraud et Mlle Coulange (*Presse méd.*, 1932, n° 10, 178), D'Œlnitz (*Presse méd.*, 1932, n° 42, 832) et D'Œlnitz et Liotard (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 15 janv. 1932) étudient la valeur des composés stibiés dans le traitement du kala-azar et constatent le plus souvent une action remarquable.

Trypanosomiases

Launoy, Nicolle et Mlle Prieur *C.R.Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1498 et *Soc.Path.exot.*, 13 janv. 1932) ont observé qu'expérimentalement chez la souris, le Trypanosoma congolense résiste aux arsenicaux ; cette résistance, presque absolue pour les arsenicaux pentavalents, est seulement relative pour les arsenicaux trivalents. Quand on conjugue l'action des arsenicaux avec celle du 205-Bayer-309 Fourneau, ce dernier corps étant employé à doses non stérilisantes, ce n'est qu'exceptionnellement avec les arsenicaux pentavalents que l'on peut observer une action synergique favorable, tandis que le synergisme est régulièrement observé avec les composés arsenicaux trivalents.

Richet fils et Dublineau (*C.R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 541) montrent que si la pyréthothérapie seule n'a qu'une action insignifiante sur la trypanosomiase de la souris (nagana), l'association de la pyréthothérapie et d'une arsénothérapie (914) à doses infracuratives a un effet réel et peut même parfois amener la guérison. L'écart entre les animaux en expérience et les témoins arséniés à la même dose est d'autant plus manifeste que la pyréthothérapie a été plus accentuée.

Vaucel et Boisseau (*Soc. Path. exot.*, 8 juillet 1931) ont obtenu de bons résultats à la période méningée avec la tryparsamide dans la trypanosomiase humaine qui devient à cette période avec ce médicament une affection du névraxe facilement et heureusement modifiable.

Vaucel et Salaun (*Soc. Path. exot.*, 12 nov. 1931) s'élèvent contre la cure standard de la maladie du sommeil préconisée par quelques auteurs. Il est dangereux, par exemple de limiter à douze les injections de tryparsamide pratiquées chez les sujets atteints de lésions méningées. Le contrôle par la ponction lombaire au terme du traitement est indispensable et une prolongation de un mois ou deux peut sauver bien des malades.

Muraz et Vaisseau (*Soc. Path. exot.*, 9 mars 1932) montrent des modalités différentes d'arsénorésistance dans la trypanosomiase humaine créées après injection de tryparsamide de tripoxyl.

Le R. P. Gremeau *Soc. Méd. Hyg. trop.*, 30 juin 1932), insiste sur les bons effets de la tryparsamide en solution dans le sérum de cheval (hémostyl), amélioration très rapide de trypanosomés au seuil de l'invasion des centres nerveux, diminution de la dose et de la durée du traitement, on arrive plus vite à combattre la cachexie et l'anémie qu'on rencontre toujours dans cette maladie.

Delbreil (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 13 mai 1932) rapporte un cas de maladie du sommeil avec formolleucogel réaction positive qui a guéri par la tryparsamide malgré l'institution tardive du traitement. Codvelle (*Ibid.*) a observé également un cas de maladie du sommeil, à forme méningée dans lequel, malgré l'institution tardive du traitement, la tryparsamide faite à fortes doses (120 gr. au total) a donné de bons résultats qui semblent définitifs.

Fourche et Haveaux (*Soc. Path. exot*,, 8 juillet 1931) ont observé un effet préventif de six à sept mois, contre la trypanosomiase, de la germanine administrée en injections hebdomadaires intraveineuses deux semaines de suite à 1 gr. chaque fois. Le traitement préventif doit être réservé aux indemnes à l'exclusion des douteux. Quand au tryponarsyl (deux injections intraveineuses de 2 gr. à une semaine d'intervalle), sa durée de prévention est plus courte, d'ailleurs il peut entraîner des accidents graves et définitifs d'où son rejet en thérapeutique préventive.

Sicé (*Soc. Path. exot.*, 14 oct. 1931) s'adresse à l'émétique ou au moranyl quand le phénylarsinate est inopérant dans les trypanosomiases.

De Marqueissac (*Soc. Pathol. exot.*, 9 mars 1932 et 13 avril 1932) n'a obtenu que de mauvais résultats au Togo avec le moranyl comme préventif de la trypanosmiase humaine. Il reconnaît de grandes qualités à l'orsanine et la recommande pour la prophylaxie itinérante en Afrique. Très soluble, le médicament est facile à injecter. Il fait disparaître toujours et presque immédiatement les flagellés des ganglions. Il rétablit rapidement l'état général des malades. Enfin il y a une grande marge entre la dose efficace et la dose toxique.

Heckenroth (*Soc. Path. exot.*), précise les diverses indications des nouveaux médicaments de la trypanosomiase (tryparsamide, 270 Fourneau moranyl) et la façon de conduire les cures suivant la période de la maladie.

Huile de chaulmoogra dans la lèpre

Féron (*Progrès méd.*, 1932, n° 19, 817) insiste sur le fait que le chaulmoogra doit être administré sous une forme intégrale, la forme collobiasique est la plus active et la voie endoveineuse la meilleure ; quand celle-ci est impossible doubler ou tripler la dose pour les injections intramusculaires. Résultats bons.

Montel (*Soc. Path. exot.*, 11 mai 1932) présente quatre observations recueillies en Cochinchine qui prouvent que la notion d'incurabilité de la lèpre doit être rejetée. Le traitement doit être continué sans arrêt durant des années. L'auteur comme Féron préconise la collobiase de Chaulmoogra, aux doses de 2 à 4 c.c. intramusculaires, avec un total de 48 injections par trimestre. Pour compléter l'imprégnation médicamenteuse de l'organisme, il emploie *per os* des pilules de savon de Chaulmoogra suivant la technique de Boez et Guilherm.

Peirier (*Soc. Path. exot.*, 12 nov. 1931) montre que les propriétés antilépreuses des huiles de Chaulmoogra ne sont attribuables qu'à la seule constitution des acides gras et pas du tout à d'autres principes, présents dans l'huile (vitamines) ou étrangers à l'huile (glucosides, téguments de la graine). Il est d'avis que le noyau pentagonal dans la molécule chaulmoogrique, la non-saturation de ce noyau, le pouvoir rotatoire auxquels certains auteurs attachèrent tant d'importance, n'en ont plus aujourd'hui. Avec l'huile de Krabav du Cambodge et l'huile de Hydnocarpus wightiana des Indes, il a préparé un soluté légèrement hypertonique facile à injecter dans les veines.

De Raymond (*Soc. Path. exot.*, 12 nov. 1931) a expérimenté sur 20 lépreux indochinois le soluté de chaulmoograte de soude préparé par Peirier avec des résultats plus satisfaisants qu'avec les divers autres produits utilisés jusqu'à ce jour.

ANTISEPTIQUES

Antiseptiques pulmonaires

Loeper (*Progrès méd.*, 10 oct. 1931, n° 41) divise les antiseptiques pulmonaires en quatre catégories : le groupe de la térébenthine, le groupe des eucalyptus, le groupe du goudron, le thym et les baumes. La térébenthine n'est pas aussi inoffensive qu'on pourrait le supposer, elle est irritante en applications externes, par voie buccale et souscutanée ou elle provoque des abcès. La térébenthine cuite est mieux tolérée que l'essence par les voies digestives. La térébenthine ralentit la respiration à doses fortes et dessèche les muqueuses ; à dose faible elle les fait sécréter. La terpine et le terpinol sont des dérivés térébenthinés déshydratés d'activité plus grande. Dans le groupe des eucalyptus on utilise l'eucalyptol dont l'action est nettement antiseptique, mais assez asséchante sur les bronches même à doses faibles, et le goménol qui est peu toxique, moins irritant que l'eucalyptol et d'action antiseptique et antithermique égale. Le goudron de pin de Norvège et le goudron de hêtre sont moins employés actuellement. Le goudron est irritant

pour l'estomac et a une saveur brûlante. Il doit son activité à plusieurs carbures benzéniques dont le plus important est la créosote. Au groupe des baumes appartiennent le benjoin, le tolu et le thymol. Toutes ces substances antiseptiques sont des dérivés des benzènes, ce sont des terpènes ou bien des camphres. Ils s'éliminent surtout par le rein et par les voies respiratoires ce qui explique qu'ils sont utilisés dans l'antisepsie rénale comme dans l'antisepsie pulmonaire. On les utilise par voie aérienne, fumigations, pulvérisations, inhalations, instillations trachéales ou par voies digestive, buccale ou rectale ou cutanée ou hypodermique.

Hypochlorites

L. Boyer et Boiron (*C. R. Soc. Biol.* 1931, CVIII, 982) étudient la variation avec la durée de son séjour dans l'eau de la sensibilité du colibacille aux hypochlorites.

Argent

Lasseur, Pierret, Dupaix et Maguitot (*Acad. Sc.*, 7 mars 1932) montrent que la forme du circuit employé, quelles que soient ses modalités, ne joue aucun rôle dans la destruction des bactéries par les fils d'argent. Kling (*Acad. Sc.*, 18 avril 1932 et *Acad. Méd.*, 14 juin 1932), démontre que les propriétés microbicides vis-à-vis des bacilles typhiques et du colibacille qu'acquièrent l'eau distillée et les eaux potables courantes mises en contact avec l'argent métallique sont dues à la dissolution d'une quantité minime du métal dans l'eau. Les propriétés des eaux activées s'expliquent facilement à l'aide des données élémentaires de la physique et de la chimie, sans qu'il soit utile de faire intervenir des altérations de l'oscillation électrique ou des phénomènes d'oligodynamie.

Iode

Rousseau (*J. des Prat.*, 1931, XLV, 485) a obtenu de bons résultats dans le traitement de la blennorragie aiguë ou chronique par les grands lavages avec une solution aqueuse d'iode naissant. Duba (*Thèse Méd. Paris*, 1932), injecte cette même solution dans les adénites après ponction avec également de bons résultats.

Trypaflavine

Le Guyon (*C. R. Soc. Biol.* 1931, CVIII, 1225) constate qu'à toutes les concentrations de la trypaflavine, depuis le 1/100 jusqu'au 1/1.000.000, les cultures de bacilles aviaires poussent comme dans les tubes témoins. Au contraire les bacilles tuberculeux humains et bovins ne poussent pas au 1/10, au 1/1.000 et au 1/10.000. A la concentration de 1/100.000 les bacilles commencent à pousser et au millionième bien que colorés en jaune pâle ils poussent comme les témoins.

Gaté, Tourniaire, Michel et Dorche (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 1235) ont toujours observé qu'aux doses faibles (1 gr. 50, 2 gr. comme dose totale par série, doses suffisantes du reste au point de vue thérapeutique), les sels d'acridine sont d'une remarquable innocuité au point de vue hépato-rénal, tout au moins pour les malades apparemment indemnes de tares viscérales sérieuses.

Pour Blechmann et Lambey (*La Médecine*, 1931, XII, 637) la trypaflavine est une arme très efficace aussi bien seule qu'associée à la sérothérapie dans la méningococcémie infantile.

Wechsler *Thèse Méd. Paris*, 1932) a obtenu des résultats fort encourageants avec les dérivés de l'acridine dans les septicémies, en particulier dans les streptococcémies, mais certaines localisations de l'infection, en particulier la localisation sur l'endocarde réalise un obstacle presque absolu à leur action.

Jausion, Pecker, Soleil et Medioni (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 12 février 1932) associent aux sels d'acridine un violet dérivé du triphénylméthane avec de bons résultats dans la blennorragie et les septicémies.

Lemierre et Mahoudeau-Campayer (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 26 février 1932) rapportent un cas de guérison par le jaune d'acridine d'un cas de brucellose contracté en Lorraine.

De Raymond (*Soc. Path. exot.*, 12 nov. 1931) emploie avec succès la trypaflavine dans le traitement des syndromes cholériformes.

Chauvin (*Soc. fr. Urol.*, 15 février 1932) rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans, sans signes d'insuffisance viscérale, qui succomba rapidement à la quatrième piqûre de trypaflavine au milieu d'un tableau d'œdème suraigu du poumon.

Violet de Gentiane

Carrière et Martin (*Acad. Méd.*, 7 juin 1932) et Piquet (*Soc. Laryngol. Hôp. de Paris*, 20 juin 1932) préconisent les injections intraveineuses de violet de gentiane dans le traitement des septicémies ; bons résultats en particulier dans les septicémies streptococciques d'origine oculaire.

Bleu trypan

Laignel Lavastine et Sterne (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 6 mai 1932) apportent des résultats très encourageants dans le traitement des parkinsoniens d'origine encéphalitique par le bleu trypan ; l'amélioration porte essentiellement sur la rigidité, au contraire le tremblement est peu amélioré, cependant la génoscopolamine agit sur lui à moindre dose quand elle est associée au bleu que quand elle est donnée seule. Aucun des malades traités n'a continué à évoluer.

Urotropine

Pour Minet et Duthoit (*Progrès méd.*, 1931, n° 47, 2081), l'urotropine possède une valeur antiseptique et microbicide qu'elle tient de sa molécule et non du formol qu'elle ne dégage qu'en milieu acide. Pénétrant dans toutes les humeurs de l'organisme, elle est susceptible de conférer à celles-ci où elle atteint un taux de concentration suffisant des propriétés empêchantes. C'est surtout dans les infections urinaires et biliaires, dans les septicémies et dans les infections du système nerveux central (encéphalites, myélites, chorée) que les meilleurs résultats peuvent être obtenus. La voie d'introduction la plus active est sans contredit la voie intraveineuse.

Le Couvy (*Acad. méd*, 1er décembre 1931 traite le tétanos par l'association urotropine-sérum. Sur 17 malades ainsi traités, dont plus de la moitié présentaient un tétanos grave, il n'aurait observé qu'un seul décès.

Salicylate et cryptotoxiques

Cornil (*Bull. méd.* 1931, XLV, 844) emploie avec de bons résultats le salicylate intraveineux dans les syndromes choréiques aigus.

Vincent et Velluz (*Acad. Sc.*, 5 octobre 1931, 22 novembre 1931 et 17 mai 1932) (*C. R. Soc. Biol.*, CIX, 15, 178 et 269) poursuivent leurs si intéressantes études sur les cryptotoxines. Ils étudient en particulier la sursaturation des toxines par l'ion salicylique, les propriétés immunigènes de la cryptotoxine diiodosalicylique, l'action antitoxique de l'alpha-oxynaphtoate de sodium sur la toxine diphtérique, l'action de l'acide salicyl-salicylique sur la toxine tétanique, l'action cryptotoxique de l'acide phényl butylacétique.

Vincent (*Acad. Méd.*, 19 avril 1932) démontre cliniquement les propriétés antichocs précieuses des sels sodiques des acides benzoïques et salicyliques administrés par voie buccale dans la maladie du sérum.

Hydrocarbures

Morel, Rochaix et Mathais (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 897) étudient les pouvoirs infertilisants et antiseptiques de quelques hydrocarbures vis-à-vis des cultures de bacilles

coli, de staphylocoques, de bacilles d'Eberth et de bacilles du charbon. Les hydrocarbures aromatiques, benzène, toluène, xylène, p-cymène, ont des activités relativement faibles. Les hydrocarbures saturés, hexane, constituant de l'éther de pétrole et cyclohexane, ont des actions antiseptiques encore plus faibles.

Acide lactique.

Bach (*Bull. Sc. pharm.*, 1932, XXXIX, 7) montre que le pouvoir infertilisant de l'acide lactique à l'égard des bactéries est dû, dans les régions de l'échelle des pH où l'ion H n'intervient pas, à la fonction de l'acide existant dans le milieu à l'état moléculaire. Ce pouvoir infertilisant est sous la dépendance étroite de la concentration en ions H du milieu parce que celle-ci règle la dissociation de l'acide. Par une méthode générale exposée par l'auteur, on peut évaluer numériquement la valeur antiseptique des acides à l'état moléculaire et établir la part qui revient dans chaque cas aux différentes substances issues de la dissociation de ces acides.

Naquet (*L'Hôpital*, 1931, XIX, 539), a obtenu de bons résultats, comparables à ceux des auteurs anglais par l'administration par voie buccale d'amidopyrine en solution lactique dans la rougeole.

Essence de mirbane.

Ferrabouc et Friess (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 15 mars 1932), montrent *in vitro* et cliniquement la valeur de l'essence de mirbane comme antimycosique. Ils ont guéri plusieurs cas de pityriasis versicolor et de trichophyties des parties glabres par frictions sur les lésions d'une solution dans l'huile à 50 % au maximum.

ANTISEPTIQUES DES MALADIES A VIRUS NEUROTROPE

Hagueneau (*Progrès méd.*, 1931, n° 47, 2045), retient surtout, parmi tous les antiseptiques employés dans les maladies à virus neurotrope, l'uroformine, le salicylate de soude et particulièrement le cyanure de mercure, associés, surtout dans les neurotroposes aiguës, aux méthodes pyréthothérapiques. Dans les névraxites épidémiques, il préconise les vaccins pyrétogènes et l'iodure de sodium intraveineux.

Fokienol.

Pham-ba-Vien (*Thèse Méd. Paris*, 1932), a obtenu de très bons effets comme balsamique dans la blennorragie aiguë avec le fokienol, huile essentielle retirée de Fokenia Hodgensii et des effets sédatifs dans les cystites et les pyélonéphrites.

MÉTAUX ET MÉTALLOIDES

Argent.

P.- Emile Weill et Mlle Gross (*Soc. fr. d'Hématol.*, 2 décembre 1931), montrent que les sels d'argent à grosses molécules (cryptargol, blennargon) rendent le sang incoagulable *in vitro* et *in vivo*.

Gernez (*Soc. Et. sc. Œuvre Tubercul.*, 3 février 1932, et *Soc. Méd. lég. de France*, 14 mars 1932), a constaté que l'ingestion longtemps continuée de collargol (préconisée par certains comme médication de la tuberculose) finit par aboutir à une pigmentation analogue aux cas d'argyrie due au nitrate d'argent et provoque des troubles digestifs sérieux. L'auteur proteste contre une pareille méthode thérapeutique qui s'avère non seulement inefficace, mais dangereuse.

Plomb.

Dalimier (*Progrès méd.*, 1932, n° 15, 646), et Duroux (*Bull. méd.*, 1931, XLV, 797), exposent l'état actuel de la question du traitement du cancer par le plomb. Si ce traitement n'est pas en progrès, il ne doit pas être abandonné et il y a lieu de souhaiter que de nouvelles recherches sur cette métallothérapie soient entreprises pour doter la thérapeutique anticancéreuse d'un composé plombique peu toxique et ayant une action plus pénétrante et plus curatrice (Duroux).

Gendron et Auvigne (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 19 février 1932), rapportent un cas d'intoxication saturnine par une poudre nasale contenant par erreur de la mine de plomb.

Cuivre.

Petges signale un cas d'intoxication aiguë (température, vomissements, céphalées, vertiges, état anémique des muqueuses, coloration verte de la peau, tachycardie et apparition d'un souffle mésocardiaque éphémère) chez un malade atteint de maladie de Nicolas et Favre traité par dix injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 20 cgr. par jour. Rétrocession rapide des accidents après l'arrêt du traitement.

Zinc.

Guilbert et Tardieu (*Rev. de Méd.*, 1932, XLIX, 145) rapportent un cas d'intoxication médicamenteuse aiguë accidentelle par le sulfate de zinc avec séquelles gastro-entérologiques.

Aluminium.

Bertrand et Serbescu (*Ann. Inst. Past.*, 2931, XLVII, 451), étudient la toxicité de l'aluminium comparée à celle du fer, du nickel et d'autres métaux.

Magnésium.

Hazard et Mlle Wurmser (*C. R. Soc. Biol.*, 1931. CVIII 944 et 1932, CX, 525) constatent que le chlorure de magnésium, à doses fortes alors qu'il touche peu l'excitabilité électrique des nerfs accélérateurs cardiaques, augmente l'action accélératrice de l'adrénaline et exerce une action dépressive sur le splanchnique et les vaso-constricteurs, surtout ceux du rein.

Mestrallet et Larrivé (*Soc. nat. Méd. et Sc. Biol. de Lyon* 27 janvier 1932 et *Lyon méd.*, 1932, CXLIX, 281) ont constaté une influence très heureuse des injections intraveineuses d'hyposulfite de magnésium à 10 % dans les accès maniaques de la psychose maniaco-dépressive, ce traitement amène une sédation des phénomènes d'excitation psychomotrice et une diminution toujours appréciable parfois extrêmement rapide de la durée des accès.

Blechmann et Mlle Lecoq (*Soc. de Méd. de Paris*, 25 juin 1932), ont guéri rapidement par l'hyposulfite de magnésium et l'extrait pancréatique une maladie sérique à forme typhoïde provoquée par des injections de sérum antidiphtérique purifié.

Dejou (*Marseille méd.*, 25 décembre 1931, LXVIII, 806), présente deux cas de tétanos traités par le sulfate de magnésie intrarachidien associé à la sérothérapie.

Thomas et Kreitmann (*Acad. Méd.*, 6 octobre 1931), ont obtenu des résultats favorables avec les sels halogénés de magnésium dans la chimiothérapie de l'épithélioma thyroïdien des salmonidés.

Pour Brumpt (*Acad. Méd.*, 3 novembre 1931), le rôle prophylactique des sels de magnésium est nul dans le cas des cancers (adénocarcinomes) spontanés des souris blanches.

Urane.

Garnier et Marek (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 651 et *Presse méd.*, 1932, n° 42, 829) étudient les phénomènes d'accoutumance dans l'intoxication expérimentale du lapin au nitrate d'urane. Une première dose de 1 mgr. par kgr., quand elle a été bien supportée tout en provoquant une réaction certaine, protège le lapin contre une dose très supérieure, injectée après un intervalle de douze jours. En laissant cet intervalle de douze jours entre les injections, on

peut répéter celle-ci en augmentant chaque fois les doses de 20 mgr. par kgr. et faire supporter à l'animal des quantités considérables du toxique ; le seul danger est la dégénérescence du foie et l'hypoglycémie dont on peut retarder l'échéance en alimentant convenablement l'animal. Avec les intervalles de six jours, la protection que donne une première injection se manifeste encore, mais elle ne permet pas de faire accepter à l'animal une progression très rapide, ni de lui faire supporter des doses très élevées et elle semble favoriser l'apparition des troubles nerveux.

Verne (*Soc. Anat.*, 2 juillet 1932), a constaté que les sels d'urane dans l'intoxication chronique déterminent électivement des lésions des cellules de Purkinje et des cellules pyramidales chez le lapin. Ces lésions sont accompagnées de troubles fonctionnels (troubles de l'équilibre, parésie des membres.

Tellure.

Levaditi, Mezger et Mlle Schœn (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 118) montrent que le tellure métallique n'a aucune action sur le virus herpétique, ni *in vitro*, ni *in vivo*. Le tellurite de soude possède des propriétés virulicides à l'égard du virus herpétique dans le tube à essai, mais son activité *in vivo* paraît nulle.

Cobalt.

Villaret, Bertrand, Justin-Besançon et Even (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 956) étudient les cirrhoses cobaltiques.

Thorium.

Auchman (*Thèse Méd. Paris*, 1932), présente neuf observations de périviscérites améliorées par les injections de mésothorium.

Huguenin, Nemours et Albot (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 879) étudient les hépatites diffuses provoquées par le bioxyde de thorium chez le lapin, qui sont des plus intéressantes pour l'étude des divers stades de la cirrhose expérimentale.

Lambin et Gérard (*Soc. fr. Hématol.*, 1er juin 1932), étudient expérimentalement les effets du thorotrast (dioxyde de thorium colloïdal) récemment préconisé en hépatosplénographie. Les doses relativement élevées peuvent produire une thrombopénie importante et des troubles du saignement et de la coagulation. A la thrombopénie initiale peut succéder une thrombocytose secondaire expliquant peut être les thromboses signalées en clinique.

Brome.

Heim de Balzac, Agasse-Lafont et Feil (*Progrès méd.*, 1931, n° 39, 1653) étudient les dermatoses professionnelles et l'intoxication par le brome.

Fluor.

Labat (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1931, CVIII, 885) signale de nouveaux cas d'empoisonnement par le fluosilicate de sodium.

Cristiani (*Presse méd.*, 1931, n° 63, 1184 et *C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 414) étudie la prophylaxie des émanations industrielles fluorées, et décrit l'aspect des lésions osseuses dans la fluorose expérimentale.

Velu (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVIII, 377, 636 et 750) et Velu et Zottner (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CIX, 354) étudient la cachexie fluorique due au fluorure de calcium et les lésions hépatiques et les dystrophies dentaires dans la fluorose chronique.

Chlorate de potasse.

Dumans (*Thèse Méd. Paris*, 1931), rapporte un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de potasse caractérisé par une teinte ardoisée des téguments, ictère, destruction massive des hématies avec hypertrophie de la rate et transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine, hyperazotémie et constatation de ClO^3K dans l'urine au bout de 36 heures. La dose toxique chez l'adulte est aux environs de 30 gr.

Formol.

Gougerot et Poulain (*Soc. fr. Der. et Syph.*, 10 décembre 1931), rapportent un cas d'eczéma professionnel dû au formol ; l'épidermo-réaction au formol a été positive.

Psoriasis.

Wolff (*Thèse Méd. Paris*, 1931), consacre sa thèse à l'étude de la pommade réductrice de Brocq dans le traitement du psoriasis.

Apiol

Trillat et Thiers (*Ann. de Méd.*, 1931, XXX, 176) rapportent un cas d'intoxication mortelle par l'apiol à forme anurique. Laederich, Mamou et Mme Arager (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 13 mai 1932), Roger (*Acad. Méd.*, 31 mai 1932), et Van Itallie (*Acad. Méd.*, 23 février 1932), rapportent des observations de polynévrite apiolique.

Netter (*Acad. Méd.*, 7 juin 1932), envisage les mesures à prendre pour prévenir ces intoxications.

Phytothérapie.

Leclerc poursuit toujours ses si intéressantes revues phytothérapeutiques.

Cette année il a étudié l'onagre bisannuelle (*Presse méd.*, 1931, n° 71, 1320), qui présente une action antiphlogistique dans les entérites et les cystites, à la dose de 1 à 2 gr. par jour d'extrait fluide ; la noix de kola fraîche et son mode d'emploi (*Presse méd.*, 1931, n° 91, 1680) ; la scabieuse (*Presse méd.*, 1931, n° 95, 1760) qui fluidifie les sécrétions bronchiques ; le lierre (*Presse méd.*, 1931, n° 98, 1822), qui exerce de bons effets en bains locaux dans les cellulalgies ; le salep *Presse méd.*, 1931, n° 98, 1822), retiré des tubercules d'orchidées d'Orient qui fournit une farine nutritive que l'on peut utiliser au cours des convalescences des maladies graves ; le pouliot (*J. de Méd. et de Chir. prat.*, 1931, CII, 871 et *Bull. Sc. pharm.*, 1932, XXXIX, 184), antispasmodique dans la coqueluche, les bronchites et les trachéites et cholagogue ; la grassette (*Presse méd.*, 1932, n° 9, 172), qui en extrait fluide, à la dose quotidienne de XX à XL gouttes diminue la fréquence et l'intensité des quintes de toux et les vomissements ; le thuya (*Presse méd.*, 1932, n° 9, 172) qui grâce à son essence formée de alpha-pinène et de l-fénone et de d-thuyone, est un stimulant de la sécrétion urinaire et réveille le tonus musculaire de la vessie et est indiqué dans les affections urinaires du vieillard, hypertrophie prostatique et cystite ; le mouron rouge (*Presse méd.*, 1932, n° 21, 404) utile en macération vineuse de la plante sèche dans les pansements des plaies ulcéreuses des vieillards ; l'airelle d'Auvergne (*Presse méd.*, 1932, n° 29, 556) qui, en marmelade de fruits, exerce une action heureuse sur l'estomac en excitant la sécrétion gastrique et combat l'hypoacidité et stimule les fonctions sécrétoires du pancréas et combat les spasmes douloureux de l'entérocolite muco-membraneuse et la congestion du foie ; l'alchémille (*Presse méd.*, 1932, n° 33, 636) astringent, dans les règles profuses et la leucorrhée, dans les diarrhées estivales et localement dans l'acné rosacée ; la grindélie (*Presse méd.*, 1932, n° 33, 636) expectorant et tonique dans les affections respiratoires (coqueluche, laryngite striduleuse) frénateur dans l'éréthisme cardiovasculaire.

Abcès gangréneux du poumon traité par la méthode à l'alcool de Landau. M. Simonin et Mlle Kuntz (*S. de M. de Nancy*, avril-juin, 1932), après traitement inefficace par les arsénobenzènes et la sérothérapie ont guéri un abcès gangréneux du poumon par douze injections quotidiennes intraveineuses d'alcool à 33°.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 décembre 1932

Crises anxieuses paroxystiques et tétanie. — *M. Jacques Decourt*, à propos d'une observation, individualise une forme particulière de crise nerveuse empruntant à la fois ses éléments à la névrose d'angoisse et à la tétanie. L'expérimentation clinique montre les liens intimes qui unissent, dans ce cas, les deux ordres de phénomènes. L'épreuve de l'hyperpnée volontaire déclenche régulièrement les phénomènes psychiques et physiques de l'angoisse, suivis aussitôt par les contractures tétaniques. Les perturbations apportées dans l'atmosphère psychique, par le mécanisme de l'émotion et non de la suggestion, conduisent au même résultat. L'ergostérol irradié paraît exercer une action inhibitrice sur ce complexe pathologique.

La névrite optique de l'arsenic pentavalent. — *MM. Sézary* et *de Font-Réaulx* ont étudié les conditions dans lesquelles survient la névrite optique au cours des traitements par l'arsenic pentavalent, afin d'en déduire les moyens d'éviter cette redoutable complication.

Cliniquement cette névrite se produit très rapidement en quelques jours. Elle se manifeste par des troubles subjectifs (phosphènes) et fonctionnels (rétrécissement du champ visuel, baisse de l'acuité, amblyopie). La papille ne se décolore qu'un certain temps après le début des troubles visuels. Il n'y a jamais de scotome central. On distinguera donc facilement cette névrite de la névrite toxique rétro-bulbaire et de l'atrophie optique des tabétiques.

Propre à l'arsenic pentavalent, elle a une fréquence variable avec la constitution chimique des divers composés : certains sont très nocifs, d'autres beaucoup moins. Elle est généralement due à l'emploi des doses trop fortes par injection ou de doses normales trop rapprochées, ou à l'introduction par voie intra-veineuse. Son apparition est grandement favorisée par l'existence d'une lésion antérieure de la retine ou du nerf optique, d'une affection grave des centres nerveux, telle que le tabès, d'une insuffisance rénale ou hépatique avérée, de la sénilité, de l'intoxication alcoolique.

Cette névrite est de nature toxique, ainsi que le montrent l'histologie, l'expérimentation et la symptomatologie. On peut discuter dans quelques rares cas le rôle d'une réactivation. Il est plus vraisemblable que la fragilisation antérieure du nerf optique joue un rôle prédisposant important.

Pour prévenir cet accident au cours du traitement arsenical, les auteurs recommandent une grande prudence dans l'emploi de la médication une grande rigueur dans sa posologie et une grande attention dans la recherche des contre-indications.

Etude sur quelques cas de névrite optique arsenicale. — *MM. Sézary* et *Barbé*, ayant eu l'occasion d'etudier plusieurs cas de névrite optique dus à l'arsenic pentavalent (tryparsamide, stovarsol, acétylarsan, etc.), montrent que chacun d'eux peut s'expliquer par une posologie incorrecte ou par une contre-indication méconnue. La complication oculaire indique une fragilité spéciale du nerf et nécessite l'abstention définitive de l'arsenic pentavalent, bien que dans certains cas les lésions ne se soient pas aggravées par la continuation du traitement. Il ne s'agit pas de la réactivation d'une lésion syphilitique du nerf, car l'examen du liquide céphalo-rachidien fait dans cinq cas avant et après l'accident n'a pas montré de réaction méningée. Ainsi donc l'idiosyncrasie semble jouer un rôle presque négligeable et la connaissance des causes favorisantes de la névrite optique arsenicale nous permettra d'éviter le plus souvent cette complication.

Les preuves de l'allergie mycosique. Intradermo-réaction et vaccinothérapie spécifiques. — *MM. Jausion, de Lima, Guillaud-Vallée* et *Pages*, continuant la série de leurs recherches sur l'allergie mycosique, ne retiennent des divers tests proposés pour en affirmer l'existence, que l'intradermoréaction avec les toxines génériquement appelées « trichophytines ». Ils les veulent, pour leur part, complètement exemptes d'albumines. Avec une « tricho-épidermophytine standard », mycotoxine polyvalente, ou avec des extraits culturaux monovalents : épidermophytine, microsporine, trichophytine, achorine, penicilline, ils obtiennent des réponses significatives, et que ne faussent point les pseudo-réactions protéiniques. Bien que tenant le plus large compte des travaux antérieurs de M. Ravaut, ils ne vont pas, comme lui, jusqu'à exiger de l'intradermo-réaction qu'elle reproduise la maladie, qu'elle obtienne à tout coup l'effet irritatif isomorphe. Certes, il leur arrive de rencontrer pareilles réponses, mais ils tiennent cet heureux hasard pour une exception.

Comme autre preuve de l'origine mycosique d'une dermatose, ils proposent le traitement par leur clasine polymycosique. La cure suffisamment prolongée, parvient non seulement à blanchir ces dermatomycoses, mais à négativer l'intradermo-réaction chez les malades qui la presentaient à l'origine.

La technique de préparation des claso-vaccins s'est épurée, à la faveur des recherches thérapeutiques sur le psoriasis, et les derniers extraits en date ont augmenté d'efficacité.

Intradermo-réaction aux mycotoxines et clasinothérapie permettent d'apprécier toute l'étendue du domaine de l'allergie mycosique, si heureusement explorée en France par Ravaut, Basch et Rabeau.

L'allergie mycosique dans le lichen-plan. — *MM. Jausion, Guillaud-Vallée* et *Pecker*, reprenant les termes d'une longue communication faite à la Société de stomatologie, sur la nature du lichen-plan, en précisent l'origine, qu'ils croient liée à l'allergie mycosique, dans la majorite des cas du moins.

Vingt-quatre malades, dont vingt et un déjà traités et dix-neuf blanchis, leur permettent de mieux concevoir ce problème étiologique.

Jausion, Sohier et Lartigue pensaient, dès juillet 1930, que le lichen-plan pouvait être une allergide mycosique. Or, cette présomption se confirme. La papule lichénienne peut naître à distance du chancre parasitaire, à son voisinage, ou sur place, voire comme les auteurs l'ont observé, sur le foyer même d'une trichophytie circinée, ayant fait sa preuve microscopique.

Le lichen buccal serait éveillé par tout contact de la muqueuse avec l'antigène mycelien. La stomatite lichénienne originelle pourrait n'être parfois qu'une stomatite mycosique.

Là encore les auteurs ont eu la bonne fortune d'observer une stomatite à grains énucléables, constitués par Penicillium crustaceum. Cette affection interférait avec un réseau lichénien indiscutable.

L'intradermo-réaction tricho-épidermophytique s'est montrée positive pour tous les cas de lichen cutanés, muqueux ou mixtes, examinés jusqu'à ce jour. Tous les malades ont été cicatrisés (19), ou fortement améliorés (2) par la clasine polymycosique.

L'allergie mycosique dans le psoriasis. — *MM. Jausion* et *Guillaud-Vallée* évoquent, à nouveau, le rôle de l'allergie mycosique dans le psoriasis, qui paraît, pour la majorité des cas, relever de cette origine. Ainsi se confirmerait comme légitime le rapprochement étiologique entre psoriasis et parakératoses psoriasiformes, telles ces parakératoses levuriques si remarquablement étudiées par Ravaut et ses élèves.

Cinquante-quatre cas ont été strictement observés, 37 (68 %) de ces malades étaient simultanément porteurs d'épidermophytie inguinale ou d'intertrigos mycosiques, 44 (80 %) ont réagi très positivement à une mycotoxine ; 45 de ces psoriasis ont obei au traitement myco-vaccinal. 29 sujets ont été intégralement blanchis par la seule clasine polymycosique, à la faveur il est vrai de traitements très prolongés (50 à 70 intramusculaires, d'ailleurs indolores et sans réaction générale). Pour 25 patients, qui ne sont encore qu'améliorés, la cure a été mixte, faite de psothanol et de vaccin.

Ainsi le psoriasis s'avère souvent, mais non toujours, une mycoside, et le plus fréquemment une épidermophytie. Il peut être parfois tenu pour une microsporide. D'autres antigènes peuvent d'ailleurs intervenir (toxine streptococcique). Mais la parakératose psoriasique est toujours stérile.

Le psoriasis est donc une réaction cutanée, la réponse de la constitution parakératosique à des antigènes très divers, de provenance mycélienne pour la plupart. C'est pourquoi il blanchit à la fois grâce à des médicaments de terrain (chimiothérapie) et à des vaccinothérapies spécifiques (clasines polymycosiques).

Hémorragies graves et répétées par ulcère gastrique. Succès du traitement parathyroïdien. — *M. Perves* (Toulon) rapporte un cas d'ulcus et en resume un autre où des injections répétées d'hormone parathyroïdienne amenèrent l'arrêt de l'hémorragie. Il pense que l'action de ce traitement est surtout d'ordre anti-infectieux.

Sclérodermie bronzée cachectisante. — *MM. Lœde-*

P. L. M.

Comment aller à ½ tarif aux Sports d'hiver dans les Alpes et le Jura

Les sports d'hiver vous tentent ? Vous désireriez vous rendre dans une station des Alpes et du Jura pour vous livrer aux plaisirs du ski, de la luge ou du patin... Mais vous ne pouvez vous absenter longtemps et vous craignez, au surplus, que votre déplacement ne vous occasionne une trop grosse dépense. Rassurez-vous. Vous voyagerez à bon compte en utilisant les billets de fin de semaine dont le prix comporte une réduction de 50 %. Ces billets sont valables du vendredi à midi au mardi à midi au départ de Paris et de Marseille et du samedi à midi au lundi à minuit au départ de Besançon, Clermont-Ferrand, Dijon, Genève, Grenoble, Lyon, Montpellier, Nîmes, Saint-Etienne. Ils donnent droit, dans tous les cas, à une franchise de 20 kgr. pour le transport des articles de sports d'hiver.

Rien n'est aussi salutaire et aussi reposant qu'un séjour, ne fût-ce que de quelques jours, dans les stations de sports d'hiver. N'hésitez pas.

Si vous avez besoin de plus amples indications veuillez vous adresser aux gares.

rich, ***Mamau*** et ***Beauchesne*** rapportent l'observation d'une femme de 52 ans chez laquelle s'est installé à la ménopause un syndrome caractérisé par des troubles de l'état général confinant à la cachexie, un syndrome de Raynaud, une sclérodermie généralisée à début œdémateux et à évolution rapide, accompagnée d'une mélanodermie intense à type addisonien.

La tension artérielle était basse à 8-5, l'asthénie marquée. De plus, épanchement pleural sérofibrineux de la base gauche. L'évolution fut rapide en deux mois. A l'autopsie : cirrhose du foie, lésions pluriglandulaires et adénomes corticaux surrénaliens.

Ces lésions glandulaires complexes expliquent pour les auteurs l'insuccès de la parathyroïdectomie ou de l'opothérapie parathyroïdienne dans certaines sclérodermies.

MM. Guy Laroche et ***Weissenbach*** signalent la fréquence d'une amélioration apparente, parce que transitoire seulement, après la parathyroïdectomie chez les malades atteints de sclérodermie.

Curabilité de la tuberculose pulmonaire des nourrissons. — ***M. Comby***, à propos de la récente communication de M. Ameuille sur la guérison spontanée de certains infiltrats tuberculeux, insiste sur la fréquence de cette éventualité chez les nourrissons.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

« On comprend difficilement l'obstination des pouvoirs publics à écarter la collaboration des médecins dans tous les problèmes qui intéressent la répression du crime. Il semble pourtant que l'opinion des « criminologistes » mériterait au moins d'être « discutée » pour des problèmes qui sont strictement criminologiques. Nous avons l'impression que les pouvoirs publics administratifs et judiciaires redoutent « une emprise de la médecine ». C'est un vieux lieu commun tout à fait absurde. » (Dr André CEILLIER. Les conceptions médicales de la lutte contre la criminalité. *Paris Médical*, 19 novembre 1932.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

A. Chauffard (1855-1932). — *Extrait de l'éloge prononcé par M. Paul Ravaut à l'Académie de médecine (S. du 29 novembre 1932.)* ..... Si par son œuvre écrite Chauffard laisse un grand nom, il représente aussi une figure caractéristique de notre époque : époque de transition entre celle qui limitait l'étude du malade à son seul examen clinique et celle que nous vivons actuellement qui, si nous ne réagissions pas, nous pousserait à ne le connaître que par des réactions biologiques ou par de multiples méthodes d'exploration. Notre Maître sut se tenir entre ces deux extrêmes ; tous ses travaux et surtout son enseignement à l'hôpital ont été empreints de ce souci du modernisme et du respect de la tradition.

Pendant trente-cinq ans, il fit régulièrement chaque matin, parfois même le dimanche, sa visite à l'hôpital. Nombreux furent ceux qui reçurent de lui l'empreinte initiale et la conservèrent dans l'avenir. J'eus l'heureuse fortune de débuter en 1892 dans son service de Broussais. Par tous les temps et en toute saison, avec une régularité mathématique dont rien ne pouvait le distraire, il arrivait à l'hôpital à 8 h. 1/2, entrait dans son bureau, et tout en fumant une cigarette s'entretenait avec l'interne des nouveautés du service, puis de quelques actualités de la vie parisienne ou de la politique qu'il critiqua presque toujours, car il était volontiers frondeur. Passant ensuite par le laboratoire, il se rendait dans une des salles désignées d'avance par un roulement bien établi. Tout le service l'attendait respectueusement ; il s'assurait des présences puis passait devant les lits, s'arrêtant aux entrants et commençait leur examen clinique. Sur la pan-

carte étaient écrits les noms du bénévole, du stagiaire, de l'externe : le premier lisait l'observation, énumérait les signes cliniques et hasardait un diagnostic, puis, par ordre hiérarchique, chacun jusqu'à l'interne donnait son avis : le Patron qui jusqu'alors avait écouté debout, les deux mains dans les poches de son tablier, les pouces en dehors, souriant ou s'exclamant devant nos naïvetés, recommençait lui-même l'examen du malade, vérifiait un à un les signes annoncés, montrait à l'élève les causes de son erreur, l'obligeait à la vérifier, puis reprenant l'ensemble de l'observation il distribuait, souvent avec une certaine ironie, les critiques et quelquefois des louanges. Ainsi se créait dans le service une émulation constante, poussant sans cesse au travail. Après avoir passé en revue toute la salle, adressé la parole, ou simplement un petit signe de tête à chacun de ses malades, pour les encourager, les consoler, leur montrer qu'il pensait à eux, le service se rendait à l'amphithéâtre, car aucune des autopsies n'était négligée, ou bien à la consultation, puis la visite se terminait à 10 h. 1/2 et le Patron quittait l'hôpital. Une fois par semaine, il faisait une leçon clinique : son plan était préparé d'avance sur quatre petites pages représentant les quatre quarts d'heure de la leçon, et rien ne l'écartait de l'ordre qu'il s'était tracé. C'est alors que pouvait être apprécié son remarquable talent d'exposition, son esprit de méthode, ses efforts pour rendre objectifs les signes présentés par le malade, les résultats des examens de laboratoire : aussi usait-il largement de courbes, de tracés, de projections, permettant de suivre l'évolution clinique et biologique de la maladie. Dans une langue simple, élégante, trouvant toujours le mot propre, faisant image, il exposait l'observation, discutait le diagnostic et s'élevant alors au-dessus du malade, il élargissait la question, puis terminait toujours sa leçon par des conceptions générales, philosophiques parfois, par des hypothèses fécondes qui toujours faisaient réfléchir plaçant ainsi les premiers jalons dans la voie du progrès.

Pendant toute sa carrière, aussi bien comme médecin d'hôpital que comme professeur de clinique, il conserva cette même méthode d'enseignement, inculquant à ses élèves le respect de l'ordre, de l'exactitude, de la précision, leur donnant constamment l'exemple d'une haute tenue morale et professionnelle. Aussi, maintenant, pouvons-nous juger des résultats, et Chauffard en exprima souvent sa fierté, car, sur ses 48 internes, 30 sont aujourd'hui professeurs à la Faculté, membres de l'Académie, médecins des Hôpitaux, sans compter tous ceux qui parmi ses externes, ses élèves, occupent des situations officielles en France ou à l'étranger, prolongeant l'esprit de celui qui, par sa personnalité et son talent, exerça une si grande influence sur la formation médicale de notre génération.

***

Chauffard ne fut pas seulement un remarquable professeur, un chef d'école, mais aussi, comme le disait récemment Marcel Labbé, un grand seigneur de la médecine. Par sa conception du devoir médical, sa droiture professionnelle, son souci de la correction, de la tenue morale et physique, il reste une des nobles figures qui ont honoré notre profession. Si par son origine, ses relations aristocratiques, la franchise de ses convictions et de son caractère, il se montra dans ses années de jeunesse parfois sévère dans ses jugements, dans le choix de ses amis et de ses élèves, avec la maturité s'émoussèrent peu à peu ces légères aspérités : sa courtoisie, son affabilité, sa délicatesse de sentiments étaient appréciées de tous : il n'avait pas d'ennemis et jamais n'eut à réagir contre des rivalités d'école. En aucun milieu, plus qu'à l'Académie, il n'a eu l'occasion de faire valoir ces qualités, de les faire apprécier de ses collègues, contribuant à perpétuer dans notre Compagnie ce charme de l'accueil qui séduit les amis de cette maison.

Aussi bien en médecine que dans sa vie privée Chauffard manifesta un véritable culte pour la perfection, l'élégance et le beau. Sa tenue était soignée, sans recherche, simple, et évolua avec son temps : il portait aussi bien la redingote grise étant jeune agrégé que le simple veston sous lequel nous le vîmes au faîte de sa carrière en ces dernières années. Il cultiva toujours les sports, modérément et s'y intéressait ; tout bénévoles que nous étions avec les Le Sourd, Desjardins nous eûmes le plaisir à Broussais de l'initier aux joies de la bicyclette et de lui faire faire ses premiers tours de pédale ; pendant longtemps il fut un fervent des promenades du dimanche matin au Bois de Boulogne, en gants blancs et culotte courte, puis ce fut l'automobile, et, surtout la chasse qu'il pratiquait encore en ces derniers temps dans sa belle propriété de Sologne, accompagné de sa fille, de ses petites-filles et de quelques intimes ; aussi conserva-t-il jusqu'à la fin de sa vie une allure jeune, dégagée, un regard vif manifestant la santé, la gaieté et la joie de vivre. Nous ne le vîmes pas malade : c'est à peine si en ces deux dernières années quelques défaillances cardiaques lui firent sentir l'effet des années ; il mourut très rapidement en quelques jours, d'une broncho-pneumonie et partit en beauté le 1er novembre 1932.

Malgré sa haute situation il resta toujours simple, accessible à tous : il ne s'enorgueillit jamais de ses succès de clientèle, car de

toutes les parties du monde venait-on le consulter pour des maladies du foie. Cette simplicité, cette bonhomie, il la manifesta par des actes, refusant toute manifestation lorsque sonna l'heure de la retraite et demandant qu'aucun discours ne fût prononcé à ses obsèques.

Dans son foyer également regnaient le bon goût, l'élégance et la discrétion. Encore plus que lui peut-être, Mme Chauffard était l'héritière d'une longue tradition médicale et aussi illustre; depuis le baron Boyer, médecin de Napoléon 1er, toujours une des filles épousa un médecin réputé et titré. Ses parents et arrière-grands-parents furent les professeurs Roux, Danyau et Bucquoy son père : la tradition se continue maintenant en la personne de notre ami le professeur Guillain et de son gendre Garcin qui représente la septième génération. Aussi cette union si parfaite, réunissant des goûts, des éducations, même des hérédités comparables, fut-elle des plus heureuses et lui créa cette harmonieuse vie familiale dans laquelle il se complaisait.

Son appartement de la rue de Bellechasse était un modèle de bon goût : meubles, porcelaines, tapis anciens avaient été sélectionnés soigneusement et formaient un ensemble qui avait l'intérêt d'un véritable musée. Tout particulièrement des dessins, des sépias, quelques tableaux des plus grands maîtres français et italiens du XVIIIe siècle recouvraient les murs et ce n'est pas sans une certaine satisfaction qu'il se plaisait à les faire apprécier, rappelant comment il les avait acquis autrefois, au bon moment, pressentant la valeur que les goûts actuels devaient leur attribuer : alors se dévoilait le collectionneur heureux et fier d'avoir vu aussi juste en art qu'en médecine.

Le souvenir d'une vie aussi complète ne s'effacera pas, car le Professeur Chauffard nous laisse une œuvre qui constitue l'une des pierres fondamentales de la pathologie hépatique, et par les syndromes qu'il a créés son nom y reste gravé pour toujours : par son enseignement oral, ses élèves conserveront et transmettront le culte de leur vieux Maître, qui a si dignement soutenu, tant en France qu'à l'étranger, le renom de la clinique française.

Autour de L.-F. Céline. Aux Écoutes. — Elles ne marquent point d'origine ni de les conditions dans lesquelles les éditeurs Denoël et Steele acceptèrent le livre de Louis-Ferdinand Céline : *Voyage au bout de la nuit.*

Ils étaient sortis l'un et l'autre quand un inconnu se présenta dans leurs bureaux. Après avoir déposé un paquet informe roulé dans un papier d'emballage, il s'en fut sans dire ni son nom ni de quoi il s'agissait.

A son retour, M. Denoël ouvrit le paquet. Un copieux manuscrit s'y trouvait sans aucune indication pouvant renseigner sur le nom et l'adresse de son auteur. Il jeta un coup d'œil distrait sur le tas de pages d'une typographie maladroite.

A quelques jours de là, il s'inquiéta de savoir à qui il avait affaire. Il se mit donc à étudier le papier qui enveloppait le manuscrit. Celui-ci ne contenait d'autre indication qu'à un de ses angles, une étiquette au nom de Firmin Didot, éditeur.

M. Denoël, qui connaissait une employée de cette maison, lui téléphona. Celle-ci répondit ne pas savoir ce dont il s'agissait. On nageait en plein mystère. Enfin, pressée de questions, sa correspondante se souvint d'un docteur assez bizarre, habitant sa maison, et qui, étant venu en consultation chez elle, lui avait demandé du gros papier pour procéder à la confection d'un paquet. Elle dit le nom du docteur. Il s'agissait du docteur Destouches, demeurant rue Lepic et exerçant dans un dispensaire de Clichy.

C'est ainsi que l'éditeur fit la connaissance de l'auteur du *Voyage au bout de la nuit.* S'il avait conté cette histoire avant la publication du livre, on eût cru à un procédé de publicité. Maintenant que le Prix Goncourt est passé, cette contribution à la petite histoire littéraire nous semble ne plus devoir l'exposer aux mêmes critiques.

« Il y a quarante ans, un remède presque unique était employé contre les maladies de l'estomac : le bicarbonate de soude. C'est un merveilleux remède en effet. Dans les maladies de foie et les estomacs atones, il produit des résultats immédiats. Par contre, les estomacs nerveux s'en trouvent très mal et ceux-ci composent la majorité des estomacs latins. Dans les estomacs allemands, la contractilité de l'organe est diminuée par l'abus des victuailles absorbées sans ménagements et des chopes de bière englouties à toute heure du jour. Le bicarbonate de soude guérit fort bien ces désordres.

Chez les Français, il produit souvent des troubles prolongés. Ce n'est, en effet, pas un défaut de contractilité qui s'inscrit à l'origine des digestions difficiles. La sensibilité seule est en jeu et le traitement doit calmer cette vulnérabilité toute spéciale de la muqueuse. C'est pourquoi le bismuth introduit dans la thérapeutique par le Professeur Hayem, le kaolin, la magnésie, le carbonate de chaux représentent des agents infiniment plus salutaires. Ils ne risquent pas, comme le bicarbonate de soude, de produire après une amélioration passagère, un retour plus pénible des accidents.

La dyspepsie des Allemands guérit surtout avec le bicarbonate de soude, la dyspepsie des Français se trouve bien mieux du bismuth. Cette seule différence marque une opposition de physiologie qui entre certainement dans la différence des natures qui signalent le caractère des deux races. » (Extrait de *La médecine et la chirurgie de nos 1871*, *Histoire de la Troisième République.* Librairie de France.)

Le Gérant : A. ROUZAUD. Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 2 LE NUMÉRO : 50 Centimes 14 JANVIER 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

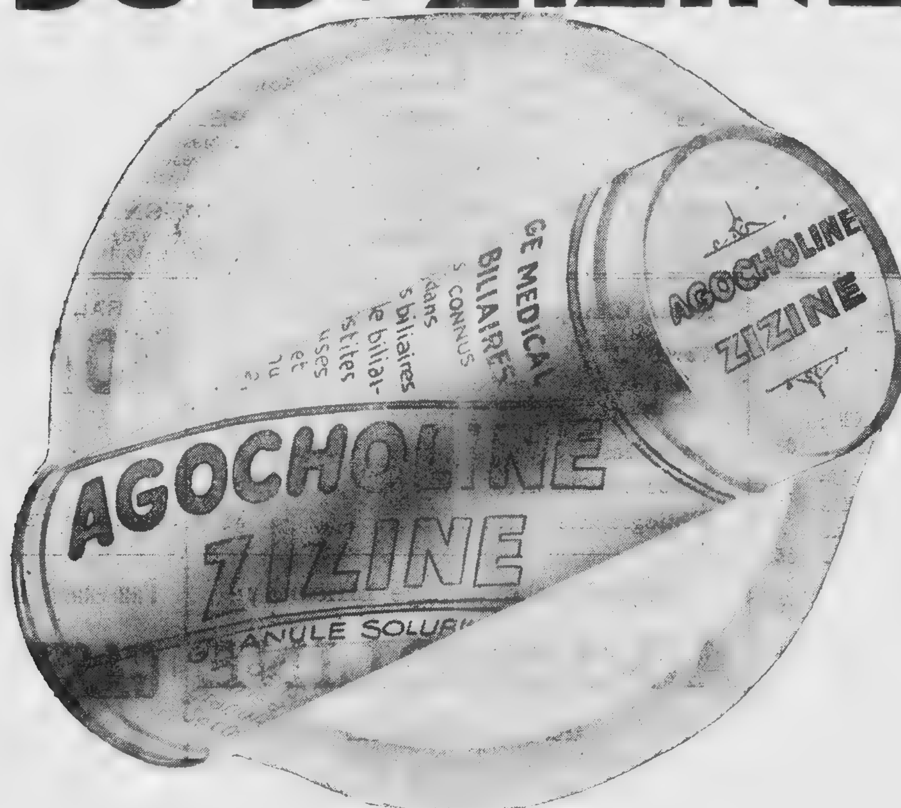
A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies........... 40 fr.
Etudiants.................... 30 fr.
Belgique..................... 45 fr.
Etranger { 1re zone .... 70 fr.
Etranger { 2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. le Médecin général Bar, directeur du Service de santé de la 4e Région.

Sont nommés :

Au grade de commandeur. — M. le Docteur Lallement.

(Active). *Au grade de commandeur.* — MM. les Médecins généraux Derrin et Lascoutx ; le Médecin colonel Rault.

Au grade d'officier. — MM. Pierron, Arène, Vanlande, Pheulpin, Jacquemart, Lannes-Dehere, Bénazet, Bornecque, Nicard, Mouchet, Bergeret, Augé, Lacaze, Costedoat, Amidieu, Querleux, Givry Goursolas, Guiot, Darthenay, Dorange, Godeau, Montané, Corbel, Laloy, Pernod, Camus, Didier et Camper.

(Troupes coloniales.) MM. Turgis, de Reilhan de Carnas, Sice, Dormoy, Bablet, Rouzoul.

(Active). *Au grade de chevalier.* — MM. Jitomirsky, Le Mer, Grimaldi, Clément, Chainet, Le Guillas, Tuaillon, Poucet, Veyrenc, Lacombe, Malevieile, Sauvaget, Besnoit, Donon, Clément, Guillermo, Bourdon, Lemaistre, Mathey-Doret, Michaud, Chavialle, Carrie, Candille.

(Troupes coloniales.) MM. Galland et Gaudard.

JUSTICE. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Hanotte, médecin chef du Conseil d'Etat.

EDUCATION NATIONALE. — *Au grade d'officier.* — M. le Professeur Etienne (de Nancy).

MARINE. — *Au grade d'officier.* — MM. les Médecins en chef Yver et Mathieu, les Médecins principaux Viéron et Charpentier.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Bérard (de Rouéra), Boivin (de Bruz), Bonnet (de Romans), Brissaud, directeur des sanatoriums de l'Hérault ; Buquet (de Paris), Chuiton (de Brest), Demay, médecin chef des Asiles de la Seine ; Reuilly (de Paris).

Education nationale. — Le Docteur Fernand Vallon, à qui son dernier livre, « Au Louvre avec Delacroix », avait valu, en 1931, un prix de l'Académie française, chevalier de la Légion d'honneur, au titre de « critique d'art ».

Hôpital Saint-Antoine. — Liste des cours qui seront faits par le Professeur BEZANÇON à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, à 10 h. 1/2, les vendredis.

20 janvier : Ostéite fibreuse. — 27 janvier : Tuberculose ganglionnaire hypertrophique.

La statistique du P. C. N. — Le nombre des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. N. est le suivant pour les onze dernières années (pour toute la France) :

En 1922 : 1.349 ; en 1923 : 1.398 (en plus 49) ; en 1924 : 1.682 (en plus 284) ; en 1925 : 1.900 (en plus 218) ; en 1926 : 2.211 (en plus 311) ; en 1927 : 2.414 (en plus 203) ; en 1928 : 2.991 (en plus 577) ; en 1929 : 3.078 (en plus 87) ; en 1930 : 3.371 (en plus 293) ; en 1931 : 3.233 (*soit* 138 *en moins*) ; en 1932 : 2.971 (*soit* 262 *en moins*).

A la date du 31 juillet 1932. — la répartition de ces étudiants par Facultés ou Ecoles, par nationalité et par sexe.

Statistique des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. N.

Facultés ou Ecoles	Français		Etrangers		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
Alger	61	4	2	»	67
Amiens	22	2	3	1	28
Angers	13	2	1	»	16
Besançon	10	3	6	»	19
Bordeaux	88	23	23	2	136
Caen	32	6	8	»	46
Clermont	40	15	13	1	69
Dijon	22	7	11	»	40
Grenoble	20	3	14	5	42
Lille	96	15	12	1	124
Limoges	21	10	»	»	31
Lyon	119	17	15	3	154
Marseille	118	17	19	»	154
Montpellier	84	10	101	9	204
Nancy	62	15	61	9	147
Nantes	59	3	»	»	62
Paris	484	156	244	21	905
Poitiers	26	7	1	»	34
Reims	20	6	89	7	122
Rennes	68	4	1	»	73
Rouen	23	8	58	12	101
Strasbourg	54	30	23	4	111
Toulouse	99	27	19	»	145
Tours	24	6	102	9	141
Totaux	1.665	396	826	84	2.971
	2.061		910		
	2.971				

(*La Vie Médicale*).

La désaffectation de l'Asile Sainte-Anne. — La Société médicale des Asiles d'aliénés de la Seine a rédigé contre ce projet la protestation suivante :

Il ne nous appartient pas d'apprécier le bien-fondé d'un déplacement ou d'un agrandissement de l'actuelle Faculté de médecine, dont l'aménagement définitif ne date pas de trente ans : ces mesures sont âprement critiquées par ailleurs. Mais nous avons le devoir d'examiner les répercussions de cette solution au triple point de vue de l'intérêt des malades et de leurs proches, de l'enseignement psychiatrique, et des finances publiques, tant nationales que départementales.

La suppression, après guerre, des quartiers d'hospice (Salpêtrière) a constitué une mesure regrettable et maintes fois critiquées publiquement dans les réunions des assemblées et commissions compétentes. Depuis cette suppression, l'asile Sainte-Anne reste le seul établissement situé dans l'enceinte de la ville où soient hospitalisés des aliénés : or, certains malades aigus et affaiblis sont difficilement transportables ; pour certains autres des raisons impérieuses d'humanité commandent de les laisser le plus près possible de leurs proches, dont certains,

parfois, viennent vers eux quotidiennement, et peuvent seuls leur faire accepter une alimentation obstinément refusée...

Aussi, ne pouvons-nous croire que le Conseil général de la Seine, dont les initiatives en matière d'assistance sont justement réputées, puisse accepter, que seule de toutes les branches de l'art médical, la médecine mentale ne soit pas représentée dans la ville de Paris, et que les aliénés soient traités en parias, précisément à une époque où la médecine mentale s'intègre de plus en plus à la médecine générale.

Aussi bien l'asile Sainte-Anne constitue-t-il un centre d'enseignement assidûment fréquenté par les étudiants et par des médecins étrangers venus s'initier à nos méthodes.

C'est aussi et surtout un centre unique et irremplaçable d'enseignement pour les futurs médecins aliénistes du cadre national car il leur offre seul la possibilité de se tenir en contact étroit avec les autres branches de la médecine.

La perspective pour eux d'accomplir tout un internat dans des établissements trop éloignés de l'Ecole ou des hôpitaux, où certains doivent régulièrement, d'ailleurs, continuer à suivre des cours pratiques ou des stages — serait de nature à abaisser, de façon préjudiciable pour le service, le niveau des concours à venir. Les conséquences graves qui peuvent en découler pour la valeur du cadre national des médecins des asiles publics — recrutés en majorité parmi les internes des Asiles de la Seine — ne devraient pas échapper à la vigilance de l'Administration centrale.

Dans l'hypothèse envisagée, que deviendraient les malades actuellement hospitalisés à l'asile clinique ? Deux solutions seulement peuvent être, pratiquement, proposées :

1° Leur répartition dans les asiles existants de banlieue ? Or, la Commission de surveillance et les médecins n'ont cessé, depuis plusieurs années, de dénoncer leur encombrement progressif : il a atteint aujourd'hui les plus extrêmes limites et nécessite des palliatifs d'urgence, construction de pavillons métalliques, surélévations, transfèrements massifs en Province...

Or, les asiles de province, parvenus eux-mêmes à la limite de l'encombrement — parfois de l'entassement — doivent se refuser à toute admission nouvelle de malades de la Seine.

D'autre part, de nouveaux pavillons ne peuvent être indéfiniment ajoutés à des établissements dont les services généraux, d'ores et déjà insuffisants, craquent de toutes parts. On en arriverait rapidement à l'obligation d'agrandir ou de reconstruire entièrement cuisines, magasins, lingeries, buanderies, ateliers, bureaux,... mesures onéreuses, et qui, favorisant l'entassement, ne feraient que stabiliser les conditions hygiéniques défectueuses au milieu desquelles nous nous débattons déjà. Elles n'apporteraient par contre, bien au contraire, aucune des indispensables améliorations demandées depuis longtemps.

2° On construirait un nouvel asile dans la limite des anciennes fortifications ?

L'édification d'un asile neuf, remplissant toutes les conditions nécessaires de situation et de modernisation serait l'unique argument pouvant inciter l'assemblée départementale à accepter l'aliénation des locaux de l'asile Sainte-Anne, si elle avait la certitude absolue d'obtenir l'indemnisation correspondant à la valeur réelle du terrain, de l'établissement, et des aménagements et de la voir affectée exclusivement au service des aliénés. D'ailleurs cette édification devait être, obligatoirement, préalable à tout commencement de désaffectation, et nous soulignons ce point de façon toute particulière.

Les conditions économiques actuelles ne permettaient pas au budget départemental d'aboutir à une réalisation semblable. On peut se demander si les conditions du budget national — avec ou sans l'appoint des générosités étrangères qui paraissent à l'origine de cette affaire — la permettent.

L'intérêt sacré des malades et de leurs familles, les intérêts de la science psychiatrique française méritent plus d'attention qu'on ne semble en avoir apporté dans les prémisses de la discussion.

Dire qu'il suffira d'aménagements peu coûteux pour transformer l'asile Sainte-Anne en des locaux d'un autre ordre n'apparaît que comme une affirmation trompeuse, destinée à obtenir par surprise, un vote de principe rapide. Et les modifications fatales, énormes, sinon totales, qu'on démontrera plus tard être indispensables, ne pourront que se solder par un appel inopportun aux contribuables.

Concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 13 février 1933, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du vendredi 13 janvier au lundi 23 janvier 1933 inclusivement.

Concours pour la nomination à sept places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 27 février 1933, à 8 h. 30, les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique de 14 heures à 17 heures, du lundi 23 janvier au lundi 6 février 1933 inclusivement.

Concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie vacantes au 15 octobre 1933 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 25 avril 1933, à 10 heures du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du lundi 20 mars au mercredi 5 avril 1933 inclusivement.

Collège libre des sciences sociales. — *Hygiène constructive et ménagère de l'habitation* (Docteur GOMMÈS). — Importance sociale de l'habitation sur les occupants, au point de vue physique, mentale, énergétique. — Lutte contre quelques-uns de ses défauts. — L'obscurité (notion d'éclairagisme, solaire et artificiel). — Le bruit (notions d'hygiène audi-mentale). — L'effort cardiaque dans les montées d'étages et par les mauvaises dispositions architecturales.

Les mercredis 25 janvier, 1er février, 8 février, 15 février, 22 février, à 16 h. 30.

Ordre du jour voté par la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine dans sa séance du 5 janvier 1933. — Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine,

Considérant que, sans préjuger des faits ni intervenir dans le règlement des points spéciaux, les Syndicats ne peuvent se dispenser de prendre position dans une question intéressant la moralité, la dignité et les intérêts professionnels des médecins en général et du Corps médical parisien en particulier, et qu'ils doivent pour ce but employer tous les moyens que la loi leur confère ;

Considérant que les irrégularités révélées dans les concours médicaux de l'Assistance publique sont de nature à porter gravement préjudice à la considération publique du Corps médical parisien ;

Demande formellement :

1° que des sanctions soient prises tant contre les fraudeurs avérés que contre leurs complices éventuels, quelle que soit leur situation personnelle ;

2° que justice soit assurée aux candidats dont la loyauté sera reconnue et qui ne doivent subir aucun préjudice ;

3° que l'Administration de l'Assistance publique, qui porte la pleine responsabilité de l'organisation des concours et de leur surveillance, prennent toutes dispositions de nature à empêcher le retour des fraudes révélées.

Nécrologie. — Docteur CHARRY, de Toulouse. Il fut, dans le Midi, le Mécène des théâtres. — Docteur DELITCH, médecin serbe, domicilié à Paris, 16, rue Greuze (XVIe). — Docteur S. DINNEMARTIN, d'Epone (Seine-et-Oise). — Docteur Pierre DURAND, d'Agen, décédé accidentellement à l'âge de 30 ans. — Docteur Henry GILSON, médecin chef honoraire de l'hôpital d'Angoulême. — Docteur Lucien HITZ, de Paris, décédé dans sa 80e année. — Docteur HENDRIX, de l'armée. — Docteur Paul KLEIN, du Havre. — Docteur MÉLIAN, de Montpellier. — Médecin général MONÉGER, décédé à l'âge de 62 ans. — Docteur G. ROLAND, professeur honoraire à l'École de médecine de Poitiers. — Docteur Joseph XECH CANDES, de Nantes, mort subitement au chevet d'un malade. — Professeur Karl GRUNBERG, de la clinique O.-R.-L. de Bonn. — Professeur Guilo ROVIDA, de Buenos-Aires, directeur de l'Institut biologique d'Argentine. — Professeur John GLAISTER, de Glascow. — Professeur FREELAND FERGUSON, de Glasgow. Il fut le grand consultant ophtalmologiste des Iles britanniques. — Docteur Roger DE LA HARPE, de Vevey (Suisse). — Docteur Arthur GAUTHIER, de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).

« Malheureusement une lacune s'inscrit à la racine de tous ces projets (*Reforme des études médicales*), excellents dans leur principe et de réalisation aisée, quant à leur application. Ni les uns ni les autres ne s'occupent de la formation intellectuelle et morale du médecin. Et ce dernier point nous semble essentiel.

(La Réforme des Etudes médicales. *Journal des Praticiens*, 10 décembre 1932.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis de cancérologie, par J. Ducuing. Un volume de 1.260 pages avec 516 figures. (Collection de Précis médicaux). Cartonné toile :140 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La place de plus en plus grande qu'occupe le cancer en pathologie a justifié ces dernières années l'apparition de nombreux traités, de monographies et d'ouvrages divers. Mais ces livres sont trop importants ou trop spéciaux pour permettre à l'étudiant d'acquérir des notions simples et précises et au praticien, au chirurgien, au radiologiste, de dégager facilement les connaissances scientifiques et pratiques qui leur sont indispensables.

Le but de ce Précis est donc de réunir les notions simples sur l'état du problème du cancer et l'exposé clinique complet relatif aux différentes tumeurs malignes.

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première est l'étude du cancer au point de vue étiologique, anatomo-pathologique, clinique, pathogénique et thérapeutique. Rien de ce qu'on doit savoir sur ces généralités et en particulier sur ce qui concerne le radium, les rayons X et tous les agents physiques utilisés actuellement contre le cancer, n'y est omis. Les questions les plus difficiles de la radio-biologie, de la radio-activité, les techniques et les mesures radiothérapiques et curiethérapiques y sont exposées avec simplicité.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, les différents cancers sont exposés d'une manière complète en tenant compte des acquisitions modernes qui se rapportent à leur *diagnostic et à leur traitement*.

Dans un but didactique, l'étude de chaque cancer est présentée suivant un plan toujours semblable et très serré qui ne permet d'éluder aucune difficulté, aucun point de la question envisagée ; elle est précédée des principales notions anatomiques, embryologiques et physiologiques nécessaires à son entière compréhension.

Les illustrations, très nombreuses, il y a 526 figures, sont entièrement originales, particulièrement démonstratives et soignées. Elles sont de deux ordres : des photographies et des schémas. Les photographies sont présentées toutes les fois qu'il est nécessaire de préciser un document exact. Au contraire quand il faut s'adresser à l'esprit et à l'intelligence, l'auteur se sert de schémas plus faciles à interpréter.

Le praticien, en présence d'un cas donné, trouvera donc dans ce livre la meilleure conduite à tenir pour le bien de ses malades.

Les fractures des membres. *Clinique et thérapeutique*, par René Simon. Un vol. in-8° de 500 pages avec 173 figures dans le texte. Prix : 75 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre n'a pas la prétention d'être un « Traité des fractures », mais seulement un guide pratique renfermant l'essentiel de ce qu'on doit savoir.

Classiquement divisé en deux parties: Fractures en général et fractures, en particulier, il débute par un chapitre sur la biologie de l'os fracturé résumant ainsi les travaux les plus modernes sur l'ossification et la formation du col.

L'auteur a jugé inutile de s'étendre longuement sur l'étiologie, les lésions anatomiques et même sur les signes cliniques qui ont beaucoup perdu de leur valeur depuis la généralisation de la radiographie ; par contre, il insiste sur la thérapeutique et discute à propos de chaque type, les indications respectives du traitement orthopédique et de l'ostéosynthèse dont il expose les techniques.

Il précise ensuite les résultats de ces traitements et les taux de l'incapacité persistante de travail.

L'illustration, presque entièrement originale, reproduit des calques radiographiques ou figure les principaux appareils ; exécutée au trait, elle s'adapte parfaitement au texte et en souligne la clarté.

La fièvre exanthématique du littoral méditerranéen ou fièvre boutonneuse, par Jean Piéri. (*La Pratique médicale illustrée*). Un volume in-8° de 86 pages, avec 18 fig. dans le texte. Prix : 30 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (6e).

On trouvera dans cette monographie différents chapitres : étiologique, clinique, sérologique, anatomo-pathologique, thérapeutique, auxquels s'ajoute une bibliographie documentée. L'étude du virus met également au point les récentes recherches expérimentales : caractères propres du virus, virulence du sang et des humeurs, réservoirs de virus dans la nature, inoculation à l'animal, applications à la pyrétothérapie.

Cette affection, qui a suscité l'intérêt et les travaux de nombreux auteurs, appelle encore d'intéressantes recherches peut permettre une classification définitive que l'on ne peut actuellement envisager qu'avec prudence.

Le kala-azar infantile, par Paul Giraud. (*La Pratique médicale illustrée*). Un vol. in-8° de 80 pages avec 12 fig. dans le texte et une planche en couleurs hors texte. Prix : 30 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans cette monographie, P. Giraud a condensé sous un petit volume toutes les notions indispensables pour bien connaître la maladie et lui opposer une thérapeutique efficace.

Dans un premier chapitre se trouvent exposées les notions épidémiologiques actuellement acquises au sujet du kala-azar ; notions encore incomplètes qui appellent de nouvelles recherches avec l'aide du laboratoire et de l'expérimentation.

Puis vient la partie clinique de l'ouvrage où les symptômes sont analysés avec précision et groupés suivant leurs formes cliniques. Cette partie peut être considérée comme à peu près définitive, grâce à la grande expérience personnelle de l'auteur, qui a pu en réunir plus de 90 observations autochtones.

Le diagnostic est ensuite mis au point avec ses trois étapes indispensables : étape clinique, étape hématologique, recherche du parasite. Les techniques actuelles de ces divers examens, sont indiquées avec tous les détails pratiques nécessaires pour les réaliser.

Un mot d'anatomie pathologique permet de se rendre compte des lésions produites dans les divers organes par le parasite.

Le traitement, enfin, constitue un des chapitres les plus importants de ce travail qui peut être considéré comme la mise au point actuelle d'une question d'un très grand intérêt théorique et pratique.

Recherches sur l'infection. L'hypersensibilité et l'immunité vis-à-vis des formes virulentes ou atténuées du virus tuberculeux, par Jean Van Beneden. Un volume de 136 pages avec 11 figures. Prix : 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain. Paris.

L'auteur s'était attaché de longue date, à l'étude des éléments filtrables du virus tuberculeux. Il a pu réunir ainsi une série de faits importants touchant aux caractères pathogènes des filtrats de produits tuberculeux, aux caractéristiques des lésions expérimentales dues à l'inoculation des éléments filtrables du virus, au passage transplacentaire de l'ultra-virus, de la mère au fœtus, qu'il fut un des premiers à vérifier expérimentalement.

Il s'en est déduit une série de notions intéressantes sur le diagnostic de l'infection par l'ultra-virus, sur l'hypersensibilité ou la résistance aux infections virulentes, ainsi que sur l'hérédité.

Etudiant le vaccin de Calmette, J. Van Beneden, qui, en 1924, créait le premier centre de préparation de ce vaccin pour la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg, ajoute aux publications qu'on lui devait déjà sur l'efficacité de la prémunition du nouveau-né, les résultats d'expériences personnelles sur les caractéristiques du B. C. G., sur le mécanisme des hypersensibilités à la suite de la prémunition, et sur le rôle peu connu de l'élimination bacillaire par voie hépato-biliaire.

Ce petit ouvrage très personnel est, de plus, doté d'une bibliographie importante sur le B. C. G. et l'ultra-virus.

Les chercheurs trouveront à la lecture de ces pages des voies nouvelles d'investigation. Le médecin praticien y découvrira des faits susceptibles de satisfaire sa curiosité et d'étayer divers points de sa conception de l'*infection*, de l'*hérédité* et de l'*immunité* dans la tuberculose.

Les porteurs de germes en vénéréologie, par Pierre Durel. Un volume in-8, 157 pages. Prix : 15 francs. Editions « Sciences et thérapeutique », 53, rue Réaumur, Paris (4e).

La notion des porteurs de germes est assez rarement invoquée en vénéréologie, et de nombreux facteurs psychologiques autant que bactériologiques n'en permettent l'étude qu'avec difficulté.

L'auteur montre, cependant, que bien des raisons autorisent à étendue aux affections vénériennes ce que l'on ne discute plus pour les autres maladies. C'est surtout au point de vue prophylactique que P. Durel s'est placé, donc surtout à un point de vue pratique, étudiant la question successivement pour chacun des germes en cause, et ce, en trois chapitres :

— Après les manifestations cliniques apparentes de l'affection ;

— Avant elles (incubation) ;
— Sans aucune manifestation morbide (saprophytisme vrai).

L'hypothèse des porteurs de germes dans la *blennorragie* a été formulée par de nombreux auteurs : par Asch en 1911, par Guépin, par H. Gougerot, Janet, Bucura, etc. De nombreuses observations sont citées qui viennent vérifier cette hypothèse, celles qui illustrent la réalité du saprophytisme vrai étant les plus importantes au point de vue prophylactique et pathogénique (cas de femmes ayant des gonocoques après chaque rencontre avec des porteurs d'écoulement, qui les hébergent sans dommage et s'en débarrassent sans traitement). L'étude des blennorragies extra-génitales fournit, en outre, des éléments intéressants à la question. Les porteurs sains de gonocoques posent des problèmes biologiques et bactériologiques particuliers, ce que l'auteur appelle les « tests de virulence » du gonocoque.

La possibilité de rencontrer le bacille du *chancre mou* sur une muqueuse saine a été démontrée bactériologiquement, soit au cours d'incubations de longueurs anormales (M. Gougerot), soit par les travaux de MM. Ravaut, Rabeau et D. Hesse, chez des sujets porteurs de bubons sans chancre.

La notion des porteurs de *tréponèmes* sans lésion apparente est grosse de conséquences ; l'auteur cite des observations où des syphilitiques anciens ont contaminé leur partenaire à des moments où l'examen le plus minutieux ne montrait rien (parfois même, le Bordet-Wassermann était négatif) et rappelle les arguments expérimentaux qui expliquent de tels faits. Pendant l'incubation, ainsi que l'a principalement montré M. Milian, la contamination est possible. Quant au saprophytisme vrai du tréponème les observations sont trop rares pour permettre de conclure, mais plusieurs faits plaident en sa faveur.

A propos de la prophylaxie des maladies vénériennes, l'auteur insiste sur le fait que l'étude bactériologique doit devenir le complément de tout examen clinique : ceci n'empêchera guère les contaminations pendant l'incubation, ou en cas de saprophytisme vrai, mais pourra éviter que des sujets apparemment bien guéris puissent être dangereux en étant restés « porteurs de germes ».

Le sens de la direction et l'orientation lointaine chez l'homme, par Pierre JACCARD. Préface de J. LARGUIER DES BANCELS. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Scientifique. Prix : 32 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les amateurs de récits d'aventures et de voyages ont souvent rencontré, au cours de leurs lectures, des allusions plus ou moins précises au sens ou à l'instinct d'orientation des non-civilisés. Bien des alpinistes, d'autre part, ont attribué à des guides de montagne des facultés exceptionnelles de direction que l'on retrouverait, dit-on, chez certains aviateurs. Les faits rapportés sont-ils authentiques ? L'homme vivant en pleine nature possède-t-il vraiment une connaissance innée des directions de l'espace, lui permettant de traverser sans faute de vastes forêts, steppes ou déserts, dépourvus de repères et de chemins tracés ? Existe-t-il chez l'être humain, un organe jouant le rôle d'une boussole ? Avons-nous, sans nous en douter, les rudiments d'un sixième sens de l'orientation, analogue à celui que l'on prête généralement aux abeilles, aux fourmis et aux pigeons-voyageurs ?

C'est à toutes ces questions que M. P. Jaccard s'efforce de répondre dans son important ouvrage, résultat de dix années de recherches sur ce sujet. Une critique serrée des témoignages traditionnels, de nombreuses observations nouvelles et des expériences systématiques ont conduit l'auteur à nier catégoriquement l'existence de tout instinct ou sens spécifique de l'orientation chez l'homme. C'est à la suite d'une incroyable série de confusions et de malentendus, que ces dernières hypothèses se sont maintenues jusqu'à nos jours. En réalité, les primitifs ne s'orientent pas autrement que nous et c'est à un simple développement de leurs facultés d'observation, d'intelligence et de mémoire qu'il faut attribuer tous leurs exploits de guides ou de chasseurs. Privé de repères extérieurs, le sauvage s'égare comme le civilisé. Il en est de même de l'animal, qui se dirige par des procédés semblables aux nôtres, par repérage externe et reconnaissance des lieux. Toute la question du sens de la direction n'est en définitive qu'un vaste pseudo-problème dont il importait de démontrer l'illusion.

Cet ouvrage est cependant loin d'être uniquement critique et négatif. Il contient toute une étude originale des procédés naturels d'orientation lointaine, qui ne manquera pas d'intéresser les alpinistes et les coureurs des bois. Les savants trouveront également dans ce livre une histoire, pleine d'aperçus nouveaux, des théories sur l'intelligence et l'instinct des animaux, sur la psychologie des primitifs, etc. « Il restera beaucoup des recherches de M. Jaccard, dit M. le Professeur Jean Larguier des Bancels, dans la préface de cet ouvrage ; l'auteur abordait un sujet presque neuf ; il l'a véritablement débrouillé. »

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France : un an, 60 francs. Boivin, éditeur, 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 décembre 1932 : H. Bornecque : Tite-Live (I) : Sa vie et son œuvre. — H. Hauser : Géographie commerciale et industrielle : la situation économique mondiale. — J. Harkiss : Défense et illustration de la littérature (I). — H. Hannette : La légende de la « Morte vivante » (III). — Albert Mathiez : L'Eglise et la Révolution française (IX) : Le programme religieux de la législature. — F. Strowski : Les réactions de la vie contemporaine sur la littérature (X) : La poésie et la vie moderne. — P. Servien : Problème d'art et langage des sciences (10). — E. Bourgeois : A propos de la Pologne.

TRAVAUX ORIGINAUX

Mécanisme du prolan-diagnostic

Par

Henri VIGNES et **Jacques LEMANT**

Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Interne
des Hôpitaux de Paris

Nous avons exposé, dans deux articles précédents, la pratique du prolan-diagnostic et son utilisation en clinique. Il nous reste à passer en revue comment les divers chercheurs ont interprété le résultat de ces diverses réactions, quelle est l'origine de ces hormones et par quel mécanisme elles arrivent dans l'urine.

* * *

Présence de la FOLLICULINE dans l'urine. Au préalable, nous rappellerons ce que l'on sait d'une autre hormone génitale se retrouvant aussi dans l'urine, la folliculine. La folliculine se décèle dans un liquide par la méthode d'ALLEN et DOISY : constatation des modifications vaginales caractéristiques du rut s'observant chez la souris castrée.

1° La folliculine peut être décelée dans le sang au cours du premenstrum, ainsi que l'ont montré LOEWE, d'une part, et R. T. FRANK, d'autre part.

2° La folliculine peut être décelée dans le sang menstruel en grande quantité.

3° La folliculine peut être décelée, en grande quantité, dans le sang de la femme enceinte.

4° La folliculine peut être décelée en grande quantité dans l'urine de la femme enceinte, ainsi que l'ont montré DOHRN et FAURE (1). Cependant ASCHHEIM considère cette dernière proposition comme inconstante : sur 75 femmes enceintes, il a obtenu seulement 17 réactions positives, contre 25 réactions douteuses et 33 réactions négatives. Par contre MAZER et HOFFMAN en ont trouvé dans 112 cas sur 150 (2).

Il y a un peu de folliculine dans le sang et beaucoup dans l'urine, à la période de nidation. La folliculine est, donc, éliminée à un moment où sa présence serait nocive.

D'où provient cette folliculine ?

La folliculine provient en partie de l'ovaire, mais étant donné que l'ovariectomie pendant la grossesse n'en diminue pas le taux dans le sang et dans l'urine, on a cherché si on ne lui trouverait pas une autre origine. Or, il en existe en grande quantité dans le placenta (et plus spécialement dans le placenta fœtal).

Pourquoi la folliculine est-elle éliminée ? A la période de nidation, elle est éliminée parce que la lutéine l'empêche de se fixer sur les organes génitaux. Plus tard, nous n'avons pas d'explication valable.

* * *

Mais ce n'est pas la folliculine qui nous intéresse ici ; l'hormone contenue dans l'urine de femme enceinte est bien différente. Mais quelle est cette hormone ?

Nous allons, au préalable, exposer trois ordres de faits qui peuvent servir à interpréter la réaction : quelle est la quantité d'hormone hypophysaire contenue dans la glande hypophysaire pendant la grossesse ? Quel est l'effet des injections d'extraits hypophysaires pendant la grossesse ? Dans quelles espèces animales trouve-t-on la substance active ?

1° *La teneur de l'hypophyse en prolan pendant la grossesse est nulle.* A. R. BACON (1), cherchant à établir, par la méthode des greffes à des souris blanches femelles impubères, la teneur en hormone des lobes hypophysaires antérieurs pendant la gestation, a constaté que les hypophyses se trouvent être plus pauvres en hormone au cours de la grossesse qu'en dehors d'elle. Et pourtant, c'est pendant la grossesse que la teneur hormonale du sang passe pour être considérablement augmentée. PHILIPP a obtenu des résultats analogues (2) ainsi que FELS (3).

2° *L'hormone préhypophysaire est capable de déclencher l'ovulation pendant la grossesse, alors que la maturation des follicules est impossible en conditions normales.* Z. et A (4) ont, en implantant des fragments de préhypophyse à des souris gravides, provoqué l'ovulation : les follicules ont mûri, éclaté et des ovules ont été retrouvés dans les trompes, certains ayant leur noyau bien conservé, la plupart étant fragmentés et dégénérés. Dans l'ovaire, on a trouvé, à côté du corps jaune de la gestation, des corps jaunes jeunes provenant des follicules ainsi éclatés. Et pourtant, dans l'utérus, les fœtus étaient vivants et les placenta adhérents à la paroi utérine. FELS (5) a confirmé ces résultats et LOESER a obtenu des résultats analogues chez la lapine (6).

C'est un paradoxe que l'on puisse provoquer l'ovulation sans inconvénient pour la gestation et c'est aussi un paradoxe que la suractivité hypophysaire gravidique soit compatible avec une grossesse normale (7).

Les constatations de Z. et A. ont d'ailleurs été très discutées et ENGLE (8), tout en montrant l'activité des transplants préhypophysaires, aboutit à des résultats un peu différents : la transplantation quotidienne du lobe antérieur d'hypophyse, chez le rat et la souris pendant le premier tiers de la gestation, empêche l'implantation des œufs ou détermine leur résorption précoce. Si la transplantation est commencée pendant le deuxième tiers de la gestation, les fœtus sont résorbés ou expulsés. La grossesse est moins souvent interrompue quand l'implantation est commencée pendant le dernier tiers, beaucoup de portées arrivent à terme dans cette série. L'hormone pituitaire, dans ces expériences, détermine la production d'un grand nombre de follicules ovariens : l'hormone ovarienne, ainsi produite, fait proliférer la muqueuse utérine et déclenche un état semblable à l'œstrus et incompatible avec la grossesse.

De même, Siegmund (9), avec des transplants importants, a provoqué, chez la femelle pleine, l'apparition de groupes cellulaires lutéinisés, de follicules en voie de lutéinisation ou d'ovules dégénérés.

(1) Uber die Ausscheiding der weiblichen Sexualhorrron. *Klin. Woch.* 14 mai 1928, p. 943.

(2) Le test de SIDDALL se fonde sur la présence simultanée de prolan et de folliculine dans le sang des femmes enceintes : un c. c. du sérum est injecté chaque jour, pendant cinq jours à une souris impubère. On pèse ensuite ovaire et utérus. On divise le poids total de l'animal par ce chiffre. Si on obtient 400 ou moins, c'est que la femme est enceinte. (The hormone test for pregnancy. *Journ. of the amer, med Ass.* 15 sept. 1928, p. 779). Le pourcentage des résultats exacts obtenus par divers auteurs n'est pas favorable à cette méthode.

(1) A. ROSTHORN BACON. — A comparative study of the anterior hypophyse in the pregnant and non prengant states. *American journ. of Obst. and Gyn.*, n° 3, mars 1930.

(2) E. PHILIPP. — Hypophysenvorderlappen und Placenta. *Zentralblatt fur Gynakologie*, t. LIV, n° 8, 22 fév. 1930.

(3) ERICH FELS. — Uber die Bildungsstation des Weiblichen Sexualhormons und des sog. Hypophysenvorderlappenhormons. *Zentralblatt fur Gynakologie*, tome LIV, n° 35, 30 août 1930.

(4) B. ZONDEK et S. ASCHHEIM. — Ovulation pendant la grossesse, déclenchée par l'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse. *Endokrinologie*, tome I, n° 1 janvier 1928.

(5) E. FEL . — Le lobe antérieur de l'hypophyse et les ovaires. *Wiener klinische Wochenschrift*, 23 août 1928.

(6) ARNOLD LOESER. — Künstliche Ovulation wahrend der Schwangerschaft durch hypophysenvorderlappen. *Klinische Wochenschrift*, tome IX, 1 oct. 1930. p. 1855.

(7) C. H. POIGNANT. — *Thèse* de Paris 1929.

(8) EARL T. ENGLE et et Camille MERMOD. — The effect of daily transplantation of the anterior lobe on the course of pregnancy in the rat and Mouse. *Amer J. of Physiol.* t. LXXXV, p. 518, 1928. et ENGLE et MERMOD. — The action of the gonadstimulating hormone of the anterior lobe on the course of pregnancy in the rat and mouse. *Anat. Record*, t. XXXVIII ; 1928, p. 11.

(9) HERMANN SIEGMUND. — Weitere Untersuchungen uber die Beziehungen zwischen der hypophyse und dem Ei mit seinen Hilfsdrusen. *Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVI, n° 19, 10 mai 1929.

Par ailleurs, HAROLD TEEL (1) a vu que l'injection quotidienne d'extrait du lobe antérieur d'hypophyse à des rates pleines à partir du jour de la fécondation, allonge la durée de la gestation de deux à sept jours : cet allongement étant dû à un retard de la nidation (2). Les fœtus à terme meurent *in utéro* et sont expulsés vingt-quatre à quarante-huit heures après. Cette mort est due à un non-fonctionnement du mécanisme maternel de la parturition, dû lui-même à la persistance de tissu lutéinique anormal provoquée par l'extrait hypophysaire. Les fœtus à terme des mères injectées ont un poids moyen plus élevé que celui des témoins : 6,6 gr. contre 5,8 gr.

Il n'en reste pas moins curieux, si le prolan-diagnostic témoigne d'une inondation de l'organisme par un excès d'hormone, que cet excès d'hormone n'exerce pas d'effet nocif sur l'œuf implanté.

3° *La substance urinaire active n'existe ni chez les rongeurs, ni chez les éléphants, ni chez les bovidés, ni chez les truies ;* on la trouve dans l'urine de la femme (3), de certains singes femelles, et ZONDEK l'a trouvée chez la jument (4), mais en petite quantité, en très petite quantité par rapport à la folliculine (5).

Il est singulier que l'hormone existe seulement dans quelques espèces, alors que toutes ont une hypophyse.

Pour certains, la substance qui, présente dans l'urine, détermine la réaction du prolan-diagnostic, est une hormone sécrétée par l'hypophyse. Telle est l'opinion de ZONDEK et il est revenu très formellement sur cette opinion dans un mémoire récent (6). Il rappelle que l'hypophyse s'hypertrophie, que son aspect histologique se transforme (7).

Pendant la gestation, il apparaît de grosses cellules éosinophiles dérivées des chromophobes. La glande, d'autre part, se vascularise. Elle est prête à une sécrétion particulièrement active.

L'hormone, ainsi sécrétée, va agir sur l'ovaire pour exciter la sécrétion de l'hormone folliculaire, laquelle, à son tour, va agir sur l'utérus pour favoriser son développement. Mais, en même temps, puisqu'il y a hypersécrétion dans le sang, il y a débordement de la substance sécrétée dans l'urine.

Pour SIEGERT, l'hormone favorise la croissance et le développement des organismes infantile et maternel. Au début, cette hormone étant très nécessaire, son élimination est réduite. Dans la seconde moitié de la grossesse, cette hormone étant moins nécessaire est éliminée en plus grande quantité, en même temps qu'elle diminue dans le sang (1).

D'autres auteurs font des restrictions. 1° ENGLE (2), en particulier, qui a été l'un des premiers à étudier l'incrétion hypophysaire, insiste sur ses différences avec la substance active de l'urine. La transplantation de lobe antérieur chez une souris non adulte détermine une croissance folliculaire assez marquée pour être suivie d'ovulation. L'introduction d'urine de femme enceinte chez une souris non adulte provoque une croissance folliculaire suivie de l'atrésie du follicule et de l'ovule : elle réalise un véritable arrêt de l'ovulation par transformation du follicule en corps jaune avec rétention de l'ovule. Des effets aussi différents ne peuvent être causés par un même facteur hormonal issu du lobe antérieur.

2° ORBAN et WATRIN s'étonnent que la réaction I qui, à leur sens, est la seule vraiment caractéristique d'un œstrus complet et serait provoquée par la sécrétion préhypophysaire, soit, au contraire, pour ZONDEK, le test le moins démonstratif de la présence de cette hormone dans l'urine. A bien comprendre ZONDEK, il faudrait admettre que la préhypophysine serait plutôt un accélérateur de la destruction ovulaire et folliculaire qu'un excitateur de l'activité ovarienne. Car il ne peut y avoir aucun doute histologique sur la nature régressive des réactions II et III : ovule dégénéré, épithélium folliculaire, lutéiniforme ou non, bouleversé par des hémorragies véritables. L'injection d'urines de femme gravide produit en trois jours des images comparables à celles de l'atrésie naturelle, mais très exagérée. Donc, il est plus logique d'admettre que cette injection exacerbe un processus régressif naturel, l'atrésie lutéiniforme. Si l'apparition expérimentale du corps jaune vrai était l'effet habituel de l'injection d'urine gravide, O. et W. seraient convaincus de l'action hormonique réelle de cette urine. Mais ils ne l'ont jamais constaté et le corps jaune vrai de l'adulte présente une image histologique très différente des productions artificielles régressives qui caractérisent les réactions II et III. Si hormone il y a, il faut admettre que cette hormone est non seulement un accélérateur de la maturation folliculaire, mais encore un excitateur des processus régressifs ovulaires. La prodigieuse et colossale quantité d'hormone préhypophysaire que l'on dit avoir trouvé circulant dans le sang de la femme enceinte ne serait, en tout cas, pas un accélérateur de la maturation ovulaire, car les ovaires de femme gestante à terme ne contiennent que des follicules au repos et surtout des corps atrésiques (3).

3° A la théorie de ZONDEK, on a opposé que l'hypophyse pendant la grossesse devenait paradoxalement pauvre en hormone. Nous avons déjà signalé ce fait. Mais on peut répondre que cet appauvrissement est lié à la suractivité sécrétoire (la réponse vaut ce qu'elle vaut).

1° MARC KLEIN et MAX ARON (4) font remarquer que le principe stimulant de la thyroïde, découvert dans les extraits hypophysaires par MAX ARON, ne se retrouve pas dans l'urine de la femme enceinte et que s'il y avait sécrétion augmentée de l'hypophyse, il y aurait sécrétion de toutes les hormones. Mais, à ceci on peut répondre que l'hormone hypophysaire est, peut-être, unique, mais qu'elle peut prendre des formes multiples par interaction avec les hormones génitales et avec les autres hormones. Or, si augmentée que soit l'activité

(1) Harold TEEL. — The effects of injecting anterior hypophysial fluid on the course of gestation in the rat. *Amer. Journ. of Physiol.*, 1926, t. LXXIX, p. 170-183.

(2) Le même auteur, dans un autre mémoire (The effects of injecting a anterior hypophysial fluid on the production of placentomata in rats. *Amer. journ. of Physiol.* 1926, t. LXXIX, p. 184), a vu que l'injection quotidienne d'extrait de préhypophyse détermine toujours une réaction déciduale chez les rates dont on a lésé la muqueuse utérine pourvu que les ovaires soient présents. Le retard de la nidation, dû aux injections d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse, ne semble pas, donc, être dû à un manque de sensibilité de la muqueuse utérine.

(3) EHRHARDT a eu l'occasion d'employer des femmes enceintes comme donneurs pour transfusion à des femmes non enceintes et a ainsi rechercher l'hormone chez ces dernières, après transfusion de 500 à 700 grammes correspondant à des quantités d'hormones, pouvant aller jusqu'à 5.000 unités. On a retrouvé de l'hormone, au bout de quelques minutes dans le sang et dans l'urine : on obtient les trois réactions, mais les réactions II et III sont passagères. Dans un cas où, 5.000 c. c. de sang de femme enceinte furent transfusés à un homme, la réaction urinaire demeura négative. (KARL EHRHARDT. Hormonale Urinanalysen nach transfusion von Schwangerenblut. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVI, n° 11, 14 mars 1930 et Eine artefizielle Schwangerschaftsreaktion (A. Z. R.) bei der nichtschwangeren Frau. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 37, 12 sept. 1930.)

(4) BERNARD ZONDEK. — Hormonale Schwangerschaftsreaktion aus dem Harn bei Mensch und Tier. *Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 49 6 décembre 1930.

(5) Le sang de la jument contient beaucoup moins de folliculine que celui de la femme : il contient, pourtant, des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse en quantité à peu près égale à la femme. Ce taux diminue au fur et à mesure que la gestation avance. Il y a les deux hormones du lobe antérieur, celle de la maturation du follicule et celle de la lutéinisation. Par contre, dans l'urine, on ne retrouve que l'hormone de la maturation HISAW et MAYER, (the oestrous hormone in the urine of pregnant cows. *Proc. Soc. exp. Biol. and Med.* t. XXVI, 1929, p. 586) ont trouvé, dans l'urine des vaches gravides, un substance provoquant l'œtrus chez les rates impubères ou castrées. La quantité de cette hormone augmente avec le progrès de la gestation. Dans les derniers jours, la quantité est considérable. Après l'accouchement, il y a une chute brusque.

(6) B. ZONDEK. — Le lobe antérieur de l'hypophyse, ses hormones *Zentralb. fur Gyn.* 3 janv. 1931, P. 1.

(7) On sait qu'en dehors de la grossesse, l'hypophyse contient des cellules éosinophiles, des cellules basophiles et des cellules chromophobes.

(1) F. SIEGERT. — Bedeutung und Herkunft der Schwangerschafts-hormone. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n°s 3 et 4, 16 janvier 1931.

(2) E. ENGLE. — Ovarian responses ; differences between treatment with urine from pregnant women and freshly implanted anterior lobe *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 27 juillet 1929, p. 276.

(3) ORBAN et M. WATRIN. — Sur l'interprétation des phénomènes provoqués dans l'ovaire impubère de souris, par l'injection d'urine de femme gravide ; et contribution à l'étude des propriétés de l'urine de femme gravide. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie* 1929. Tome C, pages 435 et 438.

(4) MARS KLEIN et MAX ARON. — Les hormones préhypophysaires, l'urine chez la femme enceinte. *Strasbourg Médical*, 15 mars 1931, p. 142

thyroïdienne, elle l'est moins que l'activité des glandes génitales.

D'autres auteurs interprètent différemment le phénomène. Pour PARVEY, la surproduction est destinée à stimuler le corps jaune (1). Pour LUDWIG KRAUL (2), le phénomène doit être interprété tout différemment : si l'hormone est excrétée, c'est qu'elle est inutile puisqu'il n'y a plus à mûrir de follicules.

Enfin, KLEIN et ARON se demandent s'il s'agit bien d'une hormone. Leur première objection est que l'hormone hypophysaire qui est une excitatrice de l'ovaire, laisse l'ovaire au repos pendant la grossesse. Leur deuxième objection est que la rate, qui a des cycles ovariens subintrants, n'a pas ou a très peu d'hormone hypophysaire dans le sang. Le fait que la substance n'existe guère que dans l'urine des femmes et des anthropoïdes leur semble parler dans le même sens.

Pour d'autres auteurs, la substance active est sécrétée par le placenta. En fait, le placenta en contient une grande quantité. On sait, depuis longtemps, que l'injection d'extrait placentaire produit sur l'ovaire les hémorragies et les aspects de lutéinisation.

L'abondance d'hormone dans les cas de môle peut en être aussi une preuve et l'argument que l'on peut tirer de la pauvreté hormonale de l'hypophyse chez la femme enceinte, renforce singulièrement cette théorie. C'est la théorie de PHILIPP, de SIEGMUND, de SCHULTZE-RHONHOFF, de FELS (3).

MARC KLEIN et MAX ARON n'ont pas trouvé dans le placenta leur hormone thyréoexcitante et ceci leur semble en faveur de la théorie placentaire.

On a décelé l'hormone aussi dans la déciduale, dans l'amnios, dans le liquide amniotique (4).

PHILIPP remarque que l'hormone se trouve dans les tissus en voie de croissance du fait de la grossesse. C'est peut-être là qu'il faut chercher la signification de cette substance : substance résultant de la sécrétion hypophysaire modifiée par une subtance provenant de tout tissu en voie de croissance (5).

(1) PARVEY. — Progrès récents dans la physiologie de la reproduction. *Endocrinology*, 1932, t. XVI, p. 225.

(2) KRAUL et J. RIPPEL. — Erfahrungen mit der Zondek-Aschheim schen Schwangerschaftsprobe. *Zentralblatt fur Gynakologie*, t. LIII, n° 1, 5 janvier 1929.

(3) Voir aussi MIZUNO. — Doubts ou the cause of Z. A. reaction of pregnancy. *Japanese journ. of Obst. and Gyn.*, juin 1932, p. 206.

(4) BACON, PHILIPP. — L'hormone n'existe pas dans le fœtus.

(5) Récemment enfin, pour trouver l'origine de cette susbtance active, CANDELA fit l'expérience la plus logique. Il injecta à des souris l'urine d'hommes et de femmes atteints d'acromégalie par adénome préhypophysaire, urine contenant, donc, de l'hormone préhypophysaire.

Mais, ici encore, les résultats ne furent pas concluants. Si l'urine d'hommes n'entraîna jamais de réaction positive, celle de femmes la donna dans certains cas... CANDELA admet que dans ces cas, la réaction est due aux sécrétions de certaines cellules de l'hypophyse, les « Kernhaufen », éléments pseudo syncitiaux, proches des cellules placentaires. CANDELA ; *Endocrinologia et patologia costituziarale*, tome VI, n° 6, 12-1931).

«.... Certes, si l'on pouvait ramener toutes les causes morbides à la contagion, à l'hérédité, comme médecine et hygiène, ce serait simple ! Mais nous nous répétons, mais le premier qui a contracté la maladie, il y a bien eu un premier, comment l'a-t-il eue ? comment l'a-t-il acquise ? C'est cela qu'il faut savoir, car, *sublata causa, tollitur effectus*, et nous en sommes loin, bien loin !..... A la Société de pathologie comparée, le Docteur G. Rosenthal qui connaît si bien les affections respiratoires, a demandé qu'on établisse bien nettement les limites du mot contagion, qu'on le définisse clairement. Ce n'est pas facile, ni fait encore.

Pour l'hérédité, mêmes difficultés ? On hérite de qui ? De son père et de sa mère, ceux-ci chargés de l'hérédité de quatre autres personnes, les grands-parents. Voilà déjà, rien que pour deux générations, six personnes en cause, donnant la 3e génération. On peut, on doit étendre, cela plus loin et dire avec le psychiatre Roubinovitch, « notre corps est un omnibus où nous promenons tous nos ancêtres ». (Docteur FOVEAU DE COURMELLES. — A propos de tuberculose et de cancer. Ni contagion, ni hérédité ? La Lumière. *La Vie Médicale*, 10 décembre 1932.)

De la coexistence d'une aortite syphilitique et d'une endocardite subaiguë ou chronique

Par MM. Ch. ROUBIER, G. BELLY et M. PLAUCHU

La coexistence possible d'une aortite syphilitique et d'une endocardite subaiguë ou chronique a déjà été signalée à plusieurs reprises, notamment à Lyon, par M. Gallavardin (1).

Le nombre d'observations rapportées jusqu'ici n'étant pas considérable, nous croyons qu'il est intéressant de relater les quatre que l'un de nous a pu recueillir dans son service hospitalier pendant ces quelques dernières années.

Trois modes de coexistence sont possibles :

1° Celle d'une aortite syphilitique et d'une endocardite de même nature.

2° Celle d'une aortite syphilitique et d'une endocardite rhumatismale.

3° Celle d'une aortite syphilitique et d'une endocardite aiguë ou subaiguë de nature indéterminée.

1. Coexistence d'une aortite syphilitique et d'une endocardite chronique de même nature

Dans quelles conditions peut-on parler d'une semblable coexistence ? On sait que dans l'aortite syphilitique avec insuffisance aortique, les plaques gélatiniformes ne descendent pas plus bas que l'aorte, et que les valvules sigmoïdes de ce gros vaisseau ne sont pas directement intéressées.

L'insuffisance aortique est alors le plus souvent :

a) soit une *insuffisance aortique fonctionnelle* « par simple dilatation de l'anneau aortique » ;

b) soit *une insuffisance aortique due à la présence de plaques gélatiniformes commissurales*, lesquelles, comme l'a bien établi R. Tripier, rétractent les bords valvulaires et s'opposent à leur affrontement dans la diastole.

Dans ces deux éventualités, les valvules restent saines et ne sont nullement épaissies.

L'insuffisance aortique peut cependant, mais très exceptionnellement, être causée *par une véritable endocardite aortique syphilitique* qui évolue parallèlement à l'aortite, mais indépendamment d'elle. Cette coexistence possible d'aortite et d'endocardite syphilitiques, tout d'abord signalée dans le travail fondamental de Gallavardin et Charvet (2), a été confirmée par deux nouvelles observations plus récentes (3) et (4).

En voici la description d'après cet auteur :

Macroscopiquement, en pareil cas, les commissures des valvules sont absolument libres et il n'existe pas à leur niveau la moindre plaque commissurale : l'insuffisance aortique est occasionnée par des lésions dont le siège est strictement valvulaire. Une ou plusieurs valves sont extrêmement épaissies sur toute leur étendue, et peuvent atteindre 3 à 4 mm. d'épaisseur. Cet épaississement raccourcit les valves, si bien que chaque sinus est à la fois moins large et moins profond. L'aspect n'est nullement celui d'une endocardite banale, mais bien plutôt celui

(1) GALLAVARDIN et GRAVIER. — Des modes de coexistence d'une aortite syphilitique avec une endocardite aiguë ou chronique non syphilitique. *Lyon Médical*, 1930, tome 1, page 541.

(2) GALLAVARDIN et CHARVET. — De la phase cardiaque des aortites syphilitiques : myocardite et endocardite syphilitiques. *Archives générales de médecine*, 1902, p. 1601 à 1628.

(3) GALLAVARDIN et GRAVIER. — Endocardite aortique syphilitique dans l'aortite syphilitique. *La Médecine*, 1923, page 419.

(4) GALLAVARDIN et JOSSERAND. — Aortite syphilitique et endocardite syphilitique. *Lyon Médical*, 1927, tome 1, page 133.

d'une plaque gélatiniforme infiltrant toute la valvule. D'autre part, l'épaississement gélatiniforme valvulaire n'atteint pas la paroi aortique du fond du sinus ; celui-ci reste libre, on ne peut donc parler de la propagation d'une plaque gélatiniforme de l'aorte à la valvule.

Ainsi l'aspect gélatiniforme de la lésion, l'absence de toute adhérence commissurale semblable à celles que l'on rencontre dans les endocardites banales, l'absence de toute lésion concomitante de la mitrale, sont autant de caractères qui permettraient de reconnaître l'endocardite syphilitique vraie.

Sur les coupes microscopiques on constate que toute l'épaisseur de la valvule est constituée par un tissu fibroïde dense, analogue comme structure à celui des plaques d'endoaortite. Ce tissu fibroïde est formé de lames épaisses se dissociant un peu par la pression et ne laissant voir entre elles que de rares éléments cellulaires. En pleine épaisseur de la valve, on remarque, en quelques points, d'assez volumineux amas cellulaires, écartant les lamelles fibroïdes et rappelant tout à fait les noyaux inflammatoires si communément observés dans la méso-aortite syphilitique : il s'agit là en réalité de gommes miliaires microscopiques.

En somme, contrairement à l'endocardite rhumatismale, l'endocardite syphilitique *aurait une allure plus fibroïde que cicatricielle.*

Nous n'apportons pas d'observation personnelle d'endocardite syphilitique vraie.

2. Coexistence d'une aortite syphilitique et d'une endocardite subaiguë ou chronique d'origine rhumatismale

Ce mode de coexistence est bien plus fréquent ; nous en avons observé deux cas.

OBSERVATION I. — *Homme de 44 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 17 ans. Syphilis à 29 ans — Insuffisance aortique certaine, avec rétrécissement aortique léger — Réaction de Wassermann négative.*

Autopsie : Endocardite chronique sigmoïdienne avec insuffisance et rétrécissement aortiques. Intégrité de la valvule mitrale. Aortite syphilitique sus-sigmoïdienne et thoracique.

M. D..., 44 ans, est évacué de l'hôpital de Genève le 5 mai 1930. Dans ses antécédents personnels, on relève les points suivants : à 17 ans, il présenta une crise violente de rhumatisme articulaire aigu, qui fut traitée par le salicylate ; à 22 ans, il fut réformé pour cardiopathie ; à 29 ans, il contracta la syphilis ; à 41 ans, il fut hospitalisé à l'hôpital cantonnal de Genève, le 27 novembre 1927, pour aortite.

A l'entrée dans le service, le malade se trouve dans un véritable état de misère physiologique et psychique, il est somnolent, gémit continuellement, et répond mal aux questions. Il est pâle, très amaigri, sans fièvre.

Au cœur : la pointe bat dans le VIIe espace, très en dehors de la ligne mamelonnaire. On perçoit un souffle systolique de la base, rude et râpeux, se propageant nettement dans les vaisseaux du cou, et ne s'accompagnant pas de frémissement, et un souffle diastolique doux et aspiratif, s'entendant le long du sternum, jusqu'à l'appendice xyphoïde. A la pointe, on entend seulement la propagation des souffles de la base.

Le pouls est à 80, régulier, nettement bondissant. La tension est à 16/6. Le double souffle crural de Durozier est nettement perçu.

Aux poumons : ronchus et sibilances disséminées : foyer de râles congestifs à la base droite ; pas d'épanchement appréciable.

Au système nerveux : les pupilles, irrégulières et ovalaires, réagissent mal à la lumière. Les réflexes rotuliens et achilléens sont conservés.

Œdèmes des membres inférieurs avec ascite et gros foie ; disque d'albumine dans les urines.

Réaction de Wassermann négative.

Un mois et demi après l'entrée, on perçoit à la base un thrill diastolique indiscutable, en même temps que le souffle diastolique prend un timbre piaulant, musical.

Par la suite, l'asystolie augmente de plus en plus, résistant à la digitaline et aux injections de neptal.

Décès brusque le 20 août 1930.

S'agissait-il d'une endocardite rhumatismale avec insuffisance et rétrécissement aortiques ? ou bien d'une aortite syphilitique ? Il était permis d'hésiter, puisqu'on notait à la fois dans les antécédents du malade la syphilis et le rhumatisme articulaire aigu.

Toutefois, il semblait bien, d'après l'interrogatoire, que la cardiopathie avait été constatée antérieurement à la contamination syphilitique, puisque le malade avait été réformé pour affection cardiaque à l'âge de 22 ans, et n'avait contracté la syphilis qu'à 29 ans.

Autopsie : Le cœur est volumineux, pesant 975 grammes. Il existe une insuffisance aortique nette à l'épreuve de l'eau.

Sur les valvules sigmoïdes, on remarque des lésions d'endocardite ancienne : gros nodules calcifiés près du bord libre des deux valves antéro-externe et antéro-interne ; la valve postérieure est moins atteinte, mais on y remarque un petit nodule calcaire pointu, vers la base de la face axiale. De plus, les valvules sont légèrement soudées entre elles à leurs points de jonction, sans qu'il y ait de rétrécissement aortique bien accusé.

La valvule mitrale est absolument saine. Le ventricule gauche est hypertrophié et dilaté. Les oreillettes et le ventricule droit sont normaux.

La région sus-sigmoïdienne de l'aorte présente un peu d'épaississement de sa paroi et plusieurs plaques d'aspect gélatiniforme, associées à des lésions athéromateuses. Au niveau de l'aorte thoracique, assez nombreuses plaques gélatiniformes opalines, oblitérant les orifices de plusieurs artères intercostales.

L'examen histologique est confirmatif. L'aorte est le siège de petits dépôts athéromateux, mais il existe surtout un état inflammatoire important de toute la couche élastique, avec de très nombreux vaisseaux néoformés. L'aortite syphilitique est donc certaine.

OBSERVATION II. — *Homme de 29 ans. Rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance. Endocardite mitrale (insuffisance et rétrécissement). Tachyarythmie permanente. Poussées répétées d'asystolie.*

Autopsie : Rétrécissement mitral extrêmement serré par endocardite ancienne. Aortite syphilitique sus-sigmoïdienne.

M. F..., 29 ans, entre à l'hôpital en février 1930. Il a présenté à l'âge de 3 ou 4 ans une crise de rhumatisme articulaire aigu, à la suite de laquelle s'est constituée une maladie de cœur. Réformé pour affection cardiaque, il s'est toujours plaint de dyspnée au moindre effort.

En 1929, brusquement, dans un accès de toux, il rejeta un verre de sang rouge vif, puis il continua à cracher un peu de sang pendant trois ou quatre jours. On le traita par la digitale qui l'améliora passagèrement. Par la suite, son état alla en s'aggravant : oppression au moindre effort, palpitations, vertiges fréquents, œdème intermittent des chevilles.

Actuellement (février 1930), au cœur, la pointe bat dans le Ve espace, et l'auscultation permet d'entendre un souffle systolique, apexien, rude, intense, se propageant nettement dans l'aisselle et dans le dos. Le pouls est à 60, et la tension artérielle à 115/75. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Les réflexes oculaires et tendineux sont normaux.

Pendant l'année 1931, le malade est revu à plusieurs reprises en état d'hyposystolie, avec des œdèmes des membres inférieurs, un gros foie et une dyspnée permanente. Au cœur, il existe une tachyarythmie complète ; en outre on perçoit très nettement les signes d'une double lésion mitrale (thrill pré-systolique à la palpation, souffle systolique très intense se propageant dans l'aisselle, roulement pré-systolique en dedans de la pointe, mais pas de dédoublement du second bruit). Jamais on n'a constaté de souffle diastolique.

Le foie est gros. Aux poumons, il existe des signes de congestion des bases, sans épanchement appréciable.

L'examen radioscopique montre une oreillette gauche dilatée et une aorte un peu élargie.

En 1932, le malade présente au début de l'année une nouvelle poussée d'asystolie qui cède encore à la digitale, lorsque quelques mois plus tard il est reçu à nouveau à l'hôpital pour un accident de bicyclette. A ce moment il est en asystolie complète avec tachyarythmie, œdèmes et cyanose ; il meurt peu de temps après

Autopsie : Gros cœur pesant 640 grammes. Pas d'insuffisance aortique à l'épreuve de l'eau. Il existe un rétrécissement mitral très serré, admettant à peine l'extrémité du petit doigt, par endocardite ancienne calcifiante : les deux valves soudées à leurs

extrémités, sont transformées en blocs calcifiés. A leur surface, on voit en outre quelques petites végétations récentes, et sur la paroi de l'oreillette au-dessus des valvules, plusieurs petits caillots adhérents.

L'oreillette gauche est très dilatée, le ventricule gauche un peu hypertrophié. Les valvules sigmoïdes sont souples sur leur plus grande étendue ; c'est seulement près de leur bord libre qu'on trouve de petits nodules indurés d'endocardite ancienne ; pas de végétations récentes.

L'aorte de la région sus-sigmoïdienne présente nettement des lésions d'aortite intense ; sa paroi est épaissie, fibreuse ; sa surface interne est mamelonnée, ravinée, et on y remarque des plaques nombreuses, d'aspect gélatiniforme. Les orifices des coronaires sont perméables. Ces lésions qui prédominent à l'origine de l'aorte, diminuent ensuite et disparaissent peu à peu, si bien que l'aorte descendante est indemne.

L'examen histo-pathologique des fragments d'aorte révèle l'existence de signes inflammatoires importants dans la tunique moyenne et dans l'adventice, avec épaississement considérable de celle-ci : on peut affirmer l'aortite syphilitique.

Les valvules sigmoïdes sont épaissies et présentent des dépôts calcifiés sans traces d'inflammation récente ; il s'agit certainement d'endocardite ancienne.

Ainsi dans notre observation I, où le malade affirmait avoir eu la syphilis et le rhumatisme articulaire aigu, on fit le diagnostic d'endocardite rhumatismale pour les raisons indiquées plus haut ; l'aortite syphilitique était discutable, on n'osait l'affirmer cliniquement, l'autopsie la confirma.

Dans l'observation II, le malade fut soigné pour une maladie mitrale certainement d'origine rhumatismale, (rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance). Il mourut d'asystolie et l'autopsie vint montrer en plus du rétrécissement mitral que l'on avait diagnostiqué pendant la vie, une aortite syphilitique manifeste sus-sigmoïdienne, à laquelle on n'avait nullement pensé : aussi la réaction de Wassermann n'avait-elle pas été pratiquée.

Dans ces deux cas, l'endocardite rhumatismale fut seule diagnostiquée, et l'aortite syphilitique passa pour ainsi dire inaperçue, parce qu'elle ne se manifestait par aucun signe propre. Il en fut autrement dans trois cas analogues rapportés par Gallavardin (1), où l'aortite syphilitique se traduisit par des crises angineuses.

Ainsi, dans les cas de ce genre, quelquefois les lésions d'endocardite rhumatismale préexistent, sont connues, et à elles se surajoutent des symptômes d'aortite ; alors, le diagnostic exact peut se faire.

Mais dans la plupart des cas, on a de la tendance à mettre l'ensemble morbide sur le compte de l'une ou de l'autre des lésions en cause : sur le compte de l'aortite, avec insuffisance aortique syphilitique s'il n'y a pas de signes de sténose mitrale concomitante, sur celui de l'endocardite, si les signes de l'aortite se dissimulent et s'il existe un rétrécissement mitral.

3° Coexistence d'une aortite syphilitique et d'une endocardite subaiguë ou chronique d'étiologie indéterminée

Nous rapportons deux observations de ce mode de coexistence.

Observation III. — *Homme de 32 ans. Insuffisance aortique avec souffle systolique d'accompagnement, sans rétrécissement aortique vrai. Etiologie indéterminée. Pas d'antécédents rhumatismaux, tuberculeux, ni syphilitiques. Réaction de Wassermann très positive. Fièvre persistante et anémie. Diagnostic hésitant entre aortite syphilitique et endocardite infectieuse.*

Autopsie : *Aortite syphilitique sus-sigmoïdienne et endocardite subaiguë sigmoïdienne.*

M. C..., 32 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire ni personnel intéressant, il n'a pas eu de rhumatisme articulaire aigu et nie la syphilis.

Il y a encore six semaines, le malade ne se plaignait de rien et faisait sans difficulté le travail très pénible de mineur ; c'est à cette époque qu'il ressent pour la première fois des frissons et qu'il présente de la toux et une dyspnée croissante qui l'empêche de travailler ; il accuse en outre un point de côté thoracique droit tenace, ainsi qu'une expectoration banale, sans hémoptysie. Il n'aurait pas maigri, mais son état général a beaucoup décliné.

A l'examen, il s'agit d'un homme pâle, légèrement dyspnéique, avec un pouls bondissant et une température à 37°8.

On trouve tout d'abord un très gros cœur, dont la pointe bat dans le VIIe espace sur la ligne axillaire antérieure ; le rythme est régulier, avec cependant quelques extrasystoles ; l'auscultation révèle un double souffle de la base assez intense, systolique et diastolique, surtout net dans le IIIe espace intercostal gauche. On doit porter le diagnostic d'insuffisance aortique certaine, sans rétrécissement aortique vrai, le souffle systolique n'étant pas assez fort et le thrill faisant défaut. Pas de signes de lésions mitrales. Les signes périphériques de l'insuffisance aortique sont au complet ; double souffle de Durozier, pouls bondissant, hypotension diastolique à 11/4.

Quant à l'étiologie de cette lésion cardiaque, elle reste incertaine, étant donnée l'absence dans les antécédents de rhumatisme articulaire aigu, ou d'autres maladies infectieuses, chez un sujet jeune, qui d'autre part nie la syphilis. Mais la réaction de Wassermann étant très positive, on entreprend un traitement antisyphilitique (novarsénobenzol et cyanure de Hg).

En janvier 1932, malade toujours très pâle, fièvre permanente aux environs de 38°, dyspnée continuelle très prononcée. Les jambes sont très œdématiées, le foie gros et douloureux ; la rate n'est pas perceptible au palper, mais percutable. Les urines sont très albumineuses. Les signes cardiaques sont inchangés.

Le malade meurt brusquement quelques heures après avoir présenté un violent malaise.

En somme, il s'est agi d'une asystolie à marche rapide, chez un malade jeune, présentant une insuffisance aortique. Le teint pâle, la fièvre permanente, ont fait suspecter une endocardite maligne. La réaction de Wassermann est, il est vrai, très positive, mais on sait que parfois, le fait a pu être observé dans l'endocardite infectieuse.

Autopsie : Gros cœur (poids : 800 gr.), avec hypertrophie prédominante sur le ventricule gauche. Les sigmoïdes aortiques et notamment les deux antérieures sont très altérées et présentent une rétraction très prononcée de leur bord libre, surtout dans la région adjacente à la commissure qui sépare les deux valves. De plus, sur le bord de la valve antéro-interne, on voit un bourgeon végétant allongé dans le sens vertical, et à côté plusieurs petites granulations. Sur la valve antéro externe, on voit aussi quelques fines granulations près du bord libre. La valve postérieure est relativement indemne : toutefois sa face axiale est un peu dépolie, comme chagrinée, ou tapissée de très fins exsudats. D'autre part, les valvules sont un peu soudées à leurs angles ; il n'y a pas de plaques commissurales.

La valvule mitrale est absolument normale, de même que les valvules du cœur droit.

L'aorte présente dans toute la région sus-sigmoïdienne des lésions d'aortite intense : la surface interne est irrégulière, vallonée, avec de nombreuses plaques gélatiniformes ; la paroi du vaisseau est notablement épaissie, d'aspect fibroïde. Les orifices des coronaires sont intacts.

Ces lésions d'aortite vont en diminuant à mesure que l'on s'éloigne du cœur : dans la région des gros vaisseaux de la base, la paroi aortique est encore épaissie, mais au niveau de l'aorte descendante, le vaisseau a repris sa souplesse normale, et on ne voit sur sa face interne que quelques traînées linéaires jaunâtres d'athérome. Les orifices des artères intercostales ne sont pas oblitérés.

En somme, en plus des lésions d'aortite, il existe des lésions d'endocardite subaiguë sigmoïdienne ; on ne peut parler d'endocardite infectieuse, car on ne voit pas de grosses végétations en choux-fleurs.

Les examens histologiques confirment cette manière de voir.

1° Le fragment d'aorte sus-sigmoïdienne présente des lésions inflammatoires récentes importantes de la tunique moyenne ; celle-ci est pénétrée par de nombreux néo-vaisseaux, et contient en abondance des ilots lympho plasmocytaires ; d'autre part il existe une périaortite très marquée. En somme il s'agit certainement d'aortite syphilitique.

2° Les fragments de valvule sigmoïde examinés présentent au contraire des signes inflammatoires anciens. La valvule est épaissie ; on y voit un tissu conjonctif dense, très richement vascularisé et qui, au centre de la valvule, prend un aspect chondroïde ; il existe même des points de calcification. — Enfin l'on trouve au niveau de ces valvules des cellules inflammatoires nombreuses, toutes lésions qui signent une poussée inflammatoire récente, sur des lésions d'endocardite ancienne.

(1) Gallavardin et Gravier. — *Lyon Médical*, 1930, I, p. 541.

OBSERVATION IV. — *Femme de 59 ans, sans antécédents rhumatismaux, syphilitiques, ni tuberculeux. Insuffisance aortique certaine, rétrécissement aortique probable. Pas de signes de lésions mitrales. Asystolie avec anasarque.*

AUTOPSIE : *Insuffisance aortique endocarditique, aortite syphilitique.*

Mme M..., 59 ans, entre à l'hôpital pour de l'œdème des membres inférieurs. Pas d'antécédents intéressants ; ni enfants ni fausses couches. Jamais de rhumatisme articulaire aigu. La malade nie l'éthylisme et la syphilis. Ce n'est que depuis six mois que ses jambes ont commencé à enfler, sans l'empêcher cependant de faire son ménage.

A l'examen, la malade est très dyspnéique et présente de gros œdèmes des membres inférieurs, remontant jusqu'aux lombes ; ceux-ci se sont révélés irréductibles.

Au cœur, la pointe bat dans le VIe espace, en dehors de la ligne mamelonnaire. On perçoit à la base un double souffle, l'un, diastolique, surtout net le long du bord gauche du sternum, l'autre systolique, se propageant dans les vaisseaux du cou. Pas de signes spéciaux à la pointe. La tension artérielle est de 20/12, le pouls est bondissant. Gros disque d'albumine dans les urines. Décès rapide.

Autopsie : Le cœur, hypertrophié, pèse 550 gr.

Les valvules mitrale et tricuspide sont souples. Il existe une insuffisance aortique très nette à l'épreuve de l eau. Les valvules sigmoïdes sont indurées, avec des dépôts calcaires à la surface de leur face axiale, et de petites végétations près de leur bord libre ; de plus elles sont soudées à leurs angles, ce qui diminue notablement le calibre de l'orifice aortique. On ne peut trouver d'endocardite plus typique.

L'aorte présente sur toute sa longueur des plaques gélatiniformes, rétrécissant les orifices des artères intercostales qui sont très peu apparents, mais ces plaques sont surtout confluentes au niveau de la portion ascendante du vaisseau.

L'examen histologique de ces plaques gélatiniformes confirme le diagnostic d'aortite syphilitique.

Quelles réflexions peuvent nous suggérer ces deux observations ? Tout d'abord, une remarque s'impose : ce n'est pas parce que le malade n'a jamais eu de manifestations articulaires rhumatismales que l'on doit nécessairement éliminer la nature rhumatismale de l'endocardite qu'il présente. On connaît bien, en effet, actuellement ces rhumatismes viscéraux qui frappent le cœur tout en respectant les articulations et la nouvelle conception de la maladie de Bouillaud exposée par MM. Besançon et Mathieu-P. Weil (1), est bien en faveur de cette thèse.

Si l'infection rhumatismale n'est pas en cause, de quelle origine pourrait donc être l'endocardite ? On peut invoquer la tuberculose, la scarlatine, la chorée, la typhoïde même, ce qui est plus discutable. Et si, dans les antécédents du malade on retrouve une de ces quatre affections, c'est à elle qu'on sera tenté de rapporter l'endocardite.

Chez nos deux malades, en l'absence dans les antécédents de toute affection endocardigène, on admit comme le plus probable le diagnostic d'aortite syphilitique ; toutefois dans l'observation III, on fit des réserves pour l'endocardite infectieuse. L'autopsie vint montrer dans les deux cas l'existence d'une aortite syphilitique intense, prédominante dans la région sus-sigmoïdienne, mais l'insuffisance aortique s'expliquait par la coexistence d'une endocardite subaiguë (observ. III), ou chronique (observ. IV).

D'après ce que nous avons dit précédemment, on ne saurait parler dans ces deux cas, d'endocardite syphilitique vraie, à cause de la soudure des commissures valvulaires, de l'absence de l'épaississement en masse des valvules et de la présence de fines granulations et de nodules calcifiés sur le bord valvulaire. Ainsi, quoique l'on sache « qu'il y a 50 % de rétrécissements mitraux dans les antécédents desquels on ne retrouve pas de rhumatisme articulaire aigu », nous ne suivrons pas M. Dumas qui admettait récemment (2) l'origine syphilitique d'une endocardite mitrale cicatricielle, coexistant avec une aortite syphilitique.

Ce sont ces cas où les antécédents rhumatismaux n'existent pas, qui donnent lieu au plus grand nombre d'erreurs de diagnostic, surtout après 30 ans, le moindre souffle diastolique étant alors rapporté à la syphilis, alors qu'il signe souvent une insuffisance aortique endocardique et comme l'ont récemment écrit Gallavardin et Gravier :

« Lorsqu'on est intimement persuadé de la fréquence et de l'importance de la syphilis dans l'étiologie de l'insuffisance aortique, état d'esprit que l'on ne saurait trop entretenir, on se trompe davantage en l'admettant à tort qu'en le méconnaissant (1). »

Faisons en outre remarquer que dans notre observation II l'endocardite était surtout mitrale, mais qu'elle intéressait également, quoique à un faible degré, les valvules sigmoïdes, sans toutefois gêner leur fonctionnement d'une manière appréciable, puisque l'insuffisance aortique faisait défaut dans ce cas. Cette observation est donc quelque peu analogue, au point de vue anatomo-pathologique du moins, à celle de Gallavardin, Gravier et Dechaume (2), de coexistence d'une aortite syphilitique et d'une endocardite mitro-aortique.

Quant à la coexistence d'une aortite syphilitique, d'une insuffisance aortique de même nature, et d'une endocardite mitrale, elle doit être tout à fait exceptionnelle, et Gallavardin dit ne l'avoir jamais observée.

L'aortite rhumatismale.

Nous dirons en terminant, en nous plaçant à un point de vue tout à fait différent, que notre observation II, *pose la question de l'aortite rhumatismale.*

Voici en effet un malade de 29 ans, qui présente des antécédents rhumatismaux indiscutables, qui toute sa vie est soigné pour une maladie mitrale, et qui meurt d'asystolie droite avec cyanose. L'autopsie confirme l'existence d'un rétrécissement mitral très serré ; mais en plus elle montre la présence d'une aortite extrêmement intense laquelle est restée absolument latente. Cette aortite est caractérisée histologiquement par d'énormes îlots inflammatoires entre les lames élastiques de la tunique moyenne de l'aorte, et par un état également très inflammatoire de l'adventice, avec formation de néo-vaisseaux.

Depuis les travaux de Tripier et de l'École lyonnaise, on a l'habitude d admettre, devant tout état inflammatoire même bien moins prononcé, de l'aorte, qu'il s'agit d'aortite syphilitique. Pourquoi ne s'agirait-il pas dans ce cas d'une aortite rhumatismale ? Celle-ci est admise par un certain nombre d'auteurs.

Cependant il manque pour pouvoir l'affirmer ici la constatation histologique de nodules d'Aschoff dans l'adventice aortique et l'organisation de la sclérose autour des vasa vasorum. Ce sont en effet les lésions réclamées comme nécessaires par Pappenheimer et von Glahn (3), et par Perla et Deutsch (4) tous auteurs étrangers qui connaissent bien l'aortite rhumatismale.

Ce critérium histologique faisant défaut dans notre observation, nous concluons qu'il s'agit selon toute vraisemblance d'une aortite syphilitique concomitante.

(1) BESANÇON et MATHIEU-P. WEIL. — La maladie rhumatismale, cardiopathie chronique à poussées successives sur le système séreux. *Annales de Médecine*, 1926. I, p. 92.

(2) DUMAS et BRUNAT. — Aortite syphilitique ; endocardite cicatricielle avec rétrécissement mitral. Discussion de la nature syphilitique de cette endocardite. *Lyon Médical*, 1927, tome I, page 577.

(1) GALLAVARDIN et GRAVIER. — Le diagnostic de l'insuffisance aortique syphilitique et ses difficultés, etc... *Journal de Médecine de Lyon*, 1931, page 559 et 567.

(2) GALLAVARDIN, GRAVIER et DECHAUME. — Sur une cause rare d'asystolie irréductible dans les cardiopathies valvulaires ; infarctus du myocarde. *Lyon Médical*, 10 mai 1925.

(3) PAPPENHEIMER et VON GLAHN. — L'aortite rhumatismale. *Journal of med. Research.*, septembre 1924. (Analysé dans les Archives des maladies du cœur, 1926., p. 115.)

(4) PERLA et DEUTSCH. — Lésions de l'intima de l'aorte dans les infections rhumatismales. *Amer. Journ. of pathol.* janvier 1929, (analysé dans les Archives des maladies du cœur 1929, p. 283.)

BIBLIOGRAPHIE

Vers l'Avenir. *Contre la tuberculose. Pour la race.* Organe médico-social de lutte antituberculeuse. Bimest. Abon. : 10 francs. Compte chèque postal : Dijon 280.03. Envoi d'un numéro gratuit sur demande. Directeur-fondateur Docteur G. Roux, Couches-lès-Mines (Saône-et-Loire).

Vers l'Avenir n'est pas un nouveau venu. Pendant sept ans (de 1918 à 1925), dirigé déjà par le Docteur G. Roux, il a publié quantité d'articles importants parmi lesquels ceux du docteur H. Roure, médecin des dispensaires de l'Hérault furent remarqués et souvent signalés ou reproduits par la presse parisienne (*Concours Médical*, etc.).

Après un arrêt de trois ans *Vers l'Avenir* reparut sous la direction du Docteur G. Roux avec la collaboration du regretté Docteur H. Roure et patronné par les « *Amis de Mardor* ».

Organe médico-social de lutte contre la tuberculose, disposant de collaborateurs particulièrement compétents, *Vers l'Avenir* apporte aux *médecins-phtisiologues*, aux *infirmières*, *aux infirmières-visiteuses*, *aux malades* des renseignements et des nouvelles précis sur l'organisation en France de la lutte antituberculeuse (conférences, congrès, découvertes...). Aux malades, il donne tous conseils utiles, notamment des conseils d'hygiène leur permettant de poursuivre chez eux l'œuvre du sanatorium, leur enseignant à ne pas redevenir un danger pour les autres, à ne pas se faire les victimes des charlatans.

Agent de propagande antituberculeuse, *Vers l'Avenir* ne ménage, dans cette lutte encore si ardue, ni ses suggestions, ni, à l'occasion, ses critiques. Ses articles substantiels tiennent les praticiens et les infirmières au courant des recherches et des procédés.

A titre exceptionnel, le dernier numéro est presque exclusivement consacré aux cérémonies solennelles de l'inauguration officielle du *sanatorium de Mardor* (près Couches-lès-Mines, Saône-et-Loire) et à ce sanatorium, établissement qui peut recevoir deux cents malades.

Dr G. Espé de Metz.

Le Breslisme. — A propos de *Magisme et Folie*, par Valentin Bresle. Lille, « Mercure Universel », 160 p., 12 francs.

Magisme et Folie est le troisième volume consacré par l'auteur à l'étude du *Charme poétique*. Valentin Bresle y relate, en les interprétant, des cas curieux d'inspiration littéraire, de mystique religieuse et de phénomènes semblables ou connexes.

Ce livre, de lecture fort agréable quoique volontairement réduit à l'essentiel, achève d'exposer et de préciser le *Breslisme*, c'est-à-dire la doctrine de l'état émotionnel du poétisme fonction de conditions d'origine somatique.

Voici qui s'avoisine sinon avec toutes les billevesées de l'hyper-Freudisme du moins avec la pure sagesse du Voivenelisme.

Les « ultra » de l'idéalisme exclusivement psychique se voileront la face, mais les cliniciens applaudiront parce qu'ils retrouveront dans le *breslisme* l'interprétation raisonnable de faits que leur décèle leur pratique.

Le *breslisme* peut aider à cette pratique quant au pronostic et quant à la thérapeutique mais surtout quant au diagnostic.

Aussi recommandons-nous chaudement ces ouvrages de lecture d'ailleurs fort attrayante non seulement à ceux des médecins qui font de la psychologie et de la psychiatrie leur spécialisation, mais bien à tous les praticiens.

Dr G. Espé de Metz.

Les Francs, poème légendaire, par Léon Riotor, de la « Maison de la Poésie ». Edit. de « La Caravelle », 1932.

La légende de la conquête de la reine d'Islande par le roi des Burgondes.

Les Prisonniers de l'opium, par le Médecin colonel S. Abbatucci. *Bruxelles Médical*, n° 47 du 18 septembre 1932.

Dans ces pages si vivantes, si documentées et toutes pleines d'enseignements, je cueille à la volée : « Au début du XIXe siècle, les empereurs mandchoux avaient interdit la culture du pavot et l'introduction de l'opium venant des Indes anglaises. En 1839 le vice-roi de Canton fit même couler dans la rivière des Perles 20.000 caisses d'opium introduites en contrebande. Mais les Anglais rispotèrent aussitôt par le bombardement des forts de Canton, début de la *guerre de l'opium*, guerre suivie du traité de Nankin à la suite duquel l'Angleterre imposait à la Chine la libre importation de l'opium et se faisait attribuer l'île de Hong-Hong et la concession de Shanghaï... ».

On ne rappellera jamais trop ces faits — et bien d'autres qui les valent. On ne les rappellera jamais trop, surtout à ceux des nôtres qui prétendent que Chinois et autochtones des colonies doivent non seulement nous admirer mais encore nous aimer...

E. de M.

Le livre de l'Adieu, par Jean Souvenance. Editions « Armorica », Carhaix (Finistère), 12 francs.

Un livre de la plus délicate et charmante sensibilité et un livre honnête — un livre d'honnête homme, mais qui pourrait tout aussi bien s'appeler : *le crime jaloux des mères* ou mieux encore : *le crime jaloux des mères de fils*.

Je compte revenir sur ces jolies pages.

E. de M.

La Petite histoire, par G. Lenôtre. I. Napoléon. Croquis de l'Epopée. Un vol. Prix : 15 frs. B. Grasset, édit., 61, rue des Saints-Pères, Paris.

M. Lenôtre n'a jamais songé à « romancer » l'histoire, comme cela fut de mode il y a quelques années ; il fit mieux, il l'anima, il la rendit vivante. Et le volume qui paraît chez Grasset est digne des précédents.

D'autres suivront dans cette collection : Paris et les Parisiens ; La Cour de France à Versailles ; En Révolution.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine infantile

L'érysipèle du nouveau-né débute, le plus souvent, dans la région sous-ombilicale ; il est dû à l'infection puerpérale à streptocoques de la mère. Il peut débuter sur toutes les régions de la peau, comme chez les enfants plus âgés.

Chez les nouveau-nés et les nourrissons jusqu'à 3 mois, l'érysipèle se comporte de la même façon, quelle que soit sa localisation. C'est un érysipèle ambulant, parfois erratique. Il entraîne la septicémie streptococcique et des localisations multiples du streptocoque. Ces caractères sont exceptionnels après 3 mois.

La gravité de l'érysipèle avant 3 mois est due à la faiblesse des réactions défensives de l'organisme du jeune bébé.

L'érysipèle, qui se comporte différemment avant et après 3 mois, est un exemple des modalités différentes que revêtent certaines maladies infectieuses suivant les périodes de l'enfance.

Prophylaxie. — Eviter les contacts directs ou indirects de la mère atteinte d'une infection puerpérale avec son enfant. Pour certains auteurs la mère atteinte d'érysipèle peut allaiter son enfant en prenant les précautions nécessaires pour éviter une contagion toujours possible.

Par contre, Hutinel et Darré sont d'avis de donner une nourrice à l'enfant ou de séparer la mère de l'enfant pendant que la plaque érysipélateuse est en évolution.

Traitement. — On en a proposé de nombreux. Si le nourrisson est à l'alimentation artificielle, on modifie le régime en tenant compte des troubles digestifs (au besoin eau sucrée temporairement).

Comme *traitement local* on a conseillé des applications d'onguent napolitain, des badigeonnages de la plaque avec de la teinture d'iode dédoublée, avec une solution de collargol à 1 p. 100, avec une solution d'acide picrique à 5 p. 1000 (Lesné), avec une solution de bleu de méthylène à 5 p. 100 (Nobécourt) ; les badigeonnages larges de la plaque, toutes les quatre heures, jour et nuit, avec une solution aqueuse de nitrate d'argent à 4 p. 100 ; des compresses tièdes imbibées soit de liquides émollients (eau de guimauve, eau de sureau), soit de solutions antiseptiques (eau boriquée, sublimé à 4 p. 100).

Les pansements imbibés de sérum antistreptococcique chauds ont été préconisés par Montel (de Saïgon), puis par Boisserie-Lacroix (de Bordeaux). On a aussi employé les pulvérisations d'éther sublimé à 1 p. 100.

Les traitements locaux peuvent calmer la douleur et atténuer l'inflammation, mais ne paraissent pas avoir d'influence appréciable sur le processus infectieux lui-même.

Le traitement *général* comprend la balnéation : bains tièdes, s'il y a de la fièvre, bains chauds s'il y a de l'hypothermie. On peut donner de l'extrait surrénal ou de l'adrénaline, injecter du camphre, des solutions physiologiques de chlorure de sodium et de glycose, dans la mesure où le permet l'état de la peau.

Le sérum antistreptococcique ne semble pas jusqu'ici avoir donné des résultats très favorables. Boidin et Tierny ont préconisé les injections de Propidon.

Des bébés, pesant 2 kgr. 500 à 3 kgr., âgés de moins de 30 jours, ont reçu tous les deux jours une injection à la dose de 1 c.c., puis de 1 c.c. et demi, trois injections au plus. Sur 12 érysipèles traités, 7 ont guéri. Sur 12 bébés non traités un seul a guéri de son érysipèle de l'ombilic. On a encore utilisé l'hémothérapie : injections intramusculaires de sang de convalescent d'érysipèle, suivant la méthode proposée par Kaiser en 1915 ; transfusion du sang. Il est difficile de juger de l'efficacité de ces traitements.

(Leçon clinique du Professeur Nobécourt. L'érysipèle pendant les trois premiers mois de la vie. *Gazette des hôpitaux*, 5 octobre 1932.)

Appareil circulatoire

La mesure de la pression veineuse périphérique, ou phlébopiézométrie est d'une technique extrêmement simple, facilement applicable en pratique courante.

Les renseignements qu'elle fournit constituent un appoint considérable au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique d'un grand nombre d'affections.

Quoiqu'il ne puisse s'agir que de la pression veineuse périphérique, la phlébopiézométrie traduit en partie, d'une manière sans doute incomplète, mais non pas inexacte, comme on a pu le croire, l'état de la circulation profonde. Au contraire, les renseignements qu'elle fournit dans l'état des syndromes d'hypertension cave supérieure ou inférieure, d'hypertension portale, d'hypertension pulmonaire sont parfois capitaux.

Son intérêt déborde largement le domaine de la pathologie veineuse. Il s'agit, en réalité, d'une donnée séméiologique de portée générale.

(Maurice Villaret et Henri Desoille : Quelques exemples cliniques montrant l'intérêt général de la phlébopiézométrie au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique. *La Presse Médicale*, 1er octobre 1932.)

Tuberculose.

La tuberculose est-elle plus fréquente chez les étudiants en médecine que chez les autres étudiants ou jeunes gens du même âge ? Pendant le dernier quart du siècle XIXe des médecins qui en ce temps faisaient autorité ont affirmé, sans être alors contredits, la rareté de la tuberculose parmi les étudiants en médecine. Depuis une vingtaine d'années des médecins dont l'opinion jouit du plus grand crédit admettent au contraire que la tuberculose se rencontre plus souvent chez les étudiants en médecine que chez les jeunes gens de condition de vie analogue.

« Il nous parait ressortir des documents recueillis, dit M. E. Arnould, qu'il est erroné soit de nier la contagion tuberculeuse, soit de lui attribuer une très grande importance vis-à-vis des étudiants en médecine. Ils y sont incontestablement soumis, et de façon fréquente ; le taux de leur morbidité s'en trouve augmenté, mais d'ordinaire dans une minime proportion, croyons-nous ; et parmi les sujets atteints une bonne partie le sont avec une grande bénignité ; outre les constatations directes du fait chez les étudiants mêmes, nous en avons trouvé une preuve dans l'examen des taux de la mortalité tuberculeuse des médecins par groupe d'âge : non seulement ces taux sont tous faibles relativement à ce que l'on observe pour l'ensemble des professions libérales, mais les taux des jeunes médecins (de 25 à 30 ans) ne sont pas les plus élevés de ceux de la profession médicale comme on devrait le constater au contraire si les infections ou surinfections du temps des études tendaient à se réveiller dangereusement durant les débuts de la vie professionnelle.

Ainsi que tous les adultes, comme en témoigne entre autres l'exemple des époux de tuberculeux, les étudiants en médecine offrent donc en général une grande résistance aux effets de la contagion bacillaire occasionnée par leurs relations avec les malades ; et il semble que cette résistance augmente le plus souvent, de façon durable, du fait même des petites infections ou surinfections contractées dans ces circonstances. »

(E. Arnould. La tuberculose chez les étudiants en médecine, *La Presse Médicale*, 5 novembre 1932.)

Thérapeutique obstétricale

Les résultats de la cure de La Preste (Pyrénées-Orientales) sont remarquables dans un grand nombre de **pyélites gravidiques**. Pierre Baron et P. Merle, dans une monographie (*Prix Capuron, Acad. de méd.*), consacrée à la cure hydrominérale dans les pyélites, ont insisté sur le bénéfice qu'on peut retirer d'une cure à La Preste dans les pyélites et les pyélonéphrites chroniques. Deux sources à La Preste : 1° la *Source Apollon*, hyperthermale, sulfureuse et siliceuse. Une très faible quantité de monosulfure de sodium (un milligramme par litre), permet de la classer parmi les eaux sulfureuses ; la radioactivité est une des plus fortes parmi les eaux minérales de France ; 2° la seconde source, hypothermale et vraisemblablement oligométallique type Evian, n'a pas été analysée et n'est pas exploitée.

Elle augmente la diurèse, aussi Baron l'emploie concurremment avec la source Apollon pour chasser des voies urinaires les matériaux de déchet, l'eau de la source principale produisant une desquamation intense de la muqueuse urinaire et diminuant la diurèse. Action nette de la cure sur les symptômes généraux, sur l'élimination des débris épithéliaux, des urates et des oxalates, sur la pyurie et sur l'acidité urinaire. Les eaux de La Preste peuvent être employées à domicile. Voici les conseils que donne le Professeur Jeanbreau au sujet de la cure à domicile :

« Je vous conseille, écrivait le Professeur Jeanbrau, au Docteur Vignes, d'ordonner à domicile l'eau de La Preste de la manière suivante : le matin à jeun, boire l'eau, soit à la température de la chambre, soit tiédie au bain-marie. Le premier jour, un verre ordinaire en deux fois en restant au lit. Le deuxième jour, deux verres en quatre fois. Ensuite, suivant la tolérance

du malade, deux à trois verres en plusieurs fois, à jeun, le malade étant couché. Petit déjeuner une heure après la dernière prise d'eau de La Preste. Il arrive, parfois, qu'en débouchant certaines bouteilles, il s'en dégage une odeur sulfhydrique très marquée. Ce sont des bouteilles qu'il faut sacrifier... »

(Henri Vignes. Il faut soigner les pyélites gravidiques après l'accouchement. *Journal des Praticiens*, 8 octobre 1932.)

Pathologie amygdalienne

Le bactériophage employé dans le traitement des phlegmons amygdaliens « assure une guérison rapide, au bout de quelques jours. Ce traitement peut être employé à n'importe quel moment de l'évolution du phlegmon, mais semble plus indiqué à la phase d infiltration.

Dans le traitement des phlegmons amygdaliens par bactériophage antistaphylococcique, il ne peut être question d'une action spécifique du principe lithique — ni même de son action exclusive. — Avec les filtrats staphylococciques ou antistreptococciques préparés d'après la méthode de Besredka ainsi qu'avec du bouillon peptoné ou du sérum physiologique 9 pour 1.000, les résultats sont identiques à ceux obtenus à la suite du traitement au bactériophage. Et même dans ce cas, ne pouvant pas être question d'une action spécifique, nous sommes en droit de nous demander si le mécanisme d'action thérapeutique du bactériophage dans le traitement des phlegmons amygdaliens n'entre pas dans le chapitre, tout aussi vaste que peu connu, du mécanisme de l'action des topiques employés dans la thérapeutique chirurgicale.

Il est possible que l'action des liquides inoculés dans les phlegmons amygdaliens se traduise par une stimulation des éléments de défense de l'organisme (phagocytose, etc.), et dans ce cas le stimulant peut être le bactériophage, les substances contenues dans les filtrats microbiens, le bouillon le sérum physiologique et certainement beaucoup d'autres substances. »

(D. Combiesco, I. Tzetzu et M. S. Popesco, de Bucarest. Considérations sur le mécanisme de l'action du bactériophage dans le traitement des phlegmons de l'amygdale. La *Presse Médicale*, 10 septembre 1932.)

Dystrophies

L'auriculaire infantile est une dystrophie individualisée en 1926, par Du Bois (de Genève) et caractérisée dit cet auteur par ce fait que l'auriculaire « au lieu d'atteindre sa longueur normale reste beaucoup trop court par rapport aux autres doigts. Ses mouvements sont parfaitement normaux », mais il « gêne les violonistes et oblige les femmes qui sont atteintes de cette dystrophie à faire raccourcir le cinquième doigt de tous leurs gants ». Cette dystrophie, considérée par Du Bois comme étant en rapport fréquent avec l'hérédo-syphilis, peut être bi ou unilatérale et s'observer au pied. L'infantilisme de l'auriculaire n'étant pas toujours évident, il importe de donner une définition qui permette de distinguer le doigt normal de l'infantile.

« C'est un auriculaire, dit Hissard, dont le pli de flexion distal est nettement au dessous du pli de flexion médian de l'annulaire. Le pli de flexion distal du cinquième doigt étant normalement dans le prolongement du pli de flexion médian du quatrième doigt ». Quelle est la raison de cette disproportion ? Pour Hissard, les phalanges ne paraissent pas en cause. L'infantilisme de l'auriculaire n'est qu'apparent ou mieux relatif. C'est le 5e métacarpien qui est plus bref que normalement.

(Docteur René Hissard. Essai sur la morphologie de l'auriculaire infantile. *Bulletin Médical*, 17 décembre 1932.)

Tumeurs

A l'origine des tumeurs hyperplasiques des gencives, sans préjuger des causes locales, il existe un **trouble de la crase sanguine** ;

« Son intensité commande l'importance de la réaction ;

Sa persistance entraîne la récidive après l'intervention ;

Sa disparition ou son atténuation explique certaines variations d'évolution (fibreuse, cartilagineuse), avec l'influence concomitante des causes locales.

Cette notion justifie une *thérapeutique spéciale préopératoire* variable suivant les cas (petites tranfusions, médication hémostatique ou antianémique) après laquelle le *traitement chirurgical doit être conservateur*. Il suffit d'exciser la lésion jusqu'au tissu osseux ou dentaire (bistouri électrique). Dans les jours suivants, compléter au besoin la destruction par des applications d'acide trichloro-acétique.

Cette répercussion de l'état sanguin sur les réactions du tissu conjonctif doit être retenue avec beaucoup d'attention.

Elle rend compte des échecs opératoires ou complications post-opératoires dans certaines interventions buccales (*Soc. de Stom.*, 16 février 1932, Crocquefer, Dechaume).

Autant qu'il soit possible de tirer des déductions d'une seule observation, elle semble jouer un rôle dans la genèse des tumeurs à myéloplaxes

Peut-être faudrait-il chercher là l'explication et le traitement de certaines cheloïdes. »

(Dechaume. Etude critique des épulis, influence de la crase sanguine sur les réactions hyperplasiques du tissu coojonctif. *La Presse Médicale*, 2 novembre 1932.)

Varia

La polypose colique diffuse est une affection très rare. On en découvrirait peut-être un plus grand nombre de cas si cette curieuse maladie était présente à la mémoire des médecins qui sont appelés à soigner des colites hémorragiques chez les sujets jeunes en particulier. (J. Leveuf. La polypose colique diffuse. *Rev. critique de path. et de thér.*, octobre-novembre 1932.)

***

Les angiomes caverneux diffus du rectum quoique que peu fréquents présentsnt un double intérêt pratique : ils sont souvent confondus avec des hémorroïdes et traités comme telles ; d'autre part ils occasionnent des hémorragies d'une extrême gravité : ainsi sur dix-huit cas d'angiomes caverneux diffus du rectum que nous avons réunis, cinq ont entraîné la mort par hémorragie sans qu'aucun traitement n'ait pu arrêter l'écoulement sanguin. (R. Bensaude et A. Bensaude. Sur une forme particulière d'angiome caverneux du rectum : l'angiome cutanéo-muqueux ou génito-périnéo rectal. *La Presse Médicale*, 19 novembre 1932.)

***

Le pronostic des fièvres prolongées dites cryptogéniques de l'enfance et de l'adolescence reste bon ; pour employer une expression des anciens auteurs, il s'agit là d'un trouble d'évolution spontanément curable, quand avec le temps l'équilibre s'est rétabli. (J. Cathala et J. Chobrun. Fièvres prolongées de cause obscure des enfants et des adolescents. *Rev. critique de path. et de thér.*, oct.-nov. 1932.)

***

Si l'amyotrophie reste incontestablement un des signes majeurs de l'atteinte des nerfs périphériques dont elles dénonce bien souvent la gravité, on peut observer, aussi bien dans les lésions chirurgicales que dans les affections médicales des nerfs, une hypertrophie des muscles parésiés ou paralysés, hypertrophie qui n'est qu'apparente, conditionnée qu'elle est par un processus de myosclérose-lipomatose dépendant lui-même de perturbations du régime vasculaire créées par l'atteinte des fibres sympathiques incluses dans les troncs nerveux et enlaçant les ramifications vasculaires.

(Jean Lhermitte. L'hypertrophie musculaire apparente consécutive aux lésions chirurgicales et médicales des nerfs périphériques. *Paris Médical*, 1er octobre 1932.)

***

L'accord est fait aujourd'hui pour attribuer l'origine des tumeurs mixtes de la parotide à une inclusion embryonnaire qui les rattache aux tumeurs branchiales (Cunéo et Veau). Pratiquement et macroscopiquement, ce qui caractérise essentiellement la tumeur mixte dans sa phase de bénignité, c'est la présence d'une capsule limitante qui l'isole du parenchyme glandulaire. « Ce plan d'isolement, dit P. Sebileau, doit être continu ; « dès que la capsule est détruite sur un point, le cancer est cliniquement constitué. »

(F. Bonnet-Roy. La tumeur mixte de la parotide. Le *Bulletin Médical*, 17 décembre 1932.)

***

Entre l'individualisme intégral et le collectivisme d'Etat absolu, en dehors d'une fonctionnarisation dont l'idée nous hérisse, il y a place pour un *modus vivendi* où le Corps médical, représenté par ses Syndicats et leur Confédération, et la médecine publique s'entendent pour réaliser les fins de celles-ci, au moyen d'une collaboration bien conçue. Pour échapper à certains jougs que nous considérons comme odieux, sachons prendre les devants et conformer notre conduite aux événements et à leurs exigences. (Duchesne. *Concours Médical*).

CHLORO-CALCION

SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR

80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. $CaCl^2$

Recalcifiant

Hémostatique

Déchlorurant

DIRECTEMENT ASSIMILABLE



Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex _ PARIS (IV)



Roger Dacosta. Edit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1932

Ammoniaque sanguine et ammoniogénèse rénale. — *M. A. Desgrez* présente un travail de MM. Michel Polonowski, P. Boulanger et G. Bizard sur l'ammoniogénèse rénale. Injectant une certaine quantité de carbonate d'ammonium dans l'aorte du chien, ces auteurs ont constaté que le taux de l'ammoniémie, plus faible dans les veines périphériques que dans les artères, était au contraire considérablement augmenté dans la veine rénale, malgré l'accroissement de l'ammoniurie ; l'ammoniaque exogène se trouvait donc en partie dissimulée avant son passage dans le rein. On en peut conclure que le processus de défense contre l'acidose est dévolu à tous les tissus, le rein n'intervenant plus spécialement qu'en tant qu'organe d'élimination.

Traitement de la tuberculose par l'allergine. — *M. André Jousset* afin de prouver l'efficacité de l'allergine, substance extraite par lui du bacille tuberculeux, s'est attaqué à la manifestation la plus redoutable de la tuberculose, la méningite.

Bien que très inférieurs à ceux que l'on constate dans les autres tuberculoses, les résultats de ces essais ne sont pas nuls, puisque 15 malades (sur un peu plus de 200) reconnus bactériologiquement, sont guéris depuis plusieurs années et ont pu reprendre leur vie antérieure.

Quant aux autres tuberculoses, l'auteur estime que leur amélioration fonctionnelle s'observe dans les trois quarts des cas traités.

La pyrétothérapie dans la syphilis expérimentale. — *MM. Charles Richet* fils et *Dublineau* apportent le résultat d'intéressantes expériences faites sur le lapin.

Il en résulte que la température de 41° est nocive pour le tréponème (var Truffi) après 30 minutes.

Les auteurs ont constaté la guérison du lapin (trois cas sur cinq) par bain chaud amenant la température rectale à 41°5 et 42°5.

Si on associe l'arsénothérapie à la pyrétothérapie, il semble qu'on détermine toujours la guérison biologique de cette syphilis.

Contribution à l'étude de l'inactivation des alcaloïdes par l'urotropine et certains de ses sels. — *M. Jean Cautrelet* montre expérimentalement que la protection du cobaye à l'égard de la nicotine est réalisée par l'urotropine, mais après chauffage seulement à la température de l'organisme. La restauration du cœur de chien intoxiqué par la nicotine est réalisée par l'aldéhyde formique, mais surtout par l'urotropine sous forme d'iodure à fonction alcoyl : la disparition de la fibrillation auriculaire et immédiate.

La mort des rongeurs exposés au soleil. — *MM. Brindeau* et *Bailly*.

Sur la présence du virus tuberculeux dans le méconium. — *MM. Brindeau, Cartier* et *Pougin*.

L'insuffisance pondérale chez l'enfant. Son évaluation et sa valeur pratique. — *M. Jaubert*.

Séance du 3 janvier 1933

Sur la détermination des foyers d'endémicité amaril. — *A. Pettit* apporte un travail de *M. Stefanopoulo*.

Sur la demande du ministre des Colonies, le Docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, a délégué auprès du gouverneur général de l'Afrique occidentale française, M. G.-J. Stefanopoulo, comme chargé de mission pour repérer les foyers d'endemicité amaril. Au cours d'une mission dont il a été chargé en 1927, le professeur A. Pettit avait proposé au gouverneur général d'alors de réaliser cette enquête. La France n'aura pas été l'initiatrice dans cette voie. En 1929, la Rockefeller Foundation aborda l'étude de cette question et la réalisa avec la maîtrise qui est son apanage. Grâce à la constatation de Max Theiler qui a montré que la souris peut contracter la fièvre jaune, M. Stefanopoulo a pu, pour ses recherches substituer au singe très coûteux ce rongeur dont le prix est minime

Essentiellement, le procédé utilisé pour le diagnostic rétrospectif de la fièvre jaune consiste en ceci : on fait un mélange de virus et de sérum à expertiser ; au bout d'un quart d'heure de contact, on injecte le mélange à plusieurs souris et on fait naturellement des souris témoins.

Si le sérum expertisé provient d'un convalescent de fièvre jaune, par suite des principes immunisants qu'il renferme, il neutralise le virus et les souris survivent : dans le cas contraire, le sérum ne renfermant pas de substances immunisantes, le virus reste actif et les souris succombent. Des souris témoins attestent la légitimité des réactions.

M. Stefanopoulo a parcouru une partie notable de l'A.O.F. ; Haute-Volta, Côte d'Ivoire, Guinée Française, Soudan Français, Sénégal et a recueilli sur les indigènes près d'un millier d'échantillons de sang dont l'expertise l'a conduit à des conclusions importantes au point de vue prophylactique : le réservoir de virus pour la fièvre jaune est représenté essentiellement par la race noire chez laquelle la maladie présente, très souvent, des formes inapparentes. Les moustiques qui transmettent la fièvre jaune (Stégomyies) piquent les noirs ainsi atteints, se chargent de virus et le transmettent à d'autres noirs ainsi qu'aux blancs. Par conséquent, la lutte de la fièvre jaune en Afrique Occidentale Française, consiste à assainir des localités limitées, repérées par la méthode indiquée ci-dessus (test de séro-protection chez la souris), au lieu d'épuiser inutilement les efforts sur la totalité de l'Afrique, il suffira de s'attaquer à des zones très peu étendues et repérées avec exactitude.

En outre des mesures administratives qui découlent de la connaissance des foyers d'endémicité amaril et en l'absence d'une méthode de vaccination offrant toutes les garanties, il importe d'insister sur l'importance de la collaboration de la population tout entière, blanche et noire, à la lutte contre la fièvre jaune. Ce point de vue a retenu spécialement l'attention du gouverneur général Brévie qui n'a pas hésité à affirmer que « *au jour où personne ne passera plus à côté d'un gîte à larves sans l'apercevoir et le détruire, de ce jour, la fièvre jaune n'existera plus* ».

Les bains carbogazeux. — *M. Vaquez* présente une note de *Libensky* sur les indications et les effets du traitement médicamenteux associé à la balnéothérapie carbogazeuse dans les maladies de l'appareil respiratoire.

Mélanomes. — *M. Sergent* apporte un travail de *M. Pierre Masson* sur la structure endocrinienne de certains mélanomes et son intérêt pratique.

Le chat ratier à Lyon. — On sait avec quelle ardeur *M. Loir* (du Havre) a entrepris la lutte contre les rats en dressant des chats « de combat », si nous osons risquer cette expression.

Le président Herriot ayant constaté les heureux résultats obtenus par M. Loir au Havre, lui a demandé d'envoyer des chats à M. Pommier, vétérinaire directeur des abattoirs de Lyon.

Le résultat ne s'est pas fait attendre, quelques mois après il n'y avait plus de rats aux abattoirs de Lyon. D'autres villes ont suivi cet exemple, à Paris M. Loir peut citer deux élevages de chats au *Printemps* et aux *Trois Quartiers*. Depuis que ces magasins ont des chatteries, les énormes dégâts que faisaient les rats ont cessé.

« Il est temps, dit en terminant M. Loir, d'étudier les méthodes destinées à empêcher la pullulation des rats. C'est une importante question d'hygiène. Il faut que tout le monde en soit persuadé. Elle se double d'une question économique. Il est rare, lorsqu'on propose de s'occuper d'hygiène, qu'il ne soit pas nécessaire d'envisager des crédits importants. Dans ce cas, on peut mettre en regard une somme de dix milliards d'économies à récupérer », car c'est à ce chiffre formidable que l'on estime les dégâts commis annuellement en France par les rongeurs.

Facteurs d'évolution des infections polymicrobiennes. — *M. Weinberg*.

La pneumectomie dans les suppurations pulmonaires. — *M. Baumgartner* estime que dans les vieilles suppurations pulmonaires, il faut détruire toute la partie malade. L'incision seule n'est pas suffisante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 décembre 1932

Cystectomie et bistouri électrique. — *M. Heitz-Boyer* estime qu'après décollement du globe vésical, le bistouri électrique peut rendre de grands services.

Ulcère perforé du duodénum. — *M. Moulonguet*, qui rapporte cette observation de *M. Ducastaing* insiste sur la nécessité d'une exploration abdominale complète et minutieuse de la cavité abdominale lorsqu'on trouve un appendice sain associé à un syndrome péritonéal grave.

Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. — *M. Lemonnier*. *M. Moulonguet*, rapporteur. — Il s'agit d'une hémorragie ovarienne au cours d'un syndrome hémogénique fruste.

Rupture traumatique du duodénum. — Dans le cas observé par *M. Laffitte* et que rapporte *M. Mondor*, le syndrome de perforation n'apparut que huit heures après le traumatisme.

Dislocation bilatérale du carpe. — *M. Fredet* relate cette observation de *M. Banzet*. Le malade fut traité opératoirement plusieurs semaines après le traumatisme, avec un excellent résultat.

Rupture traumatique de la rate. — *M. Proust* rapporte des observations de *MM. Duncombe*, *Revel* et *Guibal*.

Il insiste tout particulièrement sur la pathogénie de la contracture abdominale. D'expériences faites chez l'animal, il semble résulter que l'hémorragie à elle seule ne peut pas donner de contracture : il faut incriminer en plus l'irritation péritonéale.

M. Schwartz conclut que si la contracture est une indication opératoire formelle, l'absence de contracture ne prouve rien. C'est l'examen attentif et répété qui permettra de décider ou non la laparotomie.

M. Alglave a observé une contracture généralisée consécutive à une simple plaie du diaphragme sans lésion viscérale.

M. Huet pense qu'il devait s'agir d'une lésion d'un pilier diaphragmatique.

M. Basset a observé une rupture de la rate en deux temps. Le second temps fut annoncé par une douleur brutale et accompagné par une contracture généralisée.

Hydronéphrose et vaisseaux anormaux. — *M. Baumgartner* rapporte un travail de *M. Wolfromm* basé sur quatre observations, où le diagnostic fut fait par la pyélographie.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 décembre 1932

Le devenir des parkinsoniens. — *MM. Maurice Renaud*, *Miget* et *Brizard*, reprenant les documents qui furent publiés en 1923 et les complétant par des observations de malades dont certains furent suivis plus de dix ans, (au total 65 sujets), concluent que le syndrome parkinsonien est constitué par des troubles fonctionnels dont la stabilité indique que la lésion dont ils dépendent est depuis longtemps éteinte.

Pendant une période de deux, trois ou quatre ans au plus le syndrome s'amplifie et s'accentue ; puis il se fixe et on ne voit plus alors ni survenir de signes nouveaux, ni les signes présents augmenter d'intensité, ni les troubles atteindre de nouveaux segments ou de nouveaux appareils.

Le parkinsonisme post-encéphalitique est donc une infirmité résiduelle.

Dans les formes légères, il ne persiste que des troubles moteurs ou sensoriels dont l'interprétation n'est pas toujours facile et dont le diagnostic est rarement correctement posé.

Dans les formes graves, les malades sont des grabataires passifs. Entre ces extrêmes une multitude de formes moyennes où les malades mènent une existence très proche de la normale. Mais chez tous les grandes fonctions de la vie végétative sont fort peu troublées.

Le parkinsonisme ne menace pas directement la vie.

Si la mortalité est pourtant très élevée (plus de 50 % dans les dix premières années), c'est en raison de l'intervention de maladies intercurrentes et particulièrement de la tuberculose.

La tuberculose des parkinsoniens. — *MM. Maurice Renaud*, *Miget* et *Brizard*, après avoir constaté que tous les parkinsoniens dont ils avaient fait l'autopsie étaient atteints de grosses lésions de tuberculose pulmonaire non seulement évolutive, mais souvent de forme aiguë et à marche rapide, et avoir recherché systématiquement la tuberculose pulmonaire chez tous leurs malades, concluent que la déchéance et la cachexie dans laquelle tombent les parkinsoniens ne sont pas le fait des désordres de la vie végétative qui restent toujours minimes chez de tels malades et qu'elles sont dans la règle sous la dépendance d'une poussée de tuberculose.

Le parkinsonisme appelle de toute évidence la tuberculose, mais il facilite sans doute moins la contagion qu'il ne favorise l'évolution et l'extension de lésions restées plus ou moins longtemps torpides. Il se range parmi les facteurs aggravants de la maladie.

La tuberculose n'est pas seulement la contemporaine de la cachexie. Elle la provoque comme le prouvent, d'une part le fait que les parkinsoniens tuberculeux meurent rapidement alors que les indemnes restent indéfiniment valides, et d'autre part les exemples singulièrement édifiants de deux parkinsoniens chez lesquels le traitement (pneumothorax et cure d'Orosmiol) institué pour l'un au début d'une poussée avec pleurésie, et pour l'autre à l'occasion d'une lésion aiguë à forme pneumonique amena la guérison complète (malades présentés avec deux ans de recul).

Tous les faits convergent pour montrer que le parkinsonisme ne tue que par l'intervention seconde de la tuberculose. Les parkinsoniens doivent donc être soumis à une surveillance systématique pour permettre de faire à temps le traitement convenable.

M. Paraf n'a pas observé un seul cas d'évolution tuberculeuse chez les parkinsoniens ; il a constaté d'ailleurs que ces malades sont anergiques.

M. Dufour pense que si les parkinsoniens deviennent parfois tuberculeux, c'est parce qu'ils sont sous-alimentés.

Diagnostic de l'ulcère gastrique et du cancer ulcériforme. — *M. René A. Gutmann* cherche à établir les caractères qui, en présence d'un malade souffrant depuis peu de l'estomac et présentant une niche, doivent faire penser plutôt au cancer qu'à l'ulcère. Il tient pour suspects : le début à l'âge mûr ; la longueur de la première période douloureuse, celle-ci étant brève dans l'ulcère et se prolongeant dans le cancer ; la disproportion entre la taille de la niche et la brièveté de l'histoire clinique : les irrégularités d'emblée dans le contour de la niche ; l'absence de rétraction de la petite courbure contrastant avec une grosse niche ;

Plus tard : la continuation des douleurs sans périodicité, la résistance de la douleur aux traitements classiques ;

Après l'opération : la persistance de la douleur ; la non-disparition de la niche.

Parlant de la gastro-photographie, il considère avec Garin et Bernay, avec Porcher, qu'il s'agit d'une technique intéressante mais encore à l'étude et, avec des exemples, il met en garde contre le danger qu'il y a à vouloir hâtivement la lancer dans la pratique, et à la considérer comme une méthode éprouvée, susceptible de trancher un diagnostic difficile.

La bacillémie tuberculeuse. — *M. Sergent*, à propos de la récente communication de M. Ameuille et de M. et Mlle Mach sur la bacillémie tuberculeuse, réserve le terme de germe de sortie aux seuls bacilles virulents. Les décharges de bacilles de Koch chez les tuberculeux ne sont pas toujours suivies d'accidents pathologiques ; même s'ils le sont, ils ne prouvent nullement la nature tuberculeuse de ces accidents.

Signes humoraux de néphrose lipoïdique succédant à une néphrite aiguë et précédant pendant plusieurs mois l'apparition des œdèmes. — *MM. Etienne Bernard* et *Guillemin* présentent l'observation d'un homme de 30 ans chez qui, après une néphrite aiguë, s'est installée une albuminurie chronique (5 à 8 gr. par litre). Chez ce malade le taux de l'urée sanguine et les chiffres de la tension artérielle sont normaux, il n'y a pas trace d'œdème ; l'albuminurie est le seul symptôme morbide apparent. Mais les examens de sang montrent une hyperlipidémie, une hypoprotidémie avec abaissement du taux de la sérine. Dans les urines, on trouve de très nombreux corps biréfringents. Devant ces stigmates humoraux de néphrose lipoïdique, le traitement d'Epstein est institué ; mais il demeure sans effet, car deux mois plus tard les œdèmes font leur apparition et deviennent vite importants et tenaces.

Les auteurs soulignent cette apparition des signes de néphrose secondairement à l'évolution d'une néphrite aiguë. Ils insistent sur ce fait nouveau que constitue le diagnostic de néphrose lipoïdique porté avant l'apparition des œdèmes et sur l'échec du traitement d'Epstein bien qu'institué d'une façon particulièrement précoce. D'autre part, le fait que le malade pendant plusieurs mois n'a pas présenté d'œdèmes, alors qu'il avait manifestement un abaissement de la tension osmotique de ses protéines sanguines autorise les auteurs à noter, après d'autres, combien la théorie de Govaerts sur la pathogénie des



œdèmes brightiques se heurte aux faits observés. Enfin la notion d'une hyperlipidémie précédant de loin l'apparition des œdèmes n'autorise qu'en apparence à rapporter les lésions du rein aux modifications des lipides sanguins car la connaissance d'une albuminurie datant de plusieurs années trahit dans ce cas l'ancienneté de l'insuffisance rénale.

M. Marcel Labbé croit pouvoir affirmer une fois de plus que la néphrose lipoïdique n'est pas une entité, mais seulement une forme particulière de nephrite.

Importance du suc gastrique pour le diagnostic d'ulcère et du cancer de l'estomac. — *M. Hayem.*

Sur un cas de pleurésie purulente à streptocoque guérie par la thoracoplastie. — *MM. Léon Bernard, Maurer, Triboulet* et *Lelong* presentent une femme de 30 ans, atteinte de pleurésie purulente à streptocoque venue compliquer une suppuration pulmonaire elle-même secondaire à une infection post-abortum. La malade qui, pendant un an, expectorait 450 gr. de pus par jour a subi une large thoracoplastie faite en trois temps sous anesthésie loco-régionale. Elle est actuellement guérie, et n'est pas gênée dans ses mouvements par la cicatrice opératoire.

M. M. Renaud pense que dans le cas précédent, les auteurs auraient dû tenter une pleurotomie, opération plus simple que la thoracoplastie ; il est persuadé qu'un bon drainage aurait suffi à guérir la malade.

M. Maurer croit par contre que les lésions énormes de pachypleurite rencontrées dans de tels cas ne permettent pas d'effectuer un drainage suffisant par simple pleurotomie, trop longtemps suivie de fistules indéfinies.

Cardiopathie tuberculeuse et son traitement efficace par la tuberculine. — *M. J. Montes Pareja* (Montevideo) publie un cas de pancardite probablement tuberculeuse dont l'évolution vers l'asystolie irréductible ne put être enrayée que par la tuberculinotherapie. Celle-ci réussit non seulement à parer aux accidents d'insuffisance cardiaque, mais à permettre au malade de reprendre sa rude tâche de manœuvre.

Séance du 23 décembre 1932

M. Rivet, secrétaire général, donne lecture du rapport annuel, puis prononce l'éloge funèbre des membres de la Société décédés dans l'année : MM. Teissier, Babinski, Chauffard et Thiroloix.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 2 décembre 1932

Traitement des furoncles et des anthrax de la face par le bactériophage. — *M. A. Raiga* fait une communication sur 361 cas de furoncles et d'anthrax de la face traités par le bactériophage avec une mortalite de 0,85 %. De nombreuses statistiques montrent la rapidité de la guérison, des observations documentées et une riche illustration photographique complètent cet important travail.

Pseudo-tuberculoses ostéo articulaires. — *M. A. Trèves* montre par deux exemples la nécessité de s'entourer de toutes les garanties cliniques et radiologiques pour éviter de faire des diagnostics erronés de tuberculose ostéo articulaire.

Le côlon droit chez les obèses. Examen radiologique. — *M. Aubourg* présente des radiographies où le côlon ascendant, au lieu d'être vertical, dessine une convexité externe très marquée et abandonne la fosse iliaque pour la fosse lombaire droite, en suivant les déformations laterales de la paroi abdominale chez les obèses. Il en résulte une ascension du cæcum et de l'appendice qui sont remontés de dix centimètres et siègent au niveau de la crête iliaque.

Inondations péritonéales d'origine ovarienne. — *M. A. Lavenant* communique trois observations où l'on fit, chez des jeune filles, le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu, de grossesse extra-utérine rompue, d'appendicite aiguë, alors qu'il s'agissait d'une inondation péritonéale d'origine lutéinique. Etant donné l'importance des signes abdominaux, l'intervention est la règle. Selon les cas, l'ovaire sera ou non conservé ; l'auteur, dans les trois cas, a fait l'ablation de l'organe.

A propos de nos derniers cas de sténoses cicatricielles de l'œsophage. — *M. Guisez* communique sept observations de sténoses particulierement graves de l'œsophage consécutives à l'absorption de liquide caustique et qu'il a soigné récemment. Deux concernaient des enfants de 4 à 12 ans, gastrotomisés l'un depuis dix mois et l'autre depuis cinq ans. Tous les cas étaient considérés comme présentant des sténoses infranchissables même sous endoscopie. L'auteur est arrivé à les recalibrer et leur bouche stomacale a pu être définitivement fermée. Il s'agissait toujours de rétrécissements multiples, et, comme c'est la règle dans cette variété de sténoses, le rétrécissement le plus serré siégeait vers le tiers inférieur de l'œsophage.

Cancer de l'estomac méconnu cliniquement et trouvé à l'opération. — *MM. Victor-Pauchet* et *G. Luquet* communiquent l'observation d'un malade vu par plusieurs médecins et passé dans plusieurs services d'hôpitaux, chez lequel en l'absence de signes nets, aucun diagnostic n'avait pu être posé. Une laparotomie exploratrice montra que le malade était en réalité porteur d'un cancer de l'estomac en voie de perforation. Une fois de plus, la laparotomie exploratrice a montré son utilité dans un cas douteux.

Deux malades traités par la protéinothérapie de Rubens-Duval. — *M. Laurence* présente ces deux malades.

Un cas de résection condylienne pour subluxation temporo maxillaire unilatérale. — *M. Dufourmentel* présente ce malade qu'il a operé avec succès.

Séance du 16 décembre 1932

Appendicite aiguë et hémorragie intra-péritonéale d'origine génitale. — *M. G. Luquet* communique l'observation d'une malade chez laquelle, étant intervenu pour une appendicite aiguë vérifiée opératoirement, il a trouvé en même temps un épanchement sanguin intrapéritonéal dû à une ponte ovulaire hémorragique remontant à plusieurs jours et ayant évolué sans signes.

A propos du cancer de l'estomac méconnu cliniquement. — *M. Hautefort*, à propos de la communication faite à la dernière seance par MM. Victor-Pauchet et G. Luquet communique l'observation d'une malade atteinte d'un cancer de l'estomac qui a évolué sans présenter le moindre signe objectif et sans que l'examen radiologique ait pu mettre sur la voie du diagnostic. Quand celui-ci fut devenu manifeste, la résection gastrique ou même la gastro-entérostomie était impossible. L'auteur appuie les conclusions de MM. Victor Pauchet et Luquet et estime qu'en cas de symptômes gastriques persistants, même en l'absence de tout signe objectif ou radiologique, il convient de pratiquer une laparotomie exploratrice.

Traitement des furoncles et anthrax de la face par le bactériophage. — *M. André Raiga* presente une étude detaillee de 362 cas de furoncles et anthrax de la face qui ont été traités exclusivement par le bactériophage sans adjonction d'aucun acte chirurgical. La mortalité globale n'a été que de 0,85 %, pourcentage très inférieur aux statistiques publiées notamment en Allemagne. L'auteur établit, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, une distinction très documentée et illustrée par de nombreuses photographies et courbes de température, entre les lésions circonscrites et les lésions diffuses. Ces dernières ne seraient plus de véritables anthrax tels qu'ils sont décrits classiquement : leur diffusion, leur localisation, et la direction de leur propagation profonde permettent à l'auteur de les individualiser sous le nom de « myosites diffuses aiguës d'origine staphylococcique » car elles représentent des infections des muscles peauciers de la face.

L'expérimentation de l'auteur sur les applications thérapeutiques du bactériophage comporte actuellement près de deux mille observations.

Deux cas d'astragalectomie pour fractures. — *M. Judet* communique deux observations de fracture de l'astragale. Dans la première, il s'agissait d'une fracture fermée transversale siégeant au niveau de la poulie astragalienne qui présentait une denivellation en marche d'escalier. L'astragalectomie totale a donné un bon résultat. Six mois plus tard, la marche est facile, indolore, sans boiterie. La flexion du pied est normale ; par contre l'extension est incomplète. Dans le deuxième cas il s'agissait d'un traumatisme grave du pied dont la fracture de l'astragale n'était qu'un élément : le fragment antérieur de l'astragale enuclée hors de la mortaise était

venu perforer la peau en avant de la malléole externe ; le pied était complètement luxé en dedans et en varus énorme. L'astragalectomie pratiquée à la huitième heure fut impuissante a empêcher l'éclosion d'un phlegmon gazeux diffus qui nécessita, au septième jour, une amputation de la cuisse. Guérison.

Calcul d'un calice extrait après localisation par téléstéréoradiographie. — *M. Hautefort* insiste sur les avantages de la teléstéréoradiographie associée au cathétérisme urétéral et à la pyélographie pour la localisation des calculs des voies urinaires hautes. Il donne à ce sujet le compte rendu opératoire de l'extraction d'un petit calcul que les examens radiologiques avaient permis de situer dans la branche supérieure du calice inférieur du rein droit.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 décembre 1932

Conférence internationale du rat. — *M. Georges Rosenthal* présente les deux volumes résumant les travaux de cette conférence organisée par le Prof. Gabriel Petit. Il insiste sur les dégâts causés par les rongeurs, sur le parasitisme sanguin, céphalo-rachidien et ganglionnaire du rat et sur la nécessité de la lutte internationale contre cet animal.

Education et rééducation de la voix chantée. — *M. Georges Rosenthal* présente le livre de Mme Louise Matha et de M. de Parrel sur la voix chantée. Il insiste sur l'etude phonéticienne et sur l'opportunité d'une surveillance médicale du larynx,

Hémocrinothérapie. — *M. Filderman* rapporte onze observations choisies de façon à montrer les avantages et les difficultés de cette méthode. Toutes se rapportent à des troubles endocriniens se manifestant par des syndromes divers : furonculose, anthrax, eczéma, herpès, prurigo, artérite oblitérante, œdème cyanotique sus-malléolaire, acroasphyxie, obésité.

L'auteur cite des cas où plusieurs de ces affections coexistant ou se succédant chez le même malade, cédèrent à cette thérapeutique.

Acupuncture. — *M. Petit de la Villéon* présente une trousse d'acupuncture chinoise.

Valeur diagnostique positive et négative de l'anachlorhydrie à propos du cancer et de l'ulcère de l'estomac. — *MM. Maurice Delort* et *Jean Blanc-Champagnac*, étudiant cent cas de cancer et cent cas d'ulcère de l'estomac, opérés, donc à diagnostic vérifié, rappellent que l'anachlorhydrie et l'hypoacidité sont des signes de grande valeur du cancer. Ils ont constaté soixante-quatorze fois l'existence d'anachlorhydrie, vingt-deux fois l'existence d'hypochlorhydrie, quatre fois l'existence de normo ou hyperchlorhydrie. Ils croient pouvoir affirmer que l'existence d'anachlorhydrie précise qu'il n'existe pas d'ulcère.

Bureau de la Société pour 1933. — Ont été élus : président : M. PERPÈRE.

Vice-présidents : MM. ROSENTHAL, LEMATTE, PEUGNIEZ.

Secrétaire général : M. BÉCART.

Secrétaire général adjoint : M. LUQUET.

Trésorier : M. BOINOT.

Trésorier adjoint : M. RŒDERER.

Secrétaires des séances : MM. DEBIDOUR, GLÉNARD, SÉJOURNET, TARDIEU.

Séance du 23 décembre 1932

Sur le coryza. — *M. Boucher* présente un cas personnel dans lequel des bains d'yeux à l'eau salée additionnée de tanin semblent avoir fait disparaître l'aptitude à faire du coryza à répétition qui durait depuis fort longtemps.

A propos d'un cas d'appendicite aiguë grave. — *MM. Pauchet* et *Le Gac* rapportent un cas de guérison d'une jeune fille de 19 ans considérée comme perdue et guérie après six mois de soins et fermeture de sept fistules spontanées du grêle et du cæcum, posent les lignes de conduite suivantes. La fermeture complète sans drainage s'adresse à fort peu de cas. Dès qu'il y a doute (pus odorant, lésions de sphacèle) il faut drainer, et si le ventre est ballonné, faire une appendicostomie.

Œsophagoscopie. — *M. Soulas* présente un nouveau film cinematographique en « dessins animés » destiné à montrer les règles de technique de l'œsophagoscopie, ainsi que les particularités de la structure anatomique de l'œsophage. Seul, le film en dessins animés, permet de préciser les délicates manœuvres endo-œsophagiennes.

Ces données anatomiques et techniques peuvent expliquer certains accidents, et, dans une certaine mesure, permettent peut-être de les éviter.

P. PROST.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La tuberculose de l'œsophage

La tuberculose de l'œsophage est une affection rare. L'atteinte de l'organe est toujours secondaire à une tuberculose généralisée ou localisée ailleurs dans l'organisme, qu'elle soit en activité ou non. Il n'existe aucun cas vraiment indiscutable de tuberculose œsophagienne primitive. La tuberculose de l'œsophage peut se produire par :

L'*inoculation directe de la muqueuse*, atteinte d'une affection autre que la tuberculose par déglutition de produits chargés de bacilles tuberculeux.

La voie sanguine au cours de la tuberculose miliaire généralisée.

La voie lymphatique qui doit être incriminée plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, expliquant les cas où la lésion paraissant primitive, il existait ailleurs un foyer tuberculeux inactif cliniquement.

La propagation de la tuberculose d'un organe voisin, surtout d'un ganglion tuberculeux, et c'est le cas le plus fréquent, ou par contiguïté des lésions tuberculeuses pharyngo-laryngées.

Anatomiquement, l'affection se présente sous les formes :

a) Ulcéreuse ; *b*) hypertrophique sténosante ; *c*) tumorale ; *d*) avec perforations.

On peut affirmer, dit Sanft, que les diverticules appelés « *de traction* » reconnaissent comme origine une lésion atténuée et en voie de guérison de la tuberculose de l'œsophage.

La symptomatologie reste toujours très pauvre. La dysphagie est le symptôme le plus important, sinon le seul, quand il existe. Elle est le plus souvent progressive, s'aggravant de jour en jour pour devenir complète et permanente. Plus rarement, elle apparaît brusquement, est immédiatement très forte, mais disparaît parfois aussi rapidement qu'elle s'est installée, puis réapparaît, s'aggrave et devient par la suite continuelle.

Elle s'accompagne souvent de vomissements à type œsophagiens pouvant être réguliers, le malade rejetant tout ce qu'il avale, ou bien intermittents provoqués parfois par une quinte de toux. Définitivement installée, la dysphagie est douloureuse ou non, suivant qu'il s'agit d'une forme ulcéreuse ou sténosante.

Le diagnostic de tuberculose de l'œsophage est difficile à établir. Cliniquement il est presque impossible à affirmer : il n'a été posé qu'une seule fois d'ailleurs (Curschmann). Le diagnostic se fera par élimination. On devra s'aider de la radioscopie et de la radiographie, suivies d'une œsophagoscopie prudente, accompagnée d'une biopsie, chaque fois que cela sera possible.

Le pronostic très sévère de l'affection est dominé par l'état général du malade. Les bacillaires pulmonaires et ganglionnaires voient leur état s'aggraver considérablement à la suite de l'inoculation de l'œsophage. Dans les cas de tuberculose peu avancée, le traitement peut les améliorer passagèrement, mais en général la thérapeutique ne peut être que symptomatique et palliative. Contre la douleur, on a employé les instillations de cocaïne, de stovaïne ou autres anesthésiques avant le repas ; contre le spasme les bromures ou le chanvre indien. Le traitement local sous le contrôle de l'œsophagoscopie doit commencer par le nettoyage mécanique des lésions, suivi par une des applications suivantes : nitrate d'argent à 5 %, acide lactique à 1 pour 2 (Guisez affirme avoir guéri définitivement par ce moyen une ulcération), la poudre d'iodoforme. Quand un rétrécissement existe et surtout s'il s'agit du type scléro-cicatriciel, la dilatation progressive, prudente, faite au début sous le contrôle œsophagoscopique, peut amener de longues rémissions dans la marche de la maladie (Guisez et Abrand.) La dilatation peut être tentée même dans les cas où il existe une

ulcération, si elle est peu profonde. Elle sera seulement d'autant plus prudente.

L'indication d'une gastrostomie peut se poser quand le malade ne peut plus s'alimenter. Les résultats ne sont pas encourageants. Trois cas de guérison de tuberculose de l'œsophage certaine ont été publiés (Curschmann, Tésar, Klestadt).

(Michel SANFT. Tuberculose de l'œsophage. Th. de Lyon, 1932.)

Procédé prophylactiqué contre la blennorragie chez l'homme

M. Janet (*Congr. fr. d'urologie*, 1932), attire l'attention sur un appareil se composant d'un préservatif en caoutchouc au fond duquel est fixé un petit crayon de beurre de cacao à l'argyrol de Barnes à 5 pour 100 entouré d'une petite plaque de coton hydrophile. Ce petit crayon est introduit par le sujet lui-même dans la fosse naviculaire qu'il ne peut dépasser, dans les trois premières heures qui suivent le rapport suspect. Il fond et se répand dans le coton hydrophile qui l'absorbe, après avoir enduit toute la paroi de la fosse naviculaire. Il doit être conservé au moins pendant trois heures. Cette longue durée d'application permet d'utiliser une dose bien inférieure à celles que nécessitent les instillations.

La monoarthite « a frigore » bénigne de l'articulation temporo-maxillaire

Sous ce nom, M. Jacquod, de Lyon, (*Cong. fr. d'oto-rh.-lar.*, 1932), décrit une arthrite isolée temporo-maxillaire, qui survient après une exposition de la face au froid, chez des sujets qui ne sont pas toujours de souche rhumatismale.

Les symptômes sont peu accusés ; à l'examen, on ne trouve aucune lésion de voisinage, otitique, dentaire ou parotidienne. L'affection évolue rapidement, ne laisse aucune séquelle qui pourrait tardivement faire penser à une arthrite gonococcique méconnue, et guérit rapidement sous l'influence des analgésiques et de la révulsion locale.

Pour M. Moulonguet, le micro-traumatisme jouerait un rôle dans la pathogénie de cette affection.

M. Kowler, de Menton, sans nier l'existence des arthrites *a frigore*, croit que la répétition et le gonflement persistant chez le même malade, jusqu'à la subluxation, prouvent le rhumatisme.

VARIÉTÉS

A propos d'accents circonflexes

Par H. CODET

Les controverses d'étymologie et d'orthographe ne sont, sans doute, pas d'importance primordiale, au moins pour les médecins. Et pourtant, il en existe heureusement parmi eux un certain nombre qui cherchent encore à parler, à écrire aussi correctement que possible. Ceci peut justifier une tentative de mise au point sur un détail d'accentuation diversement appliqué.

Il s'agit ici des termes qui désignent usuellement les spécialistes des maladies infantiles et des affections psychiques. Faut-il écrire pédiatres ou pédiâtres, psychiatres ou psychiâtres ? Sans même ébaucher une statistique de l'usage courant, il est facile de constater que les deux modalités sont à peu près aussi fréquentes. Souvent même, il semble que l'accent circonflexe ne soit pas écrit d'emblée, mais ajouté après coup, comme pour réparer une négligence, par un certain souci de correction précise.

A l'impression de certains articles, on peut voir quelquefois un a, intentionnellement sans accent sur le manuscrit, rétabli dans la forme â par un compositeur, sans doute soucieux d'épargner au texte les fautes dues à la distraction de l'auteur.

Cependant la leçon pédiatre, psychiatre paraît nettement justifiée, dans laquelle « iatre » est la transcription française directe du grec ιατρος, médecin.

En même temps, il est aisé de voir d'où provient l'erreur de la forme qui ajoute un accent superflu. Les terminaisons en « âtre » ne sont pas exceptionnelles et correspondent au latin aster (au féminin astra) qui, ajouté après un nom, lui confère une signification primitivement diminutive, puis, par l'usage, péjorative. Il se retrouve, évident, dans ce vocable peu flatteur pour un représentant du Corps médical, dans médicastre.

Ainsi qu'il est de règle dans les cas analogues, la lettre *s* tombe bien souvent, l'*a* se charge alors d'un accent circonflexe. Ainsi se forment des mots tels que marâtre, où le sens d'abord diminutif est devenu nettement péjoratif, ou encore tels que bellâtre.

On voit ainsi combien il serait peu glorieux pour notre profession de désigner certains d'entre nous du nom de pédiâtres, qui voudrait dire, strictement « mauvais enfants » ou du qualificatif de psychiâtres qui signifierait à la rigueur « petits esprits ».

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le chauffage à la romaine. — *Extrait d'une communication de M. F. Jayle à la Société de médecine publique et de génie sanitaire* : DU MEILLEUR SYSTÈME DE CHAUFFAGE ACTUEL AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE. (LE MOUVEMENT SANITAIRE, septembre 1932).

.....Les Romains ont donc connu le meilleur mode de chauffage. L'ont-ils inventé ? C'est à en douter, quand on les voit désigner les parties principales du système de noms à étymologie grecque. Bien mieux, d'après Ernest Bosc (dictionnaire raisonné d'architecture), le chauffage des parois d'une habitation aurait été établi en Chine dès la plus haute antiquité. Les recherches des archéologues, depuis bientôt un siècle et surtout depuis une cinquantaine d'années, nous l'ont bien fait connaître, et on a pu le reconstituer d'après les fouilles faites à Paris même : en 1841, sous l'emplacement d'une villa romaine bâtie sur la butte Montmartre ; en 1847, sur le parvis Notre-Dame ; en 1848, dans la cour de la Sainte-Chapelle ; en 1878, lors du percement de la rue Gay-Lussac ; ces dernières années, à côté du Collège de France ; bien mieux, au Palais des Thermes (Musée de Cluny) chacun peut en voir le vestige.

Et l'on arrive à cette conclusion quelque peu décevante pour l'humanité que l'architecte et l'ingénieur ont su mieux chauffer les habitations au temps de Lutèce qu'au XXe siècle, dans les grandes cités élevées de par le monde.

Le chauffage romain a suivi la pénétration des armées romaines et il s'est généralisé sur toute l'étendue de l'empire, non seulement en Europe, mais encore en Asie. Un de mes amis, M. Parmentier, a pu en relever l'installation à 150 kilomètres à l'est de Damas en plein désert.

Ce chauffage romain paraît avoir duré 6 ou 7 siècles. La ruée des barbares l'a détruit et la destruction fut telle que depuis 14 ou 15 siècles, l'idée de ce chauffage a disparu.

Si le grand phare romain s'est éteint, il persistait tout de même çà et là de petites flammes vacillantes : telle, celle de Chaudesaigues. Les découvertes des archéologues ont doublé la puissance des petites flammes et l'idée romaine a fini par reparaître. Qu'était donc le système romain ? Une disposition très simple. Tout d'abord un foyer ou mieux une fournaise placée dans un coin du bâtiment ; sa bouche, tout à fait semblable à celle d'un four à cuire le pain, s'ouvrait toujours à l'extérieur dans un petit réduit comparable à un fournil, ou dans une cour basse qu'on nommait *propnigeum* (de πρό devant et πνιγεύς four) où se tenaient les *fornacatores* (Fornax, déesse des fours), chauffeurs de l'époque. L'air chaud et les fumées passaient dans un sous-sol d'environ 50 centimètres de haut comprenant un sol, des piliers et un plafond. Le sol est composé d'une chape de béton ou d'enrochement sur laquelle s'étend une couche de terre à four, pavé de briques ou de tuiles plates retournées ; les piliers sont petits, généralement en brique carrée de 0 m. 18 de côté, exceptionnellement en pierre, affectant la forme de colonne cylindrique. Les piliers sont équidistants et soutiennent de grandes briques plates de 0 m. 70 sur 5 à 6 centimètres d'épaisseur. Ces briques forment le plafond et soutiennent une couche de béton constituant l'aire de la salle sur laquelle s'étalent de riches dallages ou de belles mosaïques.

Cet ensemble porte le nom d'hypocauste (du grec ὑπόκαυστον, de ὑπό sous, καῦσις, chaleur brûlante).

L'air chaud et les fumées s'échappent de l'hypocauste par des tuyaux en terre encastrés dans une des parois de la pièce située au-dessus.

Les parois sont donc chauffées par ces tuyaux.

Fait intéressant : dans l'épaisseur des murs, on trouve d'autres conduits, vierges de fumée ; ces conduits étaient destinés à la ventilation des pièces : les uns, situés dans la paroi la plus chaude, évacuaient l'air ; les autres, placés dans la paroi la moins chaude, amenaient l'air extérieur en filets très minces. Ils établissaient un courant d'air très peu sensible mais appréciable au point de vue de la ventilation. C'est au système romain qu'il faut revenir. Pourquoi ? Parce que dans les constructions humaines, il faut toujours se rapprocher de la nature. Les Romains ont tendu vers ce but ;je vais essayer de vous montrer que depuis 15 siècles nous nous en sommes éloignés de plus en plus.

Quelques souvenirs sur la pension Laveur. — LE PAYS COMTOIS (1), 20 novembre 1932, n° 4 (*vient de publier un article de M. Emile Fourquet, intitulé* : UN CENTRE FRANC-COMTOIS AU QUARTIER-LATIN : LA MAISON LAVEUR. *En voici un extrait* :

.... La maison Laveur, cette providence des étudiants pauvres, cette sorte de pension de famille où tant de Francs-Comtois prirent si longtemps leurs repas.

Elle se trouvait dans une de ces vieilles ruelles de l'ancien Paris, longtemps respectées par les démolisseurs, la rue des Poitevins, à laquelle on accédait soit par la rue Serpente, soit par la rue Hautefeuille, deux autres voies antiques coupant l'îlot de vénérables maisons compris entre les place et boulevard Saint-Michel et le boulevard Saint-Germain.

A main droite, une grande porte cochère donnait accès à une cour au fond de laquelle, sur la muraille qui lui faisait face, on lisait l'enseigne de la maison écrite en lettres noires :

TABLE D'HOTES
Maison Laveur

Après avoir traversé la cour, on prenait à gauche un petit escalier de pierre à rampe en fer forgé. Au premier étage était le restaurant ; il comprenait, outre l'estaminet et la salle de billard, une salle à manger principale où trônait à la caisse une vénérable personne que nous appelions *la tante Rose*. Le mobilier était sommaire et modeste : des chaises de paille, des tables quelconques recouvertes de nappes blanches autour desquelles s'entassaient les convives, coude à coude. Souvent, il fallait attendre à l'estaminet qu'un pensionnaire eût terminé son repas pour prendre sa place. Au mur était accroché un beau paysage de Courbet auquel faisait vis-à-vis une ardoise sur laquelle était inscrit à la craie le menu du jour. C'est dans cette salle que François, — le vieux François, carilsétaient deux du même prénom, — faisait le service avec l'aide de sa sœur Mathilde, une grande brune assez forte, ayant l'âge canonique, fort aimable. Parfois elle était secondée par Francine, sa cadette, jeune personne svelte, aux yeux de gazelle, que nous trouvions tous jolie et qui l'était vraiment. Cette agréable personne épousa Deville, un Franc-Comtois, conseiller municipal, puis député de Paris, un pensionnaire de la maison Laveur.

Dès onze heures, les déjeuners commençaient et se poursuivaient sans interruption jusqu'à une heure et demie.

Le soir, le défilé recommençait à partir de six heures jusqu'à huit heures.

La clientèle se composait surtout d'étudiants, et ils étaient nombreux, deux cents peut-être ; mais des gens d'âge mûr fréquentaient l'établissement, sans doute en reconnaissance des bons soins qu'on leur avait prodigués à crédit en un temps où ils ne pouvaient les payer.

A l'estaminet, soit avant, soit après les repas, on lisait les journaux et les principales revues du jour, et certains d'entre nous s'escrimaient autour du billard en dégustant le traditionnel petit verre de kirsch naturel de Savoie, le pays d'origine de la famille Laveur.

Les deux patrons du restaurant étaient Baptiste Losset et Guitard, deux neveux de défunt Laveur ; le premier s'occupait de la surveillance du service, le second vaquait aux soins de la cuisine. Aux petits dîners fins et aux repas où l'on fêtait les succès remportés aux examens, on n'oubliait jamais d'appeler à trinquer, au dessert, le prestigieux Guitard qui s'avançait grave et majestueux dans sa tenue de chef de cuisine, le visage haut en couleur, orné d'une belle barbe noire et de deux grands yeux de même nuance que faisait ressortir la blancheur du veston, du tablier et de la toque.

Ah ! les braves gens ! Comme on se sentait à l'aise chez eux en dépit du crédit illimité, ou peut-être à cause de ce crédit ! On débutait comme pensionnaire à la maison Laveur, dans la grande salle, puis, petit à petit, l'ancienneté et les relations vous procuraient la faveur d'être admis dans une des salles particulières de moindres proportions où se groupaient certains clients auxquels elles étaient réservées. C'est ainsi qu'il y avait *Le Caveau, Le Cabinet Laveur, Le Cabinet Courbet, Le Cabinet Viette* ; car Courbet et Viette furent au nombre des hôtes assidus du restaurant Laveur, comme Gambetta, Spuller, Ranc, Floquet, Baudelaire, Alphonse Daudet, Champfleury, Proudhon, Castagnary, Pierre Dupont, Harpignies, Heilbuth, Hanoteau, le sculpteur Becquet et le peintre Lansyer ; d'autres encore, parvenus dans la suite à la célébrité et dont les noms m'échappent.

J'extrais de l'ouvrage de Pierre Borel *Le Roman de Gustave Courbet* ce qui suit : « Puis il (Courbet) retournait chez Laveur, y faisant de longues stations, le samedi surtout, où le *dîner Courbet* réunissait autour de lui la foule des camarades, les Toussenel, les Charton, les J. Dupré, les Vallès, les André Lemoyne, etc.... »

Chez Laveur, on avait *l'œil* illimité, à condition d'y être présenté par un pensionnaire ; de mon temps, au cabinet dont je faisais partie, nous devions, à huit, plus de 40.000 francs. J'étais il est vrai, au rang des débiteurs modestes, ma dette ne dépassant pas 2.000 francs ; mais tel de mes amis devait 10.000 francs tel autre 7.000 francs. Et que de délicatesse, que de ménagements dans la tournure des phrases prononcées par tante Rose pour réclamer l'arriéré ! Que dis-je ? Un pauvre accompte sur cet arriéré.

« Monsieur A..., vous seriez bien aimable de nous apporter un peu d'argent ; personne ne nous en donne. »

Mon camarade A..., qui devait 8.000 francs, répondit :

« Ah ! ma tante, impossible pour le moment ! »

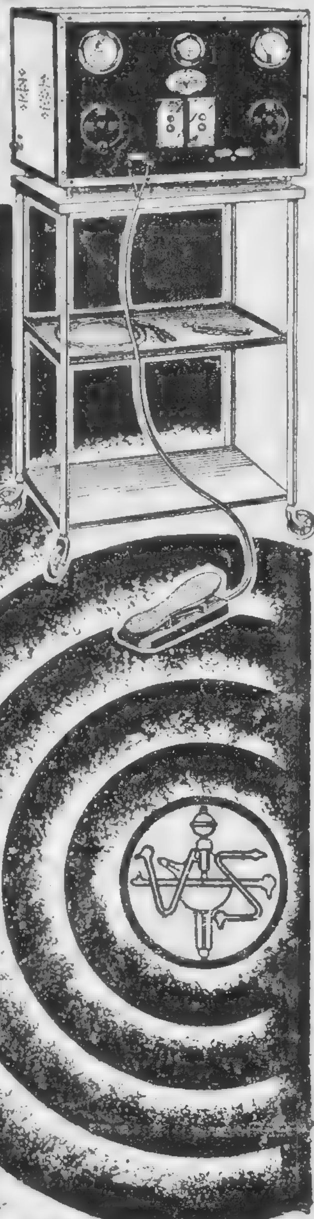
Puis, comme huit jours plus tard, il apportait fièrement à la caisse un billet de 1.000 francs :

« Oh ! monsieur A...., s'écriait tante Rose, il ne fallait pas prendre en mauvaise part ce que je vous ai dit l'autre jour, ni surtout vous gêner. »

Laveur, remplacé déjà, lors de mon arrivée à Paris, par ses neveux Guitard et Losset, fut la suprême ressource de beaucoup d'étudiants peu fortunés. Combien, sans lui, ne fussent point parvenus au terme de leurs études, qui ont occupé dans la suit

(1) *Le Pays Comtois* paraît deux fois par mois le 5 et le 20. Rédaction et Administration, 19, rue Bersot, Besançon. Directeur-Fondateur : C. Lardier. Prix de l'abonnement : 30 francs.

DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES



NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels
et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION

LA VERRERIE SCIENTIFIQUE
12 AV. DU MAINE . PARIS . XV° CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE

ANÉMIES
INTOXICATIONS
DYSPEPSIES



DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR

PEROXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL
Laboratoire SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, PARIS-2e

ULCÈRE
Hyper-CHLORHYDRIE
COLITES

TABLETTE
PERROUD
3, Rue Sébastien Gryphe, LYON



Dans toutes les affections de la gorge et du larynx

vous obtenez les résultats les plus rapides et les plus durables par des PULVÉRISATIONS naso et laryngo-pharyngées ou des INSTILLATIONS NASALES de

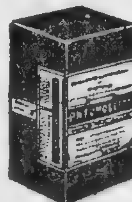
PNEUMOSEPTOL

ANTISEPTIQUE HUILEUX, ACTIF

non irritant et agréable. Ses propriétés sédatives, cicatrisantes et décongestionnantes le font adopter dans l'asepsie et l'antisepsie des voies respiratoires supérieures à titre

CURATIF ET PRÉVENTIF

Il est également utilisé avec succès en otologie.





Composition :
Huile végétale neutre renfermant en proportions judicieuses :
Cinéol, myrtol, terpinéol, ess. niaouli, vaseline, ess. thym, ess. romarin, br. de camphre, menthol, thymol, salicylate phénol.

Littérature et échantillons franco

PRODUITS PNEUMO
LABORATOIRES RAPIN, 48, Rue de Paris, VICHY (Allier)

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS
A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'État, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234
PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).
Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin
et 196, rue Lafayette.

APPAREILS DE L'ART MÉDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au *Service Médical des Établts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).*

les plus hautes situations ! Et l'on peut en dire autant de ses neveux et successeurs.

. . . .

Dans la vieille maison occupée par le restaurant Laveur, Charles Panckoucke, le célèbre éditeur, dont la sœur, d'une très grande beauté, esprit cultivé et délicat, épousa notre compatriote Suard, l'académicien, et vit son salon briller entre celui de Mme d'Houdetot et celui de Mme Geoffrin, imprima sa fameuse *Collection des auteurs latins* et les mêmes locaux furent occupés en 1818 par les presses de l'Imprimerie nationale.

Au restaurant Laveur la cuisine était saine, confortable, bourgeoise ; le vin de bonne qualité, les convives de bonne éducation. Parfois, avec l'assentiment des commensaux dans les salles dont j'ai parlé, un camarade amenait une amie ; on la considérait souvent d'un œil d'envie, et le soir, c'est de là que, le dîner achevé, nous partions à la conquête des servantes de brasseries.

Heureuse époque, où nous peuplions de bonheur l'avenir obscur, parce que notre désir entendait le parer d'avance à sa guise.

Hélas ! on a démoli l'ancien hôtel Panckoucke et la plupart de nos amphitryons sont morts...

Départements cercueils. — Départements berceaux (*Dr Edgar Leroy*, LE MOUVEMENT SANITAIRE, (septembre 1932).

D'après la dernière statistique officielle, il résulte qu'en 1931, il est né seulement 49.639 Français de plus qu'il n'en est mort.

Sur 90 départements, une cinquantaine ont eu plus de morts que de naissances : en tout 28.292.

Dans une dizaine de départements, décès et naissances s'équilibrent à peu près.

Trente départements seulement ont travaillé à la vie nationale.

C'est le Pas-de-Calais qui vient en tête : Excédent de 13.300 naissances ; puis le Nord (11.575), la Moselle (5.946). Ces trois « départements-berceaux » compensent à eux seuls (excédent de 30.851 naissances), l'insuffisance de la cinquantaine des Départements-Cercueils qui totalisent 28.292 excédents de morts. Puis viennent la Seine, Paris compris (3.722), la Meurthe-et-Moselle (3.390), le Finistère (3.264), le Bas-Rhin (2.096), etc.....

Parmi les départements qui ont plus de morts que de naissances, la Gironde vient en tête avec un excédent de 3.126 morts, la Haute-Garonne (1.908), le Puy-de-Dôme (1.831), l'Yonne (1. 217), le Lot (1.094), la Nièvre (1.081), le Lot-et-Garonne (1.013).

En examinant l'ensemble de cette classification, il apparaît que les départements qui dépeuplent sont géographiquement situés au sud de la Loire les départements féconds : au nord de la Loire, et même, plutôt encore, au nord de la Seine.

Au point de vue *race*, les départements qui forment les provinces anciennement occupées avec prédominance par des Gaulois, des Ibères et des Latins, en un mot les Gallo-Romains sont franchement insuffisants. Les départements bretons, normands, flamands et germains d'origine sont nettement supérieurs. Le berceau de la France était au Nord, les berceaux d'aujourd'hui sont encore au Nord-Ouest, au Nord, au Nord-Est.

Au point de vue *« vie chère »* les départements où la vie est le plus difficile à gagner, Nord-Ouest, Nord, Nord-Est, sont les plus prolifiques.

Au point de vue *climat*, les bassins du Rhône et de la Garonne ainsi que la Côte d'Azur sont bourrés de départements stériles : deux ménages sur trois en moyenne n'ont pas d'enfants — volontairement.

Au point de vue *immigration* : l'immigration d'étrangers, féconds chez eux, n'améliore pas la stérilité des départements tels que le Gers, le Lot, le Lot-et-Garonne, la Haute-Garonne, les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, le Gard — qui ne manquent pas certes, d'Italiens, de Catalans, de Polonais, de Roumains, de Magyars.

Quant *à la prime* que l'Etat accorde à la natalité, elle n'a joué aucun rôle, dans la confection des palmarès ci-dessus, car si elle est bien venue dans le Nord où l'on avait des enfants avant elle, elle ne donne pas un enfant de plus au Sud, où la vie, avant elle, était déjà moins pénible qu'ailleurs.

Un scandale national (*Le Quotidien*). — Le scandale — le grave scandale — des concours médicaux inquiète parce qu'il touche un des milieux qui forment l'élite de la société.

Il montre aussi un exemple de ce que peut faire une réforme matérielle qui ne correspond pas à une réforme des mœurs.

Jusqu'après la guerre, ces concours se passaient sous le régime de l'injustice organisée mais tempérée.

Les maîtres, dans leurs services hospitaliers, sont aidés par des jeunes gens, externes et internes, qui donnent tout leur dévouement pour un salaire minime. Il a toujours paru aux chefs de services qu'ils devaient à ces jeunes gens quelque gratitude. Et assez volontiers, dans les concours, ils les faisaient bénéficier d'un ou de deux points de faveur.

C'est à ce favoritisme tempéré — tempéré par la pudeur et la crainte du scandale — que la réforme a voulu porter remède. On a rendu le concours anonyme.

Le resultat a été que la « resquille » s'est organisée dans l'anonymat.

Le favoritisme tempéré a été remplacé par la fraude brutale,

à outrance. Pourquoi ne donnerait-on pas dix points de plus à un candidat, puisqu'on est censé ne pas le reconnaître ?

Une copie n'a-t-elle pas obtenu de deux jurys le maximum, et du troisième, qui n'était pas dans la « combinaison », la note 1, laquelle masquait un 0 ?

On a inventé mille façons de violer l'anonymat.

Il peut y avoir collusion entre le candidat et le lecteur, qui est un interne en exercice. Celui-ci peut révéler à un camarade sa note, ce qui n'est pas bien grave, mais comme on lui laisse quelques minutes pour déchiffrer la copie, le lecteur peut aussi mettre ce temps à profit pour « améliorer » le manuscrit. Cela s'est vu.

Il semble être arrivé aussi qu'il y ait eu collusion entre candidats, lecteurs et juges.

Ne cite-t-on pas, dans les milieux des hôpitaux, deux noms de juges que leurs attaches et leurs relations ne devraient pas mettre à l'abri des sanctions.

Il ne s'agit que de quelques cas, assure-t-on. Ce n'est pas l'avis de ceux qui savent.

Il ne serait pas étonnant que la fraude fût patente pour une trentaine de copies (signatures écrites par « inadvertance », puis barrées, mots de passe repérés sur un certain nombre de manuscrits, nom du candidat indiqué dans certaines répétitions de mots, etc.). Il ne serait pas étonnant non plus que le nombre total des copies suspectes atteignît cent trente sur six à sept cents.

Des sanctions s'imposent, où qu'elles doivent frapper.

On a parlé d'annuler le concours. Mauvais moyen. *Le Quotidien* a expliqué hier pourquoi. Et ce ne serait pas une sanction.

Mais après les sanctions, que fera-t-on ?

Le mieux serait encore de revenir à l'ancienne formule.

« Le premier journal médical anglais fut la *Medica curiosa*, dont le premier numéro parut le 17 juin 1684, et le second et dernier, le 23 octobre de la même année. Le *London Médical Journal* commença en 1781 et dura dix ans et la *Medico-Chirurgical Review* de 1795 à 1807 ; mais le premier journal solidement établi, dans notre pays, a été le *London Médical and Physical Journal* dont l'existence a duré de 1799 à 1833. » (Sir Humphrey ROLLESTON. Lettre d'Angleterre. *La Presse Médicale*, 9 novembre 1932.)

BIBLIOGRAPHIE

L'Ame hellénique d'après les vases grecs, par Georges MÉAUTIS. Un vol. in-16 (format 13 × 19), de 192 pages, sur beau papier alfa, avec 45 illustrations hors texte. Prix : 25 francs. Edité par L'Artisan du Livre, 2, rue de Fleurus, Paris, 6e.

M. Méautis cherche à saisir sur les peintures de vases les reflets les plus lumineux de l'âme grecque elle-même.

Dans un premier chapitre, il nous montre par les sujets qu'ont choisis les peintres céramistes le sens profond des mythes auxquels allait leur prédilection, et par la manière dont ces artistes les traitent, qu'il s'agisse des légendes des Centaures ou d'Héraclès, d'Œdipe ou d'Amphiarée, la puissance d'émotion dont ils étaient animés, la sereine gravité avec laquelle ils réfléchissaient sur le monde et sur la destinée, la joie qu'ils éprouvaient à enrichir leur vie intérieure et, comme Platon, à hausser constamment leur idéal spirituel.

Dans un second chapitre, il analyse, avec l'exquise finesse d'un érudit qui serait en même temps un poète, les lois de la composition des peintures de vases : l'une « de dextéralité », l'autre « de décentrement » et qui, toutes deux, à une symétrie froidement académique, substituent une vivante harmonie. Il compare les chefs-d'œuvre que nous comptons parmi ces peintures à d'autres chefs-d'œuvre de l'antiquité ou des temps modernes et il conclut comme l'a vu Gœthe, que c'est dans ses limitations mêmes que l'artiste grec s'est affirmé le maître : « car seule la loi peut nous donner la liberté ! »

Enfin, dans un troisième chapitre, M. Georges Méautis nous donne la première reproduction vraiment satisfaisante que nous possédions du vase grec de Palerme et, grâce à cette image savamment commentée, il prouve, contrairement aux opinions admises jusqu'ici qu'un véritable enseignement eschatologique et moral fondé sur les doctrines orphiques, était dispensé dans les mystères d'Eleusis.

Avec le concours de ses éditeurs, M. Georges Méautis a pu orner son livre (d'un format maniable et d'un prix accessible à tous) de 45 illustrations hors texte remarquablement reproduites.

Parmi les pièces que mettait à sa disposition l'admirable *Corpus Vasorum* de M. Edmond Pottier, il a trié les plus belles et les plus significatives et n'eût-il que le mérite de cette opportune sélection, son livre aurait sa place marquée dans la bibliothèque de tout homme cultivé.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 3 LE NUMÉRO 50 Centimes 21 JANVIER 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 11 janvier. — M. GORRICHON. Contribution à l'étude de la typho-diphtérie. — M. CATONNÉ. Quelques essais thérapeutiques sur les hypotrophies du nourrisson.

12 janvier. — M. GORDIN. Extrapéritonisation primitive de la vessie. — M. GUIVARA. La différenciation du brucella.

18 janvier. — M. TRAN-FAN-PHUT. Des modifications sanguines au cours de la blennorragie aiguë. — M. BERTHEAU. Oléothorax thérapeutique. — M. MONCHEF. Contribution à l'étude de la valeur alimentaire et thérapeutique de l'alcool. — M. DE VULPIAN. Contribution à l'étude des dosages des ultra-violets en thérapeutique.

19 janvier. — M. BOUJENAH. Contribution à l'étude anatomo-clinique de la chorée aiguë. — M. POUFFARY. Sur la forme grave de la confusion mentale dite « idiopathique » et ses analogies avec l'encéphalite épidémique. — Mlle CHEVILLON. Etude anatomo-pathologique de la tuberculose des annexes de l'utérus. — M. DUBON. Actinomycose des maxillaires. — M. RICHIER. Diagnostic des sinusites postérieures latentes.

18 janvier (Thèse vétérinaire). — M. BASILLE. Chevaux à poils frisés.

21 janvier (Thèses vétérinaires). — M. SOURDIN. Anesthésie régionale de la tête chez les carnivores domestiques. — M. QUARANTE. Le sarcome ostéogénique des os du chien et du chat.

Ier Congrès français de thérapeutique. — Un Congrès de thérapeutique se tiendra à Paris, du mardi 17 au jeudi 19 octobre 1933, sous la présidence de M. le Professeur Loeper, président de la Société de thérapeutique.

Des rapports y seront présentés sur les sujets suivants : 1° Traitement parentéral de l'ulcus gastrique ; 2° Les associations médicamenteuses ; 3° Traitement des colibacilloses ; 4° Les adrénalines ; 5° Les ondes courtes en thérapeutique ; 6° Traitements des radiodermites.

Le programme détaillé sera donné ultérieurement ; pour renseignements s'adresser à M. G. Doin, éditeur, trésorier du Congrès, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Hôpital de la Charité. — M. le Professeur MAUCLAIRE fera tous les samedis, à 10 heures, une consultation spéciale de chirurgie orthopédique chez l'adulte dans le service de la consultation externe.

Ministère des Pensions. — Sont désignés pour faire partie de la Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1933.

Président : M. le Médecin inspecteur Odile.

Membres titulaires, représentants des médecins et pharmaciens : MM. les Docteurs Lenglet, Noir, Fanton d'Andon, de la Seine ; Barthet et Guénot, pharmaciens, de la Seine.

Membres suppléants, représentants des médecins et pharmaciens : MM. les Docteurs Gaillaud, du Loiret ; Bourguignon et Piot, de la Seine ; Collesson et Lenoir, pharmaciens, de la Seine.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du thorax et du rachis, chirurgie orthopédique), en dix leçons, par M. le Docteur P. LECŒUR, prosecteur, commencera le lundi 6 février 1933, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — *Première série.* — 1° Chirurgie des plaies pleuro-pulmonaires : voies d'abord. — 2° Chirurgie du cœur : l'opération de Brauer ; la voie d'abord de P. Duval et Barnsby. — 3° Chirurgie des suppurations pleuro-pulmonaires : la pleurotomie ; la résection costale. — 4° Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire : la phrénicectomie ; les voies d'abord de la première côte ; la thoracoplastie. — 5° Chirurgie thoraco-abdominale : thoraco-phréno-laparotomie.

Deuxième série : 6° Les opérations ankylosantes dans le mal de Pott : technique de Hibbs ; technique de Albee. — 7° Chirurgie de la hanche : la voie d'abord d'Ollier ; la voie d'abord de Smith-Petersen Mathieu : l'arthrodèse de la hanche. — 8° Technique générale des arthroplasties : l'opération de Whitman. — 9° L'arthroplastie du genou. — 10° Interventions orthopédiques sur le pied.

Cours d'hygiène sociale. — La lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race, par M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES. Le cours aura lieu à la Faculté de médecine, salle de thèses n° 2, à 17 heures, du 13 janvier au 7 avril 1933.

Amphithéâtre d'anatomie (17, rue du Fer-à-Moulin). — Jeudi 26 janvier, à 15 h. 1/2, Docteur J. Ch. BLOCH : Chirurgie des tendons. Fléchisseurs de la main. — Samedi 28 janvier, à 15 h. 1/2, Docteur WILMOTH : Luxation récidivante de l'épaule.

Samedi 4 février, à 14 h. 1/2, Docteur DESPLAS : Traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren.

Bal de la médecine française. — Le VIIe bal de la Médecine française aura lieu le lundi gras 27 février 1933, sous le haut patronage de M. le Président de la République, dans les salons de l'hôtel Continental.

A 22 h. 15, Soirée artistique avec le concours de : Mlle Olga Soutzo, première danseuse de l'Opéra ; Mlle Dolorès de Silvéra, de l'Opéra-Comique ; M. Claude Got, de l'Opéra-Comique ; du chansonnier Georges Chepfer ; de M. Moyseenko, de l'Opéra russe ; des Chœurs alsaciens.

A minuit 30, souper par petites tables, servi par des jeunes filles du monde médical, sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane et de Mme Henri Labbé.

Orchestre Jazz Maurice Maire ; orchestre des quatorze virtuoses russes du Prado.

Prix des cartes : soirée artistique et bal : 60 francs ; bal seulement : 30 francs ; souper : 65 francs avec champagne.

La conférence mensuelle de l'Union fédérative des officiers de réserve aura lieu exceptionnellement le 27 février au lieu du 20.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

XVIIe Croisière médicale franco-belge (Pâques 1933) (Sicile, Grèce, Adriatique, Italie.) — Ainsi que nous l'avons déjà signalé, la XVIIe croisière médicale franco-belge s'effectuera à Pâques prochain en Sicile, Grèce, Adriatique et Italie, à bord du paquebot de luxe de croisière *Théophile Gautier*.

Nous rappelons que l'itinéraire de ce voyage sera le suivant : Marseille, Messine (Taormina), Katakolo (Olympie), Corinthe (Mycènes, Argos, Eleusis, Athènes), Itea (Delphes et le Parnasse), Ithaque (l'île d'Ulysse), Corfou, Saint-Jean-de-Medua (Scutari d'Albanie), Cattaro (Cettigne), Raguse, Spalato (Salona, Trogir), Fiume (Grottes Postumia), Venise, Porto Corsini (Ravenne), Civita Vecchia (Rome), Ile Rousse (Corse), Marseille.

Départ de Marseille le 8 avril ; retour dans le même port le 1er mai.

Tarif médical de navigation : depuis 3.975 francs français en 1re classe et 2.100 francs français en 2e classe.

Exceptionnellement et pour déférer au désir exprimé par de nombreux médecins, il a été décidé d'appliquer le tarif médical à leurs ascendants et descendants, ainsi qu'à leurs frères, sœurs, beaux-frères et belles-sœurs.

Excursions facultatives dans les escales. Prix forfaitaire global : 1.575 francs français. (Les excursions peuvent également être scindées en trois séries, qui seront les suivantes : Escales de Messine, de Corfou et d'Adriatique, 695 francs français. Escales de Grèce : 510 francs français. Escales de Civita Vecchia (Rome) et d'Ile Rousse (Corse) : 415 francs.

Brochure détaillée sur demande formulée de notre part à l'adresse suivante : XVIIe croisière médicale franco-belge, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

XIVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales. — Il se tiendra à Toulouse du mercredi 4 octobre 1933 au dimanche 8 octobre sous la présidence de M. le doyen Sabatier et de M. le Professeur Abelous.

Indication des rapports et des rapporteurs : 1° Rapport de géologie : Les eaux thermo-minérales des Pyrénées françaises et leur groupement géologique. Rapporteurs français : MM. Mengaud et Astre (de Toulouse) ; rapporteur étranger (Espagnol) : M. l'Abbé Ramon Bataler (de Barcelone). — 2° Rapport de climatothérapie : Cures climatiques et tuberculose pulmonaire. Rapporteur français : M. Piéry (de Lyon) ; rapporteur étranger (Suisse) : M. René Burnand (de Leysin et d'Hélouan). — 3° Rapport d'hydrologie, de climatologie, de thalassothérapie : Indications des cures stimulantes chez les enfants (Eaux minérales, montagne, mer). Rapporteurs français : Mlle Condat (de Toulouse), avec la collaboration de MM. les Docteurs Galland (Berck-sur-Mer), Jaubert (Hyères), Capelle (Font-Romeu), Cany (La Bourboule), Larrouy (Salies-de-Béarn), Du Pasquier (Saint-Honoré) ; rapporteur étranger (Belge) : M. Delcourt (de Bruxelles). — 4° Rapport d'hydrologie thérapeutique : Infections non suppurées primitives du système nerveux ; étude d'ensemble et traitement hydrominéral. Rapporteur français : M. Riser (de Toulouse) avec la collaboration de MM. les Docteurs Planques (de Toulouse), Ménard (Lamalou), Macé de Lépinay (Néris) ; rapporteur étranger (Anglais) : Professeur Sir James Purves Stewart (de Londres). — 5° Gaz rares et eaux minérales : Les gaz rares des eaux minérales. Rapporteur français : M. Lepape (Paris) : rapporteur étranger (Italien) : M. A. Nasini (de (Milan). — 6° Médecine thermale militaire. L'utilisation des ressources

hydrominérales françaises par le Service de santé militaire. Rapporteurs : M. le Médecin commandant HUGONOT et M. le Médecin capitaine ANDRIEU (Val-de-Grâce). — 7e Législation : Mesures légales de contrôle des eaux minérales : Rapporteur : M. TIMBAL (Toulouse).

Nécrologie. — Docteur Jules ANDÉOL, de Camaret (Vaucluse), décédé à l'âge de 55 ans. — Docteur J. BRUNEL, de Paris, 39, boulevard Saint-Martin (IIIe), ophtalmologiste. —Docteur Louis CHAUVET, de Pérignac (Charente-Inférieure). — Docteur CUCHE, de Meulan (Seine-et-Oise). — Docteur Paul DELEAUR de Mons-en-Barœul (Nord). — Docteur Henri JURASCHEK, de Rouffach (Haut-Rhin), conseiller général. — Docteur JUVIN, de Tiffauges (Vendée). — Docteur MARIE, médecin colonel en retraite, ancien médecin chef du centre de réforme de Tours, décédé à l'âge de 63 ans. — Docteur René POTELET, de Paris, 3, rue Boissière (XVIe), décédé à Cannes. — Docteur Jules JACOULET, de Gray, correspondant de l'Académie de médecine (division vétérinaire). — Mme Emile JAVAL, veuve du Docteur Javal, membre de l'Académie de médecine, décédée en son domicile, 5, boulevard de Latour-Maubourg, dans sa 86e année. — Marius MAURI, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier. — Docteur Carey FRANKLIN COOMBS, de Bristol. Il fut le co-directeur du *Bristol médico-chirurgical*. — Professeur KREIBICH, de Prague, directeur de la clinique de dermatologie et des maladies vénériennes de la Faculté.

« Mes chers confrères, écoutez en terminant ce qu'écrivait Maurice Barrès quelque temps avant sa mort : « C'est à la civilisation qu'il faut s'intéresser si l'on n'a pas le sens de Dieu et si l'on est rassasié du moi. Eh bien ! la civilisation où est-elle défendue aujourd'hui ? Dans les conseils d'administration ? Je ne suis pas de ceux qui le croient. Elle est défendue dans l'Église et les Laboratoires ». L'Église, messieurs, ce sont les prêtres et les pasteurs ; le laboratoire, l'hôpital, c'est vous. Je vous adjure de ne pas laisser piller les trésors dont vous avez la garde ». (Prof. Pierre MAURIAC. Conférence faite à la Faculté de médecine de Paris, octobre 1930.)

BIBLIOGRAPHIE

Collection des Universités de France. Hérodote. — Introduction. Notice préliminaire sur la vie et la personnalité d'Hérodote et sur la présente édition, par E. Legrand. Un vol. Prix : 20 francs.

Hérodote. HISTOIRE. Livre I : Cléo. Texte établi et traduit par E. Legrand. Un vol. Prix : 30 francs. Société d'Éditions « Les Belles-Lettres », 95, boulevard Raspail, Paris.

Grâce à l'excellente collection Guillaume Budé, Hérodote fait sa rentrée dans nos bibliothèques.

M. Ph. E. Legrand, professeur honoraire à l'Université de Lyon, a fait précéder son édition d'une biographie de l'historien dont il a tracé un portrait très vivant et très juste.

Plus chroniqueur qu'historien, Hérodote peut être relu comme on relit Froissart, comme on relit les classiques pour se consoler des déceptions que nous donnent les modernes.

Laënnec, par le Docteur Henri DUCLOS, Collection « Chefs de file ». Un volume in-18 jésus. Prix : 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

C'est le roman d'une vie, celle du père de la médecine moderne : le roman vrai. Existence agitée de l'homme de génie qui, sans laboratoire, sans microscope, sans aucun des secours qu'apporte au médecin la science moderne, par le seul miracle de sa divination, fixe la méthode et engage son art dans la voie du succès.

Inutile de dire qu'il rencontra maints obstacles : il bouleversait toutes les routines, inventant l'auscultation pulmonaire et, qui mieux est, classant nettement les signes qui révèlent ainsi chaque maladie du poumon. Les pontifes en place ne le lui pardonnèrent pas, et Laënnec, pauvre, continuellement malade, accablé par la clientèle indigente qu'il ajoutait à l'autre, ne connut guère de jours sans difficultés ; d'autant que, guidé dans les premières années de sa vie par son oncle médecin comme lui, il eut presque jusqu'à sa fin, la charge de son père, homme fantasque et léger qui ne savait guère s'employer. La vie de Laënnec tourne au drame : cet homme prodigieusement lucide, grand chrétien, médecin des âmes autant que des corps, qui avait dégagé le diagnostic de la tuberculose et posé les principes de la cure sanatoriale, cet homme meurt tuberculeux. Ironie amère du destin.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'action du refroidissement sur le diabète

Par le Professeur V.-N. BOLDYREFF

Dans le régime actuel des diabétiques on restreint exclusivement leur alimentation, sans tenir compte de certains facteurs — refroidissements, exercices physiques, maladies infectieuses, etc., — qui provoquent et activent une augmentation du métabolisme.

Or, l'hyperglycémie des diabétiques semble nettement indiquer que chez ces malades le métabolisme des hydrates de carbone est défectueux, par suite des lésions du pancréas.

D'autre part, les récentes observations cliniques ont confirmé les vues théoriques déjà anciennes des physiologistes ; il est établi maintenant que dans le diabète le métabolisme des graisses et des protéines est également affecté. En d'autres termes, il y a dans le diabète sucré un affaiblissement du métabolisme général.

Au cours de nos recherches sur la physiologie du pancréas, nous avons eu maintes occasions d'indiquer que le métabolisme était sous la dépendance directe de cette glande. Aussi toute lésion du pancréas se répercute-t-elle sur le métabolisme. Dans le diabète sucré cette répercussion se traduit par une combustion incomplète des diverses matières (glucides, lipides, protides), ce qui entraîne à son tour une production insuffisante de chaleur animale de l'organisme.

Aussi le malade est-il bien moins protégé contre le refroidissement et son organisme a beaucoup de peine à rétablir, le cas échéant, la situation et à se maintenir à la température normale. En d'autres termes, un diabétique prend facilement froid. Tout refroidissement doit être rigoureusement évité, car il présente de grands dangers. Médecins et malades ne doivent pas oublier ce fait primordial. En effet, la glande malade doit fournir dans ce cas un effort supplémentaire qui est certainement très nuisible, surtout s'il est considérable ou fréquemment demandé. Plus loin nous en apportons une preuve expérimentale.

A l'heure actuelle, on établit méticuleusement le régime diététique d'un diabétique de façon à épargner le plus possible son pancréas.

Mais cela ne suffit pas. Il faut aussi soigneusement chercher à éviter à la glande malade toute autre cause de surmenage et de travail supplémentaire. Pour cette raison, les gros efforts musculaires, par exemple, doivent être strictement limités. (Nous avons étudié cette question ailleurs et ici nous ne faisons que la mentionner afin d'attirer également l'attention sur cet autre point important du régime général d'un diabétique.)

Voici maintenant notre observation inédite :

Il y a vingt-cinq ans, nous avons pu constater que le refroidissement (action constante du froid) pouvait être néfaste pour les chiens dont le pancréas se trouvait en déséquilibre physiologique. A cette époque, les preuves exactes du rôle du pancréas dans le métabolisme manquaient encore.

Nous avons établi chez deux chiens de 2 et 3 ans et en parfaite santé une fistule du canal de Wirsung. Par erreur, trois semaines après l'opération, alors que les chiens étaient complètement rétablis et que leurs plaies opératoires s'étaient refermées, par première intention, on les enleva de l'infirmerie pour les remettre à leur ancienne place dans la cour. Ces chiens avaient une épaisse fourrure aux poils très longs et avant l'opération ils supportaient bien le froid. Après, il en alla tout autrement, quoique cette année à Pétrograd l'hiver n'ait pas été très rigoureux (— 6° jusqu'à —19° centigrades). Une hypersécrétion très prononcée ne tarda pas à se manifester chez les deux animaux. En quinze jours, après des manifestations morbides identiques, elle provoqua leur mort.

Notre observation peut se résumer ainsi.

L'action prolongée du froid intense, que des chiens en bonne santé avaient parfaitement supporté, déclencha chez les mêmes animaux une maladie rapidement mortelle, dès que leur pancréas fut lésé.

L'hypersécrétion pancréatique s'observe assez souvent chez les chiens porteurs de fistules pancréatiques. En règle générale, c'est cette maladie qui cause à échéance plus ou moins longue leur mort. Cette hypersécrétion est due la plupart du temps à des infractions au régime, à une nourriture trop abondante ou inadéquate.

Mais jusqu'à présent on ignorait qu'un refroidissement prolongé, ainsi que des efforts musculaires intenses, pouvaient causer une hypersécrétion pancréatique chez des animaux à la glande pancréatique affaiblie. Ajoutons encore que les maladies infectieuses exercent la même action.

Il n'y a aucun doute que chez les malades dont le pancréas est lésé et, en particulier, chez les diabétiques, les choses se passent de la même façon. Sous l'influence du refroidissement, ainsi que des autres facteurs nuisibles que nous venons d'énumérer, le pancréas est astreint à un effort supplémentaire. Celui-ci peut épuiser l'organe malade et aboutir à une issue fatale pareille à celle que nous avons observée chez nos chiens.

C'est pourquoi les diabétiques doivent toujours faire attention et soigneusement éviter tout refroidissement intense, d'une certaine durée ou répété (courants d'air, bains pris dans des locaux froids, forte sudation par grand vent, etc.).

Il ne faut jamais oublier non plus, quand on établit le régime d'un diabétique, que le pancréas est non seulement un organe important du système digestif, mais qu'il est aussi le régulateur principal du métabolisme général (1).

De ce fait, le régime des malades, dont le pancréas est atteint (diabète et certaines autres maladies), doit non seulement concerner la nourriture, mais encore réduire au minimum leur métabolisme.

Ce n'est qu'avec un régime semblable que le pancréas jouira du repos absolument indispensable à un organe malade et qui permettra, sinon la guérison, du moins une amélioration sensible.

(Battle Creek Sanitarium, Michigan U. S. A.)

(1) Ma communication au XIVe Congrès international de physiologie (Rome, 1932) est consacrée à cette dernière question. Le lecteur pourra trouver l'exposé détaillé soit dans cette communication, soit dans plusieurs autres mémoires publiés précédemment.

« Il est de notoriété publique, que toutes les tentatives qui ont été faites depuis ces dernières années, dans notre pays, pour y augmenter la consommation du poisson, au détriment de la viande de boucherie, ont complètement échoué...

Parmi les moyens qui ont été essayés, pour développer l'ichthyophagie en France, en commençant par Paris, je citerai les *Friteries ambulantes*, dont l'échec a été lamentable.

Il faut donc essayer autre chose, et cette autre chose, c'est la *charcuterie de poisson*, qui me paraît être aussi nécessaire aujourd'hui que l'a été, au milieu du XIXe siècle, la *boucherie hippophagique*, pour faire accepter aux Parisiens la viande de cheval. » (L. Bouchacourt. De quelques réformes à réaliser en faveur de l'ichthyophagie. *La Presse Médicale*, 3 août 1932.)

Démence précoce et tuberculose

Par le Dr J. ROUBINOVITCH

Médecin honoraire de Bicêtre

Vieille question qui a déjà préoccupé les aliénistes à la fin du siècle dernier, surtout au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Aujourd'hui, le problème est abordé sur le terrain de biologie expérimentale, sans que sa solution définitive puisse être encore entrevue... N'empêche que les recherches auxquelles on se livre un peu partout soient fort intéressantes et très instructives.

L'hypothèse des rapports entre la démence précoce et la tuberculose, au sujet de laquelle le Professeur M.-F. D'Hollander et le Docteur Rowroy, de Louvain, viennent de faire une importante communication avec projections à la Société médico-psychologique, s'imposait à tous les psychiatres à cause de l'extrême fréquence non seulement de l'état de misère physiologique et, parfois, de grande cachexie des déments précoces, mais encore et surtout, à cause des lésions franchement tuberculeuses de divers appareils de leurs organismes trouvées souvent, soit pendant la vie, soit aux nécropsies. Avec Phulpin, comme l'a rappelé récemment le Prof. Claude à la Société médico-psychologique, j'ai publié des observations provenant de mon service de Bicêtre, qui, au point de vue clinique, confirmaient notre hypothèse... Dans un nombre imposant de cas on retrouvait chez ces déments précoces entachés de tuberculose, des antécédents héréditaires de même nature. *A priori* et cliniquement, l'hypothèse paraissait acceptable. Mais ce n'était qu'une hypothèse. La preuve certaine, effective de la filiation de la démence précoce et de la tuberculose manquait et manque encore. C'est cette lacune que les recherches actuelles poursuivies un peu partout, en France et à l'étranger, essaient de combler.

Dans un travail, paru en décembre 1930 dans le *Paris Médical*, MM. Claude et Baruk ont insisté sur un fait à savoir que les troubles mentaux et la bacillose n'évoluaient guère, généralement, d'une façon *parallèle*, mais, parfois, par poussées *successives* des uns et de l'autre. Ils auraient constaté, déclarent-ils, un véritable *balancement* entre la démence précoce et la lésion tuberculeuse pulmonaire ou viscérale. A l'appui de cette constatation, ils citèrent le cas d'un jeune homme porteur, depuis plusieurs années, d'adénopathies tuberculeuses et d'une fistule anale de même nature. Au bout de quelque temps il s'affaiblit, s'anémia, devint asthénique. Finalement, on le vit devenir dément précoce hébéphréno-catatonique à forme sévère. Après une évolution de cette affection mentale pendant quatre ans, le malade sortit brusquement de son état de stupeur, reprit la possession de ses facultés intellectuelles d'une façon tout à fait surprenante (« stupéfiante » disent les auteurs). Mais, à ce même moment, (et c'est là où se déclare le phénomène du « balancement »), apparurent les signes d'une broncho-pneumonie caséeuse qui tua le malade...

Déjà, en 1927, dans une thèse de M. Brunerie, de la Faculté de Lyon, des faits analogues sont exposés.

Il semble donc d'après des observations cliniques publiées par divers auteurs qu'il existe une sorte de balancement entre les lésions tuberculeuses viscérales et les troubles mentaux. Ce phénomène cadre-t-il avec les notions puisées en pathologie générale ? Il semble bien que oui. Il y a en effet, certains syndromes comme l'asthme, l'érythème noueux, le rhumatisme chronique de Poncet, dont on suspecte la nature tuberculeuse sans pouvoir découvrir les lésions tuberculeuses qui les caractérisent nettement. A cet égard l'histoire pathogénique de l'asthme est particulièrement intéressante, puisque beaucoup d'auteurs, frappés par la parenté de ce syndrome avec la bacillose, ont signalé justement le balancement entre eux, c'est-à-dire la disparition de l'un au moment où l'autre survient d'une façon plus ou moins nette.

La démence précoce paraît donc se comporter à la manière de l'asthme vis-à-vis de l'invasion du bacille de Koch... Tous les deux, qu'on me pardonne cette expression familière, semblent jouer avec la tuberculose à cache-cache...

En réalité, c'est la bacillose qui se montre apte à se manifester tour à tour tantôt sous l'aspect d'un trouble *en apparence*, purement fonctionnel, comme l'asthme ou la démence hébéphréno-catatonique et, tantôt, au contraire, avec son *véritable* visage d'une lésion tuberculeuse riche en bacilles de Koch.

Pour interpréter ces deux modes, si différents dans leurs manifestations, on a émis des hypothèses : celle de virus tuberculeux à ses stades successifs et l'hypothèse du milieu humoral variable soit vierge de toute infection tuberculeuse, soit, ce qui est le cas le plus fréquent, déjà infecté et hypersensible à la tuberculine. C'est cette dernière hypothèse qui se prêterait le mieux à l'interprétation du phénomène du balancement.

On part, en effet, de l'idée que tout être adulte est déjà plus ou moins facilement tuberculisé et qu'il présente une sensibilité particulière à la bacillose : il serait comme on dit aujourd'hui, selon la théorie de von Pirquett, à l'état d'*allergie*, c'est-à-dire, à la fois sensible à la tuberculose et apte à résister à cette infection mieux que celui qui en serait indemne.

La cutiréaction à la tuberculine étant positive dans une proportion de 95 pour 100, on peut dire que la grande majorité des gens est allergique. L'allergie est-elle égale chez tous ? Et comment se comporte-t-elle chez des sujets atteints de troubles mentaux et, en particulier, chez des déments précoces ?

MM. Claude et Baruk ont voulu trancher cette dernière question en soumettant soixante-cinq déments précoces hébéphréniques ou hébéphréno-catatoniques à une triple épreuve : clinique, radiologique et humorale et voici leurs conclusions générales :

Tous les déments précoces ainsi examinés ont présenté des cuti-réactions et des réactions de Vernes et de Besredka très intenses, plus accentuées que celles des individus supposés normaux ; ils se sont donc montrés tous non seulement allergiques, mais en quelque sorte superallergiques : leurs cuti-réactions s'étalaient sur un diamètre dépassant parfois quatre centimètres, alors que la cuti-réaction allergique ordinaire ne dépasse guère un centimètre ; en outre, on constatait au centre de la cuti-réaction la présence d'une papule fortement infiltrée entourée d'une zone œdémateuse, le tout persistant localement pendant plusieurs semaines. Les auteurs ont obtenu de pareilles cuti-réactions à toutes les périodes de la démence précoce, même à la veille du décès. Les deux autres réactions de Vernes et de Besredka ne se sont montrées positives : la première, que dans 30 % ; l'autre dans 38 %. Celle de Vernes qui traduit, pense-t-on, surtout l'existence de poussées évolutives de la tuberculose ne s'est déclarée positive que chez les déments précoces atteints de bacillose pulmonaire en pleine évolution.

Quant à la réaction de Besredka, MM. Claude et Baruk, qui l'ont trouvée positive dans 38 % des cas, ont constaté dans 7 % le fait curieux suivant : alors que la réaction était positive, il n'existait chez ces déments précoces aucun symptôme de localisation bacillaire, mais seulement une asthénie physique générale accompagnant l'hébéphréno-catatonie. On se trouvait en présence d'une période « prémonitoire » de la bacillose pulmonaire pendant laquelle les signes de la démence précoce évoluaient, semble-t-il, sous l'influence probable d'une toxi-infection tuberculeuse latente que révélaient soit la cuti-réaction intense, soit la réaction de Besredka.

L'examen clinique de ces soixante-cinq déments précoces a permis de déceler la tuberculose pulmonaire nette dans 30 % des cas avec cette particularité que grâce à leur état de superallergie, leurs réactions de défense rendent l'évolution de la bacillose très lente et tout à fait torpide. Mais ces mêmes réactions allergiques de défense qui semblent ralentir les progrès des lésions bacillaires anatomiques n'exercent-elles pas une action fâcheuse sur les éléments nerveux de l'encéphale, action qui déterminerait justement la démence précoce? Et voilà, semble-t-il le point central du problème : les réactions superallergiques des déments précoces sont-elles responsables de leurs réactions toxiques cérébrales ?

Ce qui complique le problème c'est que les déments précoces présenteraient des réactions superallergiques non seulement à la tuberculine, mais aussi à la toxine diphtérique, comme l'a constaté M. P. Abely. Il y aurait donc lieu d'élargir les recherches concernant ces réactions allergiques dans la démence précoce et de pratiquer des cuti-réactions avec différentes toxines.

Quoiqu'il en soit, en ce qui concerne l'allergie des déments précoces à la tuberculose, les auteurs qui l'ont constatée ont recherché par la voie expérimentale si leur système nerveux est vraiment imprégné par le bacille de Koch ou sa toxine.

C'est ainsi que le Professeur D'Hollander et le Dr Rowroy (de Louvain) sont venus exposer à la Société médico psychologique, dans sa séance du 28 novembre 1932 les résultats de leurs recherches expérimentales rigoureusement conduites sur l'origine tuberculeuse de la démence précoce.

Ces résultats concernent 47 cobayes auxquels ils ont injecté du liquide céphalo-rachidien de déments précoces. Sur ce nombre 43 ont présenté dans leurs organes : poumons, rate, foie, pancréas, reins, surrénale, ganglions, des lésions de la tuberculose expérimentale, inoculables en série. Il s'agissait d'une infection atténuée, bénigne, avec de fortes tendances à la sclérose. Ces résultats ont été obtenus avec un groupe de 12 déments précoces, dont 4 ont donné des bacilles acido-résistants. L'hémoculture a révélé dix fois le bacille de Koch, sur 30 sangs examinés. Ces recherches démontrent la présence du virus de la tuberculose dans le liquide céphalo-rachidien de *certains* cas de démence précoce.

Des recherches très curieuses ont été faites aussi par MM. Baruk, Bidermann et Albane.

Ils ont pratiqué des injections de 5 c. c. de liquide céphalo-rachidien de déments précoces d'une part à des cobayes neufs, d'autre part à des cobayes rendus allergiques. Les cobayes neufs n'ont rien présenté d'anormal. Par contre, le liquide céphalo-rachidien de trois malades a déterminé chez les cobayes allergiques à plusieurs reprises soit une ulcération locale presque immédiate, soit au bout de 3 ou 9 semaines, des troubles nerveux : épilepsie, hypercinésies, paraplégies, catalepsie avec mort en état de mal épileptique.

Les mêmes expériences faites avec du liquide céphalo-rachidien d'homme atteint de pleurésie tuberculeuse sans troubles mentaux sont restées négatives.

Les recherches ont porté sur 8 cas de démence précoce hébéphrénique ou hébéphréno-catatonique. Les trois cas ayant donné des résultats positifs avaient trait à des malades ayant présenté, avant le début des troubles mentaux, des antécédents tuberculeux. Deux de ces malades ne présentaient plus aucun signe, ni clinique ni radiologique, de tuberculose au moment du prélèvement du liquide céphalo-rachidien. Chez l'un d'entre eux la démence précoce s'était installée au déclin d'une typho-bacillose probable, sans aucune localisation tuberculeuse dans la suite.

Par contre, MM. Xavier et Paul Abely et Couléon n'ont enregistré que des cas négatifs après injection aux cobayes du liquide céphalo-rachidien de déments précoces, tandis que l'injection du sang et du sérum de ces malades leur a donné, sur douze cobayes, cinq résultats positifs.

Notons aussi les recherches de MM. Toulouse, Schiff, Valtis et Van Deinse sur la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien des déments précoces au début de l'affection, alors que le diagnostic est encore hésitant et ceci pour éliminer les faits de tuberculisation secondaire, comme il peut s'en produire chez les malades longtemps maintenus à l'asile. Chez trois sujets ayant évolué vers une démence précoce confirmée, ces auteurs n'ont pu mettre en évidence l'ultra-virus. Les bacilles avirulents de type Calmette-Valtis, révélateurs de l'ultra-virus, ne se rencontrèrent que chez UN malade ayant fait une bouffée délirante curable et chez UNE malade présentant un état schizophrénique évoluant par poussées d'excitation et de confusion récidivantes. Dans ce dernier cas, le liquide, prélevé en dehors des accès, ne contenait pas l'ultra-virus. Pendant la crise, il révéla, outre l'ultra-virus, une paucibacillose.

Toutes ces investigations biologiques concernant la démence précoce sont, extrêmement intéressantes, très instructives, mais encore trop partielles, unilatérales. Il y a nécessité de les élargir pour les rendre capables de fournir des données utiles non seulement au point de vue du diagnostic pathogénique de la démence précoce, mais aussi et, surtout, au point de vue thérapeutique..., car, si les toxines, si les virus actionnant les centres nerveux de ces psychopathes sont variables et complexes comme cela semble ressortir des recherches faites jusqu'à présent, on conçoit que leur traitement rationnel soit loin d'être univoque.

Et puis, il ne serait pas dépourvu d'intérêt, croyons-nous, d'examiner un problème connexe : nous avons beaucoup de tuberculeux de tout âge et beaucoup de leurs descendants ; dans quelle proportion présentent-ils, les uns et les autres, des troubles mentaux et, notamment, de la démence précoce ? A quel moment, prémonitoire ou évolutif se sont manifestés ces désordres psychiques ? J'ai idée que cette enquête apporterait une pierre à l'édifice dans lequel nous voulons tous établir solidement, définitivement la pathogénie de cette terrible maladie mentale qu'est la démence précoce.

« La principale raison du dédain, voilé de courtoisie, que professent les savants du laboratoire à l'égard de la clinique et du clinicien, tient à ce qu'ils partagent le sentiment des profanes et des gens du monde à l'égard de la médecine et des médecins ; la médecine évoque l'idée de thérapeutiques plus ou moins empiriques, figurées par des drogues plus ou moins efficaces ; le Médecin est un soigneur, un « guérisseur », un infirmier supérieur. Nous, cliniciens, nous affirmons que la Clinique est en réalité devenue une *science* tout en restant un *art* et que le clinicien produit un *travail scientifique* dont il cherche à appliquer les données à l'art de dépister les maladies et de formuler les moyens de les combattre ».

(Professeur E. Sergent. — *Apologie de la clinique*. Coll. « Apologie des Sciences ». G. Doin, édit., in-16 de 74 p. 12 francs.)

« La plupart, hélas ! des psychanalystes, je dois le confesser franchement, sont des névrotiques eux-mêmes ; ils se soumettent à la psychanalyse pour être guéris, se croient guéris et essayent à leur tour de guérir les autres sans avoir le droit d'agir comme les guides de la santé des autres. Un des plus grands dangers de la psychanalyse est d'être appliquée par des hommes peu équilibrés, souffrants peut-être, s'imposant comme maîtres des âmes étrangères. Le nombre des personnes exerçant la psychanalyse qui se sont suicidées est effrayant. La psychanalyse n'est pas une méthode avec laquelle on puisse jouer. Freud l'a comparée à une opération dangereuse et il a raison. »

(Dr Wilhelm Stekel, de Vienne. — L'évolution, les méthodes et les dangers de la psychanalyse. (*Le Bulletin Médical*, 12 novembre 1932.)

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Syndrome de vomissements avec acétonémie au début des méningites à méningocoques et des méningites tuberculeuses (1)

Par M. le Prof. P. NOBÉCOURT

Le petit malade, dont je désire vous parler aujourd'hui, est sorti guéri de l'hôpital, il y a trois semaines.

Robert est né le 20 avril 1930, à terme, avec un poids de 4 kgr. 100. L'accouchement a été normal.

Ses parents, ses deux frères, l'un, son aîné de deux ans, l'autre, son cadet d'un an, sont bien portants.

Il est allaité par sa mère jusqu'à 10 mois. Il se développe mal ; à 8 mois, il a encore son poids de naissance. Ses premières dents ne percent qu'à 11 mois. Il fait ses premiers pas à 15 mois.

En mars de cette année, à 1 an et 11 mois, il a une rougeole suivie d'un pemphigus généralisé.

Le 22 octobre, débute la maladie pour laquelle nous l'avons soigné. Il est pris de vomissements qui se répètent les jours suivants. Les vomissements sont alimentaires ; ils surviennent après les repas.

Le 29 octobre, au huitième jour des vomissements, surviennent des convulsions, avec chute, perte de connaissance et cyanose.

Un médecin appelé porte le diagnostic de méningite syphilitique héréditaire.

L'enfant est amené à la salle Bouchut dans l'après-midi. Sa température est de 39°8.

L'interne de garde, M. Richard, ne trouve aucun symptome de méningite, ni raideur de la nuque, ni Kernig.

Le 30 octobre, M. Kaplan examine l'enfant.

Il est âgé de deux ans et six mois. Il pèse 11 kgr. 900. Sa température est très élevée : 40°8.

Il est somnolent, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui ; ses yeux sont excavés, ses traits tirés ; sa peau est sèche, garde le pli qu'on lui imprime ; il donne l'impression d'un état très marqué de déshydration.

Il n'a pas de raideur des membres, pas de signe de Kernig, de troubles des réflexes.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier. Le pouls est régulier, bat à 140.

L'enfant est constipé ; il n'a pas eu de selle depuis son entrée.

Les vomissements persistent.

Les urines sont claires, ne contiennent ni sucre, ni albumine : mais on constate la présence d'acétone en petite quantité.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H^{s}) et le Hecht sont négatifs.

Les vomissements répétés, la constatation d'acétone dans les urines, l'absence de tout symptôme méningé font penser à des *vomissements avec acétonémie*.

M. Kaplan prescrit le traitement approprié : eau de Vichy additionnée de 20 gr. de bicarbonate de sodium par bouteille, lavements bicarbonatés, injections de sérum glucosé, bouillies à l'eau.

Le soir, la température baisse à 38°8.

Le 31, elle est de 39°3 le matin, de 38°8 le soir.

Le 1er novembre, onzième jour de la maladie, le matin la température est remontée à 40°3.

La prostration, la somnolence ont augmenté ; le facies est très coloré.

Le pouls est à 128, irrégulier.

On trouve une raideur très nette de la nuque, un léger signe de Kernig, sans autres symptômes.

On pratique la ponction lombaire ; elle laisse écouler, en gouttes rapides, 30 à 40 c.c. de liquide trouble. L'examen microscopique y montre la présence de nombreux leucocytes, polynucléaires et mononucléaires ; on ne voit pas de germes. On dose 1 gr. d'albumine par litre. La culture donne des méningocoques ; mais comme elle est agglutinée spontanément, on ne peut en caractériser la variété.

Avant même d'avoir reçu la réponse du laboratoire, on injecte du sérum antiméningococcique polyvalent : 30 c.c. dans le canal rachidien, 40 c.c. dans les muscles.

Le soir la température atteint 41° : on injecte 30 c.c. de sérum dans le rachis.

Le 2 novembre, la température est, le matin, de 39°1, le soir, de 40°3. L'état semble amélioré. L'enfant comprend ce qu'on lui dit. Sa respiration est régulière, calme, assez ample. Le pouls bat à 120 et est régulier. La raideur de la nuque est très marquée, le signe de Kernig n'est pas net. Les vomissements ont cessé ; le malade garde les bouillies et le lait qu'on lui donne.

On constate l'apparition d'une vésicule d'herpès.

On continue la sérothérapie. On injecte, chaque jour, 30 c.c. de sérum polyvalent dans le rachis et 30 c.c. dans les muscles.

Le 6 novembre, seizième jour de la maladie, on fait la dernière injection de sérum. Au total, l'enfant en a reçu 210 c.c. dans le canal rachidien et 200 c. c. dans les muscles.

Pendant ce temps, la fièvre présente de grandes oscillations descendantes.

Le 4 novembre, la température est de 37°3-38°3. Puis, le 5, elle remonte à 38°7-39°6, et, le 6, elle atteint, le matin, 40°, le soir, 39°9.

L'état général est meilleur, mais la raideur de la nuque persiste.

Le 2 et le 3 novembre, le liquide céphalo-rachidien est trouble ; il contient des polynucléaires et des mononucléaires en grand nombre, 1 gr. et 1 gr. 20 d'albumine par litre. Le 4 novembre, le liquide est plus clair et l'albumine baisse à 0 gr. 60 par litre.

Le 6 novembre, le liquide est, de nouveau, trouble, riche en polynucléaires et mononucléaires, avec 0 gr. 50 d'albumine par litre. Alors que jusque-là les cultures étaient négatives, le 6 novembre, il se développe une culture peu abondante de méningocoques.

Le 7 novembre, au matin, on apprend que, dans la nuit, s'est montrée une éruption généralisée qui a disparu. La température est de 37°, l'état général bon ; les symptômes ne se sont pas aggravés.

M. Liège se demande si la poussée fébrile de la veille, l'urticaire, la reprise du trouble du liquide céphalo-rachidien, la réapparition des méningocoques, ne sont pas des accidents sériques.

Il injecte sous la peau un c.c. de sérum ; un quart d'heure après apparaît une réaction locale érythémateuse.

La ponction lombaire laisse écouler un liquide trouble ; il contient des polynucléaires, des moyens mononucléaires et des lymphocytes, dont, à la coloration vitale, 30 à 40 pour 100 sont altérés, 0 gr. 40 d'albumine par litre. On ne trouve pas de méningocoques ni au microscope, ni en culture.

On renonce à la sérothérapie et on injecte dans le rachis 10 c.c. d'une solution de trypaflavine à 1 p. 50.000.

Le 8 novembre, la température est de 37°-36°8. L'enfant présente de l'urticaire. On fait une ponction lombaire :

(1) Leçon du 10 décembre 1932.

le liquide est clair ; il contient 135 leucocytes par millimètre cube ; les lymphocytes prédominent ; on dose 0 gr. 40 d'albumine par litre ; on ne voit pas de méningocoques, et les ensemencements restent stériles.

On fait une seconde et dernière injection de 10 c.c. de la solution de trypaflavine.

L'enfant reste apyrétique ; il s'améliore, est éveillé, n'a plus de raideur de la nuque et se réalimente.

Le 18 novembre, il quitte le service avec un poids de 11 kgr 500.

Pendant l'évolution, l'acétone a persisté dans l'urine ; on l'a trouvé en petite quantité, le 31 octobre et le 2 novembre, en grande quantité les 7 et 8 novembre, en petite quantité, le 10 novembre ; les 12 et 16 novembre, on a constaté sa disparition.

On n'a recherché l'acide diacétique qu'à partir du 5 novembre ; on l'a trouvé en grande quantité, le 5 et le 8 novembre; dans les examens suivants on ne l'a plus constaté.

Telle est l'histoire du petit Robert.

Il est atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoques. Dès que le diagnostic est porté, on institue la sérothérapie avec le sérum polyvalent. L'amélioration est rapide, malgré le début tardif du traitement, au onzième jour, et l'emploi d'un sérum polyvalent.

Les résultats de la sérothérapie ont été excellents.

Cette observation est à joindre à celles que j'ai relatées dans ma leçon du 25 avril 1931, publiée dans le *Journal des Praticiens* des 1er et 8 avril 1931, sur *La sérothérapie de la méningite cérébro-spinale.*

Quatre ou cinq mois auparavant nous avons soigné un malade très analogue.

Roger est né le 27 avril 1925, à terme, avec un poids de 3 kgr. 750.

Ses parents, ses grands-parents et un frère, son cadet de cinq ans et demi, sont bien portants.

Il est allaité par sa mère jusqu'à 7 mois ; son développement est régulier. A 9 mois il a la coqueluche, à 10 mois une broncho-pneumonie, à un an une rougeole compliquée d'une otite.

Le 28 mai 1932, il est pris de vomissements répétés, tantôt bilieux, tantôt alimentaires, survenant soit à jeun, soit après les repas.

Les 29, 30 et 31 mai, les vomissements persistent malgré la restriction alimentaire, la température est de 38°-39°.

Le 1er juin, l'enfant vomit toujours. Il se plaint du ventre. On appelle un médecin qui l'envoie à l'hôpital avec le bulletin suivant : « atteint d'appendicite aiguë, doit être conduit d'urgence aux Enfants-Malades pour y subir une intervention chirurgicale ».

Roger entre, le même jour, à la salle Bouchut. Il est au cinquième jour de sa maladie. Le soir de son entrée, sa température est de 38°.

On l'examine le 2 juin.

Il a 7 ans et 2 mois. Sa taille de 119 cm., son poids de 19 kgr. 900 sont supérieurs de 4 cm. 5 et d'un kilogramme à la taille et au poids moyens de son âge.

Sa température est de 38°7-38°2.

Il présente un aspect fatigué ; ses lèvres sont sèches, sa langue est saburrale ; le pharynx est normal.

L'abdomen est souple, indolent ; on ne trouve aucun signe d'appendicite. L'examen des poumons et du cœur reste négatif. Le pouls bat à 100. L'examen du système nerveux, des yeux ne montre rien de particulier. Le testicule droit est dans le canal inguinal, le gauche n'est pas perçu.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Les urines sont claires, de coloration normale. La réaction de Gerhardt y est positive. Le laboratoire confirme la présence d'acétone en grande quantité et d'acide diacétique.

On pense à des *vomissements avec acétonémie.*

On prescrit du bicarbonate de sodium, du lait, du sucre.

Le 3 juin, les vomissements persistent encore, la température du matin est de 38°, celle du soir de 38°4. L'enfant est constipé. Les urines sont peu abondantes, 200 c. c. en vingt-quatre heures ; elles contiennent en grande quantité de l'acétone et de l'acide diacétique, des traces indosables de sucre ; il n'y a pas de pigments biliaires.

Le 4 juin, huitième jour de la maladie, les vomissements continuent, la température est de 38°1-38°6, l'enfant est moins éveillé ; on constate de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, des pupilles inégales, la droite étant en mydriase. Le pouls est régulier, à 88.

La respiration est un peu inégale, superficielle, de temps en temps accélérée. Les urines contiennent en grande quantité de l'acétone et de l'acide diacétique.

On pratique la ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est clair ; il contient 260 leucocytes par millimètre cube, 0 gr. 80 d'albumine par litre, des traces d'acétone et d'acide diacétique. On ne constate pas de bacilles de Koch.

Les jours suivants la fièvre persiste peu élevée, puis elle s'abaisse. Les 12, 13 et 14 juin elle est de 37°2-37°5. Les symptômes méningés s'accentuent, les vomissements persistent.

Le 9 juin, la ponction lombaire donne un liquide clair, très riche en lymphocytes ; on y trouve deux bacilles de Koch. On inocule un cobaye, qui, sacrifié le 25 octobre, au bout de quatre mois, présente une tuberculose généralisée.

Les 6 et 11 juin, les urines contiennent de l'acétone et de l'acide diacétique en petite quantité.

Les 14 et 15 juin la température oscille entre 37°2 et 38°8.

Le 16 juin elle est, le matin, de 38°.

L'enfant meurt dans la journée, au vingtième jour de sa maladie.

En somme, Roger a des vomissements ; à un moment, il se plaint du ventre et on pense à l'appendicite, il entre à l'hôpital avec une petite fièvre ; il a des vomissements et de l'acétonurie. On pense à des vomissements avec acétonémie. Le huitième jour seulement surviennent des symptômes méningés et une méningite tuberculeuse est reconnue.

Ces deux enfants ont présenté, à la première phase clinique Robert d'une méningite à méningocoques, Roger d'une méningite tuberculeuse, un syndrome de vomissements avec acétonémie.

Les symptômes méningés sont apparus tardivement, chez Robert le onzième jour, chez Roger le huitième jour. La ponction lombaire faite dès leur apparition a confirmé le diagnostic de méningite.

Ces observations posent de nombreux problèmes. Je ne m'occuperai que des problèmes cliniques posés par l'existence du *syndrome vomissements et acétonémie.*

***

Etudions d'abord l'ACÉTONÉMIE DANS LES MÉNINGITES.

Pour la *méningite tuberculeuse*, on admet généralement l'opinion donnée par le Prof. Marfan dans son livre sur *Les vomissements périodiques avec acétonémie*, dont la seconde édition est parue en 1926. « L'acétonémie écrit-il, peut exister dans la méningite tuberculeuse ; mais elle est inconstante et peu marquée. Elle est assez rare au début, sauf dans le cas où les vomissements initiaux sont fréquents, persistants et empêchent l'alimentation. Elle se rencontre plus souvent au déclin de la maladie, soit lorsque l'enfant ne se nourrit plus, soit lorsqu'il a des convulsions répétées. »

Par contre, dans les recherches sur l'acétone du liquide céphalo-rachidien au cours des *maladies de l'enfance accompagnées d'acétonurie*, publiées par M. Giovanni Genoese dans *La Pediatria* du 1er décembre 1923, on trouve les données suivantes :

Dans 31 cas de méningite tuberculeuse, il existait une acétonurie faible, moyenne ou forte.

Dans 6 cas d'acétonurie faible, il n'y avait pas d'acétone dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans 25 cas d'acétonurie moyenne ou forte, il y avait de l'acétone dans le liquide céphalo-rachidien.

●●●

L'auteur n'indique pas les jours de la maladie où les examens ont été pratiqués.

Dans les *méningites à méningocoques*, l'attention n'a guère été attirée sur l'acétonurie. M. Dopter en 1921, dans son livre sur *L'infection méningococcique*, la plupart des traités et des thèses n'en font pas mention.

M. Genoese, sur 8 cas de méningite cérébro-spinale, trouve constamment une acétonurie faible, moyenne ou forte. Sauf dans un cas où l'acétonurie était faible, il existait toujours de l'acétone, en quantité faible ou moyenne, dans le liquide céphalo-rachidien.

D'autre part, dans 8 cas de *méningites à diplocoques*, M. Genoese trouve également toujours une acétonurie faible, moyenne ou forte. Dans 3 de ces cas le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'acétone ; dans 5 cas elle s'y trouve en quantité faible ou moyenne.

L'auteur ne parle pas de l'existence chez ses malades d'un syndrome semblable à celui présenté par Roger.

L'observation de Roger paraît assez exceptionnelle.

Cependant une observation analogue a été rapportée récemment, le 10 juin 1932, au *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, par M. Jean Turries. Il s'agit d'une *méningite cérébro-spinale débutant par une crise acétonémique.*

Le jeune Marius est âgé de 6 ans. Il est sujet aux maux de tête, avec de légères poussées de constipation ou de diarrhée.

Le 22 avril 1932, au réveil, il se plaint d'une légère céphalée. Il va à l'école. Après le repas de midi, la céphalée augmente, la température s'élève à 38°, l'enfant est agité, crie, pleure.

La nuit est très agitée.

Le 23 au matin, la céphalée est modérée, l'agitation persiste. L'enfant a des nausées et quelques vomissements ; on obtient avec un lavement des selles très fétides. On constate une « odeur acétonique de l'haleine, extrêmement forte, telle que tout le pourtour du lit est imprégné d'une véritable atmosphère chloroformique ». On voit de nombreux aphtes sur la muqueuse des joues et la langue. Il existe une ébauche de raideur de la nuque et du signe de Kernig.

Les urines contiennent « une quantité énorme d'acétone, environ 5 grammes ».

Le diagnostic porté est « Intoxication acétonémique avec réaction méningée, survenant au cours d'une poussée de colite aiguë avec infection intestinale ».

M. Turries prescrit de l'eau de Vichy, du bicarbonate de sodium, des injections de sérum glucosé.

Le 24 avril, l'état général est meilleur, la température de 37°7. L'agitation, le signe de Kernig ont disparu, il y a encore un peu de céphalée et une très légère raideur de la nuque.

Le 25, au matin, quatrième jour de la maladie, la température est de 39°, la céphalée est intense, la raideur de la nuque et le signe de Kernig sont nets, l'enfant est abattu, l'odeur acétonique de l'haleine a disparu.

On pratique une ponction lombaire. Le liquide sort en jet ; il est trouble ; on y trouve de très nombreux polynucléaires, des méningocoques.

On institue la sérothérapie.

La maladie évolue comme une méningite cérébro-spinale banale ; l'enfant meurt au bout d'un mois.

Telles sont les constatations cliniques.

La *pathogénie de l'acétonurie* dans les méningites n'est pas connue. On peut se demander s'il y a insuffisance des fonctions cétolytiques, ou surproduction des corps cétoniques, ou intrication des deux processus.

En tout cas, elle ne paraît pas être la conséquence de la méningite elle-même.

Quand l'acétonurie est importante et précoce, elle « exige, suivant M. Marfan, pour se produire, une prédisposition ».

Il est possible que la méningite déclenche un accès de vomissements avec acétonurie.

***

Envisageons maintenant les SYMPTOMES MÉNINGÉS DANS LES VOMISSEMENTS CYCLIQUES AVEC ACÉTONURIE.

Ces vomissements s'observent surtout chez des enfants de 3 à 8 ans, quelquefois chez des enfants ou plus âgés ou plus jeunes, chez les garçons comme chez les filles.

Ils surviennent à intervalles plus ou moins éloignés, de quelques semaines, de trois, six, douze mois.

On distingue deux grandes modalités cliniques : 1° la *forme habituelle ou commune* ; 2° *les formes encéphalo-méningées.*

Dans la FORME HABITUELLE OU COMMUNE, il y a des *prodromes* : mauvaise haleine, constipation, selles fétides, changement de caractère, céphalée, fatigue. Ces prodromes durent un, deux ou trois jours.

Puis apparaissent les *vomissements*. Ils constituent le symptôme principal.

Leur début est brusque. Ils sont d'abord alimentaires, puis constitués par un liquide incolore, acide, d'odeur aigre, quelquefois bilieux. Ils sont faciles. Ils se répètent plusieurs fois par heure et sont soit spontanés, soit provoqués par l'ingestion de liquide ou un changement de position.

L'haleine a une odeur nette d'acétone, qui rappelle celle des bonbons anglais, ou encore celle d'un mélange de chloroforme et d'acide acétique.

La langue est sèche, rouge, l'abdomen rétracté, indolent ou parfois un peu sensible à la palpation. Le foie est souvent gros, un peu douloureux. Il y a de la constipation ; les selles sont fétides, assez souvent grisâtres ; les urines sont peu abondantes, dégagent une odeur d'acétone, contiennent de l'acétone et de l'acide diacétique.

Habituellement il y a apyrexie ; dans certains cas la fièvre peut apparaître.

On constate de la prostration, de l'asthénie ; mais l'enfant reste présent et répond aux questions qu'on lui pose.

Les pupilles sont normales ou un peu dilatées ; elles réagissent bien.

La céphalée est généralement légère et fugace ; dans certains cas elle est forte et tenace.

Le pouls est régulier, quelquefois lent, à 50 ou 60, et arythmique.

La respiration est généralement normale, quelquefois ralentie, irrégulière, avec de temps en temps de grandes inspirations.

Il n'y a pas de raideur de la nuque, de signe de Kernig.

Cet état dure quelques heures, un ou deux jours ; parfois il se prolonge pendant cinq ou six jours et même plus.

La terminaison est brusque. Les vomissements cessent et la tolérance gastrique reparaît immédiatement ; les autres symptômes disparaissent rapidement.

L'élément caractéristique est l'*acétonurie* et l'*acétonémie*.

L'odeur acétonique de l'haleine apparaît précocement, elle précède souvent d'un ou deux jours le début des vomissements.

Dans l'urine, on décèle l'acétone et l'acide diacétique par les réactifs appropriés. L'acétone est constante : sa quantité varie de 0 gr. 20 à 2 grammes par litre. Il y a presque toujours de l'acide diacétique ou acétyl-acétique. Quelquefois il y a de l'acide β-oxybutyrique, mais on le recherche rarement. L'acétonurie disparaît à la terminaison de l'accès.

J'ai décrit les FORMES ENCÉPHALO-MÉNINGÉES dans ma leçon du 22 mars 1924 : *L'acétonémie en dehors du diabète. Formes encéphalo-méningées des vomissements avec acétonémie chez les enfants.* Cette leçon est reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Troubles de la nutrition et de la croissance.*

On peut en décrire deux formes principales, la forme *convulsive* et la *forme somnolente* ou *méningée.*

M. Roméo Lozana, dans *Archivos españoles de pediatria* de juillet 1927, adopte cette division. Il signale en outre un cas de *forme choréique* publié par M. Modigliani, en 1922, et un cas de *forme tétanique comateuse*, publié par M. Zerbino, en 1925.

BIBLIOGRAPHIE

FEMMES PYTHAGORICIENNES. **Fragments et Lettres** de THÉANO, PÉRICTIONÉ, PHINTYS, MÉLISSA et MYIA. Traduction nouvelle avec prolégomènes et notes, par Mario MEUNIER. Un vol. in-16 (format 13 × 19) sur beau papier alfa. Prix : 12 francs. Edité par L'Artisan du Livre, 2, rue de Fleurus, Paris, 6e.

Hormis peut-être le nom de Théano, de cette fille spirituelle de la sagesse pythagoricienne qui passe pour avoir été l'épouse même de son initiateur, qui connaît encore les noms mélodieux de Périctioné, de Phintys, de Mélissa et de Myia ? Ces *Femmes Pythagoriciennes*, afin de laisser après elles le commentaire appliqué de l'enseignement théorique de leur bien heureux maître, avaient écrit des livres *Sur la sagesse, Sur l'harmonie de la femme, Sur la mesure qui convient à la femme*. De tous ces traités, il ne nous reste que de précieux *Fragments*. Ce fut Stobée qui nous les conserva en les insérant, dans son *Florilège*, comme pensées choisies. M. Mario Meunier a cru faire œuvre utile, d'un curieux et prenant intérêt, en les réunissant en un même volume, en les traduisant et en les éclairant par des notes. La plupart de ces *Fragments* ont trait à la conduite que doit garde la femme, pour devenir et rester la sainte et digne prêtresse de ce temple sacré que devait être, aux yeux de Pythagore, un foyer familial.

M. Mario Meunier a fait suivre la traduction de ces *Fragments* de la première traduction complète, d'une suite de *Lettres* qu'écrivirent Théano, Mélissa et Myia, pour donner aux mères de famille d'utiles conseils sur leurs devoirs d'épouses, sur l'éducation de leurs enfants, sur la façon de surmonter la jalousie, sur la manière de se parer, de diriger leurs maisons et de traiter leurs servantes. Des *Prolégomènes* renseignent le lecteur sur tout ce que nous pouvons savoir de ces *Femmes Pythagoriciennes*, et sur la place éminente que sut donner à la femme, en tant que mère et qu'épouse l'antique et moderne sagesse du divin Pythagore.

Les Principes de la Logique et la critique contemporaine, par Arnold REYMOND. Un volume in-16 jésus, broché, 25 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris.

M. Arnold Reymond, après un exposé historique de la question, fait voir en quoi consiste le caractère normatif de la logique ; puis rattachant la notion de vérité à celle du jugement vrai, il distingue entre les conditions de la vérité qui sont éternelles et absolues et les vérités, sans cesse perfectibles, que l'esprit humain énonce par leur moyen. Il expose ensuite d'une façon claire et succincte la logique moderne (logistique) et ses méthodes et il en montre la nature essentiellement fonctionnelle par opposition à la logique statique d'Aristote.

Il étudie enfin la notion de l'absurde et les rapports de la logique avec les mathématiques ; en conclusion et en face des découvertes scientifiques contemporaines il maintient la portée universelle des principes formels de la logique.

M. Arnold Reymond, qui a été à deux reprises, invité par la Faculté des Lettres de Paris, pour y professer des leçons sur la logique algorithmique était particulièrement qualifié pour écrire cet ouvrage ; il suscitera chez les lettrés français de l'intérêt pour des sujets qui, malgré leur aspect formel, touchent au problème même de la vérité.

Charles Quint, empereur d'Occident (1500-1558), par D. B. WYNDHAM LEWIS. Traduit de l'anglais par S. CAMPAUX. Un volume in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 2 croquis et 8 gravures hors-texte : 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après l'importante biographie du roi Henri VIII d'Angleterre, qui a été publiée dans la même série, paraît aujourd'hui celle d'un autre prince de la Renaissance, le plus grand, Charles-Quint. C'est un récit remarquablement documenté et vivant qui rend les luttes de Charles-Quint avec François 1er et Henri VIII, avec Luther et les princes protestants allemands, aussi proches que si elles étaient de notre époque, dans le décor si pittoresque du XVIe siècle. Comme le dit l'auteur, la vie de Charles-Quint présente à l'heure actuelle un intérêt singulier, alors qu'il est tant question des Etats-Unis d'Europe et que l'on sait avec quelle ténacité le plus puissant des Habsbourgs lutta, durant trente ans, pour unifier l'Europe sous son sceptre et sous celui de Rome.

En nous reportant à cette époque si féconde de la Réforme et de la Renaissance où le conflit des idées et le courant des grandes opinions prirent jour, l'époque du grand schisme religieux et des débuts du nationalisme, l'auteur pense nous faire remonter à la source de tous les maux dont souffre actuellement l'Europe.

Aussi éprouvons-nous un certain désappointement à l'abdication de ce grand précurseur que fut Charles-Quint, qui, las de combattre pour la réalisation de ses espoirs, s'en fut chercher à cinquante-six ans le repos et la paix dans la retraite du couvent de Yuste.

Quelles que soient les opinions de M. Lewis, il les exprime avec tant de sincérité et fait revivre ses personnages dans le cadre coloré de la première moitié du seizième siècle avec un talent si réel, que nous ne pouvons que rendre hommage à l'historien et à l'écrivain.

Revue d'Histoire littéraire de la France ; publiée par la Société d'Histoire littéraire de la France ; paraît tous les trois mois. Abonnement : un an, France : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro de juillet-septembre 1932 : I. Henri Franchet : Erasme et Ronsard : La lettre « Contra quosdam qui se falso jactant evangelicos » et les « Discours des Misères de ce temps ». — Margaret M. Mofat : « Le Siège de Calais » et l'opinion publique en 1765. — Pierre Jourda : Un théoricien du romantisme : Junius Castelnau. — II. *Mélanges*. — Horace, source de deux passages de Montaigne et de Pascal (Marcel Duchemin). — La date de la « Didou » de Hardy (Raymond Lebègue). — Des sources inédites de « Polyeucte » (M. Magendie). — Phèdre n'est point janséniste (Jean Cousin). — Phèdre est incestueuse (Jean Cousin). — Variantes aux « poésies mêlées » de Voltaire, d'après le manuscrit envoyé par l'auteur à M. de Cideville, en 1735 (E. Meyer). — Le Père Tournemine et l'arrestation de Freret (A. Brulé). — Sur une note de Rousseau dans le « Discours sur les sciences et les arts » (Jean Thomas). — Racine, Fénelon et Stendhal (Robert Gavelle). — Certitude touchant le lieu du décès de Lucile de Chateabriand (E. Angot). — Lettres inédites de P.-L. Courier et E. Sue (A. Delmas). — Notes sur les sources de Victor Hugo (Auguste Viatte). — En marge de Baudelaire : « Le voyage » et ses sources (E. Drougard).

III. Comptes rendus.

IV. Informations.

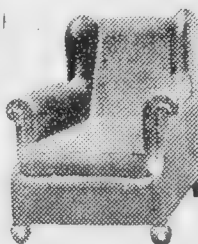
Ce qu'il faut connaître de l'Islam, par Henri DESSON. Un volume petit in-8 sur papier d'Alfa. Broché : 8 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, 6e.

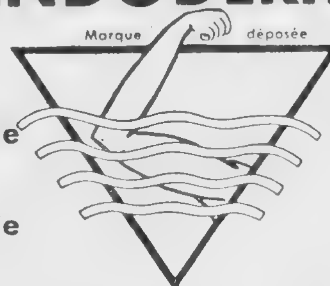
En 160 pages, M. Henri Desson brosse avec une robuste clarté le tableau de l'épopée puis du déclin islamique. Etude aussi utile que bien venue au lendemain d'une Exposition coloniale qui illustra aux yeux de nombreux Français la valeur de notre empire musulman. L'œuvre de M. Desson possède également d'autres titres à l'attention du public que cette considération d'actualité. Elle pose de graves problèmes qui intéressent directement notre avenir national.

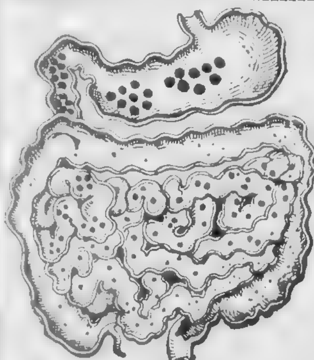
L'Islam peut-il s'adapter sans déchoir à l'esprit moderne ? Refaire l'union des croyants ? S'il en est capable, et M. Henri Desson montre qu'il ne faut pas écarter à la légère cette perspective, les groupera-t-il sous l'unique bannière du panislamisme ou sous les drapeaux des divers nationalismes musulmans ? De quel poids ces événements pèseront-ils sur les destinées de la France et du monde ?

Questions angoissantes auxquelles seul l'avenir répondra.

Il faut lire l'ouvrage logiquement conçu, sérieusement documenté, de M. Desson, afin de pouvoir comprendre ce que demain peut-être nous apportera.









La *forme convulsive* a été décrite par Mirallié et son élève Pierre Guérin dans sa thèse de Paris, en 1905, par M. D'Œlsnitz, par M. Marfan. Elle s'observe surtout dans la première enfance.

Dans la *variété habituelle*, les convulsions apparaissent au début et se répètent plus ou moins longtemps. Elles peuvent également survenir au milieu ou à la fin de l'accès. Généralement le pronostic n'est pas grave. Les convulsions peuvent s'accompagner de somnolence et de coma ; elles se confondent alors avec la forme méningée et entraînent parfois la mort.

Dans des *variétés rares*, des accès de convulsions surviennent sans vomissements, comme de véritables équivalents des vomissements. M. Pierre Guérin et M. Marfan en ont publié des cas.

La *forme somnolente* ou *méningée* a été décrite par M. Luis Calvo Mackenna au *Deuxième Congrès américain de l'enfant*, tenu à Montevideo, en 1919, par MM. Mouriquand et Calvet, dans le *Journal de médecine de Lyon* du 20 janvier 1921, par M. Charles Beutter dans la *Loire Médicale* de février 1921. J'en ai relaté trois observations dans la leçon que je viens de citer.

M. Torrès Umana, à la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 8 juillet 1924, dans une communication sur la *Gravité et la fréquence de certains états acétonémiques essentiels chez les enfants de Bogota*, l'a rencontrée chez deux filles de 5 ans et de 9 mois et chez un enfant de 3 ans.

Cette forme peut se voir chez des enfants ayant eu antérieurement des accès de la forme commune, ou bien elle peut constituer le premier accès.

Les prodromes sont ceux de la forme commune.

Le début est brusque. L'enfant a des vomissements, de la céphalée, de la constipation ; somme toute il présente le trépied méningétique.

Analysons les symptômes.

Les vomissements sont semblables à ceux qu'on observe dans les formes habituelles ; ils sont généralement persistants, mais peuvent aussi disparaître rapidement.

La céphalée est plus ou moins forte et durable ; chez les petits enfants elle est difficile à apprécier.

La constipation est opiniâtre.

Quelquefois, pendant la première phase, il y a de l'agitation, de l'insomnie, du délire nocturne. Généralement l'enfant est somnolent, abattu. Parfois il a des convulsions.

Dans certains cas, on constate de la raideur de la nuque, du signe de Kernig et même de l'opisthotonos.

En général, il n'y a pas de troubles oculaires ou pupillaires. M. Torrès Umana, dans un cas, a observé de la mydriase et la perte du réflexe à la lumière.

Le pouls est souvent lent, irrégulier. Il y a des troubles du rythme respiratoire.

La température est en général normale ; il n'est pas rare toutefois qu'elle s'élève à 38° ou 39°.

L'haleine a une odeur d'acétone. Les urines contiennent de l'acétone.

Le liquide céphalo-rachidien a une apparence normale. On peut y constater la présence de l'acétone, mais elle n'est pas constante. L'acétone ne passe dans le liquide céphalo-rachidien que si la perméabilité des méninges est anormale. Dans six cas de vomissements avec acétonurie, M. Genoese n'a trouvé qu'une fois de l'acétone dans le liquide céphalo-rachidien, chez un malade qui avait un syndrome méningé. L'acétone y pénètre au contraire quand il y a une méningite.

En général on ne constate pas de leucocytes, la quantité d'albumine est normale, le glucose est diminué.

Il y a des cas où il existe une réaction méningée.

Il en était ainsi chez la fille âgée de neuf ans et quatre mois que j'ai présentée dans ma leçon de 1924.

Elle entre à la salle Parrot, le 22 novembre 1923. Depuis deux jours elle a des vomissements et de la céphalée. On constate une fièvre légère, un peu de céphalée, de la somnolence, de la constipation, une haleine acétonique ; les urines contiennent de l'acétone en grande quantité et de l'acide diacétique. On pense à une méningite tuberculeuse. La ponction lombaire retire un liquide clair, à léger reflet jaunâtre, avec un petit réticulum fibrineux ; dans le caillot de centrifugation on trouve 50 lymphocytes par champ du microscope ; on dose, par litre, 0 gr. 30 de glucose et 1 gr. d'albumine.

L'amélioration est rapide.

L'évolution est généralement favorable ; l'enfant guérit en trois, six, huit jours.

Quelquefois cependant, l'enfant tombe dans le coma, les troubles respiratoires s'exagèrent, des convulsions apparaissent, la température s'élève à 39° et 40°, la cyanose, l'oligurie, l'albuminurie apparaissent, et la mort survient dans le collapsus cardiaque.

Deux des trois malades de M. Torrès-Umana, les filles de neuf mois et de cinq ans, sont morts.

***

Vous comprenez, d'après ces descriptions, pourquoi le DIAGNOSTIC DES MÉNINGITES ET DES FORMES ENCÉPHALO-MÉNINGÉES DES VOMISSEMENTS CYCLIQUES AVEC ACÉTONURIE doit être discuté.

Il n'y a généralement pas de confusion quand il s'agit de la forme commune de l'acétonurie ou de la forme habituelle des méningites.

Par contre la confusion est facile en présence des formes encéphalo-méningées des vomissements avec acétonurie et des méningites avec acétonurie précoce.

L'erreur de diagnostic peut être double : on peut prendre des vomissements acétonémiques pour une méningite ou bien une méningite pour des vomissements avec acétonurie.

Il faut comparer les syndromes cliniques. Ceux-ci présentent des caractères communs et des caractères différents. On doit envisager séparément la méningite tuberculeuse et les méningites aiguës non tuberculeuses, principalement la méningite à méningocoques.

Envisageons la MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

Ses débuts sont assez divers, comme le montrent les observations dont j'ai parlé dans ma leçon du 11 février 1922 sur *Les débuts de la méningite tuberculeuse chez l'enfant*, leçon publiée dans mon livre de *Clinique* consacré aux *Affections du système nerveux*. Il existe une *forme habituelle* et des *formes irrégulières*.

La *forme habituelle* ne peut être confondue avec la *forme commune des vomissements avec acétonurie*.

La période des prodromes, dans la méningite, est longue avec des symptômes d'imprégnation tuberculeuse, quelques troubles nerveux, de la fièvre. Dans l'acétonurie (j'emploie ce mot seul pour abréger), cette période est courte ; l'haleine est caractéristique, il y a de la constipation, des selles fétides.

L'invasion est progressive dans la méningite, brusque dans l'acétonémie.

Dans l'une, les vomissements sont peu fréquents, peu abondants, faciles, en fusée sans nausées, sans efforts ; ils s'espacent et disparaissent au bout de deux, trois ou quatre jours ; ils manquent souvent. Dans l'autre, ils constituent le symptôme capital.

La céphalée est à peu près constante dans la méningite ; elle est précoce, précède les vomissements, elle augmente progressivement et est très forte. Elle est passagère et légère dans l'acétonurie.

La constipation existe dans les deux affections.

Dans la méningite, il y a de la fièvre. Dans l'acétonurie, il y a le plus souvent de l'apyrexie.

Dans la méningite, il y a de la somnolence, de l'indifférence, de l'obnubilation intellectuelle, de l'hostilité. Dans l'acétonurie, il y a de l'abattement, mais l'intelligence est conservée.

Dans la méningite, on constate de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, des troubles oculo-pupillaires, qui font défaut dans l'acétonémie.

L'odeur acétonique de l'haleine, l'acétonémie, qui font

défaut dans la méningite, sont précoces dans l'acétonurie.

Mais, dans certaines *formes irrégulières de méningite* et dans les *formes méningitiques des vomissements avec acétonémie*, l'analogie des symptômes est très grande.

Dans la méningite, la période prodromique est courte ou occulte, le début brusque ou rapide, les vomissements importants dès le début, tout comme dans l'acétonurie.

Dans l'acétonurie, on peut constater une céphalée intense, une grande torpeur, de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, des troubles oculo-pupillaires, de la fièvre, tout comme dans la méningite.

Dans la méningite, l'odeur acétonique de l'haleine, l'acétonurie, peuvent être aussi précoces et aussi fortes que dans l'acétonémie.

La ponction lombaire aide au diagnostic. Je ne reviens pas sur les caractères différents du liquide céphalo-rachidien ; ils ne sont pas toujours nets.

Somme toute, la confusion est très possible.

D'ailleurs, il y a des cas, et le professeur V. Hutinel, Méry, le professeur Marfan en ont publié des exemples, où la méningite tuberculeuse débute par un accès de vomissements avec acétonémie.

On peut tirer un argument contre la méningite dans l'existence d'accès antérieurs. Lorsqu'on ne connaissait pas encore bien les vomissements à répétition, la confusion n'était pas rare ; on parlait de méningites à répétition.

M. Joseph Solélis, en 1899, dans sa thèse de Paris sur le *vomissement périodique à répétition*, rapporte l'observation d'une fille de cinq ans et demi, soignée par M. Comby, pour laquelle « on avait parlé trois fois de la méningite », et cite un malade de Seibert pour lequel « ce diagnostic avait été porté à cinq reprises différentes ».

Mais il ne faut pas trop se fier au souvenir d'accès antérieurs de vomissements, car on risque de méconnaître une méningite.

En 1912, dans la deuxième édition de mon *Précis de médecine infantile*, je cite le cas d'une fille de quatre ans qui avait eu plusieurs accès de vomissements ; un jour débute un accès semblable aux autres ; les vomissements persistent, la fièvre s'allume et des signes de méningite tuberculeuse apparaissent.

M. Roméo Lozana rapporte l'observation d'un garçon de deux ans et demi qui était sujet aux vomissements avec acétonémie. Un jour il commence un accès ; il a des vomissements, de la céphalée, une fièvre irrégulière et peu élevée ; on trouve une grande quantité d'acétone dans les urines. Le traitement n'apporte aucune amélioration. Bientôt apparaissent les symptômes d'une méningite tuberculeuse.

Passons à la MÉNINGITE A MÉNINGOCOQUES.

Les débuts sont également très divers, comme je l'ai montré dans ma leçon du 9 février 1924, publiée dans mon livre de *Clinique* consacré aux *Affections du système nerveux*, sur *Les premières phases cliniques des méningites à méningocoques chez les nourrissons*.

Les *formes à début brusque, à symptômes méningés précoces*, sont caractéristiques.

Le début est brusque ou rapide : la fièvre s'élève à 39° ou 40°. Les vomissements sont rares ; il y en a un ou deux. L'enfant est agité, hyperesthésié ; on constate de la raideur de la nuque et le signe de Kernig. Il n'y a pas d'acétonurie.

Dans ces cas, le diagnostic est aisé.

Toutefois, chez certains malades les vomissements avec acétonémie s'accompagnent précocement de symptômes méningés.

Par exemple, les malades de M. Torrès-Umana sont pris de vomissements ; leur haleine a une odeur d'acétone. Puis « il s'y ajoute, au bout de quelques heures, cette série de signes d'hyperexcitabilité nerveuse qui se nomme méningisme ». Ses trois malades ont de la raideur de la nuque, du signe de Kernig, des convulsions et, l'un d'eux, de l'opisthotonos ; ils tombent dans le coma.

Dans certains cas, les méningites à méningocoques revêtent des *formes à début atypique, trompeur, à symptômes méningés tardifs*.

Chez les nourrissons notamment la forme gastro-intestinale avec des vomissements répétés est commune.

Dans tous ces cas, l'absence d'acétonurie évite l'erreur. Mais, quand elle existe, la confusion est facile, puisqu'elle peut se rencontrer au début des méningites.

La ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien sont la seule ressource.

***

Les observations de mes malades illustrent les considérations cliniques que je viens d'exposer.

Ces deux enfants ont été atteints, l'un d'une méningite à méningocoques, l'autre d'une méningite tuberculeuse.

Le début de leur affection est atypique, il y est masqué par des syndromes cliniques de vomissements avec acétonurie.

Robert, à deux ans et demi, est pris de vomissements qui se répètent pendant plusieurs jours. Le septième jour, des convulsions décident l'entrée à l'hôpital.

L'enfant a l'aspect deshydraté ; il présente de la somnolence, la fièvre est élevée, l'haleine a une odeur d'acétone, les urines contiennent de l'acétone. On ne constate aucun signe méningé. On porte donc le diagnostic de vomissements avec acétonurie.

Certes, on aurait pu remarquer la durée anormale des vomissements, la persistance de la fièvre, penser à l'intervention d'une cause infectieuse car les infections peuvent entraîner l'acétonurie, ou à une infection intercurrente. Mais rien n'autorisait à penser à la méningite et surtout à une méningite à méningocoques qui aurait eu une période d'invasion bien longue.

Ce n'est que le onzième jour qu'on remarque la raideur de la nuque, le signe de Kernig ; on fait aussitôt une ponction lombaire et le diagnostic de méningite à méningocoques est posé.

Remarquons que chez le malade de M. Turries, le début a été semblable, mais les symptômes méningés sont apparus dès le sixième jour.

Roger, à sept ans, est pris de vomissements et de fièvre ; il a quelques douleurs de ventre qui font penser à l'appendicite et décident son envoi à l'hôpital, le cinquième jour, pour être opéré.

Il ne présente aucun symptôme méningé, il a de l'acétonurie. On porte le diagnostic de *vomissements avec acétonurie*. Cependant il a de la fièvre, 38°-38°5, et celle-ci aurait dû retenir l'attention.

C'est seulement le huitième jour qu'apparaissent des symptômes méningés. La ponction lombaire confirme l'existence d'une méningite tuberculeuse.

Ces observations montrent toute la complexité de la clinique et les difficultés que présente le diagnostic des affections et des maladies quand elles revêtent des formes atypiques.

La fraude se glisse dans tous les rangs de la société : n'a-t-on pas vu à une époque relativement récente qu'un chauffeur meurtrier avait transporté sa victime à l'hôpital de Montpellier, puis avait disparu. L'enquête révéla que ce chauffeur était un juge d'instruction de Nîmes ! (P. CHAVIGNY. — La simulation. *Paris Médical*, 20 août 1932.)

« Le Prof. J.-L. Faure conseille (*Bulletin et Mém. de la S. de Ch.* 30 mars 1927), de ne pas opérer les fibromes utérins qui peuvent attendre, pendant la période de mauvais temps, c'est-à-dire de décembre à février, à Paris : les phlébites post-opératoires seraient plus fréquentes durant cette période, peut-être à cause de l'infection grippale. (Voir également Fritzsche. Perturbations atmosphériques, thromboses et embolies pulmonaires. Schweizeriche Mediz. Woch. 20 sept. 1930.) (AIMÉS, de Montpellier. Météoro-pathologie. Un vol. Norbert Maloine, édit.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Instruments nouveaux

Un nouveau modèle d'aiguille atraumatique vient d'être imaginé par Carlos Castaldo.

Il s'agit d'une aiguille, droite ou courbe, dont l'extrémité postérieure présente deux orifices, l'un à l'extrémité postérieure et l'autre latéral à peu de distance du premier.

On fait passer le catgut par l'orifice postérieur ; il sort par l'orifice latéral. On le coupe longitudinalement avec une lame de rasoir mécanique, sur une longueur de 2 à 3 centimètres ; on noue ensemble les deux brins ainsi obtenus, on coupe ras du nœud, on tire sur le fil jusqu'à ce que la nœud se soit engagé complètement dans l'ouverture latérale.

On peut également préparer le catgut d'avance et l'introduire par l'orifice latéral.

(Carlos Castaldo. Un modelo de aguja atraumatica. *Prensa Medica Argentina*, 20 juin 1932.)

Tube digestif

Chez les hépatiques les réactions anaphylactiques se présentent sous trois formes : anaphylaxie d'origine vésiculaire, coliques hépatiques et dyspepsie.

La vésicule biliaire, enflammée chroniquement, calculeuse ou non, peut être le point de départ de substances sensibilisantes capables de déterminer des réactions violentes douloureuses des voies biliaires ou des troubles généraux d'ordre anaphylactique : asthme, urticaire, œdème de Quincke, etc.

L'existence de coliques d'origine anaphylactique est bien connue.

La dyspepsie alimentaire, associée ou non aux coliques hépatiques, donne une série de manifestations locales et générales : troubles apparaissant immédiatement après les repas, sensation de dilatation gastrique avec distension épigastrique et éructations, douleur épigastrique, diarrhée, tachycardie, somnolence; céphalée, troubles vasomoteurs (congestion de la face, cryesthésie), sensibilité hépatique et plus particulièrement vésiculaire, urticaire.

Toutes les méthodes de désensibilisation, proposées en clinique, trouvent leur application dans la thérapeutique de l'anaphylaxie alimentaire.

Il est nécessaire de traiter les insuffisances digestives, de veiller au fonctionnement des glandes annexes, de lutter contre les troubles endocriniens et de régulariser le système végétatif.

(Juan José Beretervide. La anafilaxia en los hepaticos. *Accion Medica*, juin 1932.)

Diphtérie

Une épidémie d'angine dans une colonie de vacances a permis de dégager des conclusions intéressantes :

1° La durée de l'incubation de la diphtérie peut dépasser largement les limites assignées par les auteurs classiques ; l'épidémie observée avait une allure cyclique, les nouvelles atteintes se produisant tous les dix à quinze jours.

2° L'adénopathie angulo-maxillaire de la diphtérie maligne n'envahit pas simultanément les deux côtés ; c'est d'abord l'un des côtés qui se prend pour se généraliser en quelques heures (six à dix-huit) au côté opposé.

3° La vaccination antidiphtérique antérieure diminue la gravité de l'angine löfflerienne, mais n'en préserve pas toujours.

4° La diphtérie chez les vaccinés est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Sur dix cas de diphtérie, six sont survenus chez des vaccinés, ce qui donne un pourcentage d'environ 12 % pour le total des enfants vaccinés (cinquante-quatre).

5° L'injection de sérum chez un diphtérique antérieurement vacciné se montre efficace dès la dose de 3 à 4 mille unités antitoxiques.

6° La durée de l'immunité n'étant pas encore établie et absolue, il semble que des revaccinations périodiques à des intervalles plus ou moins rapprochés soient souhaitables chez les enfants de six à douze ans.

(P. Ruggers et I. Fischer. A propos d'une épidémie d'angine. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 juillet 1932.)

Tuberculose

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire est extrêmement difficile, mais précieux au point de vue du pronostic et du traitement.

On peut distinguer, dans le diagnostic clinique, trois périodes :

1° *Une période très précoce.*

Les signes locaux sont minimes, pour ne pas dire nuls. Il n'y a que des signes généraux, d'ailleurs peu importants, et quelques symptômes se rapportant à l'appareil respiratoire.

Le diagnostic est plein de difficultés ; il s'appuie sur les antécédents, personnels et héréditaires, et sur les signes généraux : asthénie, hypotension, amaigrissement, tachycardie afébrile, rougeur des pommettes, instabilité thermique, fièvre de fatigue ou de croissance, prémenstruelle ou digestive.

Comme autres signes on peut citer : l'anorexie, l'arthralgie (pseudo-rhumatisme tuberculeux de Poncet), la pseudo-chlorose, l'albuminurie orthostatique, la splénomégalie, la micropolyadénopathie.

2° *Une période précoce.*

La lésion anatomique est minime ou légère ; elle donne des symptômes cliniques directs légers au niveau de l'appareil respiratoire : dyspnée, douleurs thoraciques, affaiblissement de la voix, toux sèche, parfois hémoptysie, asymétrie du thorax, dépression unilatérale des fosses sus et sous-claviculaires, omoplate ailée et plus basse, défaut de mobilité de l'angle supéro-interne d'une omoplate, défaut d'expansion d'un sommet, etc. Les signes physiques sont, bien que rares et discrets, de constatation à peu près régulière.

Il faut insister tout particulièrement sur les signes locaux, dont la valeur n'est pas toujours appréciée : douleur locale à la pression, rougeur locale à la pression, hypotrophie musculaire locale, adénopathie locale. La fixité des signes physiques locaux a une grande importance.

3° *Une période avancée.*

Le diagnostic est tardif, donc facile. La guérison est difficile. Les symptômes directs, indirects, radiologiques et biologiques sont au complet.

(G. Bocri. La diagnosi precoce nella tubercolosi secondo le moderne vedute. *Morgagni*, janvier 1932.)

Les formes latentes de tuberculose pulmonaire doivent être précisées au point de vue clinique et radiologique.

1° *La corticopleurite* est une forme de tuberculose à début sous-pleural, avec réaction bifocale : pleurale et pulmonaire.

Le foyer pleural, à siège lymphatique, détermine à un certain moment une réaction congestive corticopleurale, qui se manifeste par des symptômes très atténués : simple douleur pleurale, frottements légers, toux sèche généralement sans fièvre, parfois expectoration sanglante sans bacilles.

Radiographiquement la corticopleurite se rencontre facilement et fréquemment aux sommets.

2° *La lymphadénite tuberculeuse disséminée péribronchique* est une forme anatomo-clinique assez discutée.

Il s'agit de sujets qui ont eu déjà des manifestations scrofulo-tuberculeuses et qui ont une santé apparente suffisante pour qu'on ne les soupçonne pas de tuberculose. L'évolution clinique est lente et atténuée, comme pour les manifestations lymphatiques ou scrofulo-tuberculeuses. La constatation de cette forme est généralement une découverte à l'occasion de l'examen radiologique d'un sujet soi-disant sain. Signes discrets de toxémie, épisode fébrile, hémoptysie solitaire.

3° *La sclérose péribronchique diffuse* peut être considérée comme la suite de la forme précédente, avec la bénignité en moins.

Il s'agit en général du passage graduel à la sclérose tuberculeuse pulmonaire péribronchique, caractérisée par des crises catarrhales bronchiques à type asthmatique, des hémoptysies, des phénomènes d'insuffisance cardiaque chronique et parfois par un léger embonpoint. L'aspect radiographique de cette forme est bien connu.

(Adriano Muggia. L'accertamento clinico delle forme latenti di tuberculosi nelle popolazione italiana. *Rivista di patologia e clinica della tubercolosi*, 30 juin 1932.)

Syphilis

Deux cas de pseudo-tumeur syphilitique de l'intestin permettent de reconstituer le tableau clinique de cette complication.

Le début est avant tout tardif : de 15 à 20 ans après l'infection. Il est souvent brusque : douleurs très violentes dans la région iléo-cæcale, vomissements, hoquets, fièvre violente élevée ; ces phénomènes de semi-occlusion s'amendent d'habitude dans les 24 heures.

Il reste une gêne permanente dans la région iléo-cæcale avec des poussées douloureuses périodiques. On perçoit une tumeur cylindrique, nette, mobile et sensible.

Les autres symptômes consistent en fièvre variable, avec poussées élevées, constipation et leucocytose.

Dans la période initiale on peut confondre la pseudo-tumeur avec l'appendicite, plus tard on pense à la tuberculose iléo-cæcale et, plus rarement, au cancer du cæcum.

Les antécédents, la réaction de Wassermann et le traitement spécifique permettent de faire et de confirmer le diagnostic.

(I. Hatieganu et I. Jacobovici. Doua cazuri de pseudo-tumora intestinala de natura sifilitica. *Clujul Medical*, 1er juin 1932.)

Paludisme

Les observations sur le paludisme faites à Campo Lugar (Caceres) de mai à novembre 1931, ont permis de poser des conclusions intéressantes.

L'année 1931 a été assez bonne ; d'après les médecins et les habitants la situation était plus mauvaise il y a deux ou trois ans. Peut-être est-on en présence d'une phase de régression du cycle ondulant paludique, qui, combinée avec les pluies anormales, a permis d'améliorer la statistique.

Qu'il en soit ainsi ou non, le fait positif et essentiel est le suivant : 24 % de la population sont touchés par le paludisme ; la situation est donc assez sérieuse pour engager à prendre des mesures énergiques.

L'immense majorité des moustiques se développe dans la rivière et ses affluents, qui présentent des nappes liquides immobiles.

Les auteurs proposent d'employer les procédés antilarvaires.

(R.-B. Hill et J. Olavarria. Estudio del paludismo en Campo Lugar (Caceres). *Revista de Sanidad e Hygiene Publica*, juin 1932.)

Chirurgie

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode classique de Lorenz donne un pourcentage élevé de guérisons radicales et définitives entre deux et quatre ans.

A partir de 5 ans les difficultés augmentent proportionnellement à l'âge, principalement dans les luxations doubles et dans les luxations iliaques postérieures unilatérales. Ces difficultés proviennent presque uniquement des parties molles raccourcies ; pour les allonger le meilleur moyen consiste dans une extension continue et progressive d'un à trois mois, renforcée par le massage et le pétrissage.

Les tractions verticales, c'est-à dire perpendiculaires au plan de la table, nécessaires dans les luxations iliaques postérieures avec fort déplacement en arrière, nécessitent la fixation du bassin, que l'on obtient avec le pelvi-fixateur construit sur les indications de l'auteur.

Si les manœuvres de réduction échouent, on se contente de fixer la hanche dans un appareil plâtré, en forte abduction et rotation externe. Deux ou trois semaines après on enlève une large bande plâtrée au niveau de la hanche ; la partie inférieure de l'appareil, qui enserre la cuisse et la jambe, présente un point d'appui excessivement favorable et pratique pour les tractions et les mouvements nécessaires ; on arrive ainsi à réduire à dix ans des luxations déclarées irréductibles à six par des spécialistes qualifiés.

Dans les cas où la radiographie montre une tendance à la reluxation, par suite d'un toit cotyloïdien insuffisant ou même inexistant, il faut, pendant les heures de repos, maintenir les jambes en forte abduction et flexion, dans le décubitus abdominal de préférence, autrement dit dans la *position de la grenouille* ; à l'appui du choix de cette position, on cite le fait que les négrillons ne sont jamais atteints de luxation congénitale, sans doute parce que, dès leur naissance, ils sont portés sur le dos de leurs mères, attachés et les jambes écartées.

Chez les malades qui n'ont pas été traités en bas-âge, chez ceux dont la réduction n'a pas réussi ou ne s'est pas maintenue, on peut proposer les interventions sanglantes : réfection du cotyle, réduction sanglante, ostéotomie du fémur ; ils sont améliorés entre 15 et 35 ans ; au delà de cet âge elles n'ont plus de raison d'être.

Les sujets, qui ont dépassé les limites de l'opérabilité, bénéficient des ressources de la physiothérapie.

(P. Nicod. Traitement de la luxation de la hanche. *Revue Médicale de la Suisse romande*, 25 juillet 1932.)

Thérapeutique

Le mercurochrome — 220 soluble, fixé à la surface d'un tissu ne semble pas avoir d'action bactéricide directe.

Il ne pénètre pas dans la peau, mais se fixe dans les couches les plus superficielles de l'épiderme.

Il pénètre les tissus nécrosés et morts et les imprègne profondément.

La toxicité du mercurochrome est relativement faible, mais une solution à 5 % est déjà irritante pour les muqueuses.

Le mercurochrome ne détruit pas les bactéries qui ont pénétré dans une plaie ; il ne peut que désinfecter la surface des tissus nécrosés. Cette action limitée est du reste le lot de tout antiseptique, si bien que l'on peut dire qu'il n'y a pas de véritable antiseptique. En cas d'urgence ou pour les blessures superficielles, un antiseptique vaut quand même mieux que rien du tout. L'absence de toute irritation peut être un avantage, spécialement pour les plaies et les traitements prolongés ; mais il faut toujours avoir présentes à l'esprit les bornes de l'efficacité de cet antiseptique.

Telles sont les conclusions du rapport au Conseil de pharmacie et de chimie.

(W.-F. von Œttingen, O.-V. Calhoun, V.-A. Badertscher et R.-E. Pickett. Comparative studies on mercurochrome and other antiseptics. *Journal of the American Medical Association*, 9 juillet 1932.)

L'hyposulfite d'or et de sodium est dans certains cas d'une efficacité incontestable ; mais, s'il est souvent utile, il est parfois dangereux.

La cure doit commencer par des *doses de tolérance*, de 0,020 à 0 gr. 025, répétées plusieurs fois de suite, une ou deux fois par semaine.

On peut ensuite aborder les doses supérieures, en passant par une gradation prudente de 5 à 25 centigrammes (dose maxima hebdomadaire).

La dose optima, qu'il paraît inutile de dépasser, varie avec les individus et les cas. Cette dose optima n'est pas toujours nécessairement la même pour un même sujet. Elle sera généralement moins élevée en seconde cure qu'en première.

Si les résultats obtenus se maintiennent mal, on institue la cure d'entretien de Debbaudt (d'Hynsdaele) ; on continue la dose optima à raison d'une injection toutes les deux ou trois semaines.

Les résultats obtenus chez 383 malades des sanatoria de Marcinelle, Hynsdaele et Eupen, sont les suivants:

Bons (guérisons et arrêts évolutifs) 159 soit 41,45 %.
Douteux (stabilisation provisoire) 33 soit 8,73 %.
Nuls (or inutile ou mal supporté) 178 soit 44,80 %.
Insuffisants (interruption de la cure) 19 soit 5,03 %.

(R. Courtois, A. Debbault et H. Faniel. L'hyposulfite double d'or et de sodium en tuberculose pulmonaire. *Scalpel*, 23 juillet 1932.)

Les savons ont une action hypotensive marquée.

On saponifie de l'huile d'olive ; on dissout le savon obtenu dans du sérum physiologique, dans une proportion de 2 %.

Une injection intraveineuse de 10 c. c. donne, en un temps variant de 2 à 5 heures, un abaissement de la tension artérielle, une diminution de la viscosité sanguine, une augmentation de la rapidité de circulation et une élévation considérable de la diurèse (parfois trois litres en 24 heures).

Dans les cas graves on peut injecter 20 et même 30 c. c.

L'administration par voie orale a une action plus lente. Une dose journalière d'un gramme, pendant quinze jours, donne toujours des résultats favorables.

(E. Chagas. Estudos sobre a tensao arterial. *O Hospital* juin 1932.)

Aphorismes

On est encore loin d'être d'accord entre médecins, et j'ose ajouter entre otologistes même, sur le moment précis où une otite moyenne aiguë est devenue une mastoïdite (Albert Barraud, de Lausanne).

La notion, que le cancer de l'estomac appartient à l'âge mûr, est si profondément ancrée dans l'esprit du clinicien, qu'il y pense difficilement en présence d'un malade de moins de trente cinq ans. (Heliodoro G. Mogena, de Madrid.)

J. Lafont.

Traitement des furoncles. — Appliquer sur la région enflammée un mince disque de savon humide gros comme un clou et le fixer au moyen d'un bandage adhésif. Diminution rapide de la démangeaison et de la tension, dit Bayer (*Munchner medizinische Wochenschrift*, 22 avril 1932), qui conseille ce moyen pour ramollir et faire percer les furoncles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 décembre 1932

Effets remarquables de la diathermo-coagulation dans les cancers des radiologistes atteints de radio-dermites. — *M. S. Turchini* rapporte une observation personnelle très importante pour ceux qui sont exposés aux rayons X ou aux rayons du radium.

Après avoir été atteint d'une radiodermite chronique des deux mains, il a vu apparaître sur la main gauche des lésions dont les débuts remontent à une dizaine d'années, et qui résistèrent aux divers traitements. Il dut subir l'amputation successive de l'index, du médius et de l'annulaire, de telle sorte qu'en mai 1932, il ne lui restait plus que le pouce et l'auriculaire comme moyens de préhension.

Sur cette main apparurent des fissures profondes au niveau d'un élément corné de 3 cm² développé sur la partie dorsale et interne de la première phalange du pouce. Deux autres éléments cornés de 2 cm² siégeaient sur le moignon d'amputation de l'index et sur la face dorsale du poignet.

Une amputation de la main semblait nécessaire en raison de l'apparition de douleurs se produisant au moindre choc.

C'est alors que l'auteur eut recours à la coagulation diathermique des trois placards épithéliomateux, après anesthésie locale.

Après l'intervention, bains quotidiens dans l'eau bouillie additionnée de quelques gouttes de teinture d'iode, puis pansement gros pour éviter la macération et la production d'eczéma. La cicatrisation se produisit dans les six semaines qui ont suivi l'intervention, sans que reparaissent les douleurs. Les cicatrices sont souples et permettent de retrouver les mouvements avec l'amplitude qu'ils présentaient avant la dégénérescence épithéliomateuse

Séance du 3 janvier 1933

Tumeurs malignes provoquées chez le lapin par l'irradiation de foyers inflammatoires. — *M. A. Lacassagne* rappelle d'abord qu'en 1929, avec Vincent, il avait vu trois fois apparaître, chez des lapins porteurs d'abcès de la cuisse, dus à l'injection de streptobacillus canæ, traités par les rayons X un sarcome sur la région irradiée.

Chacun de ces néoplasmes était de variété histologique particulière ; un sarcome ostéogenique, un fibrosarcome ; un sarcome à cellules polymorphes, probablement musculaire.

Depuis, deux nouveaux cas de sarcome de la cuisse obtenus dans des conditions comparables, ont confirmé que le fait observé n'était pas seulement dû à une coïncidence fortuite. Cependant aucun des animaux normaux, des témoins irradiés avec la même technique n'a présenté de tumeur, non plus que ceux infectés avec le streptobacille, et non irradiés ; deux facteurs : foyer inflammatoire et radiations paraissent ainsi indispensables à la production de tumeurs malignes. Le résultat est encore le même lorsque le foyer inflammatoire est aseptique, provoqué par une poudre inerte, comme la terre stérilisée de diatomées ; par contre les rayons X n'ont pas déterminé de tumeurs sur des abcès tuberculeux chroniques à bacille aviaire. Le mécanisme de la production des tumeurs reste encore obscur.

M. PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 janvier 1933

La valeur nutritive des œufs. — Après une discussion très animée, l'Académie vote un amendement de *M. Hayem*, ainsi conçu :

L'Académie de médecine, considérant que la valeur nutritive des œufs est incontestable ; que les médecins traitants sont les seuls qualifiés pour prescrire les œufs dans les régimes des malades, des enfants, des vieillards ; estime qu'il n'est pas utile de répondre à la question qui lui a été posée par le président de la Société centrale d'aviculture.

Les procédés d'hémoculture à mettre en œuvre au cours des fièvres ondulantes. — Dans une note présentée par *M. Hugounencq*, *M. Jullien* (de Joyeuse, Ardèche), insiste sur l'importance des espèces pathogènes associées aux brucellas pour expliquer le polymorphisme clinique et la gravité variable des cas de fièvre ondulante. Il démontre que l'hémoculture met en évidence divers microbes pathogènes, streptocoques, colibacilles, bacilles de Koch, etc., dans des cas graves et se terminant quelquefois par la mort. Ces associations microbiennes impliquent un pronostic généralement grave. L'auteur donne des indications de technique et de culture.

L'anaphylaxie congénitale. — *M. Nattan-Larrier.* — L'animal, comme l'enfant, peut naître en état d'anaphylaxie et le demeure pendant longtemps, sinon pendant toute sa vie; ainsi s'expliquent certains accidents de la première et de la seconde enfances. L'anaphylaxie congénitale est en relation avec une modification de la perméabilité du placenta qui cesse de s'opposer au passage des substances qu'il arrête à l'état normal. Le trouble du fonctionnement de l'organe peut être déterminé par de multiples facteurs, par certaines substances alimentaires qui sont ingérées en excès par la mère, ou par certains produits thérapeutiques qui lui sont administrés. Elle peut dépendre également de la présence de sels biliaires dans le sérum maternel, Quelques états pathologiques de la mère, la diète à laquelle elle est soumise pendant la grossesse, les médicaments qui lui sont alors donnés parviennent donc à modifier d'une manière permanente la sensibilité anaphylactique de l'enfant.

Transmission du rouget du mouton à l'homme. Valeur diagnostique de l'intradermo-réaction. — *M. Lemierre* après avoir rappelé qu'à l'heure actuelle le rouget du porc atteint fréquemment les ovins, chez lesquels il détermine des ostéo-arthrites, rapporte une observation d'érysipéloïde survenu chez un boucher consécutivement à une piqûre de la main par un éclat d'os de mouton. Le diagnostic de l'affection fut établi par la constatation du bacille de Pasteur et Thuillier dans la sérosité d'une phlyctène développée en pleine zone érythémateuse.

Ce fait paraît être le premier exemple, en France, de transmission du rouget du mouton à l'homme bactériologiquement démontrée. On sait en effet qu'il est très souvent impossible de mettre en évidence la présence de l'agent spécifique de cette maladie dans l'érysipéloïde humain. A défaut de cette constatation on peut tenter d'en établir le diagnostic rétrospectif au moyen de l'intradermo-réaction. Celle-ci, chez le malade étudié par l'auteur, s'est montrée positive, faiblement après inoculation intradermique de culture de bacille du rouget tuée par la chaleur, fortement après utilisation d'un antigène constitué par les protéines de ce bacille en suspension dans l'eau salée.

Action de la mélitine administrée par voie buccale sur la fièvre ondulante. — *M. Habadou-Sala.*

Six observations anatomo-cliniques d'albuminurie massive chez des tuberculeux pulmonaires chroniques. — *M. Béthoux.*

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Diagnostics erronés de syndrome entéro-rénal

La notion du syndrome entéro-rénal a rencontré auprès du public médical une faveur remarquable. Il apparaît à M. Gérard, de Lille (*Congrès français d'urologie*, 1932) qu'actuellement, on en est arrivé à une phase d'exagération, et qu'on porte ce diagnostic beaucoup trop facilement : on néglige les affections multiples du rein, qui appellent la localisation infectieuse, pour ne plus considérer et traiter que la colibacillurie elle-même. Si bien que, souvent, on en est amené à ne plus traiter que l'effet au lieu de la cause.

A l'appui de ses dires, l'auteur analyse en détail quatre observations.

Quand on a à traiter une infection du rein par le colibacille, il faut considérer : 1° le facteur rénal où aboutit et se fixe l'élément infectieux ; 2° le facteur intestinal d'où il part.

Il ne faut pas exagérer le rôle du facteur intestinal ; si le colibacille colonise au niveau du rein, c'est qu'un état pathologique de celui-ci appelle et favorise les possibilités d'infection. Un examen urologique circonstancié pourra très souvent en préciser la nature. Il ne faut donc pas que le diagnostic de syndrome entéro-rénal devienne un diagnostic d'insuffisance et de facilité. Toute colibacillurie demande une exploration urologique complète commençant par une radiographie des voies urinaires.

VARIÉTÉS

Musique et race

A propos de la musique chez les Hébreux

Par le Docteur **M. SCHACHTER** (Bucarest)

De tous les temps, le Juif a manifesté ses sentiments de joie par des chants. Ainsi, dans l'Exode, on nous raconte que les Juifs, après la traversée de la Mer Rouge, ont chanté des louanges au Seigneur. Un commentateur de la Bible dit que le passage biblique : « Alors Moïse et le fils d'Israël chantèrent, etc. », doit être compris dans le sens que ce fut pour la première fois que l'occasion fut donnée aux mortels de chanter un hymne au Créateur.

Les prophètes avaient aussi un culte accentué pour la musique ; c'est pendant la musique qu'ils entraient souvent dans leur extase mystique. Ainsi, le prophète Elisée. On nous raconte que toutes les fois que l'on avait besoin des avis de ce prophète, on lui amenait un musicien et l'inspiration prophétique s'éveillait avec la musique de ce dernier. A. Lods, nous dit que les musiciens savaient aussi prophétiser et que jouer d'un instrument était synonyme de la notion de prophétiser. L'idée qui y préside est que la musique a une origine divine et que, par conséquent, elle permet de se mettre en rapport immédiat avec la divinité.

Dans le dernier siècle, le Hassidisme a fait renaître et a remis à la place d'honneur les chants mystiques et la danse religieuse. On sait que dans l'Antiquité, les filles de Jérusalem étaient renommées pour leurs danses et chants.

Dans l'éducation que l'on donne à l'enfant juif, on insiste aussi sur l'ouïe et les paroles du législateur-pédagogue juif : « écoute, mon fils, les paroles de ton père... » etc. cristallisent justement la prépondérance de l'ouïe dans la vie spirituelle des Juifs. La constatation de cette prépondérance de l'ouïe n'est certes pas neuve ; ce qui nous intéresse est de trouver une explication juste de cette constatation unanime.

Pour A. Lods, l'explication est anthropologique, en ce sens que pour cet auteur la conception que les Juifs se faisaient de la musique ne se distinguait pas de celle que s'en faisait tout autre peuple primitif contemporain. En effet, comme les autres peuples, autour et au milieu desquels ils ont vécu, les Juifs ont adopté une série de croyances relatives à la musique. Ainsi, tout comme ces peuples, ils admettaient que la musique était d'origine divine ; elle était censée pouvoir apaiser non seulement la colère, les crises épileptiques, etc. des hommes, mais aussi celle de Dieu. Elle avait aussi le don magique de chasser les mauvais esprits. C'est la raison pour laquelle le Grand-prêtre ne devait entrer dans le sanctuaire que vêtu de son habit cérémonial orné de clochettes. Un passage du Talmud, cité par A. Lods, dit que les clochettes protégeaient par leurs sons les fils des princes, contre les mauvais esprits et le « mauvais œil » (Talmud Babylone, Schabb, 67 a).

En un mot, les Juifs avaient la même, ou à peu près la même idée de la musique comme instrument magique que les autres peuples primitifs. Et c'est cette interprétation mystique qui a survécu de nos jours.

Une interprétation psychologique de la prédominance du sens de la musique chez les Juifs veut que l'ouïe, étant le moins matériel des sens et se projetant plutôt dans le temps que dans l'espace, cadre mieux avec la représentation qu'avaient les Juifs de leur mission de propager toujours la parole de Dieu ; on sait que dans la Bible le peuple d'Israël est considéré comme étant formé seulement de prêtre, ayant la mission spirituelle de propager la Bible de Dieu.

Psychologiquement, nous pouvons comprendre que l'acquisition faite par l'oreille se retient avec une nuance qui imite « le vécu ». La pratique de tous les jours est là pour

le démontrer. D'ailleurs, il est très caractéristique pour ce peuple, qui a cultivé son oreille, de dire ici que la majorité de ses monuments de civilisation, c'est-à-dire les enseignements de la science des Talmudistes, fut gardée longtemps grâce à l'ouïe seulement. C'est la tradition orale.

L'analyse plus approfondie nous montre que nous pouvons essayer une explication plus réaliste peut-être, de cette prépondérance de l'ouïe et du culte de la musique des Hébreux. Cette nouvelle explication est partie de la théorie « individualiste » du Docteur Adler de Vienne, qui pose au centre des pensées, l'idée si juste de la « Minderwertigkeit », c'est-à-dire du sentiment d'infériorité des organes ou des fonctions. C'est H. Rosenthal qui a essayé, en se basant sur l'adlerisme, de donner une explication scientifique de la prépondérance et des inclinaisons vers la musique, des Juifs.

On se rappelle comment Adler a montré que les imperfections morphologiques ou fonctionnelles d'organes aboutissent à la longue à une sorte de super-fonction ou de superstructure des organes dits « inférieurs ». Le mécanisme intime de ce processus réside dans le fait de l'entraînement pour ainsi dire perpétuel auquel est soumis l'organe « inférieur » du porteur. Cet entraînement est dicté justement par le fait que cet organe ou cette fonction est toujours une préoccupation quasi obsédante du porteur. Cet organe, « le moins heureux », selon le mot de Adler, est néanmoins le plus adoré et c'est encore lui qui tient en éveil l'esprit de l'homme. Cette « surcompensation » peut aller si loin qu'avec le temps, le caractère du porteur soit tout à fait changé ; et que cet organe surcultivé arrive à « stigmatiser » en quelque sorte le porteur de l'organe ou de la fonction ci-devant « inférieure ».

En appliquant ces arguments à l'étude de la question des rapports entre la race juive et son penchant vers la musique, nous pouvons dire que ce qui semble donner raison à Rosenthal, c'est le fait que chez les Juifs on trouve une infériorité héréditaire assez nette de l'appareil auditif. En effet, des statistiques soigneusement faites par H. Rosenthal il résulte que la surdi-mutité des Juifs dépasse de 60 à 90 % celle des non-Juifs. M. Fishberg, dont l'autorité en matière d'anthropologie juive est partout connue, tout en niant l'existence de stigmates raciaux, admet néanmoins que cette infirmité du système auditif, est plus fréquente chez les Juifs qu'ailleurs. La cause de cette tare héréditaire, on ne peut qu'invoquer des hypothèses vagues, dont la consanguinité est peutêtre la mieux fondée. L'otosclérose semble aussi être très fréquente chez les Juifs, de même les anomalies de l'appareil auditif en général. Il semble que cette infirmité raciale, *ait stimulé* le culte si ambitieux de la musique et de tout ce qui est voisin de cet art. Cette explication est certainement la plus intéressante que nous ayons maintenant.

Les recherches des spécialistes sont là pour démontrer le bien-fondé de ces assertions, et pour donner droit d'existence à cette hypothèse très intéressante.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

Les maladies périmées. L'hysterie. — *Sous ce titre, le Docteur Josserand, médecin des hôpitaux de Lyon, publie, dans le* LYON MÉDICAL (*18 décembre 1932*), *les notes suivantes trouvées dans les papiers de son père, le Docteur Etienne Josserand, mort l'année dernière :*

En même temps que des maladies nouvelles, dues à la facilité des communications, font leur efflorescence, on assiste inversement à la disparition de maladies anciennes, par découverte de l'agent pathogène, progrès de l'hygiène préventive, ou bien

enfin par modifications sociales, morales, psychologiques, éducatives.

C'est de ce dernier chapitre que relève l'hystérie. Elle était en 1880 d'observation quotidienne, et elle paraît avoir disparu.

Une question s'est posée : l'hystérie n'était-elle que le fruit de notre imagination ? Certes non.

Evidemment, on exagérait et je l'avais moi-même signalé, mais on n'en observait pas moins, avec netteté, diverses manifestations de cette névrose, entre autres l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et l'hémosialémèse.

Soit, elles existent, disent certains, mais les médecins les ont créées : cliniques de Charcot, dressage, suggestion. Et à côté de ce pithiatisme inspiré existerait un pithiatisme spontané, au contact de l'entourage morbide : imitation de paralysies, d'anesthésies, hystéro-traumatisme.

En réalité, ces vues actuelles ne sont pas entièrement exactes. Tout d'abord, en ce qui concerne l'hémosialémèse, le rôle du « dressage » médical est très certainement minime : j'aurais dû en voir ma salle d'hôpital de plus en plus remplie à mesure que je la recherchais mieux : or ce fut tout le contraire, et les dernières années, elle se faisait de plus en plus rare.

En réalité, si ces malades sont bien des mythomanes, s'ils fabulent, simulent, ce ne sont pas seulement les autres qu'ils trompent, c'est eux-mêmes qu'ils mystifient. Et ceci tient à un perturbation de l'arc réflexe psychologique constitué par les influences centripètes, les réactions centrifuges et l'équilibre intermédiaire du centre psychique.

Les influences centripètes hystérogènes, jadis nombreuses, sont actuellement périmées : avant tout, le désœuvrement, la solitude, campagne, bergères, bonnes reléguées, seules, dans leur cuisine.

L'aliment du système nerveux, l'action, fait défaut : l'ennui, l'espace, une voile qui fuit comme l'espoir qui passe.

Quant à la réaction centrifuge, elle était entravée par les scrupules, la force du frein moral.

Dans ces conditions, le système nerveux tournait à blanc : mythomanie, fabulation, auto-suggestion, malades imaginaires qui inquiètent et enterrent tous leurs parents : fait capital : l'auto-ébranlativité acquise du système nerveux.

Actuellement, ces conditions ont disparu, on n'a pas de temps pour les sensations imaginaires, on n'a plus d'hallucinations quand on a la vie trépidante et le cinéma, quand on est transporté dans les tramways comme du bétail, on ne fabule pas quand il y a tant d'événements, on n'est plus somnambule quand on se couche harassé.

La vie intérieure est remplacée par la trépidation. Les difficultés de l'existence ne permettent plus les soucis en miniature.

Le sport a mâté le vague à l'âme du romantisme. Les faits ont comblé le vide que remplaçait l'imagination.

Sans doute la médication perturbatrice, parfois utile dans les maladies infectieuses, joue-t-elle son rôle ici.

La psychoclasie par chocs extérieurs, peut-être génératrice d'autres névroses, semble s'opposer au processus hystérogène.

Dans l'ensemble, actuellement, l'arc réflexe psychologique fonctionne sans entraves et de façon plus élémentaire, plus physiologique, plus bestiale qu'autrefois. Il n'admet que l'excitation extérieure, exogène, non intérieure, endogène, et il y répond immédiatement par de l'énergie : aussi agit-on, et même on suragit, aussi produit-on et même on surproduit.

La vie contemporaine a donc à la fois ses avantages et sa rançon. Comme on n'a plus le temps de réfléchir, cela expose à agir inconsidérément et à tourner le dos au bon sens. On imagine moins de bêtises, mais on en fait peut-être davantage. La rêverie était un frein, un contingentement, une réserve peut-être utile tandis que maintenant l'imagination, au lieu d'être une voie de garage, lance les véhicules à des vitesses où les culbutes remplacent la stagnation.

C'est là une nécessité de la dureté des temps actuels, qui sont peut-être une époque de transition.

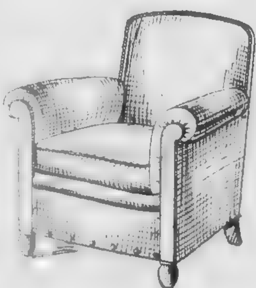
Mais viennent la cicatrisation de nos plaies, le retour à la prospérité, et les loisirs sereins apporteront de nouveau avec eux le

charme et aussi les tares qui caractérisent les périodes de tranquillité.

Gœthe et l'anatomie. — C'est le titre d'un article du Docteur Jacques Henriet (*Strasbourg Médical*, 25 novembre 1932.)

C'est à Strasbourg que Gœthe, juriste peu assidu aux cours de ses maîtres, commença à s'occuper d'anatomie.

« Strasbourg, dit Ernest Faivre, possédait alors, comme aujourd'hui, une Faculté de médecine célèbre ; des professeurs distingués tels que Lobstein, réunissaient autour de leur chaire, une jeunesse nombreuse et assidue... Gœthe s'intéressant à tout, devint un des auditeurs les plus zélés de l'école : il étudia l'anatomie, fréquenta les cliniques, malgré la répugnance que



lui inspirait la vue des malades. Lobstein... lui prodiguait ses leçons et ses conseils. »

C'est à ce moment que, dans le laboratoire d'anatomie de l'Université, entre deux voyages à Sessenheim, faits rapides, pour rendre visite à la jolie Frédérique, il fit ses premières dissections et que peut-être germa, dans son esprit, la première idée de l'anatomie comparée.

Plus tard, au cours de ses nombreux voyages, Gœthe rencontra des hommes illustres et parmi eux : Lavater qui exerça sur lui une heureuse influence et l'engagea à poursuivre ses recherches en ostéologie. Lavater en effet était persuadé de l'extrême importance des os. « Je soutiens, avait-il écrit quelque part, que le système osseux est en quelque sorte l'esquisse fondamentale de l'homme ». Bien plus, d'après une lettre écrite à Herder en 1775, il semble certain que Gœthe soit devenu l'élève et le collaborateur de Lavater.

Enfin, c'est à Weimar, dans le voisinage de l'Université d'Iéna, dans l'ambiance d'une cour brillante, gaie et cultivée, sous l'impulsion du Prince Charles-Auguste, que Gœthe poursuivit et compléta sous la direction du Professeur Loder, ses études d'anatomie comparée. A ce moment, il visite les collections, s'assied modestement sur les bancs de l'école et reprend le scalpel. Il abandonne ses livres, regarde, observe, cherche avec méthode, avec précision, avec patience. Et bientôt il découvre l'os intermaxillaire humain : « J'éprouve, écrit-il aussitôt à Madame de Stein, une joie inappréciable ; j'ai fait une découverte anatomique aussi importante qu'inattendue. Ma sensation a été si vive que mes entrailles en ont été remuées. »

Encouragé par Herder, Knebel, Madame de Stein, Gœthe adresse ses travaux à des anatomistes et à des juges compétents. Il les soumet à l'éminent Camper qui les reçoit avec bienveillance, gentillesse, loue le zèle de l'auteur, mais refuse les éloges que Gœthe attendait. Blumenbach, plus sévère encore, n'hésite pas à déclarer que l'os intermaxillaire n'existe pas chez l'homme. Quant à Sœmmering, il trouve que c'est là : « L'œuvre d'un écolier et qui a dû coûter beaucoup de peine à l'auteur... »

Os intermaxillaire, crâne vertébral, os pétreux, tels sont les différentes parties du squelette que Gœthe a étudiées et au sujet desquelles, poète et philosophe, il a su cependant avoir des idées originales et le plus souvent justes.

.....Gœthe, en recherchant son archétype osseux, en étudiant la loi de balancement des organes, en indiquant une méthode de recherche et de classification pour les travaux anatomiques, a fait œuvre de zoologiste, de véritable anthropologiste.

Ce n'est plus l'étude d'un détail anatomique mais sa signification dans l'équilibre du squelette, ce n'est plus son développement embryologique, mais la place qu'il occupe dans l'évolution du genre et de l'espèce, ce n'est plus la description de l'anatomie, c'est la philosophie de l'anatomie ; dans ce domaine, Gœthe se rencontre et parfois se heurte aux Cuvier, aux Geoffroy-Saint-Hilaire ; comme eux il a su s'élever jusqu'à la synthèse, il a su voir, il a su conclure.

Peut être le philosophe a-t-il parfois dépassé le savant et l'a-t-il entraîné dans de grossières erreurs, mais il n'en reste pas moins vrai que s'il faut faire une part aux conceptions purement imaginaires de Gœthe, la moisson est belle de ses travaux vraiment utiles à la science ; nul ne le conteste, et nul ne paraît plus qualifié que Geoffroy-Saint-Hilaire pour écrire dans les comptes rendus de l'Académie des sciences en 1836 :

« Une des plus hautes idées du siècle en philosophie naturelle est la question de l'unité organique : l'esprit humain, et l'honneur d'un succès aussi mémorable appartient à Gœthe. »

« .... Le Corps médical peut cependant faire son *mea culpa* sur un point particulier, qui a son importance. Je fais allusion ici à la rubrique des « postes médicaux » qui figure dans plusieurs journaux de publicité pharmaceutique. On y voit foisonner — sur le papier — les postes de 100.000, 150.000 francs et même davantage. Si j'en juge par certains exemples que le hasard m'a permis de vérifier, il y a là des exagérations véritablement scandaleuses, pour ne pas employer de termes plus sévères. Que peut penser le fisc, devant de tels chiffres, comparés à ceux des déclarations qui lui sont faites ? » (*Index Médical*, décembre 1932.)

Fondé en 1873. — N° 4 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 28 JANVIER 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)

Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790

Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. —24 janvier. — M. Noel. Etude des intoxications d'origine alimentaire par l'arsenic.

25 janvier. — M. Gérard. Les abcès du poumon guéris spontanément. — M. Kun. Etude de la maladie de Madeling.

Concours d'agrégation des Facultés de médecine. (1er degré). — Le nombre des candidats qui pourront être admis à la suite des épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) est modifié ainsi qu'il suit pour les catégories suivantes :

Première division. — *Biologie.* — Catégorie C : Histoire naturelle médicale et parasitologie, 3 au lieu de 2.

Troisième division. — *Chirurgie et obstétrique.* — Catégorie J: Chirurgie, 14 au lieu de 10.

Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des Facultés de médecine (1er degré) :

Première division. — *Biologie.* — Catégorie A : Anatomie. — Académie d'Aix : M. Salmon (histologie, organogénèse, anatomie), 7 + 8 + 15 = 30.

Académie de Montpellier : M. Jayle (histologie, organogénèse, anatomie), 7 + 8 + 16 = 31.

Catégorie B : Histologie. — Académie de Paris : M. Bulliard, 17 + 16 = 33.

Catégorie C : Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Académie de Paris : MM. Coutelen, 18 + 18 = 36 ; Langeron, 20 + 20 = 40.

Académie de Nancy : M. Dombray, 17 + 17 = 34.

Catégorie E : Anatomie pathologique. — Académie de Paris : MM. Albot, 19 + 17 = 36 ; Foulon, 18 + 18 = 36.

Catégorie H : Physique. — Académie de Bordeaux : MM. Wangermez, 19 + 18 = 37.

Catégorie H *bis* : Pharmacologie et matière médicale. — Mlle Lévy, 19 + 18 = 37.

Deuxième division. — *Médecine générale et médecine légale.* Catégorie I *bis* : Médecine légale. — Académie de Paris : M. Desoille, 18 + 18 = 36.

Académie de Lille : M. Muller, 16 + 14 = 30.

Troisième division. — *Chirurgie et obstétrique.* — Catégorie J : Chirurgie. — Académie de Paris : MM. Banzet, 15 + 15 = 30 ; Blondin, 17 + 17 = 34 ; Lecœur, 16 + 17 = 33 ; Mégnin, 15 + 17 = 32 ; Merle d'Aubigné, 16 + 16 = 32 ; Padovani, 15 + 15 = 30.

Académie d'Aix : M. Paoli, 17 + 16 = 33.
Académie de Bordeaux : M. Magendie, 16 + 16 = 32.
Académie de Nancy : M. Chalnot, 18 + 17 = 35.
Académie de Toulouse : M. Bertrand, 14 + 16 = 30.
Académie de Lyon : MM. Caillot, 13 + 17 = 30 ; Carcassonne, 15 + 16 = 31 ; Marion, 17 + 17 = 34 ; Pouzet, 14 + 16 = 30.

Catégorie J *bis* : Ophtalmologie. — Académie de Paris : M. Renard, 19 + 19 = 38.

Nota. — Les résultats pour les catégories ci-après : D. Bactérologie ; F. Physiologie ; G. Chimie ; I. Médecine générale ; J *ter.* Oto-rhino-laryngologie ; J *quater.* Urologie ; K. Obstétrique, seront publiés ultérieurement.

L'agrégation et l'arrêt du recrutement des fonctionnaires. — Une délégation d'étudiants accompagnée par M. Charléty et par les doyens des Facultés a été reçue par le ministre.

Il résulte des déclarations de M. de Monzie qu'il n'entre pas dans les intentions du gouvernement de supprimer, en 1933, des concours dont les besoins de l'éducation nationale exigent le maintien, en particulier le concours d'entrée aux écoles normales supérieures et les concours d'agrégation d'enseignements secondaire et supérieur.

Légion d'honneur.—Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Education nationale.— Notre illustre confrère, le Docteur Branly, le génial inventeur du principe de la T. S. F., est élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Henry Le Savoureux, président fondateur de la Société Chateaubriant.

Pensions. — *Au grade de commandeur.* — M. le Docteur Henri Reiffel, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Au grade d'officier. — M. le Docteur Husson, médecin chef de la prothèse oculaire et auriculaire au centre d'appareillage du G. M. P.

Intérieur (conseillers généraux). — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Bordaric (de la Française, Tarn-et-Garonne), Schmitt (Meurthe-et-Moselle), Jullian (de Chambéry), Toney (de Carcassonne).

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Rolle (de l'Aube), Montalègre (Haute-Garonne).

Guerre. — *Au grade de chevalier.* —M. le Docteur Daurand (de Valréas).

Marine. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur René Legroux, professeur à l'Institut Pasteur.

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Aimé, médecin radiologiste des hôpitaux de Paris ; Chaussegros (de Digne), Daubois (de Valence), Frayssclirard (de Paris), Gentin (de Longwy), Jean Hutinel, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris ; Taburet (de Paris).

Service de Santé. — *Mutations.* — Les médecins lieutenants-colonels : Pourpre, de l'infirmerie-hôpital de Haguenau, aux salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon ; Coudray, de

l'hôpital militaire de Perpignan, aux salles militaires de l'hospice mixte de Perpignan ; Martinet, des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne, à l'hôpital militaire Sedillot, à Nancy.

Les médecins commandants : Laforge, du 61e d'artillerie, aux salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne ; Ferron, de l'hôpital militaire de Bayonne, aux salles militaires de l'hospice mixte de Bayonne ; Noël, des troupes du Maroc, à l'hôpital militaire de Grenoble ; Sarrelabout, du 41e d'artillerie aux salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême.

Les médecins capitaines : Dordain, en disponibilité 5e région, maintenu en disponibilité 10e région ; Texier, du 502e chars de combat, au 41e régiment d'artillerie, à Angoulême ; Raganeau, des troupes du Levant, au 1er groupe d'ouvriers d'aéronautique, à Etampes ; Rouquet, du bataillon de la légion étrangère du Tonkin, aux troupes du Maroc ; Huguier, des troupes du Maroc, au 94e d'artillerie, à Nice ; Chemin, des troupes du Maroc, au 21e d'aviation, à Nancy.

Les médecins lieutenants : Apperce, du 94e d'infanterie (Bar-le-Duc), aux troupes du Maroc ; Tronyo, de l'hôpital militaire de Perpignan, aux salles militaires de l'hospice mixte de Perpignan.

Le Salon des médecins. — Le Salon des médecins se tiendra du 12 au 21 mars, boulevard Saint-Germain dans la luxueuse salle du Cercle de la Librairie.

Treizième manifestation artistique du Corps médical et paramédical, elle est la plus suivie des expositions d'amateurs et groupe côte à côte : peinture, sculpture, gravure, et l'art décoratif : céramique, émaux, reliures.

Pour tous renseignements, écrire à Pierre Malet, secrétaire organisateur, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

Association pour le developpement des relations médicales (A.D.R.M.). — L'Assemblée générale de l'Association pour le développement des relations médicales a eu lieu mercredi dernier, 18 courant, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. de Monzie, ministre de l'Education nationale, entouré de M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur ; M. Balthazard, doyen de la Faculté ; M. Hartmann, président de l'A. D. R. M. ; M. Baudouin, secrétaire général et M. Lemaître, trésorier. Dans la salle nous avons reconnu un grand nombre de professeurs et agrégés des Facultés de médecine de Paris et de province, des médecins et spécialistes des hôpitaux, des médecins étrangers, etc.

M. le doyen Balthazard prit le premier la parole pour remercier le ministre de l'Education nationale d'avoir bien voulu présider l'Assemblée annuelle de l'A. D. R. M. que dirige avec succès le Professeur Hartmann depuis de nombreuses années. Celui-ci fit l'exposé de l'activité de l'A. D. R. M. pendant l'année 1932 ; le nombre des étrangers venus l'an dernier a diminué, « c'est là un effet de la crise mondiale, mais celle-ci ne durera pas indéfiniment et lorsqu'elle cessera ce seront ceux qui auront semé qui récolteront ».

M. Lemaître rendit compte ensuite de la situation financière de l'Association, puis il fut procédé au renouvellement statutaire du tiers des membres du Conseil d'administration.

L'Assemblée se termina par un discours de M. de Monzie, qui dans une improvisation brillante et pleine d'humour félicita l'A. D. R. M. pour le travail utile qu'elle fournit, l'encouragea à poursuivre ses efforts et lui promit son appui.

Hôpital Beaujon. — *Radiodiagnostic clinique.* — Le samedi 4 février et les samedis suivants à 11 heures, au laboratoire central de radiologie de l'hôpital Beaujon, MM. P. Aubourg, chef de laboratoire ; P. Porcher, chef adjoint ; R. Gaullard, M. Mignon, J. Surmont, assistants, continueront leur conférence hebdomadaire de radiodiagnostic (présentation de mala-


Pasta Palm
LAXATIF - PURGATIF
A BASE DE FRUITS
Figues
Raisins
Dépot Général
PHARMACIE A. BAILLY
15, RUE DE ROME PARIS 8e

des, histoire clinique, examen radiologique, diagnostic radiologique différentiel) sur les sujets suivants de pratique courante :

4 février, M. AUBOURG : Cancer de l'estomac avec incontinence pylorique. — 11 février, M. PORCHER : Lithase vésiculaire. — 18 février, M. SURMONT : Anévrysme de l'aorte. — 25 février, M. MIGNON : Début de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. — 4 mars, M. GAUILLARD : Cancer de l'œsophage. — 11 mars, M. PORCHER : Ulcère du duodénum. — 18 mars, M. AUBOURG : Cancer du côlon. — 25 mars, M. SURMONT : Valeur comparative d'un orthodagramme et d'une téléradiographie du cœur. — 1er avril, M. GAUILLARD : Mal de Pott dorso-lombaire. — 8 avril, M. PORCHER : Claculs du rein et du bassinet.

A 11 h. 30 présentation et commentaire des clichés intéressants de la semaine.

L'assistance à ces conférences, réservées aux étudiants et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Amphithéâtre d'anatomie (17, rue du Fer-à-Moulin). — Jeudi 26 janvier, à 15 h. 30, J. Ch. BLOCH : Chirurgie des tendons fléchisseurs de la main. — Samedi 28 janvier, à 15 h. 30, WILMOTH : Luxations récidivantes de l'épaule. — Samedi 4 février, à 14 h. 15, DESPLAS : Traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren. — Lundi 20 février, à 14 h. 30, PETIT-DUTAILLIS : Notions générales sur la technique des trépanations pour tumeurs. Technique des ponctions ventriculaires ; Trépanation exploratrice pour tumeur des hémisphères ; Trépanation sous-temporale de Cushing. — Mardi 21 février, à 14 h. 30 : Les trépanations exploratrices de la fosse postérieure ; Incision en arbalète de Cushing ; Volet de de Martel. — Jeudi 23 février, à 14 h. 30 : Les voies d'abord de la région hypophysaire ; Neurotomie juxta-protubérantielle pour névralgie du trijumeau.

A propos du projet de transfert de la Faculté de médecine à Sainte-Anne. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine tient tout d'abord à déclarer qu'une modernisation complète de la Faculté lui apparaît nécessaire et urgente.

Il se déclare satisfait que l'idée de reconstruction à Issy-les-Moulineaux soit abandonnée, mais il déplore le projet de transfert sur l'emplacement de l'Asile clinique dit de Sainte-Anne, parce que ce projet implique la destruction et pour le moins, la dispersion d'un ensemble de créations du plus haut intérêt (entre autres le centre d'impaludation du Docteur Leroy) qui constitue un centre psychiatrique unique à Paris, traditionnel et de la plus haute importance.

Sans parler d'objections d'ordre technique (solidité du terrain), financières, sociales et humanitaires qui dépassent la compétence de l'Association.

Le Comité demande que l'on étudie la possibilité de reconstruire sur l'emplacement de l'Ecole pratique actuelle ; on pourrait, pendant les travaux, créer une école pratique provisoire.

Le Comité signale, en outre, un argument de sentiment et de tradition : le Quartier Latin forme un tout qu'il serait fâcheux de morceler.

A propos des fraudes de l'internat. — *Vœu du Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine.* — 45 % des candidats au dernier concours de l'internat ont, d'après les statistiques de l'Assistance publique, été accusés de fraudes. La Corpo tient à signaler que sur ce nombre de très nombreux candidats ont été suspectés sans raison ; c'est dans le but de les disculper que la Corpo propose : qu'une Commission compétente soit constituée qui statue sur les signes distinctifs *coupables* et non accidentels.

D'autre part, l'Association approuve l'initiative prise par un groupe d'admissibles de porter la question sur le terrain judiciaire et espère que de cette façon toute la lumière sera faite.

Enfin la Corpo demande l'élimination définitive des fraudeurs des concours de l'Assistance et leur radiation de l'externat.

Nécrologie. — Docteur Edouard CHÉRIGIÉ, d'Haubourdin (Nord), décédé dans sa 69e année. — Docteur Paul-Lucien DARRIGADE, de Bordeaux, 42, rue du Mirail, décédé dans sa 76e année. — Docteur Camille DUPOND, de Besançon. — Docteur Paul-Emile GOULLIOUD, de Casablanca (Maroc), décédé dans sa 49e année. — Docteur Albert HUGOT, de Charbonnières-les-Bains (Rhône), décédé dans sa 60e année. — Docteur Donatien LABBÉ, de Paris, 46, rue de Miromesnil (8e). — Docteur Olivier MORANGE, de Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne). — Mme SALOMON-REINACH, docteur en médecine, chevalier de la Légion d'honneur, veuve du membre de l'Institut. — Docteur TISON, de Reims, décédé à l'âge de 90 ans. — Docteur TSCHUDNOWSKY, de Paris, 12, avenue Laumière, (19e).

TRAVAUX ORIGINAUX

La colite de l'angle splénique

Par M. Jean TURRIÈS,
Médecin des Hôpitaux de Marseille

L'angle splénique du côlon, haut situé dans l'hypocondre gauche où il est fixé par le ligament phréno-colique correspondant, en rapports étroits avec le rein, la rate et la grande courbure gastrique, presque immédiatement au-dessous de la coupole diaphragmatique, se trouve ainsi dans une zone topographique qui est très peu accessible à l'exploration clinique.

La radiologie a fourni un moyen d'enquête précieux pour déceler ses lésions et les troubles qui en dérivent, qui demeurent toutefois encore peu connus. Nous désirerions en nous basant sur plusieurs observations personnelles et sur certaines publications antérieures, appeler l'attention sur un ensemble de faits que nous croyons pouvoir interpréter comme objectivant une colite localisée à l'angle splénique, et dont nous aurons à apprécier le mécanisme.

***

La manifestation clinique fondamentale est la DOULEUR. Elle seule attire vraiment l'attention, et particularise le tableau. Sa localisation est précise, et peu variable dans les diverses observations. Elle se fixe électivement au niveau de l'hypocondre gauche, moins souvent au niveau du flanc ou de la région lombaire gauche ; cependant, l'une ou l'autre de ces zones peut prédominer, selon les cas. Il existe là une sensation *permanente*, quoique plus ou moins accentuée, de gêne, de lourdeur, de meurtrissure. Ces sensations varient selon l'individu dans leur caractère qualitatif et dans leur acuité. Mais le fond algique persiste sourdement. Par là-dessus se greffent des poussées plus vives, parfois même des paroxysmes à type de brûlure, de striction, de « pointe », pouvant revêtir une tonalité angoissante. Il n'y a pas d'irradiation caractéristique, sauf quelquefois vers la région épigastrique. La durée de ces paroxysmes évolue entre quelques heures et une à deux journées.

Si la douleur est la dominante clinique, elle ne constitue pas le symptôme unique. Elle s'accompagne à peu près toujours de *troubles des selles* dont le plus fréquent est la constipation. Constipation se rapprochant du type terminal, avec évacuations rares, peu abondantes, matières sèches et durcies, arrondies ou effilées, entourées de mucus ou de membranes. Cependant on n'a pas ici les grands retards d'exonération qui se voient essentiellement dans les dyschesies véritables. D'autres fois, c'est la diarrhée qui se manifeste, ou pour mieux dire, l'apparition de une à trois selles quotidiennes (matinales ou post-prandiales), pâteuses, en tas, peu fétides, rappelant la bouse de vache. Il n'est pas rare de voir alterner constipation et selles muqueuses.

Nous ne croyons pas utile d'insister sur les diverses manifestations qui sont susceptibles de s'associer aux troubles précédents. Syndromes gastriques hypo ou hypersthéniques, douleurs coliques droites ou transversaires, retentissement vago-sympathique plus ou moins diffus, avec note hyperémotive ou dépressive, état général altéré avec amaigrissement variable, voilà un ensemble de perturbations qui peuvent encadrer la douleur gauche avec constipation ou diarrhée. Quelle que soit leur importance, elles ne présentent en elles-mêmes aucune caractéristique, symptomatique ou évolutive, dans les cas qui nous occupent. Elles ne représentent que les *réactions à distance* qui accompagnent si souvent les altérations coliques. Elles peuvent d'ailleurs complètement manquer ici.

***

L'étude clinique nous met donc uniquement en présence d'un intestinal dont les manifestations sont assez floues en dehors d'une douleur gauche, haut située, s'accompagnant de constipation ou de selles muqueuses.

L'examen physique n'apporte pas de précision explicative. C'est l'EXAMEN RADIOLOGIQUE (après ingestion et lavement) qui permet de rattacher cette symptomatologie à son point de départ. On est ainsi conduit à incriminer essentiellement des altérations plus ou moins complexes de l'angle splénique dont les éléments sont assez facilement décomposables.

Dans un certain nombre de cas, l'angle splénique est bien en place au-dessous de la coupole diaphragmatique. Mais il présente une angulation plus aiguë encore que normalement, et cela quelle que soit l'incidence sous laquelle on l'examine, face ou oblique. On a ainsi un V renversé presque fermé au niveau de l'angle, dont les deux branches, ascendante et descendante, sont à peu près verticales et nettement douloureuses à la pression de la main qui s'insinue sous les côtes. Souvent, l'imprégnation barytée est défectueuse, irrégulière, estompée sur les bords. Le transit paraît subir du retard dans le transverse. Et même le lavement semble passer avec lenteur, et avec douleur au niveau de la coudure. Des faits analogues peuvent se voir aussi avec un angle splénique en forme de boucle, ou quelquefois même en 8 de chiffres.

Dans d'autres cas, l'angle splénique est plus franchement encore modifié dans son aspect, et l'examen ne peut vraiment que conclure à de la péricolite. Un de nos malades présentait un angle splénique dont les deux branches étaient intimement accolées sur un long trajet. A plusieurs examens, ni la palpation, ni les changements de position, n'arrivaient à dissocier cet accolement qui était continuellement douloureux. Un autre avait un angle splénique en losange, les deux branches étant réunies 4 à 5 centimètres au-dessous du sommet de l'angle) par une sorte d'adhérence limitée, mais également indissociable et douloureuse.

Ces diverses altérations morphologiques peuvent frapper un angle splénique ayant quitté sa position haute normale. On peut voir une coudure avec hyperangulation ou avec accolement indissociable atteignant un angle splénique situé, par exemple, au niveau de la crête iliaque. Cela, d'après nos constatations, serait cependant plus rare. Quant à la ptose simple de l'angle splénique isolée ou accompagnant une ptose colique totale), elle ne nous a pas paru engendrer des manifestations douloureuses localisées bien évidentes, malgré le tiraillement qu'elle exerce sur le ligament phréno-colique.

A plusieurs reprises, nous avons observé de l'aérocolie de l'angle gauche, sans avoir eu toutefois l'occasion d'examiner un cas de grande aérocolie avec déformation accentuée du diaphragme. La collection gazeuse est toutefois plus accentuée que normalement, surélevant un peu le diaphragme, effaçant l'ombre splénique et tendant à biloculer la grande courbure gastrique.

Très souvent, des spasmes coliques importants sont faciles à mettre en évidence. Le tranverse présente l'aspect classique de « figues enfilées ». Quant au descendant, il apparaît comme une bande opaque, plus ou moins régulière et plus ou moins amincie selon les jours. Ces spasmes coïncident volontiers avec la présence d'aérocolie angulaire de volume relativement peu important mais se présentant avec une hyperclarté qui évoque l'impression d'une poche gazeuse sous tension. Il peut ainsi se produire des blocages d'air localisés à l'angle. Spasmes

••

et blocage collaborent certainement à l'éclosion de certains paroxysmes douloureux à évolution passagère, ou même de certaines subocclusions comme l'a bien souligné Leven (1).

Ainsi donc, angle splénique à angulation très accentuée ou à morphologie complexe, s'accompagnent de manifestations de péricolite, ou de spasmes, ou d'aérocolie, douloureux à la pression, plus rarement ptosé : voilà le détail des données radiologiques.

Il est évident que l'un ou l'autre de ces éléments peut dominer, de même qu'ils peuvent s'intriquer étroitement dans une coexistence plus ou moins durable.

***

Ces éléments radiologiques décèlent facilement l'origine des manifestations cliniques. Il nous paraît s'agir évidemment de colite angulaire gauche, avec ou sans péricolite, l'élément spasmodique ou gazeux demeurant, à notre avis, surajouté et contingent.

Divers types de colite segmentaire (typhlite, typhlocolite, sigmoïdite) sont depuis longtemps parfaitement connus. Les colites du transverse, bien que plus difficiles à mettre en évidence, ont fait l'objet de quelques travaux importants qui en ont précisé le diagnostic clinique et radiologique (2). Mais il nous paraît que la pathologie de l'angle splénique mérite de voir son importance mieux appréciée. Un certain nombre de publications se sont attaché à ce sujet. Sans vouloir en faire la bibliographie, je rappellerai seulement les apports récents de Finzi (3) (inspiré par Guttman), de Colaneri (4), de Cain et Barnaud (5).

L'intérêt de cet ensemble de faits ne consiste pas à isoler théoriquement les lésions de l'angle gauche au milieu du complexus général des troubles colitiques : il consiste en une application pratique immédiate. Ces lésions et les troubles qu'elles engendrent peuvent participer à un état de colite banale, généralisée, frappant les divers segments du cadre colique ; rien alors ne leur confère une signification ou une valeur particulière. Mais si ces lésions et ces troubles sont localisés à l'angle splénique, ils restent mal identifiés et peu connus : il en résulte des erreurs diagnostiques d'ordres divers. La localisation douloureuse à l'hypocondre gauche et aux régions avoisinantes n'évoque pas immédiatement dans l'esprit du médecin l'hypothèse de colite.

On incrimine alors le plus souvent l'existence de lésions rénales, ou de troubles gastriques, imprécis ou de pleurite diaphragmatique. Quelquefois aussi (mais plus rarement à notre avis) on invoque des névralgies intercostales, des lésions pulmonaires de la base, ou même des troubles cardiaques. Souvent également ces malades sont considérés comme des névropathes purs. Ces diagnostics différentiels sont trop variés pour que nous entrions ici dans la discussion de leurs éléments. D'ailleurs, il s'agit avant tout, en présence d'une algie de l'hypocondre gauche, de savoir qu'il y a lieu de penser à l'angle splénique à côté des possibilités étiologiques que nous venons d'énumérer.

Une question se pose maintenant : pourquoi cette localisation à l'angle splénique, à cette zone anatomiquement restreinte et d'une importance physiologique qui paraît relative ? Nous n'hésitons pas à adopter une explication mécanique, analogue à celle invoquée par Colaneri (Ce dernier entend par syndrome colique angulaire l'ensemble des symptômes abdominaux ou thoraciques consécutifs à la fermeture plus ou moins accentuée des deux angles coliques, soit que ceux-ci conservent leur position primitive, soit qu'ils aient subi un déplacement quelconque ». Cette définition doit, à notre avis, être étendue et précisée dans son mécanisme.

Ce qui semble certain c'est que toute altération de la statique du côlon gauche (par ptose, dolichocolie) toute anomalie morphologique (par hyperangulation, par coudure exagérée, par disposition complexe telle qu'un 8 de chiffre) — toute modification de calibre d'origine extérieure (par tiraillement ligamentaire, par péricolite), finissent par aboutir à des troubles du transit d'où découleront secondairement, par l'intermédiaire de la stase, l'infection, la colite, la production gazeuse. Or, il se trouve que ces altérations statiques, que ces anomalies de morphologie ou de calibre, sont extrêmement fréquentes au niveau de l'angle splénique, à un degré modéré, certes, et qui se relie par gradations insensibles aux dispositions anatomiques entièrement normales. Mais il reste vrai que c'est là une zone d'appel pour les stases et les inflammations muqueuses qui elles-mêmes, au bout de peu de temps, vont ouvrir à bas bruit le cercle vicieux des péricolites et de leurs conséquences propres. Car ceci ne doit pas être perdu de vue : l'angle splénique n'est (*physiologiquement*) qu'un lieu de passage, alors que sa disposition *anatomique* est (congénitalement quelquefois), chez un certain nombre d'individus, aussi mal adaptée que possible à un transit régulier et à une progression sans à-coups.

Ainsi donc : gêne mécanique du transit, *puis* stase et colite, voilà la suite pathologique qui, nous semble-t-il, est au point de départ des cas ici étudiés. Ultérieurement pourra apparaître le complexe péricolite, spasme et aérocolie qui aggravera le tableau clinique dans une série d'interactions qu'il est malaisé de dissocier : l'élément mécanique, point de départ du cercle vicieux, sera à son tour entretenu par l'extension de l'élément inflammatoire, et réciproquement.

Ces considérations fournissent les directives thérapeutiques dont nous ne ferons qu'indiquer les bases. Chaque fois que cela sera possible, on essayera de remédier à la gêne mécanique mise en évidence par l'examen radiologique : ptose, tiraillements ligamentaires, péricolite, pourront ainsi recevoir des traitements orthopédiques ou physiothérapiques appropriés. On aura même dans quelques cas à discuter l'opportunité d'une intervention, comme dans une observation de Finzi. Mais bien plus souvent, nos moyens d'actions sur cet élément mécanique demeurent incomplets ou inexistants.

On sera alors réduit à agir sur la colite, les spasmes, l'aérocolie, et surtout à favoriser le transit intestinal, par les modalités thérapeutiques habituelles qui n'ont rien de spécial à l'angle splénique.

(1) *La Clinique*, mai 1928, A.

(2) Faroy et Baumann. — *Presse Médicale*, n° 47, 1923. — Ballaud. Thèse de Paris, 1925.

(3) « Péricolite fruste à douleur localisée à l'hypocondre gauche ». Thèse de Paris, 1924.

(4) « Syndrome colique angulaire ». *Bulletin Médical*, n° 9, 1929.

(5) « Aérocolie de l'angle gauche ». *Bulletin Médical*, n° 13, 1932.

« La Clinique française a, derrière elle, un passé trop glorieux, pour qu'elle n'ait pas le droit et le devoir d'exiger que les mesures soient prises pour assurer son avenir ».

(Professeur Sergent. — *Apologie de la clinique*, in-16 de 74 p. G. Doin, édit).

« Jaurès a déclaré avec raison : « Les fonctionnaires, qui tiennent en mains tout l'organisme de l'Etat, feront demain la révolution quand ils voudront. »

Le grand tribun avait oublié les médecins.

« Le jour où un régime empêchera les médecins de vivre d'un effort péniblement fourni et tardivement récupéré, il verra se dresser contre lui les médecins. »

(Leon Bruel. Lettre d'un médecin de Province. Les Assurances sociales dé-socialisées. *L'Informateur Médical*, 11 décembre 1932.)

Les régions pauvres en silicium et les phénomènes de cancérisation

Par **Joseph LERICHE** (de Joigny)

Il existe dans l'économie un élément minéral dont les propriétés anticancéreuses, d'ailleurs fort complexes, ne le cèdent en rien à celles du magnésium. Nous voulons parler du silicium. Le taux de la silice dans notre organisme est très élevé (7 grammes pour un homme de 68 kgr. alors que la quantité de fer n'est que de 3 à 4 grammes) et les propriétés biochimiques de cet élément sont loin d'être élucidées. Pendant longtemps, le silicium ne fut considéré que comme un agent de soutien indispensable à la formation du tissu conjonctif, mais les recherches de Ladenburg et de Frauenberger ont révélé qu'il fait partie intégrante de la molécule organique. D'autre part, les travaux de Bunge, Kall, Kunkel, Schültz, A. Robin, L. Marq, Luithlen (de Vienne) ont démontré que le silicium participe aux opérations intrinsèques de la cellule, qu'on le retrouve dans le sang, et qu'il existe en proportions relativement élevées dans le poumon, les os, et toutes les glandes endocrines avec une prédominance marquée dans le pancréas (Kall). Il est donc probable que le silicium joue un rôle dans le mécanisme intime de ces organes, au même titre que les autres composés chimiques et qu'il provoque, par carence, des déviations fonctionnelles en rapport avec ses propriétés biodynamiques.

Il est bien établi que l'anémie siliceuse se traduit par une insuffisance de réduction des protéiques et facilite la fixation du carbonate de chaux (Gaube du Gers, Schoeffer, Sartory et Pélissier, Zinckgraf, Decène Olivier). Ces deux données suffisent à nous éclairer sur la participation du silicium aux phénomènes métaboliques, et le ralentissement des échanges, par défaut de silice, nous autorise à conclure qu'il intervient, soit directement dans les oxydations, soit plus vraisemblablement dans les phénomènes diastasiques en tant que co-ferment.

Quel que soit son mode d'action, il est certain que le cycle de son activité dépasse le cadre de nos connaissances actuelles ainsi qu'en témoignent les modalités de ses propriétés réparatrices dans l'artério-sclérose, la tuberculose et les cancers, mais nous n'envisagerons ici que les rapports de cause à effet entre la carence siliceuse et le processus cancéreux.

En ce qui concerne la rareté des cancers suivant la composition physique et chimique du sol, l'influence des régions riches en silicium se montre tout aussi probante que les régions riches en magnésium, et nous possédons sur cette question un ensemble de documents suffisamment éloquents pour dissiper toute équivoque. Jules Barth a fait, en Suisse, des recherches très minutieuses afin de fixer la part de l'influence tellurique dans les contrées où prédominent les cancers. Il a étudié, dans les 178 districts de ce pays, la nature des terrains superficiels et la fréquence des cancers dans ces régions. Sans entrer dans le détail de ces recherches, celles-ci montrent que les régions dont la mortalité cancéreuse est la plus faible sont les plus riches en silice ; puis viennent les régions à mélange de silice et de calcaire, mais à roches dures ; puis celles à mélange de silice et de calcaire, mais à roches tendres ; enfin les régions les plus calcaires sont aussi celles qui donnent la mortalité cancéreuse la plus forte.

Barth conclut, qu'en Suisse, les terrains d'origine éruptive et métamorphique qui sont les plus riches en silice sont les plus pauvres en cancer. Les terrains crétaciques en sont les plus riches.

Les rivières d'origine crétacique traversent en général des districts très cancéreux.

L'enquête poursuivie en Angleterre, pendant plusieurs années, par Noël Nason, et qui lui avait été suggérée par la fréquence disproportionnée des tumeurs malignes dans certains districts comparés à d'autres, aboutit exactement aux mêmes conclusions.

Nason rapporte que dans le district d'Atherstone, par exemple, on trouve fréquemment des tumeurs malignes, sauf dans une commune, celle de Hartshill. Or, cette commune, où les tumeurs malignes sont rares, est à 460 pieds au-dessus du niveau de la mer et à 220 au-dessus de la vallée dans laquelle sont situées presque toutes les autres communes de ce district. Elle repose sur le roc et n'a aucune rivière dans son voisinage, tandis que les autres localités sont arrosées par la rivière Anker qui fait de nombreux méandres, a un cours très lent, reçoit des eaux d'égout et a de fréquents débordements. Dans la plupart des villages qui bordent cette rivière, la mortalité cancéreuse est très considérable et bien au-dessus de la léthalité globale du district.

Le résultat des recherches antérieures effectuées par Haviland concorde en tous points avec ces données. D'après Haviland, les habitants qui vivent sur les terrains argileux, crayeux, imperméables, dans les régions basses, dans les vallées sillonnées de rivières à débordements périodiques, les marais, les tourbières, sont beaucoup plus atteints que les habitants des plateaux secs et rocheux ou des régions sablonneuses qui renferment une grande quantité de silice.

Des observations semblables ont été faites en Allemagne par Carl Kolb. Cet auteur a réuni une quantité considérable de documents se rapportant non seulement à l'Allemagne du Sud proprement dite, Bavière, Wurtemberg, Bade, Hesse, Sigmaringen, mais comprenant aussi la Suisse, le Vorarlberg et le Tyrol, Salzburg et la Haute-Autriche, Vienne et la Basse-Autriche, enfin la Bohême.

En considérant cette vaste aire géographique, on trouve la mortalité par cancer dans l'Allemagne du Sud un peu moindre à l'ouest qu'à l'est, mais surtout élevée directement au sud, entre le Danube et les Alpes. Cette zone de haute léthalité se prolonge à l'est jusqu'à Vienne ; à l'ouest, vers le cours supérieur du Rhin, entre les Alpes et le Jura jusqu'à Genève. Toute cette région correspond aux terrains d'origine tertiaire et d'alluvions.

L'auteur cite comme type de région largement visitée par le cancer certains districts de Bavière dont le sol est constitué au point de vue géologique par des terrains d'alluvions, au point de vue minéralogique par de l'argile, et au point de vue physique par des vallées peu profondes avec des marais et des tourbières.

Les recherches de même ordre qui ont été faites en Italie par Printzing ont donné des résultats identiques. Les cancers sont rares dans les provinces méridionales, en Sardaigne en Sicile, c'est-à-dire dans les régions granitiques et volcaniques. Ils augmentent de fréquence dans le nord et atteignent le taux le plus élevé en Toscane et en Lombardie. Ces deux dernières provinces comportent des terrains d'alluvions, de vastes étendues d'argile, un sol spongieux, mal drainé et parsemé de marais.

En France, il n'existe aucune étude générale sur cette importante question, mais si nous nous référons aux statistiques de la mortalité par causes de décès, il est facile d'établir une relation de cause à effet entre la composition chimique du sol dans chaque département et le pourcentage des décès dus au cancer. A ce point de vue, la récente et remarquable étude statistique de G. Ichok sur les principales causes de décès en France reste très instructive par les déductions, d'ordre géologique, qu'on en peut tirer. Le minimum de la mortalité par cancer sur 100.000 décès se trouve dans le département de la Lozère avec 925 cas, et le maximum dans le département de la Seine avec 8.354 cas. 6. De tels chiffres se passent de commentaires, même en tenant compte des erreurs inévitables, communes à toutes les statistiques.

Il est probable que cet énorme écart relève de différentes causes parmi lesquelles doivent figurer certains facteurs

pathologiques tels que la syphilis acquise et la syphilis héréditaire qui sont beaucoup plus répandues dans le département de la Seine que dans le département de la Lozère. Cependant, d'après les précédentes données, cette disproportion est en grande partie explicable par la composition physique et chimique du sol qui diffère totalement dans ces deux départements. Le sol de la Lozère est essentiellement constitué par des roches cristallophyliennes et des roches granitiques, tandis que le sol du département de la Seine, très bien étudié par G. Lakhovky, ne se compose que de calcaire, de marne et d'argile, à l'exception de quelques îlots de sables où d'ailleurs, la mortalité cancéreuse est moins élevée.

Les rapports de cause à effet entre la carence siliceuse et les phénomènes de cancérisation sont largement illustrés par les départements du Nord du Pas-de-Calais, de la Somme, de l'Aisne, de la Seine-Inférieure, de la Marne, de l'Aube, du Haut-Rhin et du Bas Rhin dont le sol n'est constitué que par de la craie, de l'argile ou de la marne, et où le chiffre des décès par cancer se montre très supérieur à la léthalité moyenne des autres départements.

De l'exposé de ces divers documents, nous tirerons donc les mêmes conclusions que pour le magnésium : là où le cancer est rare, le silicium est abondant.

La variété et la concordance des observations géologiques sur l'inexorable fréquence des cancers dans les régions pauvres en silicium ne font que confirmer l'importance et l'étendue des propriétés physiologiques de ce métal dont la plupart nous sont encore inconnues. Outre ses propriétés anti-infectieuses (affections gastro-instetinales) et antiseptiques (Rabuteau, Dubreuil, Marc Sée; « l'action des plus nettes et des plus heureuses qu'il exerce dans l'hypertension artérielle, l'artériosclérose, la goutte chronique et subaiguë, l'intoxication urémique » (L. Bodin), sur la viscosité du sang et la cholestérinémie (Finck) sont autant de preuves de son activité dans le mécanisme des sécrétions internes, de son pouvoir catalytique et de son rôle primordial dans les échanges.

L'insuffisance de réduction des substances protéiques par le déficit permanent des composés du silicium et l'élimination réduite de l'acide carbonique qui en résulte, donne naissance à des toxines dont l'action nocive s'exerce sur tous les appareils, retentit sur le métabolisme général, sur la nutrition et les diverses fonctions de la cellule. Ces troubles sont, d'autre part favorisés et aggravés par l'infiltration scléreuse progressive des parois artérielles qui est une des conséquences les plus constantes et les plus tenaces de l'accumulation dans les humeurs des carbonates non décomposés. Les manifestations précoces de sclérose artérielle ont une part considérable dans le processus des perturbations humorales parce qu'elles frappent le réseau vasculaire des endocrines et portent une atteinte soutenue au mécanisme intime des sécrétions.

Si obscures que soient nos connaissances sur les déviations fonctionnelles et les troubles humoraux résultant de la carence du silicium, il ressort de la répartition géologique des cancers que ces troubles exercent une action élective puissante parmi les facteurs pathogéniques du déséquilibre cellulaire. La véracité de ces données se trouve corroborée par les remarquables résultats qui ont été obtenus en Angleterre par Batty dans le traitement médical des cancers à l'aide de l'acide silicique, et en Allemagne par Zeller qui préconisait les silicates.

Ces acquisitions marquent la place du silicium dans le traitement médical des cancers. La valeur biochimique de ce corps ne le cède en rien à celle du magnésium et lui est même, à notre avis, supérieure. A vrai dire, ces deux métaux doivent figurer parmi les solides assises de l'édifice thérapeutique chimioglandulaire dont la mise au point doit, logiquement, solutionner le problème de la médication curative des cancers.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. Barth. — La fréquence du cancer et la nature du sol et des eaux en Suisse. In *Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 11.
2. Bunge. — *Lehrbuch der biolog. chemie*, p. 27.
3. L. Bodin. — Le silicate de soude en thérapeutique. In *Mémorial de thérapeutique appliquée*, février 1907.
4 Le cancer dans l'Allemagne du Sud et en Italie. In *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Art. 19.974, 1903.
5° A. Garrigues. — Du rôle de la silice en biologie et de son emploi en therapeutique. *La Médecine internationale illustrée*, janvier et mars 19.8.
6. G. Ichok. — La mortalité française par principales causes de décès. In *Biologie Médicale*, janvier 1932.
7. L. Jaloustre. — Le rôle de la silice dans l'organisme. Son utilisation dans le traitement du cancer. In *Les Sciences Médicales*, 12 mars 1926.
8. Kall. — *Inaugural Dissertation*, (Wurtzburg), 1898, p. 19.
9. G. Lakhovsky. — Contribution à l'etiologie du cancer. Gauthiers-Villar et Cie, 55, quai des Grands-Augustins.
10. Ladenburg. — *Berichte der deutsch. chem. Gesellsch*, t. V. p. 568.
11. L. R. Marq. — Le silicium dans le règne animal et principalement chez l'homme, Jouve et Cie, éditeurs 1910.
12. N. Nason. — Influence de la localité sur la prédominance des tumeurs malignes. In *British médical Journal*, 1898.
13. A. Robin. — *Bulletin mensuel* de la Société d'études scientifiques sur la Tuberculose, fevrier-mars 1907.
14. A. Robin. — *Bulletin général de thérapeutique*, janvier et février 1909.
15. H Schulz. — *Pflügers Archiv.*, 1901 T. LXXXIV, p. 67.
16. H Schulz. — *Munch. Med. Wochensch.*, 1901 p. 440.
17 H Schulz. — *Bull. Soc. Chimique*, 1902, t. XXVIII, p. 766.
18. Scheffer. — Le silicate de soude dans l artériosclérose. In *Archives générales de Médecine*, n° 6, 1908.
19. Le silicate de soude dans le traitement du cancer. In *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* Art. 23.937, 1913.
20. Schoeffler, Sartory et Pelissier. — Sur l'emploi du silicate de soude en injections intraveineuses. Effets physiologiques *Comptes rendus* de l'Académie des sciences, 17 août 1920, p. 416.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

La saignée

Par M. le Professeur **Maurice LOEPER**

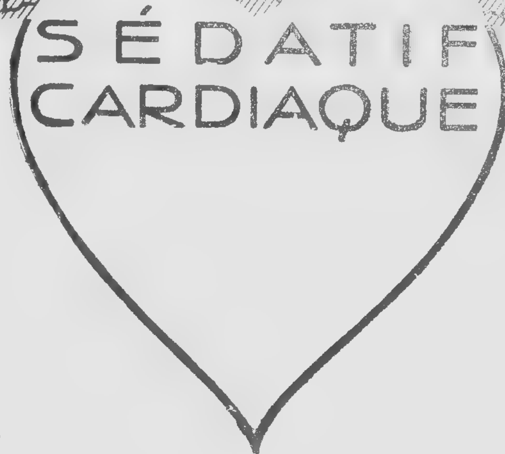
C'est toute l'histoire de la médecine qu'on passe en revue quand on étudie la saignée. On saigne depuis les temps les plus reculés, en effet. L'interprétation diffère ; les indications changent, parce qu'elles correspondent à des doctrines différentes, variant avec les époques et souvent contradictoires bien que proclamées avec éclat. A l'heure actuelle nous touchons à moins d'empirisme et à plus de précision ; nous donnons à la saignée une place réservée, mais nous cessons de la considérer comme une panacée, nous la limitons à quelques cas bien déterminés et nous en obtenons dans ces limites de remarquables résultats.

Il est difficile de dire exactement à quelle époque remonte la pratique de saigner. Peut-être à 3000 ans, peut-être à plus. On a dit de façon assez plaisante que l'homme en avait pris l'habitude de l'hippopotame qui se saigne dans une clairière comme l'ibis se lavemente sur les bords du Nil. En tout cas elle est ancienne et remonte au moins aux Egyptiens, c'est-à-dire à deux ou trois mille ans.

SPASMOSÉDINE

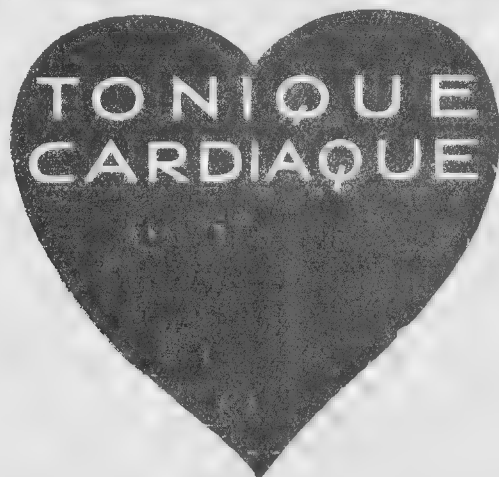
EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE





DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE





LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6_RUE D'ASSAS _ PARIS


ΙΟΔΟΓΕΝΟL
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

L'histoire de Podalyre qui vivait au XIe siècle avant notre ère est bien connue, mais elle mérite d'être rappelée.

« Il était un roi de Carie, qui avait une fille adorable. « La belle un jour se pencha à sa fenêtre et se laissa choir « sur le sol. Elle s'y abîma quelque peu et y demeura en « syncope. Un étranger, qu'un naufrage avait comme par « hasard jeté sur la côte, entendit les lamentations du « roi et des suivantes et se flatta de ranimer la blessée. « Il prit une lancette et fendit une veine dont l'histoire « ne donne ni le siège ni le nom. La fille du roi ouvrit les « yeux et enveloppa son sauveur d'un regard reconnais- « sant. Le roi comprit qu'il fallait être généreux : il donna « sa fille en récompense et il y ajouta comme dot, la Cher- « sonèse ». C'est ainsi, dit la légende que Podalyre — le fils d'Esculape, frère de Machaon et petits-fils du centaure Chiron — devint Roi du Chersonèse.

Que Podalyre ait dû sa fortune au hasard de cette rencontre, peu importe, mais il n'est pas douteux, et l'Iliade en fait foi, qu'il assista au siège de Troie et y saigna de nombreux blessés.

Plus près de nous, le grand homme de Cos, Hippocrate, employait encore la saignée. Les Grecs après lui en usent « à tours de bras » ; dans les vieux livres on en trouve la description et les indications et sur les vieilles aryballes grecques, on voit des malades quitter l'officine le bras enveloppé de bandelettes.

Au XIe siècle après J.-C., l'école de Salerme multiplia tellement les indications de la saignée qu'aucune maladie n'y échappe ; comme certains médicaments ou certaines eaux elle convient à tout et guérit tout !

On a prétendu qu'Ambroise Paré qui était barbier n'hésita pas à saigner un jeune homme vingt-cinq fois en quatre jours.

Plus tard, Guy Patin qui tonnait pourtant contre tout eut pour la saignée des indulgences étranges et la préconisa partout et toujours. Il ne connaissait que la saignée, le séné, l'eau de son et le sirop de roses, dit Fiessinger. Et l'on y allait largement au XVIIe siècle. On osait soustraire en quinze mois 225 litres de sang à une jeune fille de 20 ans. Le pauvre Louis XIII déjà assez faible fut saigné par Bouchard au moins quarante-sept fois. Son fils Louis XIV qui fut pendant longtemps robuste et glouton fut saigné même pour sa fistule. On pense bien qu'il n'en bénéficia sans doute pas plus que de l'ipéca.

Quant à Louis XV on prétend que la saignée le sauva une fois de la variole.

On doit à Quesnay, médecin de Mme de Pompadour l'énoncé de nombreuses indications de la saignée qu'il recommandait à la fois pour guérir les ictères, les apoplexies, les congestions, pour guérir même les hémorragies : on dérive, disait Quesnay, l'hémorragie par le principe des vases communicants. Nous verrons reparaître cette indication et cette interprétation sous des plumes plus savantes. Nous apprendrons que la saignée favorise l'oblitération vasculaire, qu'elle accroît la coagubilité du sang et qu'elle produit une hypotension utile. Nous devons reconnaître une part de vérité dans l'affirmation assez hardie de Quesnay.

Les raisons de nos ancêtres n'étaient pas toujours empiriques, elles étaient souvent philosophiques, et pourrait-on dire métaphysiques. Qui n'a entendu parler de Brown, cet auteur anglais, auteur de la théorie asthénique ? La sthénie c'est cet état réactionnel par quoi des excitations variées, émotion, air, chaleur, tiennent en équilibre et en éveil toutes les facultés de notre corps physique et moral. Elle est en défaut dans la plupart des maladies et remplacée par l'asthénie que la saignée peut exagérer. Aussi Brown ne saignait-il que rarement.

Rasori, convaincu au contraire de l'excès de stimulus dans les maladies, y remédiait par la saignée comme il donnait de l'ipéca.

Broussais qui mettait à l'origine de tous les accidents la gastro-entérite congestive saignait avec des sangsues ou avec la lancette. A vrai dire on a poussé jusqu'à la boutade l'enthousiasme de Broussais qui sut faire sur la saignée de très grandes et très sages réserves puisqu'il l'interdisait aux gens fatigués, aux cardiopathes, aux enfants, aux vieillards et que nous pensons comme lui aujourd'hui.

I. — Saignée générale

Certes, je ne décrirai pas les instruments employés et me contenterai de les énumérer seulement.

La lancette à grain d'orge ou à grain d'avoine et la vieille palette en étain des hôpitaux rappelaient de loin les belles palettes ouvragées d'autrefois, qu'on trouve encore dans nos musées.

Aujourd'hui nous avons remplacé la lancette par le bistouri ou l'aiguille directement introduite dans la veine et par le bassin de porcelaine stérilisé. Une aiguille mince se bouche facilement si le sang est visqueux. Aussi l'incision est-elle encore très généralement adoptée. Elle doit être faite sur la médiane céphalique afin d'éviter le voisinage de l'artère humérale. C'est la localisation de choix. Elle est ancienne : sur le chapiteau d'une de nos plus belles cathédrales un homme tient le bras de son voisin et regarde attentivement la partie externe du pli du coude sur laquelle il a appliqué sa main et qui est celle de la médiane céphalique.

Pourtant on n'a pas saigné que là. On a saigné à la saphène, au front, à la temporale, même quelquefois au cou, à la jugulaire, et on prétendait — ce qui n'est pas tout à fait inexact — que la localisation devait varier avec le siège de la maladie.

Dans les affections cérébrales, en effet, les auteurs vantaient la saignée au front et au cou, dans les affections utérines, à la jambe. Cette question du lieu de saignée a d'ailleurs un intérêt plus grand encore quand il s'agit de saignée locale, par ventouses ou par sangsues.

Indications de la saignée. — Elles sont moins nombreuses qu'autrefois. Nous ne disons plus comme Quesnay qu'elle est utile pour guérir « hystérie, fièvre pestilentielle, pleurésie, péri-pneumonie, rhumatisme, fièvre érysipélateuse, angine, petite vérole, danse de Saint-Guy, apoplexie, ophtalmie, néphrétique, dysenterie (typhoïde), colique bilieuse, passion iliaque, flux immodéré des menstrues, flueurs blanches, hémorroïdes, hémoptysies, épistaxis, hémorragies » et l'auteur ajoute « *et cœtera* ».

Pour nous la saignée n'a guère plus de trois ou quatre indications.

D'abord les grandes indications : par exemple l'asphyxie par l'oxyde de carbone où la saignée soustrait immédiatement une quantité considérable du gaz toxique encore incomplètement combiné à l'hémoglobine. Mais on y ajoute la transfusion et les injections secondaires d'oxygène.

Aussi l'intoxication par l'hydrogène sulfuré à laquelle sont exposés les égoutiers.

Vient ensuite l'hypertension artérielle où la saignée trouve aujourd'hui son indication majeure, qu'il s'agisse d'hypertension permanente, progressive, dont les accidents se préparent longtemps et à bas bruit ou de l'hypertension

•••

paroxystique où les bouffées hypertensives constituent un accident brutal, inattendu et des risques énormes, tels que l'œdème pulmonaire et l'hémorragie cérébrale. Grâce à la saignée on prévient ces accidents et même quand l'œdème est apparu on note de véritables résurrections que tous les médecins de garde ont eu la joie de provoquer rapidement quand ils survenaient au bon moment.

Il faut rattacher à l'hypertension l'éclampsie des femmes enceintes. La saignée y fait merveille et l'on connaît dans l'histoire des exemples de cette efficacité, ne serait-ce que celui de Marie-Antoinette. L'hypertension chronique mène à la dilatation du ventricule gauche. Là encore la saignée trouve son utilité car elle soulage le cœur et lui permet de revenir sur lui-même et de reprendre sa contraction normale.

C'est aussi chez la femme enceinte, chez les artéritiques pulmonaires où la dilatation du ventricule droit et non plus du gauche est fréquente que la saignée trouve une indication formelle.

La cyanose, la dilatation des jugulaires, etc., bénéficient de la saignée qui soulage mécaniquement la circulation et qui diminue la carbonémie.

Dans les très grands œdèmes sur lesquels les médications digitaliques ou théobromiques étaient sans effet, la saignée a été largement utilisée : l'œdème accumulé dans les tissus se résorbe alors avec rapidité, il passe dans la circulation sanguine et s'élimine par le rein. Cette résorption rapide peut provoquer, il est vrai, des troubles graves du cœur ou du système nerveux par un mécanisme de réplétion aiguë plutôt que par le choc. Aussi doit-on, dans les grands œdèmes, procéder avec prudence et faire des saignées fractionnées.

Vient enfin l'urémie, qu'on considère encore comme une intoxication complexe, mais dont les manifestations reconnaissent trois origines suivant qu'elles sont dues à l'urée, à la rétention des chlorures ou à l'hypertension. Mais chacune de ces trois raisons motive la saignée.

Telles sont les indications primordiales. Il y en a d'autres qui sont plus discutables, tout en étant encore très admises.

La première a trait aux hémorragies cérébrales. Quesnay n'a pas ménagé la saignée : « La dérivation attire le sang vers la saignée, soulage l'organe où se fait l'hémorragie et le vaisseau rompu peut s'oblitérer. »

Trousseau avait souri de cette interprétation. Elle n'est pourtant pas tout à fait inexacte et elle justifie encore l'application de ventouses scarifiées ou de sangsues dans les hémorragies cérébrales elles-mêmes. Elle peut réduire l'hypertension qui a pu en être la cause. Mais certaines observations de Clovis Vincent, d'Etienne Bernard et d'autres ont montré que dans un autre sens, la saignée chez les hypertendus pouvait déterminer des accidents. Lorsque la saignée est trop abondante, elle détermine une hypotension artérielle, mais cette hypotension a pour conséquence immédiate une stase vasculaire et cette stase, dans des vaisseaux de calibre réduit, athéromateux, a provoqué parfois une oblitération d'un vaisseau lointain et un ramollissement cérébral. J'ai vu moi-même, avec Lemaire, une thrombose survenir dans ces conditions.

Que la saignée soit indiquée dans les congestions passives du poumon, cela est indéniable, mais elle a été préconisée aussi dans la pneumonie et sans raison suffisante. Elle est presque aussi nuisible que l'émétique.

Jaccoud a bien montré le peu d'effet d'une telle pratique et interdit la saignée dans la pneumonie, sauf en cas d'œdème pulmonaire surajouté, voire de cette pneumonie hémorragique que Tripier et Lépine signalent chez le vieillard. La statistique de Jaccoud porte sur un certain nombre de sujets atteints de pneumonie banale et la mortalité y fut après saignée de 21 % ; sans saignée de 3,4 % ; avec une médication tonique de 3,10 % seulement. Il ne faut donc pas saigner, loin de là, tous les pneumoniques.

La saignée fut récemment proposée dans l'asthme par M. Pasteur-Vallery-Radot dans une communication de 1928. Cet auteur fit cette remarque intéressante que certains athmes étaient arrêtés nets par la saignée. Sa première constatation fut toute fortuite mais les autres furent systématiques et raisonnées.

Etienne Bernard a d'ailleurs, lui aussi, cité une belle observation qu'il avait recueillie chez son maître F. Widal quelques années auparavant et qui tend à la même conclusion.

La saignée peut encore convenir à d'autres cas : les femmes arrivées à la période de la ménopause bénéficient souvent d'une soustraction de quelque 60 ou 100 grammes de sang à l'époque où devraient survenir les menstrues. C'est sans doute pour cette raison que dans les couvents de femmes autrefois on préconisait souvent la saignée. Les extraits ovariens à cette période sont souvent efficaces quand à l'époque des règles absentes on fait une petite saignée.

On saigne également les pléthoriques et l'on diminue ainsi pour un temps la richesse et la viscosité de leur sang.

On a également proposé la saignée au printemps et à cette période de la vie masculine que certains auteurs considèrent plus ou moins justement comme l'âge critique. Et cela nous ramène aux vieux préceptes de l'école de Salerne :

> Septembre, avril et mai sont les mois qu'on préfère,
> Mais chacun de ces mois renferme un jour contraire.
> Règle-toi sur la lune, en mai crains le premier
> Et ménage le sang lorsque la lune est pleine.

Malgré Monod nous ne croyons plus guère à cette influence des mois et des astres. Mais nous admettons les saignées de la cinquantaine.

Action de la saignée.— L'action de la saignée est complexe. Tout d'abord elle provoque la *chute des hématies*.

J'ai fait à ce sujet de nombreuses expériences. La saignée chez le lapin abaisse le nombre des globules rouges, proportionnellement à la quantité de sang extraite : la soustraction au lapin de 1/5e de son sang amène une chute de 500.000 éléments. Chez l'homme on note une proportion analogue : 1 litre donne une chute d'un million de globules. La perte en globules rouges dépend d'ailleurs d'un facteur important qui n'est plus la quantité soustraite mais le nombre des hématies au départ. Plus ce nombre est faible, plus l'abaissement est minime ; et, d'un autre facteur encore : la rapidité avec laquelle on fait la saignée. Si elle se fait vite l'abaissement est plus considérable que si elle se fait lentement. Mais ces facteurs n'interviennent que pour une première saignée. Ils ne jouent plus dans les saignées successives et rapprochées où l'absence de réparation sanguine modifie les résultats. Elle dépend encore de l'état d'hydratation du sujet ainsi que je le redirai tout à l'heure.

Parallèlement à la chute des hématies il y a une chute des leucocytes qui est en général proportionnelle, mais

(1) Les dilutions du sang. *Journal de phys. et path. générales*, 190[illegible] et *Presse Médicale*.

parfois beaucoup plus considérable. C'est ainsi que dans une observation de Pagniez il y a quinze ans, une émission sanguine de un litre amena un effondrement considérable des leucocytes qui est difficilement explicable. La diminution des globules du sang après la saignée tient à la dilution du sang qui apparaît presque aussitôt après la saignée et qui remplace le sang soustrait par un liquide salin momentanément dépourvu de globules. La dilution sanguine est prouvée par la diminution de l'albumine totale du sérum que j'ai souvent observée. L'albumine totale tombe de 55 à 40, de 40 à 30, de 30 à 25, de 25 à 22 après des saignées successives chez l'animal. Chez l'homme l'abaissement peut être de 79 à 65 et au-dessous.

Dans mes recherches j'ai fait le dosage pondéral de l'albumine. Et. Bernard eut recours à la réfractométrie et note une modification de l'albumine analogue ;

96 à 67 avec 1.100 c.c.
74 à 65 avec 1.000 c.c.
106 à 89 avec 500 c.c.

Chaque fois donc l'albumine baisse en même temps que les hématies et ce, je le répète, en vertu de la *dilution sanguine.*

On peut s'étonner que le taux des chlorures se modifie peu. Mais cela s'explique, la dilution est faite avec l'eau salée des tissus eux-mêmes, dont la concentration est et doit être identique. Ce phénomène capital nous amènera tout à l'heure à comprendre très exactement pourquoi la saignée réussit très bien chez les cardiaques œdématiés, pourquoi la dilution du sang est beaucoup plus rapide et beaucoup plus importante dans les gros œdèmes, et pourquoi d'ailleurs elle peut produire des accidents.

J'ai dit que l'abaissement des hématies était proportionnel à la quantité de sang extraite, à la première saignée, mais ne l'était plus après plusieurs. Je crois qu'on peut expliquer ce fait par l'épuisement des réserves des tissus qui ne permettent plus une dilution proportionnelle et suffisante.

Les courbes obtenues le démontrent nettement: un lapin est saigné tous les deux jours : il perd le premier jour 15 grammes, l'équilibre se rétablit en deux jours, les troisième et quatrième jours 15 grammes, l'équilibre se rétablit encore ; mais à la cinquième saignée le rétablissement ne se fait plus car l'apport des tissus est insuffisant. Le sujet présente une anémie sanguine totale, de quantité et de qualité, au lieu de présenter seulement une anémie globulaire et protéique.

La saignée modifie la viscosité, en même temps que le taux des hématies et des albumines ; au viscomètre de Hess il m'a paru qu'une saignée de 500 grammes produisait un abaissement de viscosité de 1/2 parallèle à la chute de 500.000 hématies et de 5 grammes d'albumine total. Ces chiffres peuvent se fixer aisément dans la mémoire.

La dilution ainsi accusée s'accompagne de quelques signes cliniques : la soif est constante. Elle est en général proportionnelle à la quantité de sang extraite et aussi à la rapidité avec laquelle on l'extrait ; encore à l'absence d'œdèmes dans les tissus de l'individu.

Ce dernier phénomène demande explication. S'il y a œdème, le sang retrouve très rapidement sa concentration, et la soif n'existe plus. Le bulbe, comme l'a bien vu Mayer n'est plus sollicité par l'épaississement du sang ou par sa concentration excessive. Pour rétablir l'équilibre la soif commande l'absorption du liquide. Le principe est aujourd'hui reconnu. Il est contraire à celui de l'École de Salerne qui recommandait l'abstention : « et de ta lèvre avide écarte tout breuvage ». Précepte discutable car le liquide ingéré remplace le liquide perdu et calme une soif pénible.

L'influence de la saignée sur la *tension artérielle* mérite qu'on s'y arrête. Elle est moindre qu'on ne croit et très variable. Quand les physiologistes ont étudié la question ils n'ont pas été d'accord : pour les uns l'abaissement ne se produit qu'après soustraction d'au moins 3,50 % du poids de l'individu, c'est-à-dire de 500 grammes de sang pour un sujet de 60 kilogr. Pour les autres il faut soustraire 10 %, c'est-à-dire 6 litres pour 60 kilogr., ce qui est évidemment excessif. Pour d'autres encore il suffit du tiers de la masse sanguine, soit environ 1.700 grammes chiffres proches de la vérité.

Sur 29 cas étudiés par Etienne Bernard nous relevons ce qui suit :

Dix-huit sujets n'ont eu aucun abaissement de la tension artérielle, et trois seulement un abaissement notable. La minima baisse plus que la maxima et la tension différentielle s'accroît assez souvent.

Dans cinq cas enfin, c'est-à-dire un cinquième à peine l'abaissement a été vraiment très marqué pour des saignées, il est vrai, d'un volume considérable de 1.100 à 1.500 grammes.

La proportion que je pourrais fournir de l'action hypotensive de la saignée est plus forte. J'ai vu chez des gens à qui on a retiré seulement 500 grammes de sang faire un abaissement de 8. Faut-il attribuer cet abaissement au choc, à l'émotion, c'est-à-dire à un phénomène nerveux plus que mécanique ? On sait que la syncope provoque une hypotension formidable. Dans certaines saignées il est possible d'attribuer à cette syncope une partie de l'hypotension.

Ce que je viens de dire concerne la saignée veineuse. La *saignée artérielle* a sur la tension une action beaucoup plus marquée et donne des chiffres souvent très bas. La soustraction de 80 grammes de sang artériel peut produire un abaissement de 1 et 2 centim. de Hg alors que 500 grammes du sang veineux ne font rien. La différence s'explique. Dans la saignée veineuse, le liquide des tissus comble rapidement le vide. Dans la saignée artérielle, la réparation est moins rapide. De plus, l'effet de la saignée sur les artères a une action réflexe, ou directe, nerveuse indiscutable et plus encore que mécanique.

Quoiqu'il en soit, la saignée est indiquée dans l'hypertension permanente et surtout dans l'hypertension paroxystique. Elle doit par voie veineuse être considérable, d'un litre parfois ; par voie artérielle elle peut être beaucoup plus réduite.

L'influence de la saignée sur la diurèse est le résultat de la dilution sanguine : « la dilution du sang » (1) d'ailleurs presque toujours cause la polyurie. Elle l'est quand on introduit une quantité d'eau salée isotonique chez un animal. Elle l'est au cours de l'asystolie œdémateuse quand la saignée permet l'afflux dans le sang de l'eau des tissus, la chute des albumines et des hématies est patente ; l'étape vasculaire précède l'étape sanguine. Dans cette saignée, le phénomène se produit avec une remarquable rapidité, le liquide extravasé passe des tissus brutalement dans le sang : si le rein est bon il s'ouvre et la polyurie apparaît ; si le rein est imperméable l'afflux est sans effet et produit même des accidents.

Ces accidents se produisent aussi chez des cardiaques ainsi que Vaquez l'a bien observé. Mais la cause en est

(1) M. Loeper. — Les dilutions du sang. *Journal de pathologie et thérapeutique générales*, 1902 et *Presse Médicale*, 1902.

dans le phénomène mécanique plus que dans le phénomène du choc. La diurèse peut être considérable :

500 à 3.000 gr. avec 1.100 c.c.
500 à 3.000 gr. avec 1.000 c.c.
1.500 à 3.000 gr. avec 800 c.c.

La saignée agit un peu comme la digitale. Elle évacue le liquide et soulage à la fois le rein, la circulation et le cœur.

On peut affirmer que la saignée possède encore une action *antitoxique*. M. Bouchard prétendait que la soustraction de sang à un malade éliminait 50 grammes de matières extractives, plus par conséquent que n'en éliminent 1.500 grammes d'urine ou de sueur. Pourtant quand on a étudié ce test important qu'est le taux de l'urée on ne le trouve guère modifié. Mais l'urée n'est pas tout et l'opinion de Bouchard ne paraît guère discutable. Une saignée de 500 grammes a une action antitoxique.

En résumé la saignée agit sur les globules rouges, les albumines, la viscosité, elle détermine une dilution du sang et réduit la viscosité. Elle est antitoxique et hypotensive. Elle appelle l'eau des tissus. Ce sont des titres que l'on ne peut contester.

***

J'ai dit que la saignée pouvait déterminer des accidents et cité tout à l'heure la syncope qui est un phénomène nerveux, la stagnation cérébrale consécutive à l'hypotension qui peut provoquer un ramollissement et une oblitération de l'artère et aussi l'afflux trop rapide de l'eau des œdèmes qui dilate brutalement les vaisseaux. J'ajoute encore l'anémie qui peut résulter de saignées trop abondantes chez les sujets tarés ou des saignées répétées chez les sujets même normaux.

II. — Saignée locale.

La saignée locale soustrait du sang non plus au système veineux ou artériel mais au système capillaire. Son action est réduite, limitée, discrète et sans brutalité. Elle est à la fois décongestionnante et par conséquent mécanique mais elle peut avoir dans certaines conditions une action anticoagulante quand elle est faite avec des sangsues.

La *ventouse scarifiée* est de beaucoup la plus utilisée actuellement. Elle consiste comme chacun sait dans la scarification du point ventousé. Bien appliquée et au bon endroit elle agit sur les organes profonds voisins. Répétée elle peut effectuer une décongestion générale, atténuer la viscosité, soulager la circulation veineuse.

Claude Bernard qui avait longuement étudié l'action de la circulation locale, pensait qu'en soustrayant une certaine quantité de sang en un point quelconque des téguments on fait affluer le sang des organes sous-jacents, et l'on provoque en outre certaines réactions utiles dans les vaisseaux correspondants. Ainsi est-on autorisé à placer des ventouses à la base des poumons, à la région hépatique ou lombaire.

Les points d'élection de la saignée locale ont été déterminés avec une précision peut-être trop schématique par un auteur allemand du nom de Bing. Pour cet auteur, on fait la saignée à l'aine dans les affections de la fosse iliaque parce que les vaisseaux communiquent avec le cæcum ; à l'épigastre parce qu'il est en rapport avec le foie ; à l'anus dans les affections de l'intestin ; au thorax et au creux sus-claviculaire dans les affections des poumons ; à la fourchette sternale dans les affections du larynx ; à la mastoïde dans les affections du cerveau ; à la tempe et au front dans les affections de l'œil ; à la colonne vertébrale dans les affections de la moelle. On ne peut la pratiquer à la paroi abdominale parce que les communications vasculaires y sont trop réduites.

L'Ecole de Salerne avait déjà envisagé ces actions différentes :

« La saignée aux yeux donne un lustre nouveau
« Ranime la mémoire, éclaire le cerveau.
« D'une douce chaleur elle échauffe les moelles,
« Apaise l'intestin et le ventre rebelles,
« Calme en le délayant l'estomac irrité,
« Rend aux sens rafraîchis vigueur et netteté ;
« Elle donne à la voix une heureuse souplesse.

La répétition des saignées locales amène aussi quelques modifications sanguines qui ne sont pas négligeables, elle modifie la viscosité et diminue quelque peu la carbonémie. Elle est également indiquée dans l'hypertension chronique, dans les troubles de la ménopause, dans la simple pléthore, etc...

La saignée se pratique encore avec des *sangsues* et même ne se pratiquait autrefois qu'avec elles. L'utilisation était autrefois si générale que le commerce des sangsues en France était considérable. La vente des sangsues en une année représentait à peu près 8 millions de francs en 1824, et la consommation des sangsues était de 80 millions.

Je cite un article du *Progrès Médical* sur la consommation de ces annélides : « Au début du dernier siècle on crut un jour que les sangsues allaient manquer. En peu d'années, la France avait été, ainsi que les pays voisins, vidée de ses sangsues. Bientôt on alla les pêcher jusqu'en Bohême, en Turquie, en Grèce, etc... Un service de chariot en poste fut organisé pour approvisionner Paris et la France. Il y a peu d'années encore passaient à Strasbourg des voitures à claire-voie, renfermant des sacs continuellement abreuvés d'eau et remplis de millions de sangsues... » Devant la carence de sangsues le Docteur Sarlandière, disciple fervent de Broussais, inventa un bdellomètre pour y suppléer !

En 1856 encore, on utilisait à l'Assistance publique 80.000 francs de sangsues par an. En 1905, la consommation tomba à 170 francs. L'enthousiasme fut excessif certes mais le déclin n'est pas justifié. Aujourd'hui la sangsue est rarement appliquée aux congestions locales, mais elle a trouvé son utilisation chez les malades qui ont le sang particulièrement épais, spécialement chez les opérés de fibrome. Termier, Mocquot les ont vantées dans la prévention de la phlébite. Dans certains services on applique des sangsues systématiquement aux opérées, et aux accouchées.

On pourrait craindre que l'application ne soit quelque peu septique, mais chose curieuse, les plaies faites par les sangsues s'infectent rarement. La sangsue peut pomper entre 10 et 15 grammes de sang, du moins la sangsue moyenne dite sangsue-vache. Les grosses sangsues peuvent retirer jusqu'à 20 grammes. Laissée en place deux heures la sangsue peut faire couler 40 grammes de sang. On cite un malade chez qui quatre sangsues purent soustraire plus de 1.160 grammes.

Pour obtenir une bonne saignée, il faut prendre de jeunes sangsues, jeunes et vierges et non celles qui ont déjà servi et qu'on doit tout au moins faire dégorger.

Il faut les placer, comme la ventouse, au point d'élection ; pour les faire mordre on se sert de vinaigre, de vin, de sucre ; mais quand elles sont bien vivantes elles prennent sans aucun artifice On les laisse en place 10 minutes. Elles tombent d'elles-mêmes. Le sang continue de couler après la chute de la sangsue. La saignée est donc non seulement lente, mais durable.

(Lire la suite page 163)

BIBLIOGRAPHIE

La Princesse Palatine, par Paul Reboux. Illustrations de A. Pecoud. Un volume in-8°, édition des Laboratoires Deglande, 6, rue d'Assas-Paris, 1932.

Depuis le choix du sujet jusqu'à la présentation et à l'illustration tout est du meilleur goût dans ce volume que les Laboratoires Deglaude viennent d'offrir au Corps médical, et on ne saurait trop les féliciter de leur initiative.

L'Ultravirus tuberculeux. *Nouvelles acquisition sur la biologie du virus tuberculeux et sur la pathogénie de l'infection tuberculeuse, par A. Fontès.* (Un volume de 108 pages avec 5 planches hors texte en couleurs 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, Bd Saint-Germain, Paris.)

Le premier chapitre de cet ouvrage est consacré à l'exposé des expériences démontrant l'existence de la forme filtrante du bacille de Koch et à l'exposé des idées actuelles sur le cycle évolutif de ce germe.

Dans les chapitres suivants, l'auteur expose ce que nous connaissons du pouvoir pathogène des éléments filtrables. Ceux-ci sont loin de produire les lésions classiques ; il est très difficile de retrouver la forme acido-alcoolo-résistante bacillaire du virus tuberculeux, et c'est justement le Professeur Fontès qui eut le mérite immense d'inaugurer une nouvelle technique (celle des inoculations en série), permettant de retrouver ces formes. D'ailleurs, il existe encore dans cette étude des lésions produites par les éléments filtrables du bacille de Koch de nombreux points à éclaircir, et l'auteur parle avec juste raison des infections tuberculeuses latentes, occultes et inapparentes.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude de l'hérédo-infection tuberculeuse. Ici, encore, le Professeur Fontès, dès 1910, avait prévu qu'il devait exister une hérédité de la tuberculose, par le germe.

Dans les deux derniers chapitres de son livre, l'auteur expose nos connaissances actuelles et ses conceptions personnelles sur les formes granulaires des bactéries autres que le bacille de Koch. Il envisage, en particulier, le cycle évolutif des germes, leur mode de reproduction, la possibilité de diagnostic des maladies infectieuses en période d'incubation.

Une bibliographie très complète termine cet ouvrage.

Cinquante techniques chirurgicales, de Henry-Delagenière. Recueillies et rédigées par Yves Delagenière (du Mans). (Un volume de 316 pages avec 63 figures : 50 francs Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Henry-Delagenière a laissé une œuvre scientifique déjà classique en grande partie : tels l'usage du plan incliné en gynécologie, la méthode du pneumothorax chirurgical, les greffes ostéo-périostiques qui portent son nom, par exemple. Mais, chirurgien et opérateur encore plus que savant, il fut essentiellement un praticien, et a laissé comme tel, le souvenir de résultats particulièrement brillants.

Son fils, instruit par lui pendant plusieurs années avec le soin et la minutie qui le caractérisaient, a recueilli tous les détails de sa pratique journalière, la précision de sa technique, l'observation stricte du plus menu détail opératoire ou post-opératoire, ce qui lui a permis de faire paraître cet ouvrage.

A côté des précisions que l'on trouve à chaque page, le livre renferme des chapitres entiers sur des procédés très personnels à Henry-Delagenière : tels le chapitre des gastrectomies, où l'on retrouve le procédé simple et sûr de la gastro-entérostomie à deux seuls fils circulaires ; le chapitre de l'amputation du rectum avec le si intéressant drainage sus-pubien entièrement sous-péritonéal, dit drainage en cheminée ; le chapitre de la prostatectomie périnéo-sus-pubienne, qui permet l'ablation large et sûre du cancer prostatique ; — tels encore les procédés de suture étanche avec drainage séparé latéral de l'abdomen, de désinvagination du boudin rectal sur les doigts de l'aide, d'hystéropexie chez les femmes âgées par fixation directe du corps utérin ; — telle l'incision pour la néphrectomie para-péritonéale, etc.

Yves Delagenière, qui a recueilli et rédigé ces procédés de technique, a voulu, « en publiant aujourd'hui ce livre, être utile aux *praticiens* de la chirurgie. »

Le Genou. *Anatomie chirurgicale et radiographique, clinique opératoire,* par Antoine Basset. (Un volume de 190 pages avec 120 figures : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Cet ouvrage est entièrement consacré à l'anatomie chirurgicale et radiographique ainsi qu'à la chirurgie opératoire du genou.

Dans l'étude anatomique, l'auteur donne la prééminence à la description des formes extérieures, et à celle de l'aspect radiographique de l'articulation saine. Elles sont indispensables à connaître, l'une pour apprécier utilement les déformations de la région, l'autre pour interpréter correctement les clichés qui montrent la présence ou l'absence des lésions.

A la description anatomique, et basée sur celle-ci, fait suite une étude d'ensemble des voies d'abord de la cavité et des éléments constitutifs de l'articulation, puis une série de chapitres est consacrée à l'exposition des diverses techniques opératoires groupées autour des affections auxquelles elles s'appliquent.

Ainsi est réalisée la somme des notions indispensables à posséder pour examiner correctement une articulation malade choisie et pratiquer avec succès, celle des techniques opératoires qui conviendra le mieux à la lésion à traiter.

L'illustration, comme il convenait pour un ouvrage de ce genre, est abondante. L'originalité de certaines figures anatomiques consiste en ceci, que l'auteur a fait dessiner les parties fibreuses, les ligaments, les tendons péri-articulaires, non sur un squelette, lui-même dessiné au préalable, mais sur des radiographies d'un genou normal.

Il en résulte qu'elles montrent un squelette d'une exactitude et d'une réalité absolues et qu'elles permettent de se rendre compte de la situation exacte des tendons, des plans fibreux, des ligaments, des ménisques par rapport aux saillies, dépressions et échancrures osseuses et à l'interligne articulaire.

Revue des Cours et Conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France : un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 décembre 1932 : Henri Hauser : L'évolution économique de l'Empire britannique au XVIIIe siècle. — G. Cohen: Préhistoire littéraire de la France. — Henri Bornecque : Tite-Live (II): Application de la théorie des milieux. — J. Hankiss : Défense et illustration de la littérature. — Albert Mathiez : L'Eglise et la Révolution française (X) : La naissance de la religion révolutionnaire. — Henri Hannette : La légende de la « Morte vivante ». — Pius Servien : Problèmes d'art et Langage des sciences (V) : Le langage lyrique irréductible au Langage des sciences. — R. Guignard : Romanciers allemands contemporains (VIII) : La formation intellectuelle de Wassermann et ses théories littéraires.

Sommaire du numéro du 15 janvier 1933 : A. Lebègue : Malherbe et son fils (I). — A. Puech : Etude littéraire de quelques dialogues de Platon (I) : Aperçu général de son œuvre. — H. Hauser : La vie européenne du milieu du XVIe siècle (I) : Les transformations économiques de l'Europe. — Anatole Feugère : Jean-Jacques Rousseau (I) : Années d'enfance et d'apprentissage à Genève. — Henri Hannette : La Légende de la « Morte vivante » (V). — Albert Mathiez : L'Eglise et la Révolution française (XI) : Le développement de la religion révolutionnaire jusqu'au 10 août 1792. — Henri Bornecque : Tite-Live (III) : Le monument littéraire. — J. Hankiss : Défense et illustration de la littérature (III).

Nouveau guide du mutilé de l'oreille, et des personnes sourdes, demi-sourdes et dures d'oreille, par Robert Morche. Edition de la *Revue de l'Ouïe*, 143 *bis*, Promenade des Anglais, Nice, 20 francs.

Ce livre technique, préfacé par le Maréchal Lyautey, *couronné par l'Académie de médecine* s'adresse aussi bien aux déficients de l'ouïe qu'aux médecins. Il apprendra aux uns et aux autres, certains aspects peu connus de l'action entreprise soit contre la surdité, soit contre les charlatans qui prétendent vivre de la souffrance des sourds. Les mutilés de guerre, de même que les auristes, consulteront avec fruit, le chapitre consacré aux mutilés de l'oreille ; à cet égard, ce *guide* complète utilement : *La lutte contre la surdité* du même auteur.

A noter plus particulièrement les chapitres suivants : la psychologie du sourd, les souffrances du sourd, une enquête sur la guérison de la surdité, les conseils aux sourds, l'appareillage des sourds, la lecture labiale, la rééducation auditive, les sourds illustres.

Des dessins suggestifs agrémentent la lecture attrayante de ce livre qui apportera aux « emmurés » un peu de joie, de réconfort et d'espoir.

Ajoutons que le Docteur Morche recommande aux déficients de l'ouïe le port du microphone pour entendre, ce qu'il fait d'ailleurs lui-même puisqu'il est mutilé de guerre de l'oreille.

Le Crapouillot (janvier) publie le tome III et dernier de la passionnante « Histoire de la Guerre » de Galtier-Boissière, qui traite de la guerre navale, des négociations secrètes de paix séparées, de la révolution russe, de l'évolution guerrière des Etats-Unis, des batailles sur tous les fronts et nous mène jusqu'à l'armistice. Une magistrale synthèse historique et le plus impitoyable réquisitoire contre la guerre. (Le numéro : 12 francs, 3, place de la Sorbonne, Paris.)

L'Histoire de la Nature vivante, d'après l'Œuvre des Grands naturalistes français (Six portraits commentés). — VI. *Lacépède et la sociologie humanitaire selon la Nature*, par Louis Roule. Un vol. in-18 jésus. Prix : 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

L'époque du premier Empire est toujours d'actualité. Les noms de la plupart de ses personnalités les plus hautes reviennent volontiers à la mémoire, ceux des maréchaux, des grands écrivains, des diplomates, des artistes. Quelques-uns, pourtant, se confinent dans une sorte de pénombre dont on les sort rarement, malgré leur importance. Il en est ainsi de Lacépède. Sans être oublié, il est cependant méconnu, son renom posthume ne montrant point au niveau de ce qu'il fut en son temps.

Il a été le Comte de Lacépède, Grand Chancelier de la Légion d'honneur, président du Sénat impérial, ministre d'Etat, ami personnel de Napoléon, son confident dévoué, son conseiller souvent écouté. Il fut mêlé aux principaux événements de la Révolution, connut la proscription, puis contribua, sous le Directoire, aux côtés de l'abbé Sieyès, à fonder le Consulat, ensuite l'Empire. L'empereur l'a souvent choisi pour soutenir sa politique devant les assemblées. Après Waterloo, sous la Restauration, il se terra dans une retraite dont il ne voulut point sortir, et qui contribua à créer cette sorte d'oubli régnant autour de lui.

Il avait commencé par être naturaliste, sous l'inspiration, de Buffon. Jusqu'à sa mort, et tout en devenant Homme d'Etat, il a tenu à conserver le titre et la fonction de Professeur au Muséum. Si sa vie intéresse l'historien, et plus qu'on ne le fait d'habitude, son œuvre écrite, qui est considérable, intéresse aussi les naturalistes, les philosophes, les sociologues. L'étude de la nature l'a conduit à la recherche des lois qui dirigent les progrès de l'humanité. Aussi ce volume possède-t-il la valeur d'un document de haute marque, à peu près inédit, concernant l'histoire d'une période où l'état politique actuel, avec ses inclinations sociales et humanitaires, s'est progressivement élaboré.

La raison de cet écoulement prolongé tient à la sécrétion par la sangsue d'un produit anticoagulant, qui vient des glandes de l'œsophage et qu'on nomme *l'hirudine*. L'action anticoagulante de la sangsue est si puissante que le sang pompé par l'animal reste liquide pendant 20 heures dans le corps de l'animal. Carnot a pu suivre toutes les transformations de ce sang, la destruction des hématies, la mise en liberté et le décapage du pigment ferrugineux qui devient un pigment brun dépourvu de fer.

Tout cela intéresse au plus haut point la clinique. Le sang du sujet après l'application des sangsues peut avoir certaines analogies avec le sang de l'hémophile. P.-E. Weil qui a étudié la question en 1909, y a décelé l'allongement de la sédimentation, l'irrétractilité du caillot. Ses résultats ne sont pas admis par tous les auteurs. Ils ont été observés en effet chez des hépatiques dont les altérations sanguines étaient peut-être contingentes.

Quoiqu'il en soit la saignée apporte au sang un élément anticoagulant. C'est de cette constatation que découle l'emploi de la sangsue chez les opérées, les accouchées, pour prévenir les phlébites et chez les pléthoriques ou hypervisqueux.

L'action sanguine de la sangsue ne va pas sans inconvénients. Giraudeau a signalé des épistaxis chez les cirrhotiques et même de fortes hémorragies, mais de tels malades sont déjà prédisposés.

***

J'ai encore deux mots à dire à propos de la *régénération du sang après la saignée*.

Après une seule saignée les globules rouges s'abaissent proportionnellement au volume du sang soustrait mais, après quinze à vingt jours, ils remontent à peu près à leur taux normal ; l'ascension est progressive et la réparation est complète, tant des hématies d'ailleurs que des albumines. Et la leucocytose momentanément réduite se relève parallèlement avec polynucléose. Quand les saignées sont très abondantes on peut voir apparaître des hématies nucléées et des myélocytes. Quand elles sont répétées et assez abondantes, la régénération peut être difficile et le sang montre un nombre plus considérable d'hématies nucléées. Quand elles sont répétées et minimes le chiffre des hématies s'élève au-dessus de la normale et le sang prend un caractère nouveau et devient *hémopoïétique*. Quand on l'injecte à un animal, les hématies s'accroissent plus qu'avec une quantité égale de sang normal.

Carnot a bien mis en évidence ce fait capital que le sang des animaux fréquemment et discrètement saignés acquiert des propriétés hématopoïétiques telles que le sérum, injecté à la dose seulement de 9 c.c. à un autre animal, provoque l'élévation presque immédiate des globules rouges, jusqu'à 2 millions ; et après deux ou trois saignées de 3 à 5 millions. Les mêmes résultats ont été obtenus avec le cheval et le sérum de cheval est entré dans la thérapeutique grâce aux recherches scientifiques sur la régénération sanguine de M. Carnot et de Mlle Deflandre.

Je pense ainsi avoir montré dans ce chapitre combien la saignée garde d'indications précises, et combien elle reste, à bien des points de vue une méthode thérapeutique intéressante. Générale, elle vide le sang de son trop plein et lui soustrait des corps toxiques et un excès de liquide. Locale, elle réduit la stagnation des organes sous-jacents et active leur circulation. La saignée par bistouri ou par ventouses n'a qu'un effet mécanique, La saignée par sangsues a probablement une action anticoagulante. Et si, lorsqu'elle est très abondante et trop souvent répétée, elle peut entraîner des spoliations regrettables difficilement réparables, discrète et renouvelée, elle fait naître au contraire dans le sang des propriétés hématopoïétiques nécessaires à cette réparation et utilisables même dans le traitement des hémorragies.

CHRONIQUE

Action de l'opothérapie testiculaire dans les affections gynécologiques

Lors des premières recherches de Brown Séquard, le père de l'opothérapie eut l'idée d'administrer à un certain nombre de femmes ses extraits testiculaires en se fondant sur une analogie d'effets (quant à l'état général) des deux gonades. Toute la littérature sur les greffes croisées parue au cours des quinze dernieres années (Lipchutz, Pettinari, etc.), toutes les expériences sur les injections d'extraits testiculaires (Walker, Goetsch, Lagueu, Dittler, MacCartney, etc.), les travaux importants de H. Vignes (1) ont bien montré l'intérêt des faits physiologiques et thérapeutiques liés à cette question. Dans une intéressante monographie, Jean Audit (2) vient de donner une revue générale de cette question.

L'auteur qui a voulu réaliser une revue générale sur la thérapeutique hétéro-sexuelle, a su non seulement faire une mise au point de cette question, historique, clinique et expérimentale, mais aussi nous intéresser au passage aux plus passionnantes théories, aux plus troublants aperçus sur les actuels problèmes de sexualité.

Dans son historique, il ne manque pas après avoir mis en exergue la grande expérience princeps de Brown-Séquard, d'évoquer les plus lointains antecedents de l'opothérapie orchitique : les tribus primitives où les sorciers font manger les testicules, les Chinois et leurs pilules composées de sperme, etc... et plus près de nous, de rappeler les expériences de Gley, de Girod.

Les faits cliniques, il va les grouper sous ce titre : le Mariage en therapeutique. Il y décrit d'abord les troubles carentiels : la psychologie et la pathologie de la vieille fille, de la femme insatisfaite, puis ensuite toutes les maladies améliorées par le mariage : la chlorose, les ecto-sympathoses, les troubles gynécologiques, etc...

Abordant la plus originale partie de cette étude, il apporte dans un chapitre intitule : « la *Résorption spermatique* » sa propre explication des faits qu'il vient de décrire.

Après y avoir rappelé la théorie de Mattei sur l'absorption du sperme par les tissus, il développe sa propre conception de l'*imprégnation spermatique*. La femme, dit-il, est imprégnée par le sperme, même en l'absence de fécondation.

Les preuves, il les voit d'abord dans ce que cette imprégnation peut influencer les produits d'une fécondation ulterieure (c'est là un fait connu chez les éleveurs) puis, déterministe convaincu, il observe que la nature a pris soin dans les espèces animales de réaliser toujours une longue et parfaite imprégnation soit par un accouplement long, soit par des dispositions anatomiques spéciales si l'accouplement est bref.

D'autres preuves de l'imprégnation sont apportées par les cuti-réactions au sperme et par l'interférométrie.

Mais surtout il importe de mettre en lumière la nécessité de cette imprégnation chez la femme.

(1) Application de l'opothérapie testiculaire aux troubles gynécologiques. *Bull. gén. de thérap.*, mai 1926, et surtout Hormone féminine et hormone masculine. In *Physiologie gynécologique et médecine des femmes*. Masson, édit., 1929, p. 500.

(2) *L'opothérapie orchitique chez la femme*. Delmas, édit., à Bordeaux, 1932.

Il emprunte à Sédillot la description des « fraudeuses », et les troubles engendrés par les pratiques anti-conceptionnelles : aménorrhée, nervosisme, mélancolie anxieuse, etc... Il faut remarquer que ces troubles sont dus aussi à l'absence de l'action lytique du sperme sur les sécrétions utéro-vaginales (améliorées donc lorsqu'une grande injection est pratiquée après le coït).

Ayant ainsi montré que l'imprégnation spermatique est un des meilleurs excitants de la fonction ovarienne, J. A aborde l'importante question d'endocrinologie de savoir s'il faut considérer s'il y a analogie ou antagonisme entre les hormones mâles et femelles.

Il passe en revue les faits d'*antagonisme sexuel* :

hermaphrodisme expérimental ;

masculinisation par les hormones spermatiques, et surtout expose en détail la stérilisation des femmes par les hormones spermatiques (injections d'extraits testiculaires ou de sperme, ou greffes testiculaires) ;

puis les faits d'analogie sexuelle :

hermaphrodisme spontané :

greffes croisées, synergie endocrinologique.

De cet exposé il conclut que si les hormones sont spécifiques quant à leur action sexuelle, et *aspécifiques*. quant à leur action sur l'équilibre endocrinien de l'organisme (sur lequel les hormones masculines sont les plus actives).

Il croit pouvoir avancer que la théorie de Maranon pour qui le sexe est un attribut de valeur évolutive, la théorie de Joyet-Laserque, physico-chimique, de la sexualité et enfin de nombreuses expériences, concluent aussi au manque de spécificité des hormones

D'autre part, il insiste sur l'action médicamenteuse des extraits testiculaires, qui ainsi que l'a montré Vignes contiennent une quantité abondante d'acide nucléinique, de la protamine, de la lécithine.

L'auteur termine par un chapitre plus spécialement pratique sur les *indications* de l'opothérapie orchitique.

Qu'il nous suffise de citer l'asthénie, la sénilité précoce, les troubles carentiels les troubles de la menstruation (la lécithine apportée par l'opothérapie orchitique et dont Vignes a montré l'importance dans la menstruation, joue là un rôle considérable), l'obésité, enfin, tous les syndromes d'insuffisance ovarienne. Il a consacré deux chapitres importants : 1° aux troubles psychiques, où si l'on veut à la suite des auteurs modernes faire jouer constamment l'origine sexuelle, la thérapeutique orchitique trouve une place importante ; 2° aux troubles cutanés : sclérodermie, psoriasis, pelade, acrocyanose.

Enfin il existe deux contre indications : la grossesse et l'âge, c'est-à-dire la sénilité vraie (opposée à la sénilité précoce).

Quant à *la posologie*, l'auteur donne sa préférence aux piqûres intra musculaires quotidiennes de 0 gr. 10 d'extrait orchitique poursuivies quotidiennement entre les règles, ou aux préparations *per os* des différents laboratoires.

Od. Poulain.

« Le distingué secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux a conçu le projet téméraire de définir le spécialiste.

Je ne connais pas de problème plus insoluble, posé à la méditation des philosophes, si ce n'est celui de la quadrature du cercle. »

(Dr A. Guérin. — La définition du spécialiste ou la quadrature du cercle. *J. des Praticiens*, 3 décembre 1932.)

« L'aventure du jeune Dieu de l'amour qui fut se faire soigner chez un confrère, et qui, ayant reçu de lui quinze lavages uréthraux, ne toucha pour remboursement de ses consultations que trois francs par acte médical (*Bulletin* du Syndicat des médecins de Seine-et-Oise) sous le prétexte que la blennorrhagie est une « maladie volontaire ! » inspirera les chansonniers de salle de garde.

La blennorrhagie, maladie volontaire ! où va se loger la volonté ? Oh ! Ribot, qui étudia les maladies de la volonté, tu n'avais pas prévu cette localisation uréthrale. »

(Léon Bruel. Lettre d'un médecin de Province. Les Assurances sociales dé-socialisées. *L'Informateur Médical*, 11 décembre 1932.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Circulation

Les syndromes d'instabilité tensionnelle sont des états tensionnels de degrés variables, au cours desquels surviennent, du fait de causes minimes et souvent inaperçues, des variations tensionnelles en plus ou en moins, d'importance plus ou moins marquée suivant le degré plus ou moins élevé de l'état tensionnel antérieur : élévations ou abaissements tensionnels entraînant les accidents habituels de l'hypertension ou de l'hypotension brusquées, ainsi que divers troubles organiques, qui les apparentent aux crises paroxystiques.

Ces accidents se rencontrent dans l'hypertension artérielle permanente, dans l'instabilité vago-sympathique, dans l'insuffisance tensionnelle et dans l'hypotension relative.

Cliniquement on peut décrire : des syndromes d'instabilité de la cinquantaine, une instabilité tensionnelle spéciale aux jeunes sujets à la période de la puberté, une instabilité au cours des affections du système nerveux et notamment du tabes.

Un intérêt tout spécial doit être réservé à l'instabilité fonctionnelle par sensibilisation anaphylactique. Les sujets, prédisposés au choc anaphylactique, le sont également aux abaissements tensionnels brusques, puisque choc et hypotension évoluent parallèlement et que les symptômes cliniques du choc ne sont en réalité que des symptômes d'hypotension.

La crise hypotensive, au cours de l'anaphylaxie digestive, se traduit par des manifestations diverses : douleurs angoreuses, spasmes vasculaires au niveau des extrémités, vertiges, impotence temporaire à prédominance unilatérale, céphalées, migraines, vomissements, etc.

La crise hypotensive des asthmatiques se traduit par les accidents vertigineux et syncopaux.

La crise hypotensive à manifestations cardiaques revêt deux types : la crise tachycardique et la crise d'angor pectoris.

La désensibilisation sera tentée, tandis que le régime s'efforcera d'éliminer les substances capables de provoquer la crise vaso motrice.

(A. Dumas. Les syndromes d'instabilité tensionnelle, crises cardiaques et anaphylaxie. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 septembre 1932.)

Anesthésie

Le contrôle de niveau de l'anesthésie rachidienne, selon la méthode de Pitkin, marque un progrès capital.

Les deux points essentiels sont la *viscosité* et la solution *hypobare*.

La viscosité limite la diffusion et retarde l'absorption de l'anesthésique, qui reste *en masse* dans le liquide céphalo-rachidien et y forme une *tranche* ; l'action anesthésique reste localisée. La viscosité est obtenue par l'emploi de l'amyloprolamine, substance mucilagineuse contenue dans l'amidon du blé, produit gélatineux, soluble, stable et ne fermentant pas. La spinocaïne est un mélange de novocaïne et d'amyloprolamine.

La solution hypobare est d'un poids spécifique (1.001) inférieur à celui du liquide céphalo-rachidien (1.003-1.009). Au cours d'une injection au ralenti, sans barbotage, la solution anesthésique, plus légère, s'élève et flotte dans le liquide céphalo-rachidien, comme une bulle d'air dans un niveau d'eau. La position de Trendelenburg préserve *doublement* des accidents ; d'une part elle empêche l'ascension de l'agent anesthésique, d'autre part elle combat l'anémie cérébrale. La solution hyperbare, plus lourde que le liquide céphalo rachidien, qui semblait devoir résoudre le problème du contrôle du niveau, expose au contraire, dans la position tête en bas, à l'apparition et à l'aggravation des accidents, par la chute progressive du liquide anesthésique vers les parties hautes du névraxe ; l'imprégnation ascensionnelle des étages médullaires supérieurs menace de la paralysie des centres respiratoire et cardiaque.

La solution hypobare a pour formule :

Novocaïne	200	milligrammes
Sulfate de strychnine	2	—
Amyloprolamine	139	—
Alcool éthylique	300	—
Sérum physiologique	2	centicubes

L'anesthésie comprend deux phases :

1° La phase préparatoire d'*anesthésie morale* par injection de 0 gr. 0004 de scopolamine et de 0 gr. 016 de morphine une heure avant l'opération et d'*anesthésie locale* par injection sous-cutanée dans la région lombaire d'une ampoule de novocaïne-éphédrine. On évite ainsi au sujet toute inquiétude, toute souffrance.

2° La phase d'*anesthésie opératoire* par injection intrarachidienne de la solution hypobare. La position prend une importance décisive ; *il ne faut jamais faire une injection sur le sujet assis* ; c'est aller au désastre par l'ascension rapide de la solution hypobare. La position la plus favorable est le *décubitus latéral*.

Durant l'anesthésie la position de la table permet d'obtenir un réglage du niveau de la zone anesthésique inversement proportionnel à la déclivité.

L'inclinaison de la table doit être réglée mathématiquement, par un cadran gradué spécial ; les chiffres suivants, valables pour la tête en bas, en montreront la précision et l'importance.

A 5° l'anesthésie remonte à la 6e ou 7e vertèbre dorsale.

De 7 à 10° l'anesthésie atteint l'ombilic.

De 10 à 15° l'anesthésie s'étend aux membres inférieurs.

De 15 à 18° l'anesthésie reste localisée à la région pariétale.

(E. Forgue. La méthode de Pitkin. Le contrôle de niveau de l'anesthésie rachidienne. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er octobre 1932.)

Chirurgie

Le traitement chirurgical des traumatismes du genou voit ses indications s'étendre de plus en plus.

La fracture de l'épine tibiale est relativement rare, ou du moins elle le semble, peut-être par suite de l'insuffisance des radiographies, qui doivent être prises en flexion. Elle soulève un intéressant problème thérapeutique.

Lors de l'accident initial il faut vider l'hémarthrose par ponction et immobiliser le membre. On est amené à intervenir lorsqu'il existe une fracture complexe du plateau tibial.

La majorité des auteurs recommande de tenter le traitement orthopédique, au moins temporairement ; la durée varie, suivant les chirurgiens, de trois à huit semaines.

Les raisons, qui poussent à intervenir, sont les suivantes :

1° Les modifications de la statique articulaire ;

2° La limitation des mouvements avec gêne douloureuse ;

3° Le volume du fragment détaché ;

4° Les lésions associées et en particulier les déchirures méniscales.

En ne s'attardant pas au traitement orthopédique, on gagne du temps, en évitant les séquelles si gênantes des entorses graves du genou par lésion de l'appareil spino-ligamentaire.

(Hamant et Chalnot. Du traitement des lésions intra-articulaires du genou. *Revue Médicale de l'Est*, 15 septembre 1932.)

L'ostéoporose post-fracturaire semble avoir peu attiré l'attention. Lorsqu'un fracturé continue à souffrir, même avec un cal parfait, on n'a tendance à n'incriminer que les désordres dus à la fracture elle-même.

La fracture a pu créer des conditions défectueuses, d'où résultent des tiraillements ligamentaires, des douleurs dans les articulations voisines, etc. ; mais ceci n'est pas constant.

Il est possible de faire une constatation paradoxale : certaines fractures mal réduites entraînent une incapacité légère ou nulle, alors que d'autres, où le foyer est à peine visible sous forme d'une petite inégalité de l'os, d'un trait plus sombre, sont suivies de douleurs rebelles et tenaces.

Toute fracture, même admirablement réduite, même ostéosynthésée, peut s'accompagner dans les segments d'os voisins d'une ostéoporose tenace, la fracture créant des conditions favorables au trouble des échanges calciques.

La sympathectomie péri-artérielle mérite d'être largement appliquée dans les séquelles douloureuses des fractures.

(Y. Bourde. Sur l'ostéoporose post-fracturaire. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er octobre 1932.)

Dans tout iléus semble intervenir l'élément dynamique.

Cet élément dynamique est commandé par le splanchnique : cette notion se vérifie par l'épreuve de drogues réalisant la section physiologique du sympathique ; au premier rang de celles-ci se place l'ésérine.

L'ésérine agit comme la rachi-anesthésie ; l'auteur l'a vérifié à plusieurs reprises ; elle a sur la rachi l'avantage de ne pas être hypotensive.

L'injection d'ésérine peut donc être d'une grande utilité dans les occlusions intestinales comme dans les syndromes sympathico-toniques. Elle amène une évacuation immédiate de gaz et de matières, qui transforme brusquement et heureusement le tableau clinique.

La connaissance de cette notion a une grande importance pratique pour le chirurgien. Conseiller au praticien l'emploi de l'ésérine dans l'occlusion intestinale serait aussi dangereux que de conseiller l'emploi de la morphine dans une péritonite.

L'évacuation intestinale ne doit avoir aucune influence sur la décision opératoire ; les indications restent les mêmes qu'avant l'injection d'ésérine ; il faut, comme dans la rachi-anesthésie, toujours opérer après la débâcle, sous peine de perdre un temps précieux. L'emploi de l'ésérine aura cependant été d'un très utile secours, car, en affaissant l'intestin, elle aura considérablement favorisé l'intervention. On peut presque dire qu'elle a ramené l'intervention d'urgence à une intervention à froid.

Dans la pratique on peut se comporter de la manière suivante dans les cas d'occlusion grave :

1° Faire une injection d'ésérine, de génésérine ou de prostigmine ;

2° Faire suivre cette injection d'un petit lavement salé hypertonique ;

3° Une fois le ventre affaissé, c'est-à-dire trois quarts d'heure après, opérer.

(G. Jeanneney. L'élément dynamique dans l'iléus mécanique. L'épreuve de l'ésérine. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er octobre 1932.)

Climatologie

Le caractère du climat côtier du Maroc est dû au courant océanique qui baigne ses côtes et aux variations saisonnières de la distribution de la pression barométrique.

Un courant relativement froid longe la côte nord-ouest de l'Afrique ; c'est le *courant des Canaries*. D'une vitesse d'un à deux nœuds, il transporte des eaux très froides, qui, en toutes saisons, à la surface, ne dépassent pas 20°. En profondeur il ne faut pas descendre à 100 mètres pour avoir, en plein été, des températures inférieures à 15° et il arrive assez fréquemment que des lames de fond amènent ces eaux profondes à la surface. En certains caps avancés, où, par suite des accidents topographiques sous-marins, l'affleurement des eaux profondes est la règle, les températures de l'eau de mer, même sur le rivage, ne dépassent pas 18° aux mois de juillet et d'août. Ce sont là des températures très froides, eu égard à la latitude de 30 à 35°. Beaucoup de points du littoral français du golfe de Gascogne ou de Provence ont, en été, des températures de l'eau de mer bien supérieures.

Toute l'année les côtes du Maroc subissent l'influence du centre des hautes pressions connu sous le nom d'*Anticyclone des Açores*, mais dont la position varie sensiblement en saison froide et en saison chaude. En été on observe des pressions de plus de 768 mm. vers les Açores et une pression moyenne de 762 mm. sur la côte du Maroc. La diminution de pression se continue vers l'intérieur des terres, où le baromètre tombe dans le sud du Maroc à 758 et même à 756 mm. Pendant la saison froide une zone de hautes pressions beaucoup plus étalée englobe à la fois les côtes et le large, avec une moyenne de 766 mm. Les variations saisonnières de la distribution de la pression barométrique donnent lieu à la *mousson du Maroc* ; ce balancement très net du vent était connu des anciens navigateurs arabes ; c'est à cette composante du vent, venant en été de l'Océan Atlantique, à Rabat et à Casablanca surtout, où elle est très marquée, qu'il faut attribuer les températures estivales relativement fraîches.

(J. Rouch, capitaine de frégate, commandant la marine au Maroc. Le Maroc maritime français. Notice météorologique et océanographique. *Maroc Médical*, 15 septembre 1932.)

Aphorismes

L'hygiène des campagnes laisse énormément à désirer dans une foule de régions en France ; c'est un fait indiscutable (Astruc, de Montpellier.)

Chacun sait que le traitement d'une fracture peut normalement se résumer en deux mots : réduction et contention (L. Boissy, de Marseille.)

Les conclusions de l'expertise doivent aller aussi loin que possible dans les limites imposées par la science, la conscience et le bons sens (P. Mazel, de Lyon.)

Le lait sec est fabriqué avec du lait de vache toujours très frais ; on ne peut fabriquer du lait sec avec un lait acide. C'est là une garantie de sa pureté (Rocaz, de Bordeaux.) J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1933

L'insuline huileuse dans le traitement du diabète. — *MM Marcel Labbé* et *Boulin* ont essayé diverses préparations d'insuline en suspension dans un milieu huileux. Dans l'huile d'olives pure, la résorption de l'insuline a été très rapide, et le résultat à peu près le même qu'en solution aqueuse.

Avec une préparation faite suivant la formule de Strauch, mais un peu trop concentrée et trop rapidement liquéfiable, les auteurs n'ont obtenu aucune action de l'insuline sur la glycémie.

Avec d'autres préparations convenablement liquéfiables, les résultats ont été bons.

En employant la même dose d'insuline injectée en une seule fois quand il s'agit d'insuline huileuse, on obtient parfois un abaissement plus marqué de la glycémie, une durée plus prolongée de l'hypoglycémie et, le lendemain matin à jeun, la glycémie est restée plus basse dans le cas où l'on a injecté de l'insuline huileuse.

Dans un cas, ils ont obtenu l'avantage de voir cesser les accidents hypoglycémiques que présentait le malade.

En somme, certaines préparations d'insuline huileuse offrent un véritable avantage. Mais elles ne sauraient remplacer les injections d'insuline aqueuse dans tous les cas, car elles entraîneraient la crainte d'abcès, de résorption brutale et surtout les accidents que l'accumulation de matières insolubles sous la peau peut produire.

Action des eaux sulfatées calciques. — *M Desgrez* présente un travail de *MM. Santenoise, Franck Merck len* et *Vidacovitch*, établissant, par des expériences directes de distension du sinus carotidien isolé, que les eaux sulfatées cliniques accroissent la sensibilité et l'intensité des reflexes dépresseurs provoqués par les accroissements de pression artérielle. En augmentant la sensibilité des zones réflexogènes vis-à-vis de leur excitant physiologique normal, ces eaux renforcent donc, par un mécanisme physiologique, la défense de l'organisme contre les poussées d'hypertension.

La réanimation du centre respiratoire. — *M. Léon Binet* expose le résultat d'expériences poursuivies sur le poisson qui constitue un réactif de premier ordre pour étudier l'inhibition et la réanimation du centre respiratoire. L'auteur démontre que des gobies dont le centre respiratoire a été inhibé par intoxication chloroformique ou par électrocution peuvent revenir à l'état normal, avec survie définitive, s'ils sont soumis à l'action de la caféine.

Sur l'action excito-motrice des courants de haute fréquence redressée. — *MM Cluzat* et *Ponthus*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1933

Spondylite traumatique. — Ce travail de *M. Bressot* (de Constantine) est rapporté par *M. Mouchet* : l'évolution douloureuse en deux temps fut classique et les douleurs cessèrent après ostéosynthèse vertébrale par greffe.

Paralysie faciale périphérique — *M. Wertheimer* (de Lyon) a obtenu un bon résultat par la résection du ganglion sympathique cervical supérieur avec réapparition des contractions volontaires dans le domaine de l'orbiculaire.

Péritonite à pneumocoques. — *M. d'Allaines* rapporte une observation de *M. de la Marnière* (Brest). Après un accouchement, apparition de douleurs abdominales avec ballonnement, fièvre. Une ponction ramène plusieurs litres de pus à pneumocoques. Incision. Persistance des symptômes. Colpotomie. Découverte de kystes dermoïdes de l'ovaire. Ablation par voie abdominale. Guérison.

Appendicite à forme tumorale. — Cette observation de *M. Banzet* est rapportée par *M. Baumgartner*. Ce diagnostic fut porté par l'examen radiographique. L'examen histologique ne montra pas de lésions tuberculeuses et rappelle l'aspect des tumeurs dites inflammatoires des côlons.

M. Mouchet a observé un cas semblable.

Pseudarthroses et greffes intra-médullaires. — *M. Lafitte* (de Niort), rapport de *M. J.-C. Bloch*, a employé dans sept cas, l'enchevillement par greffe intra-médullaire en prélevant le greffon sur l'os malade lui-même. Il a obtenu par ce procédé d'excellents résultats.

M. Alglave pense que l'enchevillement ne donnerait aucun résultat dans les fractures infectées et que l'ostéosynthèse donnerait aussi bien.

M. Mauclaire a pratiqué plusieurs fois l'enchevillement. Il insiste sur l'énorme hyperostose que l'on observe à la suite.

M. Desplais a fait quatre fois l'enchevillement avec quatre bons résultats.

M. Duval souligne l'importance de la discrimination entre pseudarthrose et retard de consolidation.

M. J.-C. Bloch croit que l'enchevillement est susceptible de rendre de grands services et rappelle les inconvénients de l'ostéosynthèse métallique.

Hématome périthyroïdien dans un goitre. — *M. Lenormant* relate une curieuse observation de *M. Truffert*. Sans aucun traumatisme, il se produit une énorme ecchymose à point de départ cervical, qui descendait jusqu'à l'abdomen. Aucun trouble fonctionnel. A l'opération on trouve un goitre multinodulaire qu'on enlève. Une des poches kystiques était rompue dans le tissu cellulaire.

Hématome extra et intra-dural traumatique. — *M. Lenormant* relate deux observations de *M. Banzet*. La première concerne une femme atteinte d'une fracture du rocher chez laquelle sont apparus successivement un ralentissement du pouls et des convulsions généralisées. Une trépanation montre un hématome extra-dural considérable. Le troisième jour seulement, la malade sort de son coma ; elle guérit parfaitement bien. Le deuxième cas concerne un homme de 24 ans qui après un intervalle libre présente une torpeur progressive avec ralentissement du pouls. A la trépanation, il trouve sous la dure-mère un hématome localisé au niveau d'un foyer de contusion cérébrale avec une petite artériole corticale qui saigne. Tamponnement. Guérison.

M. Sénèque a vu un cas analogue où l'intervalle libre était d'une quinzaine de jours. Il existait un hématome sous-dural. Guérison. Deux mois après, nouveau coma et mort brusque.

M. Petit-Dutaillis montre la difficulté du diagnostic du côté atteint. De plus, il croit que le drainage est très utile.

M. Raoul Monod dit qu'il faut laisser couché très lontemps les trépanés.

M. Sauvé est d'avis de M. Petit-Dutaillis en ce qui concerne le drainage.

M. Rouhier croit aussi qu'il faut laisser couché très longtemps ces opérés.

Séance du 11 janvier 1933

Contusion de l'abdomen. — *M. Schwartz* reppelle que même une perforation de l'intestin peut exister sans contracture pariétale.

Psychose post-puerpérale. — *M. Mauclaire* rapporte ce travail de *M. René Bloch* qui porte sur 166 cas.

L'hérédité, l'azotémie jouent un rôle important dans l'étiologie de ces psychoses.

Névralgie inguino-scrotale. — *M. Vassitch* (de Belgrade), *M. Boppe*, rapporteur. — Il s'agissait d'une douleur post-traumatique durant depuis huit ans. La résection des abdomino-génitaux et de la branche génitale du génito-crural amena la guérison.

M. Chevassu croit que ces algies sont souvent dues à un calcul de l'appareil urinaire.

Plaies des membres inférieurs. — *M. Petit-Dutaillis* rapporte sept cas observés par *M. Cadenat* (de Toulouse). Tous ont guéri par première intention à la suite d'une suture primitive.

Tumeur de la cloison recto-vaginale. Ce cas de fibromyome observé par *M. Didier* (de Paris) et rapporté par *M. Baumgartner* fut opéré par voie abdominale et la tumeur fut enlevée après hystérectomie. Guérison.

Fracture du condyle externe et paralysie cubitale tardive. — *M. Mouchet* rapporte une observation de *MM. Rolland* et *Barge* (de la marine) et une autre de *M. Bressot* (de Constantine). La paralysie survint, dans le premier cas, vingt-trois ans après le traumatisme et dans le deuxième dix-huit ans après. Dans les deux cas, la transposition du nerf cubital en avant de l'épitrochlée fut suivie de succès.

Invagination intestinale. — *M. d'Allaines* rapporte ce travail de *M. de la Marnière* (de Brest) concernant dix cas de nourrissons opérés entre la 10e et la 25e heure.

Neuf d'entre eux subirent un lavement réducteur avant l'opération. Il insiste sur le fait que le signe du bord interne du cœcum doit être recherché sur un cliché et non seulement par l'examen radioscopique.

Sept d'entre eux furent opérés par une incision iliaque droite et ils ont tous guéri. Trois fois, l'opération était inutile : il n'existait plus de segment invaginé.

Dans trois autres cas, il existait des invaginations difficilement réductibles ; dans le dernier, une légère pression suffit à désinvaginer.

Splénectomie et ses résultats dans les maladies du sang et les splénomégalies chroniques. — *M. Grégoire* montre la bénignité en général et au contraire les dangers de cette opération quand l'indication est bien posée et la technique rigoureuse. C'est ainsi que les 15 premières opérations ont donné 5 décès, tandis que les 40 suivantes ont donné seulement 3 morts.

L'intervention paraît moins grave dans les maladies du sang que dans les splénomégalies chroniques. Les hémorragies itératives constituent le gros danger de la période post-opératoire.

L'hémostase des vaisseaux par coagulation diathermique. — *M. Moure* montre qu'il s'agit là d'un excellent procédé qui peut être employé pour des vaisseaux du calibre d'une artère radiale. L'auteur a fait des expériences sur l'animal : le vaisseau se rétracte, blanchit et se transforme en un petit conduit blanc. Il faut évidemment ne pas aller jusqu'à la carbonisation. L'hémostase se produit en somme par la formation d'un « bouchon autogène » et non par une vraie coagulation.

M. Proust croit qu'il y a plus qu'une action thermique dans l'effet de coagulation diathermique.

M. Chevassu dit que sur les coupes montrées par M. Moure on ne voit nullement la suppression des fibres élastiques.

M. Heitz-Boyer dit qu'il vaut mieux pincer les vaisseaux très finement et envoyer le courant plusieurs fois de suite.

Rhinoplastie. — *M. Moure* présente une rhinoplastie faite par un lambeau tubulé.

Arthrodèse pour sacrocoxalgie. — *M. Richard.*

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 janvier 1933

Allocutions de M. Marcel Labbé, président sortant, et de M. Apert, président pour l'année 1933.

Xanthélasma éruptif généralisé non diabétique chez un albuminurique. — *MM. E. Schulmann* et *G. Lévy-Coblentz.* — En dehors du diabète et de l'ictère, le xanthélasma éruptif est exceptionnel. Le malade dont il s'agit, âgé de 43 ans, en dehors d'une albuminurie légère, d'une hypercholestérolémie, est en assez bonne santé apparente.

L'éruption est floride et caractéristique, son diagnostic est confirmé par la biopsie ; elle guérit progressivement par le simple régime.

Les auteurs rappellent à ce propos les rares observations voisines et montrent combien grande est notre ignorance pathogénique.

On ne saurait incriminer la seule cholestérolémie puisque l'on connaît des cas typiques avec un taux de cholestérol normal.

M. M. Labbé n'a jamais obtenu d'action sur le xanthome des diabétiques par le traitement par l'insuline.

Endocardite maligne lente d'un orifice de communication interventriculaire. — *MM. V. Audibert, A. Raybaud, Ed. Giraud-Costa, M. Audier* et *Ch. Mattéi.*

Un signe clinique de la calcification du péricarde : la vibrance protodiastolique. — *MM. C. Lian, M. Marchal* et *J. Pautrat* décrivent, d'après deux observations personnelles, un signe clinique de la calcification du péricarde : c'est un bruit extrêmement vibrant, plus fort que les deux bruits du cœur et se produisant dans la protodiastole après le deuxième bruit. Ils ont enregistré dans des phonocardiogrammes démonstratifs ce phénomène de la *vibrance péricardique protodiastolique*, réalisant avec les deux bruits du cœur un rythme à trois temps.

Ce signe stéthoscopique est capable d'orienter le clinicien vers un diagnostic de calcification péricardique que vient confirmer une exploration radiologique méthodique.

La radioscopie exige beaucoup d'attention et peut laisser passer inaperçue la calcification du péricarde, plus facilement visible sur les radiographies. La calcification forme habituellement en position frontale une bande linéaire, souvent courte, située au voisinage du bord inférieur de l'ombre cardiaque dans une zone ventriculaire droite. On la retrouve dans la même région en position oblique antérieure droite. Mais la position de choix est la position oblique antérieure gauche où, dans les deux observations précitées, la calcification péricardique formait une bande linéaire doublant presque tout le pourtour de l'ombre cardiaque et semblant constituer une véritable carapace.

Il y a lieu de considérer que la vibrance péricardique protodiastolique traduit la vibration de la carapace calcaire lors de la brusque réplétion ventriculaire se produisant au début de la diastole. Elle constitue une sorte de bruit de galop protodiastolique rendu anormalement vibrant par la calcification du péricarde.

Un cas de méningite suraiguë charbonneuse. — *MM. Hamant, Drouet, Chalnot* et *J. Simonin* (de Nancy). — Communication présentée par M. Lemierre.

Troubles digestifs à type anaphylactique et séquelles de cholécystectomie. — *MM. R.-A. Gutmann* et *M. Larget* présentent une observation qui éclaire certaines causes obscures de troubles pouvant persister après cholécystectomie.

Il s'agit d'une malade qui fut opérée pour coliques hépatiques violentes et fréquentes ; on enleva une vésicule très malade (vésicule fraise) ; les coliques hépatiques continuèrent.

Or, cette femme présentait depuis son enfance des migraines qui, avec la puberté, ne survinrent plus qu'à l'occasion des règles. Ultérieurement, après des grossesses, apparurent des manifestations asthmatiformes. La région vasculaire et le foie, devenus le siège d'altérations, firent « point d'appel » aux réactions anaphylectoïdes et, en plus de la migraine et de l'asthme survinrent des coliques hépatiques.

La vésicule malade enlevée, la région irritée continue à servir de point localisateur. Tout choc provoque le tableau complet : migraine, asthme, colique hépatique, qui se reproduit à l'occasion des règles, et même de tentatives d'auto-hémothérapie.

Cette observation montre qu'à côté des séquelles vraies de la cholécystectomie (adhérences, calculs, cholédocite, etc.), il faut placer des accidents préexistants, à type d'anaphylaxie, du genre de ceux étudiés récemment par l'un des auteurs ; ils trouvent dans la lésion vésiculaire une nouvelle épine localisatrice et peuvent persister après elle.

M. Dufour aurait essayé dans ce cas un traitement antisyphilitique.

M. M. Labbé pense qu'il eût fallu pratiquer un tubage duodénal et une recherche des parasites intestinaux. La présence d'oxyures dans l'intestin peut en effet engendrer des symptômes analogues.

M. Schulmann ne croit pas que l'on puisse juger de l'action thérapeutique de l'auto-hémothérapie quand celle-ci ne comporte qu'une injection par semaine, ce qui est nettement insuffisant pour désensibiliser un malade.

M. Tzanck se refuse à employer dans ce cas le terme d'anaphylaxie qui doit conserver son sens très précis et quasi expérimental.

Un nouveau cas mortel de spirochétose ictérigène. — *MM. M. Bariéty* et *M. Deparis* soulignent :

1° Du point de vue étiologique : l'origine hydrique de ce cas ;

2° Du point de vue clinique : la précocité de l'ictère survenu le deuxième jour de l'affection, la netteté de la réaction méningée, l'existence d'un érythème morbiliforme ;

3° Du point de vue histo-bactériologique : la prédominance des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien et les résultats positifs de l'inoculation de ce liquide au cobaye le sixième

jour de la maladie ; la spirochéturie précoce, le neuvième jour de l'affection ;

4° Du point de vue anatomique : l'hématome du lobe droit du foie contrastant avec le défaut d'accidents hémorragiques cliniques ; l'absence de caryokinèses et l'importance des phénomènes nucléaires hyperplasiques et amitotiques : l'existence d'une réticulose nette ; l'abondance du pigment biliaire accumulé dans les canaux de la région sus-hépatique, en opposition avec la surcharge lipidique des zones périportales ; la présence d'une nephrite frappant tous les éléments du rein.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Histoire d'un calcul de vessie au XXe siècle

M. Cathelin (*Congr. fr. d'urologie*) rapporte deux observations de calculs de vessie énormes (près de 7 cm.) où pendant des années le diagnostic n'a pas été fait par plusieurs médecins pensant tous à une hypertrophie prostatique qui n'existait pas. Odyssée lamentable, dit M. Cathelin, de malades qu'un simple examen de la vessie à l'explorateur eût pu transformer et qui guérirent tous deux en quelques jours, après diagnostic posé, l'un par la lithotritie, l'autre par la taille.

Crise nitritoïde à la suite de vaccins anti-streptococciques

MM. GOUGEROT et BLUM (*S. Fr. de Derm. et de Syph.* Nov. 1932), ont observé chez un malade des crises nitritoïdes à la suite d'injections de vaccins antistreptococciques, d'une telle violence que le traitement dut être interrompu. L'intradermo-réaction au vaccin fut positive.

Les séquelles de la cholécystectomie

Les cholécystectomisés pour lithiase souffrent : *a*) parce que de nouveaux calculs se forment dans les voies biliaires ; *b*) parce que, en plus de sa lithiase, ils étaient affectés d'une autre lésion qui passa inaperçue ; *c*) parce qu'ils peuvent conserver une lésion organique cholédocienne ou pancréatique, cas exceptionnels ; *d*) pour une série de motifs que nous ignorons jusqu'à présent.

L'infection joue un rôle de premier ordre dans les manifestations lithiasiques : elle met en relief des cas qui, sans son concours, demeureraient latents.

(Gallart-Monès, de Barcelone. *Congrès intern. de la lithiase biliaire.*)

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

L'érysipéloïde

Par Louis BORY

C'est la forme humaine, cutanée, du rouget du porc. Autant cette maladie est grave pour l'animal, autant elle est bénigne habituellement pour l'homme. Chez lui l'affection reste localisée aux environs du point d'inoculation, presque toujours à la main et au poignet, où se développe un érythème, de couleur rose violacé, à bordure-liseré rouge plus franc, s'étendant excentriquement ; l'aspect si caractéristique, ainsi que la localisation, font que le diagnostic en est extrêmement facile pour peu qu'on y pense. Le nom d'*Erysipéloïde*, donné à l'affection, traduit bien l'impression première, tempérée par une rectification seconde presque immédiate, par laquelle l'esprit se rend compte que cette apparence d'érysipèle n'est que lointaine, et qu'un pareil diagnostic ne peut le satisfaire.

Voici un beau cas, double, de cette affection qui n'est peut-être pas aussi rare qu'on le croit et qui doit passer le plus souvent auprès des médecins n'en ayant jamais observé pour une lymphangite diffuse de cause banale, d'autant mieux qu'elle guérit par les moyens ordinaires, sauf exception, dans un délai relativement court :

Une dame de 54 ans me montrait il y a quelques mois une « sorte d'eczéma », disait-elle, du dos de la main ; le début de la lésion remontait à huit jours ; limitée d'abord à la base de l'index de la main droite, elle s'était progressivement étendue et occupait alors l'étendue de l'index jusqu'à une faible distance de la région unguéale et le dos de la main, sous forme d'un placard arrondi, érysipéloïde, de teinte rose pâle, un peu violacée, lilas, lie de vin diluée, bordé par un liseré rouge franc, assez comparable à celui que nous constatons dans les épidermophyties inguinales, mais ici plus rouge, plus large et un peu surélevé. La plaque érythémateuse recouvrait la zone correspondant aux deux premiers métacarpiens, sur la face dorsale de la main, effleurant en haut la région du poignet. La malade accusait, en cette étendue, une sensation de brûlure et des démangeaisons assez vives, la réveillant pendant la nuit. Pas de vésiculation, pas d'infiltration.

L'extension s'était faite excentriquement, par progression du liseré rouge périphérique. Les jours précédents, une lymphangite en bande s'était développée le long de l'avant-bras jusqu'au coude, mais avait rapidement rétrocédé, sous l'influence de pansements humides. Le point de départ avait été une petite érosion à la base de l'index et voici dans quelles conditions ces lésions avaient apparu :

Onze jours auparavant, la malade, qui portait cette érosion insignifiante, d'ordre traumatique, à la base de l'index droit, avait été passer le « week end » chez sa belle-sœur, dans un village de l'Aisne et l'avait aidée à dépecer un jeune porc qu'elle avait tué la veille, parce qu'il avait eu « un coup de sang » et qu'elle craignait de le perdre ; non sans raison, car un autre jeune porc, son compagnon d'étable, avait eu trois ou quatre jours auparavant un coup de sang semblable, traduit par de larges plaques rouges violacées sur le cou et les oreilles et venait de mourir, malgré une tentative de saignée faite par la fermière sur les oreilles de l'animal.

Notre malade voyait poindre son érythème, dès son retour à Paris, 36 à 48 heures après le dépeçage du deuxième porc contaminé. Quant à sa belle-sœur, elle portait déjà, lors de cette opération, une lésion semblable, à laquelle ni l'une ni l'autre de ces deux femmes n'avaient attribué d'autre origine que celle d'une banale inflammation. La saignée du premier animal avait déjà contaminé la première, au moment où la seconde se contaminait au contact du deuxième animal.

L'évolution s'est poursuivie parallèlement, avec les mêmes phénomènes locaux, le même léger mouvement fébrile, le même malaise général léger.

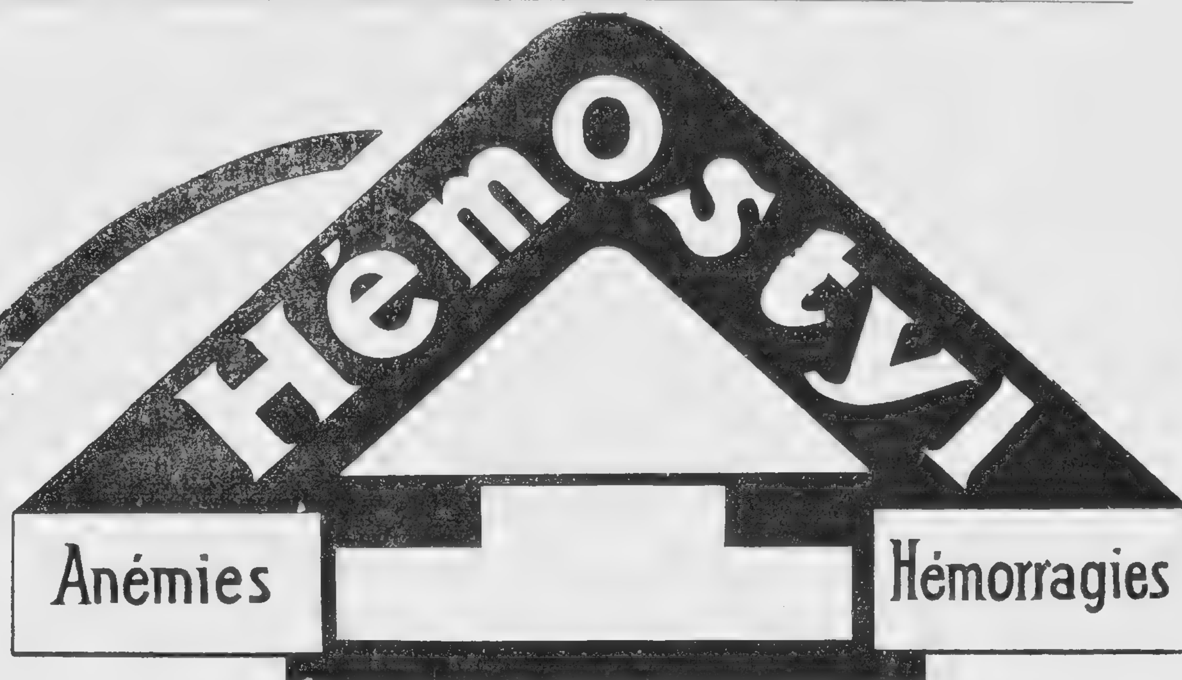
La belle-sœur était complètement guérie que notre malade voyait s'étendre encore un peu la plaque érysipéloïde.

Je lui avais prescrit de simples onctions avec la glycérine ichtyolée à 25 %. A la période tout à fait initiale, on aurait avantage à badigeonner la région avec de l'ichtyol pur ou mélangé à parties égales avec de la lanoline et à appliquer par dessus un pansement humide à l'eau bouillie, sur des compresses très étreintes et sous taffetas chiffon imperméable.

Le sérum de Leclainche ne conviendrait qu'aux cas sérieux ayant tendance à l'extension ou à la généralisation.

Tout a guéri depuis, sans laisser de traces.

Nos confrères des campagnes pourraient sans nul doute communiquer beaucoup de cas semblables.


Hémostyl
Anémies
Hémorragies

CORRESPONDANCE

Hérédité des ovules à deux germes, cause des kystes dermoïdes

Je voudrais ajouter quelques phrases à l'intéressante observation publiée par M. P.-L. Chigot, interne des hôpitaux de Paris, d'un kyste dermoïde de l'ovaire, observé chez une fillette de six ans, et publiée par le *Progrès Médical* (7 janvier 1933, p. 27) :

1° Il s'agit indiscutablement d'un kyste dermoïde de l'ovaire non *gauche* malgré le côté où la tumeur fut trouvée, mais *droit.* (ovaire gauche sain).

Le contenu le prouve : Débris cutanés, poils, matière sébacée ; fragment d'os formé avec tissu musculaire, etc. (1) ;

2° Or, chose curieuse, la mère de cette enfant avait eu en 1929, un kyste dermoïde de l'ovaire, opéré de même par le Docteur Colle ;

3° Le kyste dermoïde était sûrement le second sujet inclus dans l'abdomen d'un monstre double (*fœtus in fœtus*), ou monstre endocrynien, comme je l'ai prouvé il y a longtemps (2) ;

4° Donc la mère, qui était elle-même un premier sujet d'un monstre double identique à sa fille, était, elle aussi, le résultat d'une fécondation d'un seul et unique *œuf* par deux éléments mâles, conformément à la théorie actuelle, que rien n'a encore pu dénoter des grossesses à deux germes (3) ;

5° Il résulte de là que la *possibilité de grossesses à deux germes* est nettement *héréditaire* et dépend de la *mère*, c'est-à-dire de l'ovule (4) ;

Or, cette constatation n'avait pas encore pu être établie d'une façon aussi probante par les cliniciens et les embryologistes (1).

Il importait donc de l'enregistrer d'abord, puis d'en souligner l'intérêt et les conséquences non seulement en clinique, mais en otologie.

Nous pensons que ces seules remarques, vu leur importance ont intérêt à être publiées dans le journal même qui a fait connaître le curieux cas de l'hôpital de Liévin.

Dr Marcel BAUDOUIN.

(1) Teratomes et monstres doubles. (*Arch. prov. chir.*, 1907, n° 4, p. 18, 248. Tiré à part, 31 pages.

(2) *Chronique médicale*, Par., 15 janvier 1913, n° 2, p. 60.

(3) *Bul. et Mém. Soc. Anth. Par.*, 1906, 6 déc., p. 462, 482.

(4) M. BAUDOUIN. — Inclusion fœtale dans le thorax *Progrès Médical*, 1930, 25 oct., n° 43, p. 1790.

(1) *Arch. prov. de chir.*, 1909, p. 309, 312 ; 1910, p. 282, 3. *Bull. Soc. ch. de Par.*, 1913, 6 juin, p. 343.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Les droits de la bohème. — Ces lignes émues, de Henri Vignes (*Les Lectures du médecin*) :

« Avec mes collègues René Moreau et E. Olivier, avec l'homme à la veste de velours, nous étions, l'autre matin (matin clair d'automne, soleil pâle, arbres jaunissants à travers les vitraux décolorés) dans une chapelle au chevet de Saint-Jacques du Haut-Pas, pour accompagner, avec une très amicale dévotion, le cercueil de notre Henry André. Tous les internes des vingt-cinq dernières années ont connu le bon Mousquetaire Taupin, étonnant d'ardeur, qui savait toutes les chansons de salle de garde et toutes les chansons de corps de garde. Franc buveur, bonne fourchette, plein d'entrain, Taupin était toujours joyeu-

sement accueilli en salle de garde, où il venait avec fréquence et discrétion tout à la fois. Des légendes couraient sur lui ; un archiduc, ni plus ni moins. Son livre sur les ex-libris médicaux, ses fascicules sur le bal de l'internat sont dans les mémoires de tous les médecins artistes. Près de ce cercueil, je pensais avec intensité aux années périmées, sans envie de les revoir — chaque âge a ses plaisirs — mais sans les renier ; j'évoquais les heures de joie qui sont semi-lointaines ; j'entendais les rugissements de Taupin et les finesses du père Isabey, et les conversations subtiles de l'inoubliable Toché qui s'en sont allés au royaume des Ombres.

Derniers gestes des officiants, défilé, la rue. En face, une taverne sombre, tiède et sympathique d'où est partie toute une école de littérateurs maintenant célèbres. Je serre la main de Moreau. Nous nous hâtons vers la ville. »

Souvenirs de guerre. — *Extrait des* SOUVENIRS D'UN MÉDECIN DE CAMPAGNE *du Docteur Charles Fiessinger* (CANDIDE, 15 décembre 1932).

Lors des attaques nocturnes sur Paris, alors que le déchirement strident des sirènes engageait les habitants à descendre dans leurs caves, des morts subites ont atteint nombre de cardiaques. Au premier pas sur l'escalier, ils s'affaissaient, et c'était la fin. Une dame mourut dans son lit lors de l'éclatement d'une bombe dans son voisinage. Elle poussa un cri et ne se réveilla plus. Au premier bruit des détonations, certains Parisiens curieux se précipitaient hors du lit et couraient ouvrir la fenêtre. ils regardaient, sans se soucier du froid. Quelques-uns prirent des broncho-pneumonies graves, des pleurésies suppurées et succombèrent à leur imprudence. Le jour du Vendredi-Saint, quand les voûtes de Saint-Gervais s'écroulèrent sous les boulets de la Bertha, une explosion plus proche jeta la panique parmi les clients qui attendaient dans le cabinet de mon ami. Ils se précipitèrent au dehors et il fallut le calme du docteur pour les retenir et empêcher leur écrasement sur les degrés de l'escalier.

La Bertha le jour, les avions la nuit, les Parisiens passèrent des semaines dans l'attente des uns et des autres. Ils le firent avec bonne grâce d'abord, mais les mouvements d'humeur finirent par s'accentuer avec la fatigue des semaines suivantes. C'était assommant, on ne pouvait plus dormir. De ces insomnies forcées, mon ami profita pour s'installer à son bureau. A ce moment, il écrivit son *Traitement médical des maladies des reins*, livre qu'il rêvait de composer et que l'absence de temps ne lui permettait pas de rédiger dans les périodes de non bombardement.

Des passants dans la rue, des vendeuses et acheteuses au marché de l'Alma étaient tués coup sur coup. Cette Bertha assurément vous donnait sur les nerfs. Le 15 juillet 1918, comme mon ami entrait dans le square du Croisic, où sont installés les bureaux du *Journal des Praticiens*, un obus vint défoncer le mur qui sépare le square d'une cour donnant sur l'hôpital des Enfants-Malades. Le docteur ne fut pas blessé, non plus qu'un concierge qui était assis sur le pas de sa porte. Tout se borna à des dégâts matériels. Les vitres de toutes les maisons du square furent brisées. Il ne resta pas un carreau intact. Les bureaux du journal ressemblaient à un champ d'éclats de verre. Impossible d'entrer !

Chose curieuse, les officiers et soldats en permission à l'arrière étaient plus impressionnés par le vacarme de ces explosions que les civils eux-mêmes. Ces derniers avaient fini par acquérir l'habitude. Mais l'habitude du danger que les militaires avaient contractée sur le front abandonnait certains d'entre eux aussitôt qu'ils étaient en congé. La question de milieu modifiait ici d'une façon étrange les réactions de la sensibilité et la peur les saisissait là où il y avait le moins à craindre.

Les cardiaques, toutefois ne succombaient pas forcément à la violence des émotions. L'un d'eux qui habitait rue Dauphine, fut bel et bien assassiné par deux soldats américains qui, après l'avoir dépouillé, à 9 heures du soir et étranglé jetèrent son cadavre dans la Seine.

Une quinzaine auparavant, ce cardiaque était venu consulter mon ami et ce dernier lui avait conseillé quelques jours de repos au lit et un régime approprié. Allant mieux, le malade était allé dîner chez ses enfants, rue du Louvre, et rentrait chez lui, quand il fut assailli de la sorte. Sur le moment, personne ne sut ce qu'il était devenu. Ses enfants vinrent s'informer auprès du docteur. Mais ce dernier n'avait pas revu leur père. Quelques jours après, seulement, le cadavre du pauvre homme fut retrouvé dans la Seine, au niveau du Point-du-Jour.

Ces assassinats par des soldats américains furent, paraît-il, assez fréquents pendant la dernière guerre. Crainte d'aboutir à des incidents diplomatiques qui auraient pu être graves, la justice laissait faire et ne poursuivait pas. En admettant que de

pareils faits constituassent l'exception, les soldats américains, dans certaines régions, ne laissaient pas de témoigner, lors de leurs bonnes fortunes, de la méconnaissance où ils étaient, des règles les plus élémentaires de la délicatesse et de la correction. Dans leurs rapports avec les femmes, — c'étaient des paysannes ou des ouvrières, en général — comme souvenir du quart d'heure qu'ils avaient passé avec elles, ils leur tatouaient le ventre avec de magnifiques arabesques. Des centaines de femmes furent ainsi marquées pour la vie. Jamais un soldat français ne se serait comporté de la sorte ! Quels sauvages, tout de même, dans cette nation de grands enfants !

L'épilepsie de Flaubert. — *Aux Ecoutes* :

M. René Dumesnil, qui est docteur en médecine, avait débuté dans les lettres par une thèse sur *Flaubert, son milieu, sa méthode*. Aujourd'hui, il soutient, à l'encontre de ce qu'on avait cru jusqu'ici, que l'auteur de *Madame Bovary* n'aurait pas été épileptique. A l'en croire, Flaubert serait mort d'une artérite cérébrale spécifique.

La version de l'épilepsie avait été répandue par son « ami », Maxime du Camp.

Deux raisons militent contre celle-ci. La première est que Flaubert eut sa première crise à l'âge de vingt-huit ans, alors que cette maladie se manifeste, presque toujours, dès l'enfance.

La seconde est que le patient se rendait compte de ses crises : « Toujours j'avais conscience, même quand je ne pouvais plus parler », écrit-il à Louise Colet.

L'opinion de M. René Dumesnil est qu'on se trouve en présence soit de l'hystéroépilepsie, soit de troubles nerveux ayant peut-être une origine spécifique.

Le médecin de Rimbaud. — Dans les Ardennes, à Attigny, vit encore un médecin qui a soigné Rimbaud, le Docteur Henri Beaudier. Il vient de donner au « Bulletin des amis de Rimbaud » ce témoignage que rapporte *Le Temps* :

... J'ai, à la vérité soigné Rimbaud à Roche. Il était alors atteint d'une affection osseuse que j'ai considérée comme tuberculeuse. Je l'ai vu, pendant un mois environ, quatre ou cinq fois. Physionomie froide, glaciale, de temps à autre grimaçant à cause des douleurs vives qu'il ressentait dans la cuisse malade. Les yeux vifs, perçants, interrogateurs, fouillant son interlocuteur. Peu loquace, répondant par monosyllabes secs aux questions que je lui posais. Ses questions, très nettes, catégoriques, ne permettaient pas de s'étendre par des digressions sur des sujets à côté.

Jamais il ne m'a parlé d'autre chose que de sa maladie. Un jour, j'ai essayé de l'entretenir de ses poèmes ; il m'a répondu par le mot de Cambronne. Une autre fois je lui ai insinué très doucement la possibilité d'une opération libératrice ; il m'a répondu simplement, mais avec force : « Non, je m'en f... ! » Il était alors très affaibli, amaigri, mangeant à peine, avec une fièvre très élevée, toujours au-dessus de 39°.

Je n'ai jamais assisté à des scènes avec sa mère. Mais, quand elle entrait dans sa chambre, sa figure devenait mauvaise, méchante même, et un jour il l'a mise à la porte sèchement, sans cause apparente. Je ne me rappelle pas quel âge il avait, c'était quelque temps avant son départ pour Marseille. Il ne m'avait pas prévenu de ce départ ; au contraire, il paraissait content d'être à Roche. J'ai demandé à sa mère quelle raison l'avait poussé à partir aussi vite. Elle m'a répondu brutalement qu'elle n'en savait rien. J'ai appris la mort de Rimbaud quelque temps après et je n'en ai pas été surpris.

Il avait laissé à sa mère de la monnaie anglaise pour me payer...

« Le médecin se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins. S'il se recroqueville sur lui-même, fermant les yeux à l'évolution et se cramponnant à un idéal médical périmé, il sera écarté de la route et ses forces se perdront sans profit. Mais il en sera tout autrement si, en pleine connaissance des exigences sociales d'aujourd'hui, il se met joyeusement au service d'un nouvel idéal médical, dont les contours commencent à se dessiner de plus en plus clairement. Jamais encore comme aujourd'hui, la société n'avait donné au médecin de telles possibilités d'action, un champ de travail aussi vaste. Si jamais il l'a pu, c'est bien aujourd'hui que le médecin peut devenir homme d'Etat, l'*Asclepios politikos* de Platon. » (Dr Henry E. SIGERIST. Introduction à la médecine, 1 vol. 1932, Payot, édit.).

BIBLIOGRAPHIE

Chronologie du Romantisme (1804-1830), par René BRAY. Un fort volume in-16 jésus. (*Bibliothèque de la Revue des cours et conférences*). Broché : 15 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (6e).

M. René Bray suit pas, à pas, année par année, au besoin mois par mois ou jour par jour, le mouvement romantique de ses origines, aux environs de 1804, jusqu'à son triomphe en 1830. Dans cette revue au rythme parfois cinématographique, fort ample et pourtant assez condensée pour rester facilement accessible, chaque événement littéraire prend sa vraie place. Le lecteur vit l'époque comme l'ont vécue les contemporains, avec cet avantage sur eux pourtant qu'il ne se perd pas dans les broussailles de la forêt, qu'il reconnaît le chêne et le pin, et passe sans s'arrêter à travers les ronces. Mais la forêt est là toute entière, complexe et mystérieuse, et non pas quelques arbres.

Ce livre sera donc utile à tous ceux, lettrés, étudiants et professeurs, que leurs goûts ou leurs occupations amèneront à s'occuper du romantisme ou d'un romantique. Ils y verront un Hugo se profiler sur son temps, la carrière littéraire d'un Lamartine s'ordonner parallèlement à celle d'un Stendhal, les comparses se ranger auprès des premiers rôles. Ils y retrouveront les perspectives changeantes de la vie littéraire et les variations de la souveraine opinion, grandissant l'un de jour en jour, rapetissant l'autre étrangement. Ils y suivront dans le heurt des théories et le mélange des individus, la création du romantisme.

Questions cliniques d'actualité (Troisième série). Leçons professées à la Charité, service du Professeur SERGENT. Un volume de 302 pages, avec 17 figures. Prix : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage est le troisième recueil de conférences de « la Charité » ; le premier est actuellement épuisé.

Chacune des leçons qui composent cet ouvrage a été faite à l'hôpital par un clinicien connu, sur un sujet qui lui est familier et à propos duquel sa compétence s'est déjà affirmée.

Chacune de ces leçons fournit une documentation très nouvelle sur des sujets d'actualité.

Maladies des fosses nasales et des sinus, par les Docteurs E. HALPHEN et G. WORMS. Un volume grand in-8 (17 × 25) de 272 pages, avec 92 figures et 18 planches hors-texte. Prix : 50 francs. (*Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire*). Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Le Docteur Halphen débute par les maladies des fosses nasales et des annexes. Cet article comprend : les affections des parois internes et externes des fosses nasales : malformations, épistaxis, hématomes, abcès et ulcères de la cloison, rhinites, synéchies, tumeurs, syphilis, ozène, qui sont décrites sous la forme anatomie pathologique, symptomatologique, diagnostic, pronostic, technique opératoire. — Les maladies chirurgicales avec leurs formes multiples sont ensuite passées en revue et pour lesquelles l'auteur s'appesantit. C'est ainsi qu'il traite le sinus maxillaire, les sinusites frontales, les ethmoïdites, le sinus sphénoïdal, les mucocèles, les tumeurs malignes des sinus, les lésions traumatiques et les corps étrangers des sinus. Viennent ensuite les maladies chirurgicales du rhino-pharynx, dont les chapitres sont consacrés aux végétations adénoïdes, au fibrome naso-pharyngien, aux tumeurs malignes du cavum et à l'obstruction choanale.

Le Docteur Worms a écrit d'abord un chapitre sur les complications orbito-oculaires des sinusites.

Puis le radiographe sera intéressé par l'article spécial du Docteur Worms sur la radiographie des sinus de la face, dans lequel il donne la technique des épreuves et leur interprétation, ainsi que l'application au sinus maxillaire, au sinus frontal, au sinus sphénoïdal et aux cellules ethmoïdales. Ce chapitre est accompagné de 18 planches hors-texte.

Les maladies des veines. Leur traitement, par G. DELATER, avec la collaboration de MM. R. HUGEL, J. SAIDMAN, J. DURAND-BOISLÉARD, M. CHAILLY, L. SAUVÉ. Un volume de 372 pages. Prix : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est une mise au point et un travail personnel ; on y trouvera à chaque page l'expérience de l'auteur ou celle des collaborateurs qu'il a voulu associer à son œuvre.

Il établit sur un rappel anatomique des données récentes de la physiologie veineuse en général, et plus particulièrement de celle des membres inférieurs. Envisageant ensuite les désordres fonctionnels de la circulation de retour (varices, varicocèle, hémorroïdes), il s'attarde sur leur physiologie pathologique et sur les altérations anatomiques qu'ils provoquent et quand il le juge nécessaire il trace leur cortège symptomatique à leurs différentes étapes et leurs complications. Puis, en une troisième partie, il considère les débuts de la pathologie veineuse inflammatoire et de ses séquelles. — Les quatrième et cinquième parties sont consacrées aux traitement généraux et locaux des désordres fonctionnels, puis des maladies inflammatoires : hygiène, médication phlébotrope, crénothérapie injections sclérosantes dans les varices et les hémorroïdes ; dans les phlébites, vaccinothérapie, hirudination, mobilisation méthodique ; électro et actinothérapie, indications chirurgcales.

Les pages chirurgicales constituant un tout homogène, sous la signature du Docteur Sauvé, ont été groupées et forment la sixième partie.

« **Le régime des affections arthritiques** ». — « Le Régime des affections arthritiques » vient prendre place dans la série des recueils dié-

tétiques que tous les médecins connaissent et apprécient. Ce fascicule était attendu avec impatience, car il concerne une catégorie de malades singulièrement nombreuse. Les affections arthritiques : quelle vaste échelle allant depuis les manifestations les plus légères : céphalées, troubles digestifs, jusqu'à la goutte, le rhumatisme chronique en passant par la lithiase rénale.

Le régime des affections arthritiques est un régime de désintoxication, comportant, d'une part la restriction quantitative de la ration alimentaire, d'autre part un choix judicieux des aliments. Conçu pour rendre service, cet ouvrage est essentiellement pratique et si l'on y trouve au début une brève définition de l'arthritisme, c'est sans prétention médicale, uniquement afin d'intéresser le malade lecteur et lui faire comprendre la nécessité d'un régime alimentaire sérieusement suivi.

Après ce court préambule, on trouve une étude des divers aliments : boissons, viandes, etc., qui sont situés dans le régime envisagé, puis plusieurs exemples de menus quotidiens. Enfin, à la suite d'un aperçu des cures spéciales : cure de Guelpa, régime fruitarien, régime végétarien, cure de raisin, on arrive à la partie la plus importante et la plus appréciée des malades : les recettes culinaires. Le malade y trouve plus de cent recettes diverses : potages, viandes, légumes, entremêts, grâce auxquelles le régime peut être agréablement suivi sans sortir du cadre des prescriptions médicales.

« Le Régime des affections arthritiques », en simplifiant les prescriptions du médecin et en facilitant, au malade l'observation de son régime, est pour l'un et l'autre un précieux auxiliaire.

« Le Régime des affections arthritiques » est adressé gracieusement aux médecins qui en font la demande aux Laboratoires Heudebert (service des Editions), 85, rue Saint-Germain, Nanterre (Seine).

Le traitement des toxicomanes et la phlycténothérapie, par le Docteur P. MODINOS. Un volume grand in-8 (17 × 25) de 107 pages. Prix : 24 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, VIe.

L'auteur donne un aperçu sur les principales substances toxiques euphoristiques : opium, morphine, héroïne, cocaïne, haschiche ; puis, il aborde l'étude de son traitement nouveau « la phlycténothérapie » qui est le principal objet du présent ouvrage.

Un dernier chapitre est consacré à la lutte contre les stupéfiants.

Pathologie chirurgicale de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme, par J. MAISONNET. Un vol. in-4° de 1.070 pages avec 433 figures dans le texte et 16 planches en couleurs hors-texte. Relié : 220 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

L'auteur, dans un texte clair, concis, dépouillé de toute phraséologie, étudie, tout d'abord, l'exploration rénale : exploration clinique, exploration fonctionnelle, — exploration radiographique. Ces notions générales conduisent à l'étude des grands syndromes urinaires : hématuries, hémoglobinuries, bactériuries, pyuries, anuries, dont le diagnostic, le mécanisme et les formes cliniques sont traités avec tous les détails nécessaires.

Pour le rein, comme pour chacun des différents organes de l'appareil uro-génital, le Professeur Maisonnet envisage successivement, en insistant sur toutes les notions récemment acquises, les anomalies (avec les hydronéphroses et le rein mobile), les traumatismes (fermés et ouverts), les diverses et nombreuses infections aiguës et chroniques, de la néphrite chirurgicale aux pyonéphroses, et aux phlegmons périnéphrétiques.

La tuberculose rénale, dans sa forme ulcéro-caséeuse, est longuement étudiée. De nombreux schémas et figures, éclairent l'évolution et le traitement de cette affection fréquente. Plus rares, sont les affections parasitaires du rein, illustrées de belles figures.

La lithiase rénale forme un chapitre classiquement traité. Il en est de même des kystes des reins, des reins polykystiques et des tumeurs rénales et para-rénales.

C'est dans le même ordre que sont envisagées, après un rappel de sémiologie de ces organes, les affections chirurgicales de l'urètre et de la vessie (anomalies, traumatismes, lésions inflammatoires, calculs, tumeurs). De nombreuses figures et planches en couleurs montrent au lecteur les aspects endoscopiques de ces différentes affections.

Le Professeur Maisonnet traite ensuite, en collaboration avec L. Bernard, les affections chirurgicales de l'urètre. Après un rapport d'anatomie et d'embryologie, permettant d'expliquer les diverses malformations de ce canal (*hypospadias, épispadias*), ils envisagent les traumatismes de l'urètre, dont de nombreuses figures expliquent le mécanisme et le siège, les infections, et parmi elles les urétrites gonococciques, avec leurs nombreuses complications immédiates et éloignées (rétrécissements), sont exposées à la lumière des plus récentes acquisitions.

La seconde partie de ce volume est consacrée à l'appareil génital de l'homme, si étroitement uni en clinique, à l'appareil urinaire.

Après une esquisse de physiologie normale et pathologique des fonctions génitales, l'auteur envisage, après un rappel des procédés d'exploration des différents organes, la pathologie chirurgicale du testicule, du cordon, des vésicules séminales et de la prostate. Les affections de cet organe sont traitées en détail, et de nombreuses figures illustrent les lésions anatomiques et les différents procédés opératoires.

Ce volume, malgré l'étendue des sujets traités, résume lumineusement l'état actuel de la chirurgie uro-génitale. C'est un livre qui doit trouver sa place aussi bien chez le chirurgien, que chez le spécialiste. C'est un guide précieux pour tous ceux qui veulent être au courant de l'urologie contemporaine et des grans progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement des affections urinaires et génitales.

Le mycosis fongoïde. *Granulomes fongoïdes et sarcomes fongoïdes*, par le Docteur S. LAPIÈRE. Un volume de 122 pages avec vingt figures dans le texte. Prix : 30 fr. Masson et Cie, édit., 120, Bd Saint-Germain, Paris.

Le mycosis fongoïde a toujours depuis Alibert fait l'objet de nombreux travaux et publications.

Les points importants, à l'ordre du jour, comprennent ses rapports avec le granulome malin de Sternberg Paltauf, l'explication des formes à tumeurs d'emblée de plus en plus contestées, les grosses questions étiologiques et pathogéniques.

Le présent travail ne doit pas être considéré comme une monographie complète.

L'auteur a voulu mettre un peu d'ordre dans la classification du mycosis fongoïde dont le domaine s'avérait de plus en plus trop vaste et mal défini.

Après en avoir restreint les limites, il le subdivise en des groupes bien déterminés dont il étudie les apports respectifs avec les groupes nosologiques voisins, particulièrement avec la maladie de Hodgkin et les sarcomes lymphadéniques.

Les études cytologiques et hématologiques sont basées sur des colorations vitales et des imprégnations argentiques.

Une dernière partie a été réservée à l'expérimentation dans un but de recherche pathogénique.

De belles photographies, macroscopiques et microscopiques, toutes originales, illustrent cet intéressant travail.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 5 LE NUMÉRO : 50 Centimes 4 FÉVRIER 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

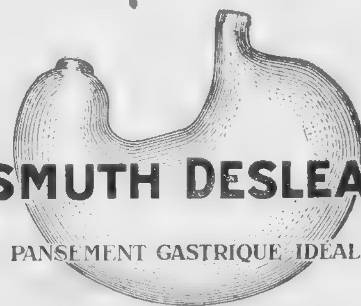
ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 26 janvier. — M. Zvoalhen. Étude de l'action de l'alcool sur l'excitabilité cérébrale de l'activité physique. — M. Linval. Contribution à l'étude des luxations tarso-métatarsiennes. — M. Pellet. Eude sur les syndromes péritonéaux sans cause apparente.

25 janvier. (Thèses vétérinaires). — M. Arkwight. Antivirusthérapie et ses applications en médecine vétérinaire. — M. Sabin. Essais de vaccination contre la pseudo-tuberculose des rongeurs et des oiseaux. — M. Forestier. Leucémie transmissible de la poule. — M. Mismaque. Étude clinique des injections intraveineuses d'alcool à 33° en médecine vétérinaire.

31 janvier. — M. Forestier. Les psychoses colibacillaires. — M. Dubus. Transfusion sanguine et syphilis. — M. Gireaux. Le lait sec en diététique infantile. — M. Pravoda. A propos d'un cas d'encéphalite post-broncho-pneumonique chez le nourrisson.

1er février. — Mme Lecanu. Évolution du traitement de l'aliénation mentale dans ses rapports avec la pathogénie. Essai de synthèse historique. — M. Graffin. Traitement des fractures de cuisses fermées de l'enfant par l'appareil plâtré.

Hôpitaux de Lyon. — Le Conseil municipal de Lyon vient de voter la désaffection partielle de l'Hôtel-Dieu et la désaffection totale de la Charité.

Ce dernier hôpital cédera la place à un nouvel Hôtel des P. T. T.

Les 800 lits supprimés dans chacun des deux vieux hôpitaux seront remplacés par de nouveaux lits dans le nouvel hôpital de Grange-Blanche qui doit ouvrir en mai prochain et sera le plus beau d'Europe.

Dans la partie conservée du vieil Hôtel-Dieu construit au XVIIIe siècle par Soufflot, l'architecte du Panthéon, on conservera 300 lits pour l'infirmerie d'urgence, une maternité et un service gynécologique.

Société belge de chirurgie. — Ont été nommés membres honoraires étrangers : MM. J.-L. Faure et Ch. Lenormant (de Paris).

Conférences du dimanche. — *Le dimanche 5 février 1933 à dix heures très précises du matin*, le Professeur Laignel-Lavastine fera à l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris, amphithéâtre des concours de l'Assistance publique, angle de la rue des Saints-Pères, une conférence sur « l'Entourage du malade » (étude clinique).

Cette conférence, essentiellement pratique, paraît devoir être d'un grand intérêt pour les médecins.

Hôpital Cochin. (Clinique de M. le Professeur Achard.) — Samedi 4 février, à 10 h. 1/2, M. le Prof. Achard : Cancer de l'œsophage. — Dimanche 5 février, à 10 h. 1/2, Docteur L. Ramond : Myxœdème.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en huit leçons, par M. le Docteur P. Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 20 février 1933, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e) jusqu'au samedi 18 février.

Programme du cours. — I. Chirurgie du périnée et du vagin : colpopérinéorraphie avec suture des releveurs ; cloisonnement du vagin ; colpotomies. — II. La laparotomie en gynécologie : la chirurgie des déviations utérines ; ventrofixation isthmique, ligamentopexie ; oblitération du Douglas. — III. Castration unilatérale ; hystérectomie fundique ; résection du nerf présacré. — IV. L'hystérectomie subtotale. — V. L'hystérectomie totale. — VI. L'hystérectomie totale élargie. — VII. L'hystérectomie vaginale ; névrotomie du nerf honteux interne. — VIII. Chirurgie du sein : amputation du sein avec curage ganglionnaire de l'aisselle.

Concours pour l'admission à six emplois d'interne titulaire en médecine, et la désignation de six internes provisoires à la maison de Saint-Lazare. — Le Préfet de Police,

Vu la délibération du Conseil municipal en date du 8 juillet 1932, relative à la réorganisation de la Section administrative actuellement rattachée à la Maison d'arrêt de Saint-Lazare ;

Vu l'arrêté du 11 novembre 1932 concernant l'organisation des Services techniques d'hygiène ;

Sur la proposition du Secrétaire général,

Arrête :

Article premier

Le vendredi 24 mars 1933 s'ouvrira un concours pour l'admission à six places d'interne en médecine à la Maison de Saint-Lazare ou au Dispensaire de salubrité de la Préfecture de Police et pour la désignation de six candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, au cours de l'année 1933, à six places d'interne provisoire.

Les candidats reçus seront nommés indifféremment à la

« Maison de Saint-Lazare » ou au « Dispensaire de salubrité » suivant les besoins et dans l'ordre de leur admission.

Article 2

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans. Ils peuvent être prorogés dans leurs fonctions deux fois pour une période d'un an chaque fois, par le Préfet de Police, sur proposition de l'Inspecteur général des Services techniques d'hygiène et de son adjoint.

Article 3

Les internes titulaires reçoivent une indemnité annuelle de 7.300 francs.

Institut national des métiers. — *Le contrôle médical individuel dans l'orientation professionnelle.* — La loi du 26 juillet 1925 a créé les Chambres des métiers pour assurer la protection de la main-d'œuvre artisanale. De son côté, la Confédération générale de l'Artisanat français vient d'élaborer une proposition de loi sur l'apprentissage des métiers artisanaux, tendant à contrôler et à réglementer, au point de vue de l'hygiène, l'orientation professionnelle artisanale. Dans le même sens, l'Institut national des métiers, afin de connaître les vues et conceptions professionnelles des milieux intéressés et compétents, procède actuellement à un vaste referendum sur l'utilité du contrôle médical obligatoire :

1° Beaucoup d'états maladifs peuvent-ils être améliorés ou enrayés si on les soigne précocement et avec *persistance* ?

2° Les parents possèdent-ils suffisamment de renseignements sur l'état physique de leurs enfants ?

3° Le médecin peut-il intervenir efficacement pour : *a)* avertir l'enfant des professions préjudiciables à son état physique ; *b)* empêcher le choix de toute profession incompatible avec sa santé.

4° Cette surveillance médicale peut-elle pratiquement s'exercer sur les isolés, pour prévenir ou corriger une mauvaise orientation ou bien pour déceler les causes d'un mauvais rendement ?

5° Ce parrainage médical pourrait-il suivre l'enfant : *a)* jusqu'à l'âge adulte ; *b)* jusque dans l'atelier.

6° Dans ce cas : *a)* le contrôle médical doit-il être intermittent ou périodique ? *b)* n'y aurait-il pas lieu de mettre à profit les examens individuels pour contrôler indirectement l'hygiène des locaux à usage artisanal ? *c)* le contrôle médical pourrait-il être attesté par voies de fiches individuelles, constituant le curriculum du travailleur ?

L'Institut national préconise l'usage de fiches individuelles dressées et tenues à jour suivant un modèle fixe — et dont l'utilisation serait rendue obligatoire — portant, (pour chaque partie du corps, chaque infirmité, chaque maladie) un minimum de précisions déterminées d'avance par des spécialistes agréés par les métiers artisanaux et sur lesquelles les médecins locaux auraient à répondre.

Ces fiches seraient envoyées à tous les médecins afin de guider leurs examens et d'appeler en même temps, leur attention sur les particularités dont la connaissance préalable importerait à tel ou tel point de vue professionnel et selon l'apprenti ou le travailleur considéré.

Pour mener à bien cette enquête dont l'intérêt pratique est primordial pour les milieux artisanaux, l'Institut national des métiers fait appel aux compétences de tous les médecins et hygiénistes susceptibles d'assurer éventuellement en toutes régions leur collaboration. Les observations et candidatures doivent être adressées à l'Institut national des métiers, 30, rue des Vinaigriers.

Vacances de Pâques en Provence et sur la Côte d'Azur. — La Faculté de Marseille et la Société médicale du littoral méditerranéen, présentent, pour les vacances de Pâques 1933, deux voyages médicaux internationaux, dont voici les programmes :

1° *Voyage Provence-Côte d'Azur*, pendant la Semaine Sainte (du lundi 10 au mardi 18 avril). — Concentration à Marseille (hôtel du Louvre et de la Paix, rue Canebière), réception par la Faculté et la Municipalité, visite du port. — Aix-en-Provence (Aquæ Sextiæ) : l'établissement thermal, les monuments et la bibliothèque. — Saint-Rémy et les Antiques, les Baux, Arles et ses monuments romains, la Camargue et la Crau, Martigues et l'étang de Berre ; retour à Marseille. — Visite de la côte : les Calanques provençales et les stations balnéaires : Cassis, la Ciotat, Saint-Cyr, les Lecques, Bandol, Tamaris. — Le port militaire de Toulon. — Séjour à Hyères : la plage, la presqu'île de Giens, San-Salvadour, les établissements de cure. — Fréjus (Forum Julii) et ses monuments romains : Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, l'Estérel, Agay, le Trayas. — Cannes : réception par la municipalité, visite des établissements de cure et d'éducation physique, Le Cannet. — Fin du voyage le lundi de Pâques. — Excursion facultative à super-Cannes, le Golfe Juan, Vallauris, Juan-les-Pins et Antibes (panorama des Alpes et de la Côte d'Azur).

2° *Voyage Côte d'Azur*, pendant la semaine de Pâques (du dimanche 16 avril au lundi 24 avril). — Concentration à Cannes (hôtel Carlton, promenade de la Croisette), réception à l'Hôtel de Ville, visite du Cannet, de super-Cannes, des établissements de cure et d'éducation physique. — Le Golfe-Juan, Vallauris, Juan-les-Pins, Antibes et le panorama des Alpes et de la Côte d'Azur. — Grasse : les fabriques de parfums et les établissements de cure. — Les gorges du Loup, Vence et ses sanatoria, le jardin zoologique. — Nice, Cimiez, l'observatoire, la voie romaine (Grande Corniche), le monument d'Auguste à la Turbie, le château de Roquebrune et le château de Grimaldi (laboratoire du Docteur Voronoff). — Menton, Garavan, le Cap Martin. — Le Palais des Princes de Monaco, le musée océanographique, les établissements de la Société des bains de mer.— Réception à Monte-Carlo, les jardins exotiques et la Moyenne Corniche. — Beaulieu, le Cap Ferrat, Villefranche, le Mont-Boron, Nice et la Promenade des Anglais. — Fin du voyage

le dimanche 23 avril. — Excursions facultatives dans les Alpes (Saint-Martin-Vésubie, gorges du Cians, Beuil, Gorges de Daluis) et en Corse.

Ces voyages seront placés sous la présidence et la direction scientifique de MM. les Professeurs Hartmann, Imbert.

Comme pour les voyages précédents, les parcours seront effectués en auto-cars de luxe ou en trains spéciaux, et le séjour sera assuré dans les plus beaux hôtels de la côte. — Des conférences médicales et scientifiques seront faites partout et rien ne sera épargné pour assurer l'instruction, l'agrément et le confort des voyageurs. — Des permis de parcours à tarif réduit seront mis à leur disposition, sur les chemins de fer français, italiens et roumains, à l'aller et au retour, valables pendant un mois, en toutes classes. En raison du délai nécessaire pour obtenir ces permis, les adhérents ont intérêt à les demander le plus tôt possible, en précisant bien l'itinéraire choisi (des itinéraires différents sont admis à l'aller et au retour). — Les membres de la famille des médecins et les étudiants en médecine peuvent prendre part au voyage, dans une certaine proportion, car le nombre de places est limité. — Le droit d'inscription est de cent francs ; l'inscription est ouverte dès à présent.

Le secrétariat de la Société médicale du littoral (24, rue Verdi, à Nice), répond gratuitement à toutes les demandes de renseignements. — Le montant de la cotisation est de 1.200 francs pour le premier voyage ; — elle est de 1.000 francs pour le second.

Statistique. — *Département de la Seine*. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine enregistrés à la Préfecture de police au cours des treize dernières années est le suivant : 1920 : 365. — 1921 : 332. — 1922 : 299. — 1923 : 245. — 1924 : 278. — 1925 : 269. — 1926 : 302. — 1927 : 263. — 1928 : 253. — 1929 : 236. — 1930 : 253. — 1931 : 241. — 1932 : 271.

(*La Vie Médicale*).

Nécrologie. — Docteur DESOIL, professeur de zoologie médicale à la Faculté de médecine de Lille. — Docteur Eugène LACAILLE, de Paris, 9, rue Descamps (XVIe). — Docteur Alexandre PARIS, de Nancy, 10, rue Saint-Lambert, médecin chef honoraire de l'Asile de Maréville, ancien chargé de cours à la Faculté, ancien président de la Société de médecine de Nancy, décédé dans sa 76e année. — Docteur Julien POTOCKI, de Paris, 114, rue La Boétie (VIIIe), professeur agrégé à la Faculté, accoucheur honoraire de la Maternité. — Docteur Léon POULAIN, d'Evreux. — René VALLERY-RADOT, président du Conseil de l'Institut Pasteur, commandeur de la Légion d'honneur. L'inhumation a eu lieu à Arbois (Jura). — Docteur Pulido, membre du Comité de rédaction du *Siglo medico*, décédé à Madrid. — Professeur Ulrich ATZERODT (de Dresde), décédé à l'âge de 66 ans. — Docteur Rodolfo DE CASTILLE, de l'Académie nationale de médecine de Madrid, décédé à Madrid, le 25 décembre. — Docteur Robert DONALDSON, professeur de pathologie à la Faculté de médecine de Londres. — Professeur Paolo ENRIQUES, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Padoue. — Professeur Wenceslas MAYORCA, professeur à la Faculté de médecine de Lima. — Docteur Cecil Fowler BEADLES, décédé à Egham Hill à l'âge de 66 ans. — Docteur A.-M. STALKER, professeur à l'Université médicale de Saint-André, décédé à Dundee. — Docteur Charles WATSON MAC GILLIVRAY, d'Edimburgh (Ecosse), chirurgien. — Sir Percy SARGENT, de Londres, chirurgien chef de l'hôpital Saint-Thomas. — Professeur O. W. KONDRATOWITCH, directeur de la chaire de thérapeutique au IIe Institut médical de Leningrad. — Docteur Orville R. CHADWELL, membre de l'Académie américaine de pédiatrie. — Professeur B. J. KOLLWER, d'Utrecht (Hollande), membre honoraire de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris.

« L'histoire de la diphtérie depuis cent ans est un exemple frappant d'alternances de bénignité et de malignité : selon les époques et selon les pays, cette maladie se montre plus ou moins sévère. C'est ainsi que vers 1840, en Autriche elle semble complètement méconnue, à tel point que le célèbre Küssmaul parcourant les hôpitaux de Vienne en quête de cas de diphtérie, entend un assistant d'une clinique lui poser cette question : « *Croyez-vous à cette fable française ?* ». Les Français y croyaient si bien que Trousseau, quelque vingt ans plus tard, qualifié la diphtérie « une des maladies les plus graves qui désolent l'humanité. »

(PASTEUR-VALLERY-RADOT. Vaccination antidiphtérique. *Revue des Deux Mondes*, 15 décembre 1932).

TRAVAUX ORIGINAUX

Essai de radiobiologie

Théories de l'action intime des radiations de courte longueur d'onde sur les cellules vivantes

Par **Marcel JOLY**,
Médecin électroradiologiste des Hôpitaux.

L'esprit médical qui toujours s'adonne à la critique et ne se repaît que de vérité, reste encore étonné devant les bouleversements cellulaires provoqués par les radiations. Reculant devant la difficulté, et peut-être l'impossibilité, de réunir des moyens d'observation directe de ces projectiles invisibles, les radiologistes, les biologistes se sont ingéniés à édifier des conceptions personnelles tentant d'expliquer les changements d'orientation cellulaire sous le bombardement des rayonnements X ou γ.

Ces théories sont parfois ingénieuses et souvent séduisantes. Mais aucune ne résiste à une critique un peu serrée. Cependant le Professeur d'Arsonval a écrit : « Les théories ne sont presque jamais vraies, elles sont souvent fécondes ». Et ceci justifie sans doute l'exposé des principales de ces constructions déductives.

Théorie catalytique : l'absorption par les cellules de rayons X ou γ produirait par catalyse la floculation des colloïdes organiques : cette théorie est contredite par les faits cliniques car elle rend indépendantes la notion de dose et la réaction biologique consécutive.

La théorie faisant des destructions cellulaires le corollaire de phénomènes d'ionisation dans l'intimité des tissus ne trouve que contradiction dans tous les faits expérimentaux : les expériences les plus minutieuses n'ont pas montré le moindre changement de conductibilité électrique des électrolytes et des colloïdes soumis à l'action des rayons X.

Pour Dessauer l'action biologique est liée à l'absorption par quanta, à l'atteinte de l'atome et à l'émission photo électrique consécutive ; l'énergie de l'électron se transforme en mouvement moléculaire. Or, qui dit énergie de translation dit chaleur. Les atomes et les molécules excités par l'absorption de leur quantum heurtent d'autres atomes et d'autres molécules : ces chocs s'accompagnent d'une émission calorique : « point de chaleur ». Ce « point de chaleur » se produit à l'endroit même de l'absorption du quantum ; c'est dire qu'il est excessivement petit, et que la chaleur se trouve ainsi assez concentrée pour produire la coagulation à ce point même. Cette théorie s'accorde avec les faits cliniques et expérimentaux, mais elle est destinée à demeurer une explication, la démonstration expérimentale semblant irréalisable.

Pour Holthusen, qu'il s'agisse de lumière ou de chaleur, l'effet photo-chimique ou de « chaleur ponctiforme » de Dessauer, l'effet final, réel, est un effet de mouvement électronique. Si le mouvement est suffisamment répété pour troubler la concentration d'énergie du système, celui-ci réagit soit sous forme photo-chimique soit sous forme thermo-chimique.

Holthusen rapproche ces deux formes de réaction en affirmant que les cellules sont plus sensibles à la chaleur dans leur stade de mitose tout comme cela existe pour les rayons X. Que la chaleur est capable de freiner la tendance à l'accroissement des néoplasies.

L'effet biologique serait intimement lié à la loi des quanta $E = h.n$ (h = constante de Planck, n = nombre des vibrations). Le processus serait le suivant : 1° Absorption des quanta ; 2° Électrons primaires ; 3° Excitation moléculaire (ionisation) ; 4° Chaleur ou processus chimique (photolyse, dissociation moléculaire).

Comme celle de Dessauer, cette théorie cadre avec les faits de façon grossière ; elle n'éclaire nullement la question des différences de radiosensibilité et elle est également invérifiable.

La théorie de Caspari repose sur la constatation suivante de Lewis : la coagulation d'une seule et infime partie d'une cellule peut provoquer la coagulation de proche en proche de toute la cellule. Freund en a déduit que la continuité de cette coagulation était due à une hormone nécrosante produite par la première coagulation.

Caspari applique le même principe à l'action des rayons X : la « chaleur ponctiforme » de Dessauer provoque une coagulation microscopique de la cellule. Il en naît des hormones diffusibles des « nécrohormones » qui agissent sur la tumeur et ses métastases. Ces nécrohormones seraient spécifiques, en ce sens qu'elles agiraient sur la tumeur d'où elles proviennent, à l'encontre des nécrohormones nées de la fonte des leucocytes dans une irradiation générale, lesquelles ne sont pas agissantes.

D'après cette théorie l'irradiation d'une tumeur devrait provoquer par diffusion des nécrohormones, la disparition des métastases. Or, Caspari a observé exactement le contraire c'est-à-dire une éclosion anormale de métastases après irradiation intensive, capable d'amener la nécrose massive d'une tumeur de souris. Il explique cette contradiction en disant que les nécrohormones étaient en quantité suffisante localement pour produire la destruction nécrotique, alors qu'à distance ces hormones arrivées en dose insuffisante n'ont pu produire qu'une excitation.

Les faits cliniques démentent d'ailleurs cette conception. Les métastases sont beaucoup plus rapides, plus fréquentes, plus nombreuses, plus volumineuses, après traitement d'une tumeur très radiosensible, telle que lymphocytome ou séminome, qu'après traitement d'une tumeur peu radiosensible telle qu'un épithéliome quelconque. Si la théorie de Caspari était exacte, les nécrohormones lancées de façon massive dans la circulation après les fontes brutales qu'on observe, devraient annihiler toutes les métastases même lointaines dans le premier cas ; dans le second cas la fonte cellulaire ne se faisant que très lentement les nécrohormones dont disposerait l'organisme, répandues à très petite dose devraient exciter la formation de métastases. Or, c'est le contraire qui se produit.

Regaud suppose que les radiations dégagent des cellules conjonctives et du plasma environnant des cellules radiosensibles une « radio-toxine » capable de tuer ces dernières ; cette toxine n'aurait qu'un effet local et ne posséderait qu'à un faible degré la faculté de se reproduire. On conçoit mal que cette toxine soit immédiatement utilisée sur place, qu'une partie n'en soit pas véhiculée par la circulation pour réduire les localisations souvent proches de la région irradiée et qui en réalité ne sont pas influencées par l'irradiation dont l'action cytolytique est toujours locale.

Cette notion évidente de l'action strictement locale semble détruire également à elle seule toutes les hypothèses d'action indirecte (désintégration des lécithines de Werner, lymphocytose de Murphy et Russ).

Ainsi toutes ces théories qui cadrent mal avec les faits, qui laissent dans l'ombre des problèmes qu'elles n'effleurent même pas, telles que les différences de radiosensibilité entre les différentes cellules, permettent d'essayer d'autres tentatives de satisfaire l'esprit.

C'est leur carence qui légitime l'essai d'explication personnelle qui va suivre.

Toute cellule vivante est obligatoirement composée d'électrons en mouvement parce que la vie impose le mouvement, parce que la chaleur impose également le mouvement. D'après les théories de M. de Broglie un électron en mouvement comporte : l'électron proprement dit et l'onde associée, formant un tout indissociable. Si l'un ou l'autre vient à manquer, le tout, c'est-à-dire « électron en mouvement » et par suite la vie même d'un composant de la cellule, sans doute indispen-

sable, disparaît. Or, l'onde associée subit la loi de toutes les ondes, en particulier celle des interférences. On conçoit donc la possibilité d'annihiler une onde associée en projetant dans sa trajectoire une autre onde de longueur appropriée. Il n'est pas invraisemblable qu'on ne fasse pas autre chose en dirigeant un faisceau de rayons X sur un amas de cellules. Il suffirait que le synchronisme des fréquences des ondes associées et des rayons X soit parfait et leur direction opposée pour provoquer l'interférence, donc l'anéantissement de l'onde associée, donc l'arrêt des électrons, d'où la mort de la cellule.

Pour vérifier cette hypothèse il est nécessaire : 1° de caractériser une ou des ondes associées de cellules vivantes ; 2° leur interférence par des rayons X. Je n'ai pas encore réussi à réunir le matériel indispensable à des expériences de cet ordre ; mais ce matériel est parfaitement concevable et réalisable. Et j'espère bien pouvoir un jour justifier cette hypothèse comme elle l'a déjà été pour des phénomènes d'ordre jusque-là inexplicables chimiquement ou physiquement, telle la catalyse, telle encore l'adsorption.

Car le mouvement cellulaire ne peut être mis en doute. Pas une cellule, pas un atome d'un être vivant ne sont au repos à aucun instant. Les échanges intercellulaires, les phénomènes d'absorption, d'assimilation, d'élimination, la pensée elle-même, tout est mouvement. Tous les atomes qui nous constituent, qu'ils soient ou non en formation cellulaire sont donc en mouvement et, obligatoirement accompagnés d'une onde associée. L'harmonie de vie, les phénomènes de croissance ordonnée ne sont peut-être régis que par la multiplicité de ces mouvements, la multiplicité corollaire de ces ondes, les unes interférant les autres pour freiner ou diriger telle ou telle accélération. La question qui nous préoccupe actuellement est de savoir si ces ondes sont de telle longueur qu'on puisse entrevoir une interférence par les ondes thérapeutiques dont nous disposons.

M. de Broglie a montré que les ondes associées étaient caractérisées par une longueur d'autant plus courte que la vitesse et la masse des particules étaient plus grandes. Il est difficile de parler des masses des atomes ou molécules composant les tissus vivants tant ils sont nombreux et instables, perpétuellement modifiés. Mais on peut les dissocier en électrons et raisonner sur des électrons.

Abstraction faite de toute autre influence, nous savons que les électrons se déplacent avec une vitesse déterminée lorsqu'ils sont placés dans un champ électrique. Et nous savons aussi que nous sommes constamment parcourus par des champs électriques : certains soutiennent que chaque cellule est une pile électrique en miniature, que la fibre musculaire se conduit comme un condensateur électrique, que l'influx nerveux est de nature électrique ; on a démontré depuis longtemps l'existence d'un circuit électrique provoqué par chaque contraction musculaire ; comment douter qu'avec le mouvement brownien des particules colloïdales dont nos cellules sont faites, le frottement incessant de ces particules ne s'accompagne pas d'un dégagement d'électricité ?

Or, on sait maintenant qu'un électron se déplaçant sous l'influence d'un courant de 100 volts est accompagné d'une longueur d'onde associée de 1 A 224. On rencontre là justement des longueurs d'onde du spectre de rayonnement X ou γ. Si les atomes constituant certains tissus (tumoraux en particulier) sont soumis à des champs électriques d'origine intime, locale, vitale de l'ordre de grandeur de 100 volts un rayonnements X ou γ pourra donc interférer leurs ondes associées, c'est-à-dire provoquer leur arrêt, c'est-à-dire entraîner leur mort.

Mais si les électrons qui nous intéressent sont mus par des différences de potentiel de 10.000, 100.000 volts ce qui n'est pas impossible *a priori*, vu l'ordre infinitésimal des intensités de ces courants électriques, les longueurs d'ondes associées deviennent de l'ordre de 0A 121 et 0A03 7. On tombe alors dans le spectre des rayons X émis sous de très hauts voltages et de rayons γ eux-mêmes très fitrés.

Cela expliquerait la différence d'action (non démontrée et souvent fortement déniée) des rayonnements de différentes longueurs d'onde.

En supposant que certains électrons des cellules vivantes sont soumis à des différences de potentiel beaucoup plus grandes, 500.000 volts, 1.000.000 de volts, leur longueur d'onde associée devient si petite que les rayons les plus filtrés et les plus courts connus (0A007) sont encore de longueur d'onde trop grande pour les interférer. Ainsi s'expliqueraient peut-être les différences de radio-sensibilité entre certains tissus, entre des tumeurs différentes et la radio-résistance relative de certains tissus et de certaines tumeurs.

Cette théorie est donc très séduisante puisqu'elle explique l'action des rayonnements dans toutes ses modalités et résout dans une seule formule des problèmes dont les solutions ont toujours été cherchées dans des directions différentes.

Elle vaut certes la peine d'en tenter la démonstration expérimentale.

Les opérations conservatrices en gynécologie

Par L. BROUET,

Ancien Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris

La multiplicité des lésions qu'on rencontre chez la femme dans la sphère génitale, autorise le chirurgien à essayer de distinguer, parmi elles, celles qui permettront la reprise ou la continuation des fonctions normales, celles qui sont actuellement incurables ou le deviendront par la suite, et qu'on doit par conséquent, enlever.

Si, autrefois, la chirurgie était volontiers mutilante, pour des raisons variables, actuellement elle tend à être de plus en plus conservatrice. Conserver la possibilité d'une grossesse demandée par la malade, est la première préoccupation de l'esprit du chirurgien opérateur.

Où en sommes-nous actuellement et des espoirs sont-ils permis de voir peu à peu s'éclaircir les problèmes pathogéniques et les thérapeutiques chirurgicales se préciser dans le sens conservateur avec l'aide des méthodes modernes d'investigation et de diagnostic à notre disposition ? Voilà le problème que nous allons essayer de résoudre.

Sur cette question très ample nous conseillons la lecture de quelques travaux importants : le rapport de De Rouville et Mocquot au 35e Congrès de chirurgie français, la publication de ces auteurs dans *Gynécologie et Obstétrique* (1927), les publications de Chatillon et Douay au *Congrès des obstétriciens de langue française* de Lyon (1927), les articles de Vignes sur la stérilité féminine dans le *Progrès Médical* (1927) et les chapitres de sa *Physiologie gynécologique* (1927). Enfin un long article de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*, signé de Laffont et Azerad, qui est une bonne mise au point de la question en 1932. Nous signalerons en cours de route quelques points spéciaux de bibliographie succincte.

Et d'abord comment nous guider dans l'étude de cette question ? Un premier élément nous semble avoir une grosse valeur. C'est la présence ou l'absence de phénomène douloureux chez la patiente.

La douleur en gynécologie est la pierre d'achoppement de tout acte chirurgical mal précisé ou incomplet. Ce critère, s'il prédomine dans la symptomatologie fonctionnelle, suffira à vouer à l'échec une intervention conservatrice et tôt ou tard il faudra recourir à une opération radicale. Combien de malades ne nous reprochent-elles pas d'avoir laissé une trompe du côté opposé que nous jugions sain et qui a développé des lésions minimes, ou bien d'avoir laissé un ovaire devenu douloureux ?

En règle générale chaque fois il s'agit d'un nouveau problème dont les données sont souvent incomplètes et c'est aussi bien une affaire de savoir que de conscience chirurgicale.

Nous diviserons cette étude en deux grands chapitres : d'abord la conservation des fonctions de reproduction, ensuite la conservation des fonctions menstruelles.

La *conservation des fonctions de gestation* suppose que la rencontre spermatozoïde et ovule peut se faire dans des conditions normales d'une part, de l'autre que l'œuf fécondé peut se fixer et s'accroître normalement.

A chacune de ces conditions correspond une nécessité anatomo-physiologique normale. Malformations vulvaires, vaginales, utérines, sont une première raison d'impossibilité de l'apport normal de l'élément fécondant masculin.

Lésions muqueuses et parenchymateuses de l'utérus empêchent la nidation de l'œuf et tuent le spermatozoïde. Les lésions muqueuses, les atrésies des trompes empêchent et la descente de l'ovule et la montée de la cellule mâle. Enfin l'ovaire malade ne fournit plus d'ovules qui sont tués.

Autant de raisons et de difficultés d'agir.

L'atrésie congénitale vulvaire demande une excision soit de l'hymen, soit du sphincter vulvaire, les brides vaginales, transversales ou longitudinales demandent une section avec dilatation ultérieure ; nous rappellerons que les cloisons longitudinales accompagnent quelquefois un utérus bifide.

Une absence de vagin s'accompagne souvent aussi d'absence utérine, mais ce n'est pas obligé. Enfin les hypoplasies utérines, rarement traitées chirurgicalement, sauf quelquefois par un curettage, sont du ressort médical.

Tous ces cas sont rarement rencontrés en clinique.

Nous dirons un mot cependant des malpositions, plus fréquemment rencontrées.

Ici le chirurgien peut beaucoup, à condition bien entendu, que soient jugées et appréciées les lésions secondaires, de voisinage.

Les antéflexions des vierges et nullipares sont peu chirurgicales, de même que celles qui sont acquises après infection utérine et péri-utérine guéries avec reliquats métritiques.

Au contraire les rétrodéviations, le plus souvent acquises, permettent une action beaucoup plus efficace.

On connaît les interventions proposées.

Les indirectes sont aveugles, risquent l'incarcération d'anses grêles et n'ouvrant pas le péritoine ne permettent pas de voir les lésions annexielles.

Les directes sont donc les meilleures, que ce soit les tractions sur les ligaments ronds avec ligatures, plicatures, fixation à la paroi dans les procédés connus — ou bien l'action directe sur le corps utérin par les isthmo-pexies. Ici d'ailleurs nous devons faire remarquer que l'isthmo-pexie, qui doit être haute pour être efficace, ne permet pas à l'utérus de grossir après fécondation. Elle n'est donc pas à recommander.

De même nous signalerons rapidement l'action chirurgicale sur les prolapsus génitaux, opération rarement pratiquée en période d'activité conceptionnelle, mais qui peut être quelquefois nécessaire après les larges déchirures périnéales, même quand elles ont été bien et aussitôt suturées par l'accoucheur.

Toutes ces interventions que nous passons rapidement en revue sont donc, si on veut, des opérations adjuvantes, elles rendent à un fonctionnement normal des organes déficients par insuffisance de soutien.

Tout autres vont être celles qui auront pour but de supprimer des lésions, de les tourner, ce sont les vraies interventions conservatrices.

Nous n'avons pas ici à traiter les sténoses du col et nous insisterons à peine sur les métrites pour dire que le chirurgien dans quelques cas très rares peut pratiquer un curettage qui améliorera la situation.

Au contraire dans les fibromes il reprend toute son action.

Classiquement on admettait que le fibrome était une cause ou un effet de la stérilité et la vieille opinion était que le fibrome survenait chez les vierges et les nullipares, deux propositions qui découlaient l'une de l'autre.

La statistique de Kelly et Cullen montre que 35 % des fibromateuses n'avaient pas eu d'enfants, mais actuellement, on tend à admettre que la fécondation reste possible avec un fibrome (Albrecht Fruhinholz, 1927).

Quoiqu'il en soit quand le chirurgien se trouve devant un fibrome chez une femme encore jeune et qui veut des enfants, que peut-il faire ?

On connaît la division classique des fibromes en trois classes : fibrome abdominal ; fibrome interstitiel ; fibrome cavitaire.

Le fibrome abdominal est rarement assez isolé, pédiculé pour qu'on puisse l'enlever sans enlever aussi l'utérus ; de même les polypes fibreux cavitaires, qu'ils soient sessiles ou pédiculés sont souvent très difficiles à enlever, même à froid, c'est-à-dire quand ils ne sont pas atteints de sphacèle et n'imposent pas une intervention grave et difficile.

Au contraire le fibrome mural, interstitiel est celui qui nous préoccupera.

L'Ecole de Lyon avec Tixier, Gouillioud s'est beaucoup battue pour la myomectomie conservatrice. Celle-ci discutée dans nombre de sociétés savantes a rallié quelques noms comme Couvelaire, les Mayo, Landau, mais il ne semble pas que l'Ecole de Paris soit très enthousiaste.

Les conditions d'extirpation du myome doivent être si précises qu'on ne les rencontre que rarement ; il doit être unique, de volume moyen, noix, petite pomme, très énucléable et si même on doit ouvrir la muqueuse utérine, il ne faut pas dilacérer le muscle utérin.

D'ordinaire ces fibro-myomes sont multiples, petits, en grand nombre, avec un plus gros ; le muscle utérin subit une brèche trop large pour que la future gestation soit exempte de tout danger ; l'ouverture de la muqueuse peut être une source d'inconvénients sérieux.

Somme toute malgré les cas favorables rapportés par Gouillioud cette opération est peu pratiquée et demande des conditions qui en font une sorte d'intervention idéale.

Passons maintenant aux lésions annexielles. D'une façon générale elles posent le problème suivant : étant donné que souvent elles sont unilatérales, faut-il enlever aussi l'autre côté, intact, ou susceptible en apparence, de persister dans un état normal ?

Déjà Lawson-Tait avait posé les règles de ces conservations qui sont surtout dépendantes des lésions de voisinage rétroversion, adhérences, lésions du péritoine.

Souvent les malades nous reprochent d'avoir « préparé » une autre intervention, quand elles recommencent à souffrir.

Il arrive en effet souvent, chez une malade qui n'est plus ou est mal suivie, qui ne se soigne plus, que l'autre côté continue et aggrave des lésions qui auraient souvent pu guérir par un traitement médical bien conduit.

Ainsi donc nous nous trouvons ici devant un problème complexe. Les deux côtés sont atteints, ou un seul ; que conserver, et comment conserver ?

L'examen clinique, les commémoratifs ne suffisent pas à poser une indication précise. Nous devons nous aider des quelques méthodes modernes, pas encore assez répandues à notre gré, et qui vont nous permettre d'examiner à fond une des premières conditions de nos interventions conservatrices, c'est-à-dire la perméabilité tubaire.

Le lipiodol, en effet, mis au point par Carlos Hauser (1921-1924) amélioré par Carelli, Portret, Cotte et Béclère dans sa thèse de 1924, apporte à l'examen clinique un appoint sérieux, sinon indispensable, comme aussi une vérification ultérieure.

Les accidents notés, embolies, infection, péritonite chronique, intoxication iodée, persistance de lipiodol, faisant obstacle, ne tiennent pas devant les faits. Les cas bien choisis entre les mains de Douay, Proust, Béclère, Mme Francillon-Lobre, les données de Laurentie dans la *Revue de gynécologie et d'obstétrique* de 1926 montrent que les résultats sont excellents.

D'abord ils nous montrent où et de quelle façon se présente le point de fermeture tubaire ; de plus ils nous mon-

trent trois points essentiels inconnus auparavant : d'abord, l'imperméabilité physiologique des trompes durant environ treize jours avec la congestion cataméniale, et disparaissant avec elle ; — ensuite le péristaltisme tubaire ; — enfin le déplacement possible de la trompe qui peut se mouvoir largement dans le petit bassin, point déjà noté par J.-L. Faure et Schwartz et sur lequel insiste Douay.

Nous nous trouvons alors, ayant en main cet excellent moyen d'investigation, auquel se soumettent les femmes qui désirent sérieusement des enfants, nous nous trouvons donc devant deux cas : les trompes sont perméables, — ou bien un côté ou les deux sont fermés.

On ne peut préjuger de la cause de cette fermeture d'une façon précise et des lésions ovariennes peuvent expliquer une stérilité avec des trompes perméables.

Si bien, qu'éclairés, nous ne sommes jamais sûrs d'affirmer notre possibilité d'améliorer la situation.

En pratique avec Douay on reconnaît trois causes d'imperméabilité tubaire : des malformations dont nous ne nous occupons pas, des compressions extérieures, kystes du parovaire, tumeurs du ligament large qu'on peut enlever, surtout des lésions infectieuses atteignant la lumière de la trompe.

Ce sont celles-ci contre lesquelles nous allons essayer de lutter.

De récentes discussions à la Société de chirurgie de Paris (février-avril 1932) ont mis aux prises quelques orateurs sur ce point particulier. A propos d'une communication de Leveuf, qui traite les salpingites après trois mois par expression, relèvement d'utérus, s'il y a lieu, traitement médical ensuite, et qui apporte quelques résultats de grossesses ultérieures, les différents avis se sont partagés. Métivet montre l'antagonisme assez logique, mais insuffisant, entre les lésions gonococciques muqueuses et indélébiles, et les lésions post abortum ou parturium, lymphatiques et parenchymateuses, curables médicalement. Il s'élève contre l'opération théorique de Leveuf et avec lui Brocq, Moulonguet et autrefois Lecène.

On sait d'ailleurs que nombre de salpingites peuvent devenir enceintes comme le montrait déjà Brindeau dans les *Archives d'obstétrique et de gynécologie* (1917), comme le dit Forgue dans le Traité de chirurgie, et comme le publie Wessel au Congrès de chirurgie français de 1926 où il apporte 15 % de grossesses dans les salpingites.

Au contraire, d'autres, comme Mocquot approuvent Leveuf, qui s'appuie d'ailleurs sur Villar, de Lyon, et la thèse de son élève Labry (1926).

On voit donc que la question n'est pas encore au point. Que nous offre la chirurgie ?

Outre le relèvement d'un utérus prolabé, l'expression des trompes (?), que je ne ferais qu'avec les réserves inhérentes, on peut agir directement sur ces trompes par quatre interventions, un peu idéales, mais logiques, à condition, primordiale, que la perméabilité de l'ostium utérin soit contrôlée auparavant.

Les stomies, les raphies, les plasties, les implantations sont les quatre méthodes employées.

Les stomies. Ici il s'agit de déboucher l'ostium péritonéal et de refaire un pavillon. Nous rappelons qu'il faut que l'ostium utérin soit ouvert.

Elle peut être terminale, opération préconisée par Martin, de Berlin.

Latérale ou opération de Skutch (1889).

Transversale de Dudley, de Douay, ou oblique.

Toutes, que ce soit après section d'un segment de trompe ou en laissant à celle-ci sa longueur, refont un ostium péritonéal en suturant la muqueuse à la séreuse par éversement, au catgut fin.

Les résultats en sont bons : la vérification au lipiodol a été faite et montre une bonne perméabilité (Mocquot, Société de chirurgie, 1926, et Thèse de Mlle Oumansky, Paris 1926).

Les raphies, précédées de salpingolysis, préconisées par Polk dès 1894, par Richelot en 1898, consistent en une libération des franges du pavillon, agglutinées, et suivie d'application du pavillon sur la surface de l'ovaire.

Il faut encore ici que l'ostium utérin soit sûrement libre.

Dans la même classe nous pouvons faire rentrer les ovaro-salpingo-syndèses, combinaison de raphies et de stomies. La trompe remaniée, et pourvue d'un néo-pavillon est appliquée sur une partie de l'ovaire et suturée à lui.

Ces interventions ont donné de bons résultats au moins théoriques entre les mains de Pozzi, Villard, Le Lorier, Laurentie, Cullen, Douay.

Les plasties préconisées par Vidal, traitent surtout le rétrécissement de la trompe. Il faut glisser un stylet jusqu'au point rétréci, inciser la zone sténosée dans le sens longitudinal et la suturer verticalement en glissant une bougie fine et un fil de soie jusque dans l'utérus.

Enfin les implantations tubaires. Elles consistent à sectionner un plus ou moins long segment de trompe, malade, à l'enlever, ceci dans la portion juxta-utérine, et à implanter le segment externe sur le fond de l'utérus préalablement sectionné.

On fait somme toute une néo-tubo-stomie. Mais on ne sait jamais exactement ce que vaut la muqueuse utérine du fond.

D'une façon générale d'ailleurs tous ces cas ne sont pas régulièrement suivis.

On a pu faire aussi des *implantations d'ovaire*, ou greffes ovariennes dans l'utérus même, en supprimant les trompes trop malades, ou bien sous la muqueuse utérine comme Tuffier, après incision du fond, comme l'a repris Douay, ou bien près de la corne utérine comme Estes.

Le fait même de laisser l'ovaire libre au contact de l'utérus peut suffire ; on connaît le cas de Jacques où après hystérectomie subtotale avec fragment d'ovaire la malade devint enceinte.

C'est qu'en effet il suffit de très peu de chose pour que la grossesse soit possible et des cas ont été relevés par Le Lorier, Hartmann. Mais souvent il reste des troubles douloureux, obligeant à des opérations itératives.

Cette greffe d'ailleurs a pu être faite aussi avec un ovaire provenant d'une autre femme.

Il nous reste à étudier maintenant nos possibilités sur l'ovaire.

Bien entendu un fibrome, un kyste de l'ovaire ne permettent pas la conservation, mais d'ordinaire on se trouve en présence des deux cas que signale Vignes dans ses leçons.

Ou bien la déficience est d'ordre général et elle ne nous intéresse pas, ou bien elle est d'ordre anatomique ou fonctionnelle.

Ptose ovarienne ;

Ovarite infectieuse, sclérose et étouffement des cellules nobles, ovarite scléro-kystique, ovaire criblé.

Et l'observation de Child, rapportée par Vignes où les follicules étaient étranglés par une corticale trop épaisse.

Que faire dans ces cas d'ovarites scléro-kystiques ?

Elles sont justiciables de quelques interventions ; on sait que très peu d'ovaire ou une trompe perméable suffisent à la conception.

Ce sera l'ignipuncture chère à Pozzi et à Walther, au galvano ou au thermo-cautère, pointe fine, et Dupont dans sa thèse (Paris, 1907) a esssayé de voir ce que devenaient ces malades.

Il conclut d'ailleurs à un insuccès général : les douleurs persistent, l'ovaire traité reste gros, devient ou reste douloureux et des kystes réapparaissent si jamais ils ont tous été détruits.

La résection est souvent employée, seule ou ajoutée au feu.

Il suffit d'enlever le plus d'ovaire possible dans sa partie malade et veiller à une hémostase soigneuse. Les résultats en sont bons et Walther dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de juin 1922, a pu retrouver un grand nombre de cas avec grossesse ultérieure.

On peut même dire que c'est là l'intervention dont nous autres chirurgiens sommes le plus sûrs.

Enfin récemment s'est ouvert le chapitre de la chirurgie du sympathique pelvien chez la femme, aussi bien contre ces lésions qui tiennent à la fois de désordres fonctionnels quelquefois d'origine lointaine, que contre les lésions infectieuses passées à la chronicité.

Outre les ovarites, les névralgies pelviennes, les prurits, les dysménorrhées, les crises clitoridiennes bénéficient du traitement chirurgical dans certains cas.

C'est après Jaboulay, Cotte en 1925, dans la *Presse Médicale*, dans le *Lyon Médical*, 1925, dans le *Journal de Chirurgie*, 1925, dans un livre récent qu'il vient de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie de Paris ; c'est encore Leriche dans les *B.* et *M.* de la Société de chirurgie de 1927, dans la *Presse Médicale*, 1925, et Harmant fait une revue générale dans le *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique*, 1926. Latarget, à Lyon, décrit le nerf présacré et notre ami Ferey lui consacre sa thèse en 1929.

Les uns agissent sur les vaisseaux hypogastriques ; comme Leriche, Vignes a montré le parallélisme entre les artères du pelvis et celles des membres, après sympathectomie (*Semaine Médicale*, 1928). D'autres attaquent les vaisseaux ovariens dans le ligament suspenseur, par ligature, section, ou bien en coupant les plexus veineux et respectant les artères, ou bien sectionnent le nerf présacré.

Déjà Dupont et L'Hermitte dans *Gynécologie et obstétrique* de 1927 cherchent à mettre au point une technique précise.

Les résultats connus jusqu'ici ne sont pas mauvais : deux jours après la section des nerfs, les règles reparaissent. Mais il est évident que des douleurs persistent dans nombre de cas et c'est là surtout qu'il faut être bien certain qu'on ne passe pas à côté d'autres lésions, salpingites, déviation, sténoses du col, lésions du péritoine, qui suppriment tout le bénéfice de ces interventions indirectes, sans compter l'état psychique des malades qui rentre bien souvent dans le complexus morbide.

Enfin il nous reste à signaler le traitement des ptoses ovariennes. On peut évidemment relever l'ovaire, mais où l'accrocher solidement d'une part ? de l'autre ces ovaires sont presque toujours gros et kystiques. C'est pour cela qu'ils sont douloureux.

Nous en arrivons maintenant aux moyens de conserver les règles.

Bien entendu toutes les femmes ne demandent pas à garder leurs règles et chez une femme près de la ménopause, une tentative analogue est une absurdité.

Cependant beaucoup de chirurgiens répugnent à castrer entièrement une malade.

Plusieurs cas vont se présenter à nous : nous enlevons les deux trompes et gardons ovaires et utérus, nous enlevons les deux ovaires sauf un petit morceau et l'utérus plus ou moins complet, nous gardons les deux ovaires avec un moignon utérin ou même après hystérectomie totale, enfin nous enlevons tout et nous greffons un ovaire.

Somme toute nous agissons à la demande des lésions, nous les mettons en balance avec les risques de l'extirpation, l'âge de la malade, et nous évoluons au mieux.

Et d'abord essayons de garder l'utérus. Nous avons vu que la myectomie est possible dans certains cas, et que maintenant un peu d'utérus peut laisser des règles avec très peu d'ovaire.

Peut-on conserver un moignon utérin susceptible de laisser assez de muqueuse pour le molimen cataménial ?

Déjà Beuttner en 1893, Zweifel, avaient proposé et réalisé des sections incomplètes de l'utérus, enlevant les parties malades, ne laissant qu'un moignon suffisant.

Ces travaux repris en France par Lecène ont fait l'objet de la thèse de mon ami Gaudart d'Allaines (1922, Paris), du travail de Lecène et d'Allaines dans le *Journal de chirurgie*, 1924, sur les résultats éloignés, d'un travail de Kowatchéwitch, Thèse de Paris, 1924 et d'une Revue générale de Louis Michon et Labry dans *Gynécologie et Obstétrique* de 1927, où ils étudient la conservation de l'utérus seul dans les annexites bilatérales.

Papin, de Bordeaux a aussi étudié cette question dans les *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1926.

Quelles sont les indications ? les annexites bilatérales anciennes avec péritoine en bon état, ovaires intacts ou en partie conservés. Même la rétroversion n'est pas une contre-indication.

Quels sont les avantages ? Conservation des règles, suppression des moignons douloureux, suppression du fond utérin qui est en général le siège du maximum des lésions d'endométrite.

Cette hystérectomie partielle, dit *fundique*, consiste en une section quasi horizontale ou un peu concave en haut de l'utérus à 2 ou 3 cm. du fond, en conservant un ovaire d'un côté seulement ou même un morceau d'ovaire.

La section doit se faire en deux places, après pincement des utérines en haut. La péritonisation est le point capital et il faut se servir du péritoine rétro-vésical pour recouvrir le moignon utérin qui est en antéversion.

Les résultats donnés par d'Allaines sont bons. 75 % des malades opérées ainsi gardent leurs règles. Les indications sont donc précises mais limitées. C'est une bonne opération.

Dans d'autres cas nous ne pourrons pas conserver l'utérus. On gardera un ou deux ovaires, ou un morceau.

Que vont devenir ces glandes inutilisables pour des règles problématiques et irrégulières dans un utérus de subtotale ?

En général il vaut mieux tout enlever et l'expérience montre que ces ovaires souffrent, sont congestionnés, gros, douloureux. Il y a quelquefois du prurit vulvaire, des lourdeurs, pesanteurs, des migraines.

Cependant certaines malades exigent qu'on leur garde un ovaire, au moins.

C'est ainsi qu'on a été amené aux greffes ovariennes, réalisées autrefois par Tuffier dans la paroi abdominale, dans la grande lèvre à la manière de Douay (cas récent de Rouhier *B. et M. Société de chirurgie*, Paris 1932).

Mais ces glandes isolées subissent le sort de toutes les greffes ; souvent après un stade d'accroissement douloureux elles s'atrophient et disparaissent.

Nous voici donc arrivés au terme de notre exposé.

Comment nous résumer dans une vue d'ensemble : conserver les règles est plus facile que conserver la fonction de reproduction, un morceau d'ovaire, un moignon utérin suffisent ; conserver la possibilité de gestation demande un corps utérin intact, une trompe perméable, un ovule sain. Ces trois conditions sont très difficilement réalisables ensemble.

Nous ne pouvons qu'en revenir aux constatations journalières tirées de la pratique. Les malades pauvres, obligées de gagner leur vie, doivent être débarrassées complètement de leurs maux. Les malades de situation aisée, seules, peuvent se permettre le luxe d'interventions conservatrices. En matière de chirurgie de ce genre les aléa sont trop grands dans l'état actuel de la science pour que la généralisation de ces méthodes soit systématique. Elle ne l'est d'ailleurs pas. Les tentatives sont isolées, non suivies, non vérifiées, portent dans l'ensemble sur de trop petites statistiques. Il n'y a pas de règles encore bien précisées, ni de rigueur dans l'examen prémonitoire des malades, au point de vue bactériologique, lipiodol, examen clinique. Ensuite, après les interventions, les difficultés de revoir les malades, de les suivre, leur mauvaise volonté quelquefois, rendent impossible l'appréciation saine des résultats.

Est-ce une raison pour abandonner ces méthodes ? Au contraire, nous avons vu qu'on tend à être de plus en plus conservateur. C'est que nous gardons l'espoir, dans ce problème difficile, qu'un jour viendra où les progrès du laboratoire, unis à une prophylaxie plus intense des maladies vénériennes, en présence de données physiologiques plus précises, basées sur une expérimentation sévèrement conduite, permettront au chirurgien de réduire au minimum les mutilations, encore nécessaires actuellement.



Cancer et Tuberculose

Considérations sur les connaissances actuelles de leurs rapports réciproques

Par le Dr M. SCHACHTER (Bucarest)

La question des relations qui existent entre cancer et tuberculose fut posée et résolue de cette façon par Rokitanski : les deux processus sont antagonistes toujours. Ceci en 1838. Peu de temps après, en 1846, certaines observations le décidèrent de modifier quelque peu sa façon de voir. Il dit alors que : la tuberculose pouvait coexister avec un cancer qui était déjà ulcéré et en état de désagrégation, ou bien une tuberculose ancienne pouvait permettre le greffage d'un cancer. Rokitanski ne quittait pas absolument sa position initiale : en effet, il nia encore la coexistence de tuberculose floride avec le cancer.

Le point de vue de l'antagonisme entre ces deux processus, avec des modifications légères, est soutenu après Rokitanski, par Paul, Beneke, Williams, Sturm, et des autres. Pour Beneke les deux états s'excluent. Williams soutient avoir vu la disparition des néoplasies au moment de l'établissement d'une tuberculose aiguë, et inversement, il a vu guérir la tuberculose au moment de l'établissement d'un cancer. Pearl tire ses conclusions en faveur de l'antagonisme, de son étude faite sur 816 cas de nécropsie de cancéreux, qui avaient seulement 6,6 % de tuberculose, tandis que sur 816 cas morts d'autres maladies, il a trouvé 16,3 % de tuberculose. Dans les deux cas il s'agit de tuberculose active, seule facilement appréciable.

L'opinion inverse, celle qui nie tout anatagonisme entre les deux processus maladifs, est soutenue par les auteurs : Claus, Schwalbe, Fenger, Peter, Goglia, Marshall, Lubarsch, et des autres encore. Pour ceux-ci, le cancer qui naît sur une base tuberculeuse, est expliqué par les phénomènes irritatifs liés aux cicatrices, tandis que l'éclosion d'une tuberculose au dernier stade d'un cancer, serait en rapport avec la disposition que crée la cachexie cancéreuse et les modifications de l'immunité tuberculeuse chez les cancéreux plus ou moins avancés.

En effet, tout récemment, le Prof. Centani et Forti ont étudié les réactions à la tuberculine des cancéreux et ont pu montrer que tous ou à peu près tous les cancéreux ont des réactions négatives (la proportion exacte donnée par ces auteurs est d'environ 94 %) Ces résultats ont été obtenus avec la cuti-réaction. Pour éliminer toute possibilité d'erreur (peut-être la perte de l'immunité de la peau) et pour voir jusqu'à quel point s'étend l'anergie tuberculeuse, Centani a injecté sous la peau des doses de 10 mgr. (limite suprême pour exclure certainement la présence de toute tuberculose) à seulement 8 de ses 15 malades. Cette fois-ci, tous les malades ont réagi positivement, chose qui montre l'existence d'un foyer de tuberculose latente dans l'organisme. En somme la cuti-réaction négative et la positivité réactionnelles à des fortes doses de tuberculine, témoigne de l'existence de l'infection tuberculeuse, réduite, il est vrai, mais existante néanmoins. Cette tuberculose latente, peut s'éveiller quand la cachexie cancéreuse avancée lui donne le terrain propice au développement.

Entre les deux opinions qui s'excluent, Engel, Lebert, Ripper, Bazin, Brixton, Kraske, et des autres, se contentent de dire que les deux processus peuvent coexister seulement quand les deux sont au stade de déclin.

La fréquence des lésions tuberculeuses chez les morts de cancer est très différemment appréciée par les auteurs. Ainsi tandis que Goglia (1928) donne un pourcentage de 9-19, 2 %, Pearl que nous avons vu figurer parmi les antagonistes des deux processus, relate seulement 6,6 % ; Schabad et Gorinova (1931) donnent 0,85 % et enfin Centani qui a étudié soigneusement la question donne un pourcentage de 9 ou 10 %.

A ce même sujet citons ce que nous disions ailleurs « Les cancers du poumon, etc. » in *Journal de méd. de Paris*, 1932, n° 35) : « L'association de lésions tuberculeuses avec du cancer en même temps, est différemment appréciée dans les statistiques des auteurs. Ainsi : Wahl trouve des lésions tuberculeuses dans 9,8 % : Geilchenfeld, dans 12 %, ; Schwalbe dans 30 % ; Lenhartz dans 20 %. Si avec Wahl on additionne le nombre des cas de cancer pulmonaire rapportés par les auteurs que nous venons de citer, on obtient le chiffre de 168 cas de cancer avec 34 cas de tuberculose associée, c'est-à-dire 20,2 % de lésions tuberculeuses. Or, étant donnée la fréquence de la tuberculose pulmonaire, ce pourcentage ne peut pas avoir une signification spéciale, permettant en l'espèce de souscrire à une relation de causalité entre la tuberculose et le cancer

Après ces données générales, nous allons passer en revue les associations des deux processus, tels qu'ils frappent les divers organes de notre économie.

Nous savons que le développement du cancer sur un terrain tuberculeux est mis sur le compte des phénomènes irritatifs auxquels s'ajoutent aussi ceux des produits toxiques développés par le bacille, et enfin par l'infection secondaire. En principe, ce sont surtout les formes de tuberculose torpide, lente comme le lupus vulgaire, le cancer de l'arbre respiratoire souvent, celui des organes digestifs et génitaux, qui favorisent en quelque sorte l'éclosion d'un cancer. Dans ces cancers intervient le facteur cicatriciel, dont a surtout parlé Lumière.

En ce qui concerne la cancérisation sur une base lupique, la littérature est bien riche maintenant. Naturellement, c'est depuis la découverte du bacille de Koch dans les lésions lupiques que l'association lupus-cancer est devenue un fait incontestable. Le cancer peut se développer sur un lupus arrivé au stade de cicatrisation, chose qui semble être fréquente, car dans ce stade le lupus est une formation cicatricielle comme toute autre et par conséquent les chances de dégénérescence néoplasique sont aussi grandes que pour toutes les autres cicatrices.

Il y a pourtant des exceptions : en effet, certains auteurs ont relaté des cas où le cancer avait frappé un lupus floride encore (Lubarsch, Ribbert, Wolf).

Dans certains cas on a pu voir dans l'application thérapeutique de la chaleur, action chimique, radiations, etc., l'agent de la cancérisation des lupus. Cette opinion n'est pas soutenue par ceux des auteurs qui ont pu voir le développement de cancers sur les lupus qui n'ont jamais connu des applications de radiations ou de toute autre thérapeutique physique. Pour M. Cappelli, on peut parler de radio-cancer cutané sur un lupus, seulement quand on a eu avant la cancérisation de la lésion lupique, une radiodermite chronique nette, chose qui se voit cliniquement et histologiquement.

On ne peut donc pas souscrire ni aux idées trop avancées de Wickmann, pour qui le maximum d'importance dans l'étiologie du cancer secondaire au lupus revient aux rayons, ni à celles de Mongrovius, pour qui l'influence des radiations sur le lupus, est négligeable.

Le cancer apparu, spontanément sur le lupus à la structure des épithéliomas, se développe après trente ans environ, et malgré la gravité de son pronostic, il ne donne jamais de métastases.

L'association de cancer et tuberculose sur les voies *respiratoires*, est une question qui présente une importance tout à fait spéciale, quoique la littérature nous rapportant ces cas soit encore mal étudiée.

On trouve des cas où le cancer s'est développé sur les parois des cavernes plus ou moins anciennes. Il s'agit des cas notés par Friedlaender, Hildebrand, Schwalbe, Derischanoff, etc. La même dégénérescence peut frapper les lésions bronchiques sclérosantes anciennes et les péribronchites anciennes. Les ulcérations laryngées anciennes, lentes dans leur évolution peuvent voir se greffer sur leurs lésions bacillaires primitives des nodules de cancer.

Dans tous ces cas de cancer développé sur le parenchyme pulmonaire, sur les bronches et le larynx, atteints déjà de lésions tuberculeuses, il s'agit de processus avec tendance à la cicatrisation ou même en voie de guérison.

Le point de départ des cancers dans ce cas est la cellule épithéliale, qui se trouve en contact avec le foyer bacillaire, indifféremment si elle appartient au revêtement bronchique ou aux glandes muqueuses. Le cancer développé sur ce tissu

est un EOA plat avec formations de perles cornées chose qui indique une métaplasie de la couche cylindrique de l'épithélium bronchique. Dans certains cas où les cancers sont de type cylindrique, ils se sont développés sur les cellules des tubes glandulaires.

Au point de vue clinique, des auteurs dont nous citons seulement Derischanoff ont insisté sur le fait que par suite de l'obstruction due aux processus cancéreux, les malades atteints des deux processus, ne crachent pas de bacilles.

L'association de tuberculose et cancer quoique fréquente, est plutôt une rareté avant l'âge de 30 ans. Des cas de ce genre ont été relatés par Horn, Stilling, Nuscheler et Derischanoff.

Dans la règle, c'est la vieille tuberculose qui s'associe au cancer ; dans ces cas les lésions anciennes sont traumatisantes pour le tissu qui perd sa faculté de résistance et se laisse envahir par le cancer. Les lésions cancéreuses se trouvent sur le même poumon qui est tuberculeux et les métastases cancéreuses sont fréquentes.

Si la question de l'association de cancer et de tuberculose respiratoire est suffisamment connue, la difficulté est autrement grande quand on passe à l'étude de l'association des deux processus sur le *tractus digestif*.

En effet, les cas de tuberculose primitive de l'estomac par exemple sont plutôt l'exception que la règle. On admet que les cas de tuberculose stomacale sont secondaires à une localisation autre des processus bacillaires. Dans le cas où la localisation primitive se trouve être, comme c'est la règle, dans le poumon, les localisations secondaires stomacales s'expliquent par la déglutition des crachats bacilifères, qui à la longue, infecteront l'estomac

Ce serait sur les marges des ulcérations torpides tuberculeuses que se développerait dans la suite et à cause de l'irritation de longue durée, le néogastrique, réalisant ainsi l'association tuberculo-cancéreuse.

Disons dès maintenant que les associations de ce genre ne sont pas trop fréquentes et la littérature est assez pauvre à cet égard. En 1930, Wolff a pu rassembler en total 40 cas ; en 1931, S. Tsunchisa de Tokio, relate un cas de cancer pylorique avec, dans le voisinage, des infiltrations de tuberculose miliaire. Dans le foie, il trouva de même des métastases de cancer et de la tuberculose miliaire. Pour cet auteur, les bacilles de Koch déglutis, ont envahi l'organisme et les organes cancérisés. En tout cas, les deux processus sont l'un à côté de l'autre dans le même organe. R. Wolff décrit un autre cas de cancer gastrique chez un homme âgé de 60 ans ; cette tumeur se développa à la marge de l'ulcération tuberculeuse stomacale. L'auteur admet que sur la base d'une tuberculose primitive s'est développé un cancer stomacal par suite des processus irritatifs chroniques antérieurs.

Avant ces auteurs, Brault avait relaté 2 cas : l'un concernait un cancer stomacal avec plus tard une adénopathie cervicale qui se montra être de nature tuberculeuse ; l'autre cas, où sur le fond d'une tuberculose du poumon, on trouva un cancer aussi.

L'association de cancer œsophagien et de tuberculose chez le même individu est considérée comme très rare (Deist). Un cas est relaté par Ruhe, où chez un homme âgé de 48 ans, avec le cancer œsophagien ayant donné des métastases pulmonaires, on trouva en même temps dans le lobe droit supérieur, des tubercules typiques. L'auteur admet que la tuberculose apparemment guérie, aurait été réveillée par les processus cancéreux venant de l'œsophage.

L'association de ces deux processus au niveau du reste du tube digestif semble un peu plus fréquente. Cela s'explique aussi, étant donné que l'intestin grêle et le gros intestin sont plus fréquemment le siège de lésions tuberculeuses, que les autres segments du même tractus.

Des cas de cette association ont été décrits par Herzog, Lubarsch, Williams, Hampel, Naegeli, Baumgarten, Verse et des autres encore. Wolff a recueilli en tout 20 cas. En 1921 encore, M. Hartmann rapportait un cas d'association des deux processus au niveau du rectum. On voit sur les coupes microscopiques, les boyaux épithéliomateux entre lesquels on peut distinguer nettement, les granulations folliculaires. D'ailleurs, les ganglions sont aussi bourrés de bacilles de Koch. Pour M. Hartmann le néo s'est développé sur un cæcum depuis longtemps atteint de tuberculose cæcale. M. Herrenschmidt qui a relaté trois cas superposables et M. Delbet qui a décrit lui aussi deux cas pareils, pensent que la tuberculose est dans ces cas *la lésion précancéreuse*. Cependant l'inverse est aussi possible, car une tumeur ulcérée peut être envahie secondairement par le bacille de Koch ingéré. Dans ces cas on parle de perte de la résistance des tissus à l'envahissement des divers parasites, en l'espèce, le bacille de Koch.

M. Solé qui relate en 1930 un cas de cette même association dit lui aussi que dans son cas de cancer cylindro-cellulaire avec tuberculose iléo-cæcale, la tuberculose primitive a favorisé par son irritation chronique, le développement du cancer.

Terminons ce chapitre des associations tuberculo-cancéreuses du tube digestif, en mentionnant le cas du Prof. d'Agata, où avec un adénocarcinome de l'ampoule rectale, on trouva sur le même organe, sur les vésicules séminales et la prostate des processus tuberculeux histologiquement contrôlés.

On a noté assez fréquemment l'association des deux processus dont il est question ici, au *niveau des organes génitaux et leurs annexes*, comme par exemple le sein.

Encore en 1911, Franque avait noté la fréquence avec laquelle en même temps qu'avec la tuberculose utéro-annexielle, l'on voit des proliférations cancéreuses. Cet auteur a trouvé 16 cas de cancers de l'utérus et des trompes, sur des anciennes lésions bacillaires. Dix ans plus tard, Albertini (1922) décrit la coïncidence de la tuberculose primaire des annexes avec des tumeurs cancéreuses de l'utérus.

La localisation des deux processus sur les testicules est en général rare. Ainsi Sagaguchi relate un cas chez un homme de 38 ans qui avait des lésions tuberculeuses et du cancer au niveau du testicule droit. Klink rapporte un cas de tuberculose et cancer du testicule gauche ; Klages rapporte lui aussi un cas du même genre avec en plus une adénopathie mixte tuberculo-cancéreuse correspondante. Ce même auteur rapporte encore un cas de tuberculose épidydimaire coexistante avec un cancer net histologiquement du testicule du même côté. Les ganglions montraient aussi l'existence des deux processus. Pour Klages, des irritations lentes et l'intoxication bacillaire, doivent avoir joué un rôle indéniable.

Pelugradt rapporte deux cas de la même association et admet que c'est le cancer qui est primitif et la tuberculose qui est secondaire.

En ce qui concerne les associations des deux processus au niveau du sein, V. Pettinari décrit un cas de cancer mammaire masculin avec une adénopathie axillaire qui se montra de nature bacillaire ; un autre cas de Dupont et Leroux concerne une femme chez laquelle le sein opéré montrait à côté des lésions cancéreuses, des formations bacillaires nouvelles. Les auteurs cités admettent que la tuberculose première en date, a été réveillée par le cancer. Le troisième cas que nous avons trouvé est celui de Badile (1931) et concerne une femme de 67 ans chez laquelle sur une ancienne fistule tuberculeuse se développa dans la suite, un épithélioma. Ce qui est intéressant, c'est que l'auteur n'a plus retrouvé que des traces de l'ancienne fistule bacillaire. L'auteur incrimine le processus d'irritation très ancienne, dans le processus de cancérisation secondaire de la fistule tuberculeuse certaine.

L'association des deux processus au niveau des articulations atteintes antérieurement de tuberculose, a été notée par certains auteurs. Ainsi, Kuttner (1931) relate à part ses deux cas personnels, l'un où un sarcome apparut par suite d'applications radiothérapiques, le second où un myélome se développa sur une tuberculose vertébrale irradiée avec des rayons X, 13 autres cas de la littérature médicale. Pour Kuttner, cette assotiation n'est pas accidentelle, l'action irritante entrant pour quelque chose dans le mécanisme des cancers surajoutés.

Plus récemment encore, Rummelhardt (1932) a décrit un cas où sur une tuberculose sacro-iliaque fistulisée, se développa après 12 ans, un cancer net. L'auteur avait appliqué sur la fistule des pommades irritantes à base d'arsenic et d'oxyde de Ka.

Jusqu'ici nous avons vu que les associations se sont faites

par adjonction de cancer aux lésions tuberculeuses plus ou moins anciennes. Il y a pourtant des cas et ceux-ci sont aussi assez fréquents, où la tuberculose envahit et infecte secondairement un cancer préexistant déjà. Ici l'infection tuberculeuse s'implante sur un cancer déjà développé et même au stade de sa ramollition. La contagion vient le plus souvent de l'extérieur. Souvent la tumeur ulcère un ganglion bacillaire antérieurement et s'infecte ainsi de matériaux bacillaires. On devine que le bacille trouvant une tumeur cancéreuse en état de mortification en profitera pour se développer sans arrêt. En effet, cette bacillose ne s'arrêtera pas ici ; elle infiltrera les tissus voisins.

De tout ce qui vient d'être dit, il résulte que malgré le faible matériel clinique et anatomo-pathologique dont dispose aujourd'hui la littérature, on peut néanmoins dire que les faits plaident plutôt *en faveur d'une négation de l'antagonisme entre les deux processus*, antagonisme proclamé autrefois par Rokitanski.

Les deux états pathologiques peuvent se rencontrer assez fréquemment et s'entr'aident pour accomplir l'œuvre de destruction de l'organisme qui est tombé victime de cette association.

Dans leur rencontre sur le même organe ou dans le même tissu, il faut faire une place spéciale aux éléments irritatifs, cicatriciels, aux infections secondaires et aussi à l'état de cachexie terminale, état de moindre résistance de l'organisme, en général.

BIBLIOGRAPHIE

D'Agata, Centani, Badile, Forti, Pantaleone, Tavernari, Pettinari, Cappelli, *In* Attidel II Convegno, Naz. Bologna, 1931.
Clefland. — *Proc. Roy. Soc. med.*, 1930, n° 23.
J. Miller. — *Canad. public. health*, 1930.
H. Kuttner. — *Arch. kl. Chir.*, 1931, vol. 164.
R. Solé. — *Arch. arg. enferm. t. dig.* 1930.
K. Rummelhardt. — *W. kl. Woch.*, 1932, n° 34.
S. Tsunchisa. — *Z. f. Krebsf.*, 1931 vol. 33.
W. Pflugradt. — *Z. f. Krenfs.*, 1932, vol. 35.
Teutschlaender. — *Z. f. Bakter.*, 1931.
S. Derischanoff. — *Z. f. Krebsf.*, 1928 et 1932.
Dupont-Leroux. — *Bull. du Cancer*, 1921.
Backlund. — *Finska Lakarska.*, 1930, 72.
Klages. — *Z. f. Krebsf.*, 1930, vol. 31.
Wolff. — *Z. f. Kresf.*, 1930, vol. 30.
Pearl. — *Proc. oc. exper. biol.*, 1928, 26.
Ruhe. — *Beitrkl. Tok.*, 1929, 72.
Delbet et Monod. — *Bull. du Cancer*, 1920, 9.
M. Schachter. — *Progrès Méd.*, 1932, 23 janvier et *Journal. méd. Paris*, 1932, 1er sept.

« Il faut arriver — un projet de loi en ce sens est en préparation, et toute diligence est faite pour en activer la mise en marche — pour la rentrée prochaine à créer, dans chaque Académie universitaire et dans nos grandes Ecoles, une caisse-maladie, que suffirait à alimenter une cotisation semestrielle de 25 à 35 francs par étudiant. On aurait ainsi quelque trois millions par an qui permettraient d'organiser en France comme dans les pays étrangers, la protection efficace de nos jeunes *élites* contre la tuberculose et contre toutes les maladies moins graves qui ne devraient pas faire de victimes parmi les étudiants et qui, cependant, en terrassent chaque année un trop grand nombre. » (P.-E. Morhardt et R. Dalsème. *Les étudiants doivent être protégés contre la maladie et tout spécialement contre la tuberculose.* La Vie médicale, 10 janvier 1932.)

« Les médecins des « déserteurs du fisc ! » Evidemment on s'en est aperçu quand mon ami le Professeur Foix est mort à 47 ans, quand mon ancien collègue de Lariboisière, le médecin des hôpitaux de Paris, Leconte, est mort à 39 ans, quand le Professeur Camus, épuisé par le travail, a laissé une veuve et dix enfants, quand on lit les noms des familles de confrères dont les veuves cherchent des secours et des emplois. » (L. Bruel. *Lettre d'un médecin de Province.* L'Informateur Médical, 8 janvier 1933.)

CHRONIQUE

Opothérapie ovarienne

d'après Laqueur, G.-A. Wagner et R. von den Velden

Malgré des prémisses intéressantes et, même, passionnément intéressantes, l'opothérapie ovarienne ne donne que des résultats inconstants ou partiels. Mais le grand nombre des tentatives entreprises et les promesses de la méthode rendaient utiles cette excellente mise au point due à la collaboration du prof. Laqueur, directeur du laboratoire pharmaco thérapeutique à l'Université d'Amsterdam, du prof. G.-A. Wagner qui enseigne la gynécologie à Berlin et d'un « interniste », le professeur R. von den Velden (1).

***

Introduction par Ernst Laqueur. Pour pouvoir apprécier la valeur d'une thérapie médicamenteuse, il faut tenir compte surtout de trois facteurs : 1° le médicament ; 2° les affections dans lesquelles ledit médicament a été essayé ; 3° le nombre des cas pour lesquels le médicament a été prescrit.

1° En ce qui concerne l'opothérapie ovarienne, on s'est servi d'une part, d'extraits organiques (ovaire, placenta), d'autre part, d'hormones pures. La thérapeutique par des extraits d'organes est très ancienne ; mais, tout en connaissant ses effets, on ignore totalement la substance qui agit à cause de la complexité des organes. Les hormones présentent l'avantage d'être des substances chimiquement définies et plus faciles à doser.

2° Quant aux affections susceptibles d'être traitées par des préparations ovariennes, il nous manque complètement un cadre d'affections cliniquement bien définies pour lesquelles une thérapie ovarienne pourrait être spécifique comme la quinine contre le paludisme ou les antipyrétiques contre la fièvre.

3° Enfin le nombre des cas traités par des préparations ovariennes ne peut servir non plus comme facteur d'appréciation, car l'endocrinologie est une science encore bien jeune.

Or, si l'on se demande lesquelles des trois conditions sont satisfaites, affections cliniquement bien définies, composition constante de ces préparations, longues années d'emploi, il faudra répondre que aucune de ces conditions n'est remplie. Il s'agit donc, d'un terrain peu exploité dans lequel les recherches effectuées jusqu'à présent doivent être poursuivies avec beaucoup de patience. Malgré les résultats pas très nets et concluants, on aurait tort de se proncncer, dès maintenant, au sujet de la thérapie ovarienne.

Une thérapeutique rationnelle comme base d'appréciation. Jusqu'à maintenant, nous n'avons que des appréciations, des impressions et des observations scientifiques Ces impressions doivent être examinées et complétées par l'expérimentation.

L'ovaire comporte plusieurs hormones : 1° l'hormone folliculaire, appelée par Laqueur menformon et, par d'autres, progynon, oestrine, theeline, etc. ; 2° l'hormone lutéinique ; 3° une hormone dernièrement découverte à la clinique du professeur Wagner, le stoffwechselhormone (l'hormone du métabolisme), qui se trouve dans le suc folliculaire et qui aurait la même action pour favoriser la croissance du tétard que la tyroxine et serait en outre, capable d'influencer le métabolisme ; 4° des substances qui agissent sur les vaisseaux, surtout sur les vaisseaux cérébraux ; 5° une quantité d'iode plus grande que dans les autres organes.

Mais, en dehors de la question composition, il y a le facteur quantité qui est d'une importance capitale.

Il faut employer toujours la même préparation pour obtenir une certaine constance des effets thérapeutiques.

La teneur d'un organe en hormones sera influencée par un grand nombre de facteurs : 1° état fonctionnel au moment du prélèvement ; 2° processus autolytiques dus à la mort de l'animal ; 3° méthode de l'extraction ; 4° âge de l'animal. Il est donc, de très grande importance de connaître la composition

(1) Laqueur, Wagner et von den Velden. — *Bewertung der ovarialtherapie.* George Tieme, édit., Leipzig 1933 (traduit par S. [illegible]lisser et résumé par les soins de H. Vignes).

BIBLIOGRAPHIE

Les Ennemis de notre santé, par le Docteur Henri Bouquet. Un volume in-16. Broché : 12 francs. Librairie Hachette.

Médecin érudit et en même temps l'un de nos plus réputés écrivains scientifiques, le Docteur Henri Bouquet s'est donné pour tâche d'enseigner à ses lecteurs non pas à se soigner et à se guérir eux-mêmes, ce qui relève de l'utopie, mais à se préserver des maux évitables et, d'autre part, à aider le médecin dans sa tâche de salut.

Il a déjà, en trois volumes qui ont connu un juste succès : *La Médecine du temps présent*, *l'Ecole de la Santé*, *Pour bien se porter*, condensé les leçons d'une expérience très avertie.

Le quatrième, *Les ennemis de notre santé*, mérite le même excellent accueil de tous ceux pour qui la santé semble encore la plus enviable des prérogatives. Il continue cette série de causeries qui mettent les idées médicales présentes à la portée du public qui n'a pas fait sur ces sujets d'études spéciales.

Une première partie traite des maladies dont on parle plus particulièrement à notre époque : appendicite, otite et mastoïdite, rhumatisme chronique, artère obstruée, hypotension, poliomyélite, calculs vésicaux, zona, tétanos, etc., etc.

Une seconde partie élucide quelques questions d'hygiène : médecine préventive, végétarisme, l'œuf diffamé, le vin et la santé, dormir, une des faces du problème de la tuberculose, le chapitre des parfums, convalescences, etc., etc.

Ce trop rapide résumé montre assez la richesse d'un volume qui ne le cède en rien à ses devanciers, ni comme utilité, ni comme intérêt.

Précis d'électro-radiologie appliquée à l'odonto-stomatologie, par le Docteur Pierron. Préface du Docteur Cottenot. Un volume in-8° raisin, 400 pages, 200 fig. Relié sous toile : 65 francs. L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, VIe.

Après quelques notions théoriques, courtes, mais indispensables, sur la physique de l'électricité et des radiations et sur leurs propriétés biologiques, l'auteur passe en revue *toutes* les applications de l'électro-radiologie à l'art dentaire, en entrant dans le détail de chaque technique et en faisant la critique.

Il étudie ainsi successivement : les applications des courants électriques de sens constant (ionophorèse, etc.) : celles des oscillations de haute fréquence (diathermie, diathermo-coagulation, bistouri électrique) : et celles des diverses radiations électro-magnétiques (ondes courtes, infra-rouges, ultra-violets, rayons X, rayons R du radium).

Enfin, l'auteur consacre une étude approfondie au diagnostic radiologique : diverses techniques radiographiques, développement des clichés, interprétation de radiographies, avec un petit atlas très complet.

L'ouvrage se termine par un chapitre sur les accidents causés par l'électricité et les radiations et quelques conseils sur le choix des appareils.

Les Ictères, par Etienne Chabrol. Un volume de 524 pages avec 72 figures : 75 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, Bd Saint-Germain, Paris.

Le Docteur Etienne Chabrol, dont les travaux sur la pathologie du foie sont bien connus, s'est imposé la tâche délicate de donner sur les ictères une vue d'ensemble, qui est à la fois didactique et personnelle.

Les *techniciens* y trouveront minutieusement décrites les méthodes biologiques les plus modernes qui se prêtent à la recherche et au dosage des principes biliaires. Les *pathogénistes* amateurs de synthèse y verront s'affronter les multiples théories que suggèrent les rétentions hépatiques et les polycholies : mais ce ne sera jamais au détriment de l'*observation clinique* et les praticiens, aussi bien que les candidats aux concours, sauront gré à l'auteur d'avoir consacré les deux tiers de son ouvrage à une étude analytique, ayant pour têtes de chapitres : Les *ictères du nouveau-né*, les *ictères familiaux et congénitaux*, les *anémies pernicieuses ictérigènes*, les *ictères de la grossesse*, les *ictères toxiques*, les *ictères des syphilitiques*, la *spirochétose* et les *ictères infectieux*, l'*ictere catarrhal* et l'*ictère émotif*, les *diagnostic des ictères infectieux*, les *ictères des lithiasiques*, les *pancréatites avec ictère*, les *ictères chez les cirrhotiques*, le *diagnostic des ictères par obstruction chronique du canal cholédoque*, les *ictères graves*. Une riche bibliographie renforce l'argumentation de ces différents paragraphes.

La quatrième et dernière partie du volume est exclusivement réservée à l'*étude thérapeutique des ictères*. Elle permet de passer tour à tour en revue leur traitement médical par la *diététique*, l'*antisepsie*, l'*opothérapie*, le *tubage duodénal*, les *cholagogues*, et les *cholérétiques* et leur traitement chirurgical par la *splénectomie*, la *cholécystostomie*, l'*opération de Kehr*, les *anastomoses bilio-digestives*. De nombreuses statistiques y figurent, envisageant les résultats suivant les cas particuliers.

Au terme de ce vaste travail, où il s'est attaché à faire preuve d'impartialité et d'éclectisme, l'auteur donne la bibliographie des recherches personnelles qu'il a poursuivies sur les ictères depuis vingt années et condense en quelques pages ses conclusions cliniques et expérimentales sur les questions de doctrine à l'ordre du jour.

Ce livre dédié à la mémoire du Professeur Gilbert est mieux que l'œuvre d'une école : c'est la plus importante monographie française que nous possédons à l'heure actuelle sur ce sujet.

exacte du médicament et d'exiger une teneur constante de substance active dans les préparations dont on se sert.

Il faut considérer comme préparations hormonales seulement celles qui se composent de substances bien définies et dont la quantité est indiquée exactement par le poids ou par des étalonnages biologiques. Le pharmacologue ne peut jamais affirmer *a priori* la valeur d'un médicament, mais seulement en se fondant sur les effets analogues chez l'homme. Il faut, en plus, tenir compte de la dose, de sa distribution dans les vingt-quatre heures, de la voie d'introduction et, enfin, s'il y a eu traitement antérieur par une autre hormone.

Quels sont les effets connus des hormones ovariennes ? Le plus connu est la folliculine ; ses principaux effets sont multiples.

1° La folliculine provoque le rut chez les petits rongeurs chez les souris jeunes ou châtrées : l'épithélium vaginal augmente d'épaisseur et se kératinise sous l'influence de la folliculine comme chez les animaux adultes sous l'influence de l'oestrus. Dans les intervalles (dioestrus), il y a pénétration des leucocytes à travers l'épithélium mince et à deux couches ; ces leucocytes sont très nombreux et leur présence peut être variable avec les prélèvements vaginaux. ils disparaissent, au contraire, dès que l'épithélium s'épaissit et on trouve à leur place des cellules kératiques nucléées d'abord, puis sans noyaux. C'est l'épreuve d'Allen-Doisy.

2° Chez le singe, on ne connaît pas de phénomène identique à celui observé chez les rongeurs, mais un phénomène analogue dû à la folliculine, lequel serait l'élimination de la muqueuse utérine dès que l'on cesse l'introduction de la folliculine.

3° La folliculine a une influence très nette sur le muscle utérin en favorisant sa croissance. cela a été démontré chez tous les animaux dont on s'est servi (souris, rat, lapin, chien, singe).

4° Il y a une action nette sur la glande mammaire des animaux ; jusqu'à maintenant on n'a réussi que chez le rat et chez le cobaye d'obtenir du lait d'une glande mammaire après cette phase d'augmentation de volume. La montée laiteuse a fait apparition chez le cobaye dès la cessation de la folliculine, donc exactement comme à l'état physiologique : la sécrétion laiteuse ne commence, en effet, qu'avec la diminu ion de la sécrétion de la folliculine, c'est-à-dire après la naissance et l'élimination du placenta.

5° Il y a élargissement du bassin chez le cobaye, attribué à tort au corps jaune, c'est un phénomène spécifique de la grossesse.

6° La folliculine donne au plumage du coq un type féminin.

7° et 8° Action anti-masculine et augmentation du métabolisme chez les femelles châtrées.

9° Absence de toute action toxique même avec de très fortes doses. Aucune influence sur la respiration et sur la circulation avec des produits purs.

10° Action tres nette sur les vaisseaux de l'utérus : en injectant aux lapins châtrés 200 unités souris de folliculine on voit à travers uue petite fenêtre de celluloid établie dans la paroi abdominale, l'utérus d'abord pâle devenir au bout d'une ou de deux heures nettement hyperémique. mais seulement l'utérus et pas, par exemple, l'intestin voisin. Pool, à Hambourg, a démontré que cette action reste uniquement limitée au tissu utérin par l'expérience suivante : il a implanté dans la cornée d'un lapin un fragment de muqueuse utérine. Après injection de folliculine. il a vu ce fragment rougir dans l'œil, donc l'action est bien limitée à l'utérus.

Il y a environ vingt ans que l'on a décrit pour la première fois des effets de l'hormone féminine sur la croissance de l'utérus chez les lapins ; on leur donnait des extraits d'un gramme environ qui, en réalité, ne contenaient que 1/10.000 % de substance active. Il y a sept ans, Laqueur s'est servi pour la première fois de substance aqueuse de folliculine qui était 1 000 fois plus pure. Enfin, en 1929, Doisy a obtenu la folliculine cristallisée presque en même temps et, indépendamment de lui, Laqueur est arrivé au même résultat. Pour tester les préparations de folliculine du point de vue pharmacodynamique, on a adopté des unités-souris (les Anglo-saxons et Américains se servent d'unités-rats), mesure extrêmement sensible. Une unité-souris est la quantité suffisante pour provoquer le rut chez une souris. Cette quantité correspond à 0,1l γ (gamma) : 1 γ = 1/1000 mg) ; les tests biologiques sont donc extrêmement sensibles et resteront indispensables ; car des substances physiquement et même chimiquement indécelables sont capables d'agir activement : 1 gr. de folliculine pure peut provoquer le rut chez neuf millions de souris. Si on a, donc, déjà observé des effets analogues à ceux de la folliculine pure, qui sait si ce n'était pas des quantités infinitésimales de folliculine qui les ont provoqués ? Enfin il faut encore tenir compte de la sensibilite individuelle, soit de deux individus différents, soit du même individu aux différentes époques de la vie ou de la journée. D'ailleurs, même chez les souris, il n'y a que 7 % qui ont une réaction positive avec une unité, 5 % agissent déjà à un huitième d'unité, 20 % à un quart d'unité etc. Enfin, il faut tenir compte de certains facteurs comme la voie d'introduction, le milieu, la distribution. Ainsi, chez la souris, la folliculine est dix fois moins active par voie buccale que par voie sous-cutanée et, chez le rat, cent fois moins active par voie buccale. Des substances accessoires, coexistantes sont capables d'agir comme favorisantes ou frénatrices sur l'absorption. Enfin on a constaté que 10 et même 100 unités données en une fois n'avaient aucune action : au contraire la même dose divisée en six prises agissait beaucoup mieux que si elle avait été donnée en une seule fois. Malgré ces résultats obtenus chez des animaux, on ne peut affirmer catégoriquement des actions analogues dans l'espèce humaine malgré que, vraisemblablement, on doive y arriver en appliquant les bons procédés.

Un traitement antérieur par une hormone analogue ou différente peut être d'importance pour son action : ceci est important surtout pour l'hormone du corps jaune, ses principales fonctions sont : 1° empêcher la maturation d'autres follicules ; 2° empêcher l'avortement ; 3° freiner la mobilité de l'utérus ; 4° contribuer à la formation de la déciduale.

Laqueur a obtenu tous ces effets avec des extraits de corps jaune chez les animaux châtrés. On emploie comme base l'unité lapin : c'est-à-dire la quantité nécessaire pour provoquer chez la lapine vierge la formation de la déciduale. Or, on obtient cet effet, seulement, si le traitement par la folliculine a été employé dans un premier temps. L'hormone de corps jaune ne paraît pas encore avoir été obtenu sous forme pure, car l'unité lapin est d'un milligramme et ce chiffre semble bien élevé pour une hormone.

On n'a pas encore assez expérimenté l'action des différentes hormones féminines à doses différentes ou leur action en combinaison avec d'autres hormones. La folliculine paraît avoir une importance aussi dans le corps masculin ; on sait que l'homme élimine tous les jours des quantités de folliculine, pas beaucoup inférieure à celles de la femme non enceinte. Nous avons démontré que l'hormone masculine pure n'a aucune influence sur la croissance de l'appareil génital du rat ; il faut lui injecter de la folliculine. Cela nous paraît d'autant plus bizarre que nous savons l'influence antimasculine de la folliculine. Or celle-ci se manifeste non pas antagonisme vis-à-vis de l'hormone mâle, mais contre les testicules.

L'hormone mâle appelé hombréal est étalonné en unité coq et actuellement Lagneur fait des expériences avec cet hormone combinée à la folliculine pour combattre l'hypertrophie de la prostate. Le fait que certaines affections prédominent chez l'homme a donné aux cliniciens l'idée que cela pourrait peut-être venir d'un manque de folliculine On fait actuellement des essais sur la maladie de Burger (endartérite oblitérante) et la rétinite pigmenteuse.

En somme, il faut bien savoir que, dans l'organisme, il y a toujours collaboration et jamais action isolée d'une substance, car, dans le corps, il n'existe jamais une substance isolée ou une hormone pure.

L'industrie produit actuellement des préparations combinées ; mais ceux-ci manquent encore de précision ; en attendant, on sert de plus en plus de spécialités à base d'hormones pures qui offrent le maximum de garanties d'un dosage exact ; par exemple, Lagneur cite quelques spécialités de folliculine, ayant 100 à 500 unités rat : le folliculine-menformon, hogival, progynon, unden. Comme spécialité de corps jaune. il cite le luteogen. Actuellement on extrait la folliculine du liquide folliculaire des urines de femmes et de juments enceintes ; leur action doit être analogue et les différences observées sont dues à la coexistence d'autres substances. Enfin il convient de remarquer que la folliculine est un produit qui a une grande stabilité chimique.

Discussion sur la valeur pratique actuelle des préparations hormonales. — La thérapie hormonale a, certainement, un grand avenir et Laqueur déconseille aux praticiens de la négliger a cause de cette imprécision ou à la suite d'insuccès qu'ils auraient pu avoir. En attendant, on devrait se servir surtout d'extraits d'organes ; l'emploi des hormones pures doit être réservé pour les cas où on envisage un effet bien déterminé et à la condition de savoir la dose de substance pure nécessaire pour l'obtenir.

Les principales indications sont : 1° l'hypoplasie utérine ; 2° l insuffisance de développement de la glande mammaire et peut-être sécrétion de lait insuffisante ; 3° la nécessité de provoquer l'apparition d un écoulement sanguin ; 4° le changement

du métabolisme au retour d'âge ; 5° la provocation d'un accouchement, en collaboration avec le lobe postérieur d'hypophyse ; 6° la préparation de la muqueuse utérine pour la greffe de l'œuf en collaboration avec l'hormone de corps jaune (en cas de menace d'avortement ce dernier seul est indiqué) ; 7° certaines affections sex-linked de l'homme.

En cas d'insuccès, il ne faut pas toujours incriminer le préparateur, mais il faut aussi penser à un mauvais dosage car, parfois de bonnes spécialités n'ont pas le titre qu'elles devraient comporter.

***

Le point de vue gynécologique par G.-A. Wagner. — En gynécologie, on se sert d'extraits ovariens dans les affections dues à une insuffisance ovarienne. Pour pouvoir apprécier ce genre d'affection, il faut d'abord connaître le rôle que jouent les organes producteurs d'hormone. On a trouvé que leur action est double ;

1° sur l'appareil génital, en particulier sur l'utérus ;

2° sur tout l'organisme, en collaboration avec les autres glandes endocrines agissant sur le système nerveux végétatif, le métabolisme, le psychisme, etc...

Schroeder distingue deux actions sur l'utérus qu'il appelle la fonction végétative et la fonction génératrice.

A) La végétative consiste dans la propriété des hormones ovariennes de favoriser la croissance de l'utérus jusqu'à la puberté. En cas d'insuffisance, il y aura hypoplasie causant aménorrhée, hypoménorrhée, dysménorrhée, stérilité ou avortement habituel ; certaines méno et ménorrhagies sont dues à un utérus hypoplasique dont la paroi mal développée est incapable d'arrêter ces hémorragies.

B) La fonction génératrice consiste dans la maturation des follicules et des ovules, l'ovulation, la formation du corps jaune, son épanouissement et sa disparition, phénomènes normalement rythmiques qui sont accompagnés de phénomènes analogues du côté de la muqueuse utérine.

La maturation des follicules cause la régénération de la muqueuse utérine éliminée à l'occasion des dernières règles ; le corps jaune cause les modifications pré et prograviddiques de la muqueuse ; sa persistance cause la suppression des règles, ce qui arrive, par exemple, dans la grossesse. Or, on a nettement démontré que tous ces phénomènes cycliques peuvent être reproduits par les hormones ovariennes. C'est le bon fonctionnement de l'appareil glandulaire, sous l'influence de l'hypophyse antérieure, qui règle les phénomènes génitaux de la femme. Wagner en donne quelques exemples :

1° Si le follicule de Graaf ne se transforme pas en corps jaune, la folliculine continue d'agir ; elle hypertrophie la muqueuse utérine laquelle sans lui fera de la nécrose à certains endroits et, après une période d'aménorrhée, on aura des métrorrhagies très tenaces et graves dues à une hypersécrétion hormonale.

2° Au contraire, si le nouveau follicule de Graaf après dégénérescence du corps jaune ne se développe pas assez tôt, les intervalles intermenstruels seront prolongés et on aura une oligoménorrhée.

3° Si le follicule de Graaf ne se développe pas ou se développe insuffisamment, tout le cycle ovarien sera coupé, la muqueuse utérine reste atrophiée et il n'y aura pas de règles : aménorrhée hypo-hormonale.

4° Si le corps jaune ne dégénère pas, il y aura absence de règles tant qu'il persistera : aménorrhée hyperhormonale ;

5° Si la maturation folliculaire et l'évolution sont normales, mais si le corps jaune disparaît trop vite, l'intervalle sera diminué et il y aura polyménorrhée.

6° Mais en dehors des modifications de la muqueuse utérine dont la succession normale est conditionnée par le bon fonctionnement du rythme ovarien, la force et la durée des règles sont encore conditionnées par la turgescence de l'utérus ; or ce dernier phénomène est également lié à une fonction hormonale normale des ovaires. L'utérus perd sa turgescence au retour d'âge ou dans les cas de castration. Un utérus mal irrigué donnera des règles peu abondantes (hypoménorrhée) ; d'autre part, par défaut de contractilité d'un utérus peu turgescent, ces règles seront traînantes.

Le vagin aussi est influencé par les hormones sexuels ; on l'a nettement démontré chez les petits rongeurs mais aussi chez certaines femmes. Enfin on connaît la leucorhée d'origine vaginale qui est attribuable à l'insuffisance ovarienne. C'est une leucorrhée qui résiste à tout traitement local et qui guérit par des extraits ovariens ou par une activation de la fonction de cet organe. On sait que les sécrétions ovariennes agissent en dehors de l'utérus et du vagin sur tout l'organisme, mais nous ne savons pas encore le ou les hormones qui sont en cause. Dernièrement les assistants de S.-A. Wagner ont réussi à trouver une hormone folliculaire qui n influence pas l'œstrus, mais qui agit sur le métabolisme.

Les *indications pour la thérapie ovarienne* sont toute affection pouvant être due à l'absence ou à l'insuffisance ovarienne. Mais nous rencontrons ici des difficultés qui existent moins pour les affections d'autres glandes endocrines, c'est à savoir l'existence de symptômes pouvant être dus à des causes non hormonales ou le fait d'un excès peut avoir les mêmes effets qu'une insuffisance.

D'une façon générale cette thérapie est appliquée aux cas dus à une atrophie secondaire de l'utérus ou de ceux dus à des troubles du système ovarien.

1° L'aménorrhée, surtout secondaire, due à l'absence de la maturation folliculaire ou primaire est une bonne indication. L'aménorrhée hyperhormonale due à la persistance du corps jaune ne fera jamais l'objet d'un traitement ovarien. Moins sensible au traitement ovarien sont les aménorrhées par maladies d'autres glandes endocrines (hypophyse, thyroïde pancréas), les aménorrhées par troubles du metabolisme (obésité), les aménorrhees affections débilitantes (tuberculose, anémie). L'aménorrhée d'origine ovarienne doit-elle être traitée ? Oui, car l'insuffisance mène à l'atrophie utérine, à la stérilité ou à des troubles généraux qu'il faut combattre à temps ;

2° Les grandes hémorragies, surtout celles de la puberté et de la ménopause, relèvent souvent de l'opothérapie ovarienne. Bien entendu, on essayera, d'abord, les hémostatiques usuels (surtout hypophyse) ; mais parfois les métrorragies sont dues à une paroi utérine insuffissmment développée ou à un rytyme ovarien troublé (sauf dans les hémorragies hyperhormonales par persistance du follicule).

3° Stérilité d'avortement habituels dus à un utérus peu développé ;

4° Dysménorrhée, due à un utérus petit, dur, pointu et antéfléchi ;

5° Leucorrhée correspondant avec des troubles de la menstruation, certains prurits ;

6° Troubles survenus à la suite d'une castration opératoire ou par rayons ou à la ménopause, grosse indication ;

7° Troubles à distance dus à l'insuffisance ovarienne, bons résultats ;

8° Troubles graves de la ménopause (psychoses, arthrites).

En cas d'obésité après castration ou au retour d'âge ou chez des femmes jeunes avec aménorrhée, la folliculine n'aura aucune action.

Contre-indications. — 1° La grossesse.

2° Troubles dus à des hypersécrétions hormonales.

3° Affections graves ou aménorrhée providentielle (anémie, diabète, tuberculose).

Pour déterminer si une aménorrhée est due à un trouble ovarien, on peut faire un curettage utérin, la muqueuse renseigne sur ce qui se passe du côté des ovaires.

Le dosage des hormones dans le sang ou les urines est souvent difficile et ne renseigne pas très bien sur l'état fonctionnel de l'ovaire ; les résultats jusqu'ici ont été contradictoires.

Mécanisme d'actions. — Les opinions sont divisées. Fraenkel croit qu'il y a simple substitution de substance ; Schroeder pense à une stimulation de l'utérus et des ovaires. Quant aux succès durables, l'idée d'une simple poussée hormonale sur les ovaires ne satisfait pas Wagner comme explication ; il suppose plutôt qu'il y a neutralisation de certaines substances antagonistes ce qui permet aux ovaires de reprendre leur activité.

La préparation ovarienne. — Wagner distingue, d'une part, les préparations et extraits d'organes et les préparations hormonales.

Les premiers sont faits avec de l'ovaire ou du placenta. Le placenta contient de grandes quantités de folliculine ; l'ovaire n'en contient que très peu (1 kgr. ovaire en contient suivant la qualité 500-4.000 U. S.). Les préparations d'organe ont l'avantage qu'ils contiennent aussi des substances accessoires capables d'augmenter l'effet de la folliculine qui, elle-même, y est seulement en très petite quantité. Les préparations hormonales se trouvent dans les urines de femmes ou de juments enceintes (découvertes d'Aschheim et de Zondek) ; une jument élimine par jour un demi milliard d'unités souris. Ces préparations ont l'avantage de contenir de grandes quantités d'hormones et de permettre un dosage précis de la substance pure. Cependant il paraît douteux de considérer cette dernière propriété comme un avantage ; car certaines substances accessoires, en particulier les lipoïdes favorisent énormément la résorption.

Certains facteurs ont une grande importance pour le succès.

1° La dose : c'est un point sur lequel on n'est pas encore

Absorption cutanée

La peau représente le plus vaste organe d'absorption du corps humain. Cette expression fait comprendre toute l'activité qu'on peut retirer d'un pareil élément. Organe de respiration à grande surface et à grand débit la peau présente en outre cet avantage de dialyser, c'est-à-dire de choisir et de régler la vitesse d'absorption. Elle laisse pénétrer sans à coup et sans shock ce qu'elle sent n'être pas nocif et en quantité voulue. Elle défend l'organisme en se défendant elle-même, elle ajoute à sa facilité d'assimilation une certitude d'équilibre qui fait qu'on peut solliciter son concours à tous les âges.



Ce dessin indique d'un coup d'œil la méthode et le procédé

Elle est certainement le seul organe auquel on puisse demander un travail aussi sûr et aussi subtil, sauf la voie rectale peut-être.

L'estomac n'est le même nulle part. Vous ne pouvez sans risque lui faire avaler du goudron, de la créosote, etc., en même temps que des aliments. Et ce n'est pas une raison parce qu'on ne signale pas d'accidents pour qu'il n'y en ait pas.

Donc ne fatiguez pas vos malades. Ne troublez ni l'équilibre général, ni l'équilibre des voies digestives. *Utilisez la peau*, agent dialytique merveilleux et faites absorber, gaïacol, terpinol, hélénine, eucalyptol et sève de pin sous la forme commode de Bronchodermine.

Faites enduire la peau du dos, les aisselles, quel que soit l'âge du nourrisson ou du vieillard, et vous aurez fait absorber le maximum de ce que le malade peut assimiler d'activité médicamenteuse, en évitant l'ingestion de drogues qui, dans cet ordre d'idées ne sont jamais sans inconvénient. Cette médication nouvelle et spécialement dosée donnera beaucoup plus que ce qu'on peut attendre d'elle. Le traitement cutané des maladies des voies respiratoires c'est un nouvel avenir thérapeutique. La figure indique le mode d'emploi simple et qui permet le traitement actif ou préventif à tous les âges, partout, à l'école, au bureau, en voyage ou chez soi. Et c'est la

BRONCHODERMINE (1)

(1) Echantillon : Laboratoire du Dr Tissot, 34, boulevard de Clichy, Paris, 18e.

fixé ; on recommande pour une série 500-10.000 U. S. ; la dose pour 24 heures ne doit pas dépasser 600 U. S. car l'excès est éliminé de suite.

Parfois, on a obtenu des résultats positifs en augmentant la dose. mais, le plus souvent, dans les cas sans résultats avec de petites doses, il n'y en a pas eu non plus avec de plus fortes doses.

2° L'époque : tous les auteurs SIEBKE, FRAENKEL, PRATT) recommandent la deuxième moitié de l'*intermens truum* comme temps optima pour un traitement par les hormones ovariennes en disant que c'est l'époque où l'organisme en contient le maximum. ZONDEK préfère la première moitié pour stimuler la formation du follicule et WAGNER partage cet avis.

3° La distribution de la dose joue aussi un grand rôle. Des petites doses répétées paraissent plus indiquées que des grandes doses en une fois, car la nature produit et déverse dans le sang au fur et à mesure. Les tableaux suivants ont été établis pour fractionner les doses.

ZONDEK procède comme suit :

	voie buccale	voie s. c.
1er au 5e jour.	1 — 100 U. S.	40 U. S.
6e au 10e jour.	2 — 3 × 100 U. S.	100 à 200 U. S.
11 au 15e jour.	3 — 1 × 100 U. S.	200 à 300 U. S.

SCHROEDER lorsqu'il emploie *per os* des tablettes de folliculine à 500 U.S. les prescrit de la façon suivante :

	Matin	Midi	Soir
4 jours.......	0	0	1
3 jours.......	1	0	1
2 jours.......	1	0	2
1 jour........	1	1	2

Le même SCHROEDER utilise par voie sous-cutanée des doses de 40 U.S..

	Matin	Midi	Soir
3 jours.......	1	0	0
3 jours.......	1	0	1
2 jours.......	2	0	1
2 jours.......	2	0	2

WAGNER estime que tous ces tableaux sont encore bien provisoires et réservent pas mal de déceptions.

Enfin il convient de signaler que les solutions huileuses sont souvent plus actives que les solutions aqueuses.

4° Voie d'introduction : la voie sous-cutanée est, en général plus active que la voie buccale, mais cette dernière est utilisable. La voie intra veineuse augmente à peine l'effet. Des suppositoires, trois à quatre fois par jour, ont donné de bons résultats (FELLNER). PRATT (de Detroit) emploie la theeline prise par voie nasale toutes les quinze minutes sous forme de gelée : il l'emploie, aussi, en ovules ; les ovules présentent l'avantage d'inspirer beaucoup de confiance aux malades consultant pour une affection gynécologique. La folliculine est active même par voie cutanée.

Discussion. Pour apprécier la valeur de la thérapie ovarienne, il faut considérer les succès obtenus chez l'homme. Il est hors de doute que nous avons obtenu de forts jolis résultats en gynécologie avec l'ovario-thérapie. Mais il faut aussi se rendre compte que grand nombre d'insuccès sont dus à une mauvaise dose, à une mauvaise application, à une mauvaise indication.

Jusqu'à présent on a eu des succès dans l'aménorrhée (surtout secondaire), les menstruations irrégulières ou trop abondantes, la lutte contre l'atrophie utérine, les troubles du retour d âge ; en cas d'hypoménorrhée, on n'obtient aucun résultat, car l'abondance n'a aucun rapport avec la fonction ovarienne ; mais l'oligoménorrhée qui est un trouble du cycle ovarien est souvent influencé. En cas d'hémorragie de la puberté, l'ovario-thérapie est très recommandable, mais, dans les hémorragies du retour d'âge, le traitement par rayons paraît plus indiqué. Dans les hémorragies dues à des annexites, l'ovario-thérapie n'a aucune valeur. On a obtenu de beaux résultats dans la dysménorrhée due à un utérus hypotrophié, grâce à un traitement longtemps à poursuivre et à l'application de fortes doses. Pour le traitement de la stérilité et de l'avortement, nous n'avons pas encore assez d'expériences.

Contrairement aux autres hormones (insuline, extrait thyroïdien) les fortes doses des préparations ovariennes sont sans aucun danger ; tout au plus, a-t-on vu des ascensions de température et des troubles gastriques.

Les inconvénients sont : un prix élevé, une longue durée du traitement et le fait que l'introduction parentérale soit bien supérieure à l'absorption buccale.

Pour ces raisons, il est dans l'intérêt du médecin et du malade de renoncer à cette thérapie là où, *a priori*, on ne peut s'attendre à aucun résultat, par exemple l'obésité consécutive à la castration ou au retour d'âge ; car ici l'absence de la folliculine n'est pas la cause ou, au moins, pas la seule cause. Au contraire on peut obtenir des résultats dans l'obésité des jeunes aménorrhéiques

Tout ceci concerne la folliculine.

Quant au corps jaune, on conclut à l'action de son hormone d'après son action physiologique ; tant que le corps jaune fonctionne, il n'y a pas d'écoulement du sang venant de l'utérus ; son application serait, donc, indiquée dans les menaces d'avortement par hémorragies ; on le combine avec la folliculine.

On peut employer cette hormone pour prolonger les intervalles des règles trop courtes. Enfin on a vu que les extraits de corps jaune sont très bons pour la suppression des hémorragies utérines ; après injection de 15 à 26 U. L., il y a eu cessation de l'hémorragie au bout de 7 à 8 heures ; la durée de l'action est de 12 à 14 heures. En général, nous ne pouvons pas encore juger définitivement de la valeur de l'ovariothérapie. Il faut l'appliquer chaque fois qu'elle paraît indiquée mais il faut éviter tout excès dans l'application et dans la dose car ce sont des cures de longue durée avec des produits chers et ce n'est pas la peine de s'acharner à combattre une aménorrhée par des extraits d'ovaire quand on peut obtenir de bons résultats avec les vieux emménagogues.

***

Thérapie ovarienne d'état général par R. VON DEN VELDEN. — Dans ce chapitre, est étudiee la valeur de la thérapie ovarienne en dehors de la sphère sexuelle.

Certains phénomènes généraux sont connus pour être sous la dépendance des glandes génitales : croissance forme du corps et taille, comportement psychique ; on pourrait dire toute la personnalité physique et psychique. Il faut se méfier d'attribuer à des troubles extra-génitaux, une origine ovarienne ; cependant on use largement de l'application de l'opothérapie ovarienne. Les extraits ovariens agissent sur : 1° Les autres glandes endocrines ; 2° le système nerveux végétatif ; 3° divers organes et systèmes.

Ainsi, dans la première catégorie, rentrent les modifications de la thyroïde et de l'hypophyse en dépendance de troubles fonctionnels de l'ovaire ; dans la deuxième, tous les troubles de l équilibre dans le système neuro-végétatif concernant la respiration, la circulation, le tube digestif ou le métabolisme ; dans la troisième divers phénomènes morbides se localisant à la peau, aux muqueuses, aux substances osseuses, articulation, sang, cœur, parois vasculaires et, même, système nerveux central. Mais quelle est, dans l'étiologie de tous ces troubles et affections, la part qui convient à l'ovaire comme facteur étiologique ? On l'ignore. Enfin des cas où le rôle étiologique de l'ovaire paraît assez net sont des troubles en relation avec les phénomènes cycliques de la femme mûre ou les phénomènes dus à la ménopause.

Malgré des résultats positifs dans un grand nombre de cas, cette ovariothérapie est pleine d'incertitude ; on manque encore de précision concernant les doses, la voie d'introduction, les indications et surtout le mécanisme d'action. On ne sait même pas dans les cas favorables si l'amélioration est due à la thérapie appliquée, au psychisme du malade ou à la nature. Comme spécialité, VON DE VELDEN recommande pour un traitement extra-génital les préparations d'organe sec ; ce n'est qu'au bout de quelque temps que l'on doit recourir à des combinaisons avec des préparations hormonales ; il conseille d'adopter une même spécialité, car des changements trop fréquents ne font qu'augmenter la confusion.

Il y a quelques contradictions : 1° tuberculose, surtout tuberculose pulmonaire évolutive ; 2° irritation locale dans le péritoine VON DE VELDEN a observé des troubles psychiques consécutifs pas seulement aux hormones pures mais aussi aux extraits d'organes.

Il conseille, donc, de commencer avec des poudres d'organes et de petites doses. Quant à la façon du traitement, dans l'état actuel, un schéma n'aurait aucune valeur. Il faut agir suivant les cas et suivant ses expériences ; la durée du traitement et le pronostic sont toujours incertains. Enfin, dernier conseil ; il ne faut jamais commencer dès le début en employant des combinaisons avec d'autres hormones ; car on ne sait, alors, jamais qui a agi. Pouvons-nous conseiller l'emploi des spécialités ovariennes dans les troubles extra-génitaux ? D'après les expériences de l'auteur et celles d'autres cliniciens, on y est non seulement autorisé mais obligé.

La circulation : la clinique a nettement démontré qu'il y avait des relations étroites entre la circulation et la fonction ovarienne. On connaît, par exemple, les modifications dans la perméabilité des vaisseaux sous l'influence de la menstruation

pouvant être cause d'œdèmes et même de phénomènes purpuriformes. Ici l'extrait d'ovaire joint à l'extrait thyroïdien peut donner de bons résultats. Ou bien encore il y a des phénomènes d'hypertension dus à des troubles ovariens ; il semble qu'ici il y a des troubles dans le système nerveux végétatif qui le rendent particulièrement sensible ; il ne faudra pas chercher des effets rapides par injection d'hormone, mais on emploiera un traitement hormonal prudent combiné au régime et au repos, etc.

Enfin, anssi, certains troubles de la coordination du système circulatoire périphérique sont dus à des troubles ovariens et sont, donc, susceptibles d'être améliorés par des extraits de cet organe.

Quant au cœur, déjà des légères insuffisances ovariennes y retentissent en modifiant son rythme ou sa contractilité ; ici l'auteur a obtenu des résultats surprenants avec les extraits d'ovaire.

Tube digestif, respiration, etc. : on observe des modifications ou motrices du tube digestif et de la respiration, parfois même, des spasmes ou des paroxysmes cycliques en dépendance de l'appareil génital, ces phénomènes restent souvent réfractaires au traitement ovarien malgré leur étiologie assez nette.

Métabolismes : les expériences de Richter et Löwy ont démontré qu'il y a abaissement du métabolisme de base après castration et que le traitement par extrait d'ovaire peut faire remonter le métabolisme. Von den Velden croit que cette diminution du métabolisme n'est pas directement causée par l'ovaire, mais qu'elle est due au bouleversement du système endocrinien, causé par la suppression des ovaires. Pour les mêmes raisons, on a eu des chiffres très différents de la lécithine sanguine, du calcium et du sucre sanguin en cas d'insuffisance ovarienne. L'ovariothérapie, dans ces cas, donne également des résultats très variables.

L'obésité, peu influencée par l'ovaire seul, peut être traitée avec beaucoup de chances de succès par une combinaison de thyroïde et d'ovaire ; il est probable (recherches récentes de Kaufmann et Dunkel) que l'ovaire possède une hormone spéciale qui agit sur le métabolisme et, en particulier, sur celui des graisses. A cette occasion von den Velden signale que les phénomènes ou troubles de la ménopause doivent être considéré comme d'origine pluri-glandulaire et, explique ainsi les échecs dus à une médicamentation ovarienne isolée.

Glandes endocrines : Les troubles des ovaires retentissent sur les autres glandes à sécrétion interne, en particulier sur l'hypophyse et la thyroïde, certains phénomènes thyrotoxiques sont favorablement influencés par la thérapie ovarienne.

Sang : relation certaine avec la fonction ovarienne, mais résultats thérapeutiques maigres. Dans la chlorose il semble que d'autres glandes (foie, rate) jouent un certain rôle étiologique. Dans les cas d'anémie grave à la ménopause, les résultats furent mauvais aussi bien pour le sang que pour l'état général.

Peau et annexes : souvent très bons résultats par l'ovariothérapie dans le prurit, la chute des cheveux, le pemphigus vulgaire, l'impétigo herpétiforme, l'urticaire, les purpuras, les eczémas, mais les échecs sont aussi fréquents que les succès.

Os, articulations, muscles. La fonction ovarienne influence ces organes : l'ostéomalacie, les rhumatismes musculaires, certaines arthropathies sont très susceptibles d'être traités par l'ovaire. Mais ici également il ne faut pas oublier le rôle que peuvent avoir d'autres glandes endocrines.

Nez, oreilles : l'otosclérose.

Œil : la rétinite pigmentaire, jusqu'à maintenant incurable, est favorablement influencée par l'ovaire.

Psychoses et neuroses : il y a un facteur endocrinien indiscutable, mais les résultats par ovariothérapie sont encore peu satisfaisants, de même que pour la migraine et les céphalées.

Fonction psychique : nettement influencée par l'ovariothérapie diminution de la fatigue augmentation des facultés de travail.

Conclusion. La thérapie ovarienne pour troubles extra-génitaux est encore dans l'enfance ; car l'étude clinique de ces troubles n'est qu'à son début. Les indications sont restreintes, il y a les échecs journaliers et il y a des contre-indications. Malgré toute critique, dans certains cas, on a obtenu des résultats de guérison impossible à obtenir par tout autre moyen ; ces cas incitent à la continuation de cette voie. On a eu, en outre, parfois des résultats sur le psychisme qui sont vraiment impressionnants et, même, chez l'homme, semble-t-il.

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Thérapeutique

La méningite tuberculeuse serait-elle curable ? Les observations recentes du Prof. von Bokay, de Debreczen, les cas de guérison ou de rémission prolongée publiés en France par Jousset et Périsson, tendent à mettre en évidence la possibilité de guérir d'une méningite tuberculeuse. Von Bokay traite ses malades atteints tuberculeuse par la radiothérapie profonde. « Il faut, dit-il, *agir très vite* et employer de *très fortes doses* ; n'utiliser que des rayons de haute tension à filtration intense, c'est-à-dire à filtre très épais. La distance focale doit être aussi grande que possible pour augmenter autant que faire se peut le dosage en profondeur. La quantité de rayons à employer est une question d'espèce et l'on doit se baser pour la déterminer sur les symptômes présentés par les malades ». Du mois de mai au mois d'août 1931, von Bokay a traité 17 cas de méningite tuberculeuse par la radiothérapie profonde. Il a obtenu, dit-il, cinq guérison et douze échecs. R. Liége à l'hôpital des Enfants-Malades, a essayé ce traitement chez deux enfants. Les résultats ont été entièrement négatifs.

« Pour se faire une opinion personnelle sur la valeur de la méthode, il importe d'avoir recueilli un nombre d'observations au moins égal à celui des cas rapportés par l'auteur. Dans une question de telle importance, avant de porter un jugement, il convient du reste de faire soi-même son *mea culpa* et de rechercher si l'on s'est bien mis dans les conditions préconisées par l'auteur » (R. Liége). Le Prof. von Bokay specifie bien qu'il faut distinguer la méningite tuberculeuse épiphénomène terminal d'une tuberculose miliaire généralisée — qui ne guérit jamais — de la méningite tuberculeuse d'apparence primitive due au réveil d'un foyer local. Les cinq cas de méningite guéris, paraissent bien être des méningites tuberculeuses, puisque tous présentaient des bacilles de Koch dans leur liquide céphalo-rachidien, et que pour trois d'entre eux l'inoculation au cobaye s'est montrée positive. S'agit il bien de guérison ? Il est difficile de répondre à cette question. A remarquer que dans deux cas seulement, la guérison date d'environ six mois et que parmi les cas de méningite tuberculeuse guéris relatés dans la littérature, il y a assez fréquemment des récidives à un ou deux ans de distance. Le terme de guérison employé par le Prof. von Bokay apparaît comme téméraire ; il eut été préférable d'employer le terme de rémission exceptionnelle. Jousset et Périsson, à la Société médicale des hôpitaux de Paris (24 juin 1932) ont rapporté trois observations de « guérison ou rémission exceptionnelle de méningite tuberculeuse traitée par l'allergine ».

Conclusion pratique « qu'à l'heure actuelle nous aurions peut-être tort d'abandonner les malades atteints de méningite tuberculeuse, d'autant plus, qu'en outre des résultats rapportés par le Prof. von Bokay, dans ces trois cas publiés par Jousset et que nous avons rappelés, le traitement employé semble également avoir joué un rôle, et que dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 24 juin 1932, cet auteur a déclaré : « Les circonstances m'ont, en effet, permis d'ajouter aux observations précédentes *douze* autres cas également indiscutables dont je me réserve de parler ailleurs en détail après les délais voulus, ce qui, sur l'ensemble de ma statistique comprenant plus de 180 observations, porterai le nombre des guérisons, après traitement à l'allergine, à 7 % ».

On peut, dès lors, se demander s'il n'y aurait pas intérêt à combiner les deux méthodes.

Il est bien simple de soumettre les malades à la radiothérapie profonde et de leur faire des injections d'allergine. Encore une fois, nous n'aurons rien à y perdre et peut-être quelque chose à y gagner. »

(R. Liége. La méningite tuberculeuse serait-elle curable. *Bulletin Médical*, 31 décembre 1932.)

L'injection d'acétylcholine semble pouvoir être considérée comme le traitement de choix de la **crise de migraine ophtalmique**, dit Dejean. Elle parait même capable, par un usage prolongé, de modifier le terrain migraineux et faire disparaître la maladie, si l'on en juge d'après une observation rapportée.

« En janvier 1930, nous avons eu l'idée d'injecter 10 centigr.

d'acétylcholine chez un migraineux en pleine crise de scotome scintillant. La crise amblyopique qui durait habituellement trois quarts d'heure fut arrêtée assez brusquement douze minutes après l'injection intramusculaire, et la céphalée consécutive, qui durait le plus souvent quarante-huit heures, n'apparut point.

Encouragé par ce résultat, nous avons recherché les occasions d'appliquer cette thérapeutique. Le 13 juin 1930, nous présentions à la *Société des sciences médicales de Montpellier* les résultats du traitement de cinq crises de migraine ophtalmique chez deux malades différents. Tous les signes caractérisant la crise avaient disparu dans les douze à seize minutes après l'injection d'acétylcholine.

Depuis cette époque, nous avons multiplié les tentatives. »

Cette médication antispasmodique est logique, les auteurs admettant en général que la migraine ophtalmique est due à un angiospasme du cortex occipital, plus précisément des branches de l'artère cérébrale postérieure qui irriguent les lèvres de la scissure calcarine. L'action nette et fidèle de l'acétylcholine, vérifiée dans les seize crises migraineuses observées par l'auteur, est un argument de poids en faveur de cette explication pathogénique,

(Ch. Dejean, de Montpellier. L'acétylcholine dans la migraine ophtalmique. La *Presse Médicale*, 24 décembre, 1932.)

Les médecins qui ont employé **la transfusion sanguine dans le traitement des fièvres typhoïdes graves** ont obtenu des résultats favorables. Mais à côté de succès incontestables, cette méthode compte des échecs et l'accord n'est pas fait en ce qui concerne le choix du donneur. On peut se demander pourquoi la transfusion apporte une amélioration manifeste à certains malades alors que chez d'autres elle reste sans action. Pour expliquer ces échecs, on a invoqué la quantité insuffisante de sang injecté ou injecté trop tard. La quantité de sang injecté à une grande importance, mais dans un groupe de faits qui demeure assez limité (hémorragies intestinales profuses mettant la vie du malade en danger). D'autres éléments entrent en jeu. Le plasma possède, vis à-vis du poison typhique, un pouvoir anti-endotoxique différent suivant que le donneur est un sujet normal, ou simplement vacciné ou convalescent de fièvre typhoïde. Le sang des sujets normaux possède vis à-vis du poison typhique un pouvoir neutralisant variable, mais qui demeure faible. Dans ces conditions les résultats thérapeutiques seront forcément très inconstants et ne pourront être obtenus que par des transfusions très copieuses. Le sang des sujets vaccinés ne possède pas un pouvoir anti-endotoxique sensiblement plus fort. Il en est tout autrement pour le sérum de convalescent ; c'est avec le sang d'anciens typhiques que l'on a obtenu les plus beaux résultats. C'est donc au sang de convalescent qu'il faudra recourir ; mais une généralisation hâtive exposerait à des mécomptes. Les convalescents de dothiénentérie très grave ne présentent dans leur sérum qu'un taux d'anti endotoxine faible. Celle-ci se trouve au contraire en quantité élevée chez les sujets qui ont subi une forme de moyenne intensité ou atténuée mais suffisamment prolongée. Le pouvoir neutralisant est faible après les formes abortives ou de courte durée. Rien ne permet de penser que cette thérapeutique ait un rôle bactéricide.

« Pour apporter les meilleures chances de guérison aux malades, il y aurait donc intérêt à opérer une sélection parmi les donneurs et à ne retenir que ceux dont le plasma possède un pouvoir anti-endotoxique élevé. Nous pensons qu'à défaut de données précises fournies par le laboratoire, les meilleurs résultats seront obtenus en utilisant le sang de sujets convalescents de formes de moyenne intensité et ne datant que de quelques mois. »

(Jean Bourgeois et A. Maisler. La transfusion sanguine au cours des fièvres typhoïdes graves. Propriétés antitoxiques du sang des donneurs. *Paris Médical*, 10 décembre 1932.)

Dans la fièvre typhoïde, la chloruration donnerait de bons résultats en ce qui concerne la diminution des évacuations diarrhéiques, des vomissements, du météorisme et de l'état typhique. Se basant sur cinq observations, Caryophillis aboutit aux conclusions suivantes ;

a) Il faut éviter le régime hydrolacté chez les typhiques, parce qu'il devient cause de chloropénie de l'organisme ; mais si l'on insiste pour ce régime, qu'on joigne une abondante quantité de NaCl.

Si nous donnons comme nourriture aux typhiques de la purée, du bouillon, du potage, de la purée de viandes crues, etc., joignons-y aussi 15 grammes de NaCl au moins en vingt-quatre heures.

b) Il est bon d'injecter à tout typhique chaque jour par voie sous-cutanée 500 centimètres cubes de sérum physiologique : nous augmentons ainsi la diurèse et nous donnons à l'organisme en même temps des chlorures qui lui sont tant nécessaires.

c) Lorsque nous nous trouvons en face d'une diarrhée accentuée d'un profond état typhique, de vomissements, n'hésitons pas de pratiquer par toutes voies possibles une intense chloruration de l'organisme : nous nous trouverons ainsi en présence d'agréables surprises.

Dans les situations graves nous nous servons d'une solution hypertonique (10 p. 100) dont nous injectons 10 centimètres cubes toutes les trois heures par voie intraveineuse. Cette pratique a été suivie de magnifiques résultats.

(Panos Caryophyllis, d'Athènes. Le NaCl dans la thérapeutique des typhiques. *Paris Médical*, 30 juillet 1932.)

La chrysothérapie, dans le rhumatisme tuberculeux, semble donner des résultats très nets et remarquablement rapides. Elle a même provoqué, dit Pellé, la guérison d'une péricardite hémorragique grave, survenue au cours d'une polyarthrite bacillaire. En présence de ces résultats, on est autorisé à recourir à cette méthode dans tous les rhumatismes salicylo-résistants, qui sont probablement très souvent de nature tuberculeuse. On pourra ainsi en arrêter l'évolution et préserver le malade contre la forme chronique ankylosante, déformante et douloureuse, qui aboutit à l'impotence.

(A. Pellé. La chrysothérapie dans le rhumatisme tuberculeux *Paris Médical*, 3 décembre 1932.)

Faut-il soumettre **les rhumatisants traités par l'or à des contrôles hématologiques répétés** ? Il n'apparaît pas qu'ils soient d'une grande utilité. « Leur signification est ou complètement incertaine ou trompeuse. La surveillance clinique et l'interrogatoire minutieux du malade, renouvelés à chaque injection, renseigneront bien plus sûrement sur l'état de sa tolérance. Par mesure de précaution, il sera bon cependant de ne pas commencer la cure aurique sans avoir fait une numération des globules blancs et rouges, avec pourcentage leucocytaire, ni recherché le temps de saignement et le signe du lacet. Par la suite, à condition de suivre attentivement les réactions du sujet, on pourra le plus souvent se passer d'examens de sang pendant toute la durée du traitement, n'y recourant qu'en cas d'indications cliniques spéciales. »

(F. Coste et J. Bourderon. Sur l'utilité des contrôles hématologiques des rhumatisants traités par l'or. *Paris Médical*, 3 décembre 1932.)

Chrysothérapie et pneumothorax artificiel. Etudiant comment se présentent dans la pratique les relations de la chrysothérapie et du pneumothprax artificiel, le Professeur Léon Bernard croit légitime de formuler les règles suivantes, provisoirement tout au moins :

1° Dans ses associations diverses avec le pneumothorax artificiel, la chrysothérapie offre une efficacité de même grandeur que dans ses applications générales, oscillant autour d'un minimum de 50 pour 100 de résultats favorables.

2° La chrysothérapie doit se substituer au pneumothorax dans tous les cas où celui-ci ne peut être pratiqué.

3° La chrysothérapie doit lui être associée, afin de renforcer son action, dans tous les cas où celle-ci se manifeste insuffisante ou nulle, réserve faite de l'indication des sections de brides.

4° La chrysothérapie paraît devoir être préférée au pneumothorax double, sauf dans le cas de tuberculose contro-latérale, survenant après pneumothorax cessé depuis longtemps ; là, le pneumothorax double successif est indiqué. Tous les autres cas (pneumothorax bilatéralisé, alterné ou simultané ; pneumothorax double d'emblée) doivent céder le pas à la chrysothérapie.

(Professeur Léon Bernard. Chrysothérapie et pneumothorax artificiel. *La Presse Médicale*, 17 décembre 1932.)

Le traitement des séquelles de la poliomyélite, aussi complexe qu'il puisse paraître, ne doit pas rebuter le praticien qui se trouve en présence d'un enfant ou d'un adulte paralysé.

« La formule ancienne que nous avons entendu exprimer jadis et qui est navrante pour les familles « vous perdez votre temps et votre argent » doit faire place à une formule un peu plus consolante.

Avec beaucoup de soins, avec beaucoup de patience, on arrive, si la paralysie est grave, à donner au pauvre infirme une stabilité qui lui permet de marcher, de se passer d'autrui, d'utiliser au maximum les groupes musculaires qui sont restés sains si la paralysie est légère, on arrive à rétablir la stabilité, la fonction articulaire ; on supprime et on atténue des troubles qui se compliquent du fait d'une immobilisation trop prolongée ; on fait disparaître pratiquement les séquelles les plus graves. On

réussit toujours à soulager, même si l'on ne réussit pas à guérir. »

(R. Massart. Le traitement des séquelles de la paralysie infantile. *Concours Médical*, 1er janvier 1933.)

Le traitement du sycosis par les rayons X est loin de produire fatalement tous les dégâts qu'il est classique de lui imputer. Il guérit beaucoup plus rapidement et à moins de frais que les autres moyens thérapeutiques.

C'est le plus souvent le seul qui soit vraiment efficace.

(A. Marin, de Montréal. Sycosis et rayons X. *La Presse Médicale*, 9 novembre 1932.)

Varia

La lithiase biliaire est avant tout une maladie de la cellule hépatique et non de la vésicule biliaire.

C'est un fait actuellement bien connu que jamais la lithiase n'est observée ni dans la cholécystite simple dite non lithiasique, ni dans la cholécystotonie, type complet de la stase. (M. Chiray, A. Marcotte et L. Cuny. Le syndrome humoral de la lithiase biliaire. *La Presse Médicale*, 7 décembre 1932.)

***

La lymphogranulomatose inguinale est aujourd'hui beaucoup plus répandue qu'autrefois. Ce fait est dû, non seulement à la plus grande fréquence actuelle de l'affection, mais encore à ce fait que, grâce à la réaction de Frei, nous savons mieux la reconnaître.

(A. Sézary et J. Lenègre. Le diagnostic de la maladie de Nicolas et Favre et l'intradermo-réaction de Frei. *La Presse Médicale*, 14 décembre 1932.)

***

Petit à petit, la notion que nous désirons faire accepter unanimement de l'importance primordiale de l'azotémie dans le pronostic de la diphtérie maligne, commence à faire son chemin.

(J. Chalier, Levrat, Froment et Romand-Monnier. Considérations sur les diphtéries malignes mortelles. Valeur des lésions rénales et de l'azotémie. *Annales de Médecine*, novembre 1932.)

***

Il est important de savoir si les traitements de plus en plus énergiques appliqués aux syphilitiques en général et aux tabétiques en particulier, ont influencé la *fréquence* de l'atrophie optique tabétique. Terrien a l'impression que les cas en deviennent moins nombreux.

Les statistiques les plus récemment publiées (Weinberg, Osler, Jaensch) fournissent cependant des chiffres comparables aux statistiques antérieures.

(Suzanne Schiff-Wertheimer. Pathogénie et traitement de l'atrophie optique tabétique. *Bulletin de la Soc. d'Oph.*, novembre 1932.)

***

Signalons qu'au cours des interventions sur les mastoïdes, la cire d'abeille est employée utilement pour faire l'hémostase d'un os spongieux saignant en nappe, par le colmatage des alvéoles.

(H. Aloin et R. Noël. Les hémorragies en oto-rhino-laryngologie. *Monographies O.R.L. intern.*)

***

Méfiez-vous de l'entorse interne du cou-de-pied et cherchez la fracture du péroné. Méfiez-vous de la fracture de la diaphyse péronière et cherchez l'entorse interne du cou de pied, et, dans les deux cas, cherchez le diastasis tibio-péronier.

(A. Schwartz. A propos de l'entorse interne du cou-de-pied. *Paris Médical*, 10 décembre 1932.)

***

Un symptôme de haute valeur, au cours des néoplasmes de la trachée, est représenté par les *hémoptysies*.

Sauf dans le sarcome, ces hémoptysies sont rarement très abondantes. Le plus souvent elles sont minimes, répétées, survenant tous les jours. Elles ont la valeur, dans bien des cas, du premier symptôme en date et inaugurent ainsi la scène clinique.

(R. Chevallier et A. Guichard. Les cancers de la trachée. *Questions médicales d'actualité*, septembre 1932.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1933

Sur un syndrome neuro-anémique avec lésions diencéphaliques chez une tuberculeuse pulmonaire non évolutive. — *MM. J. Paviot* et *J. Dechaume* envisagent sous un jour nouveau la pathogénie des anémies pernicieuses d'origine tuberculeuse, le mécanisme des lésions nerveuses au cours des syndromes neuro-anémiques et la question des centres régulateurs de l'hématopoïèse.

Depuis quelques années, ils tendent à expliquer l'anémie pernicieuse chez les tuberculeux par une anaphylaxie chronique ; les chocs répétés résultant d'un mauvais état des voies digestives et l'agent déchaînant étant les protéines mal désintégrées.

Les lésions nerveuses, dans ces syndromes ne relèvent pas d'un trouble sanguin ; elles peuvent être considérées comme une maladie du système réticulo-endothélial, qui est touché dans sa fonction hématopoïétique (anémie), biligénique (ictère et sidérose) et dans son rôle sur le métabolisme des graisses (stéatose viscérale).

Cette observation conduit enfin les auteurs à discuter le rôle des centres nerveux régulateurs de l'hématopoïèse et de rappeler que des polyglobulies cliniques et expérimentales relèvent des centres neuro-végétatifs de la région infundibulo-tubérienne.

Hérédité au lymphosarcome de la souris, hypothèse explicative de cette hérédité. — *MM. L. Mercier* et *L. Gosselin* (Note présentée par *M. G. Roussy*). — Les auteurs sont parvenus à constituer un élevage de souris dans lequel le lymphosarcome s'est montré être héréditaire. Cette tumeur présente les caractères suivants : 1° elle est héréditaire et se comporte comme un caractère récessif ; 2° son apparition est en rapport avec le sexe, les femelles étant plus fréquemment atteintes que les mâles ; 3° l'hérédité du lymphosarcome est vraisemblablement conditionnée par plusieurs doses d'un facteur o, dont un certain nombre sont logées dans le ou les chromosomes x.

Le cancer au Tonkin. — *M. Le Roy des Barres* (de Hanoï) adresse une note dans laquelle il étudie la fréquence du cancer et son traitement au Tonkin, d'après les observations du centre anticancéreux de Hanoï. L'auteur montre que le cancer est très fréquent en Indochine, et il souhaite la création d'un centre anticancéreux en Cochinchine.

Un nouvel antiseptique : le chlorhydrate de 6 méthyl-8 oxyquinoléine associé au chlorhydrate d'orthooxyquinoléine. — *M. Gaucher.*

Etude comparative des phénomènes de décoloration produits sur le bleu de méthylène par le lait et par les tissus animaux. — *MM. Boutaric* et *Jacquinot.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 janvier 1933

Erythème noueux et syphilis secondaire. — *MM. M. Duvoir, L. Pollet* et *Jean Bernard* ont vu, chez une jeune femme, évoluer de façon absolument synchrone un érythème noueux typique et une papulose syphilitique généralisée non moins typique s'accompagnant d'alopécie, de polyadénopathie et de réactions sérologiques positives. Les auteurs rappellent les faits analogues antérieurement publiés et qui sont très peu nombreux. Ils n'ont pas assisté — comme jadis Chauffard et Mlle Le Conte — au réveil de l'éruption noueuse par les injections de novarsénobenzol.

La cuti-réaction et l'intradermo-réaction à la tuberculine furent positives sans plus. Diverses hypothèses pathogéniques peuvent être envisagées, mais il ne paraît pas impossible de faire jouer à la syphilis un rôle — au moins favorisant — dans le déclenchement de l'érythème noueux.

L'examen microscopique des tissus en surface, sa

facilité et ses avantages. — *M. Maurice Renaud* fait une démonstration d'un appareil qui résout d'une façon très pratique le problème de l'examen microscopique des tissus en surface, dont lui-même se préoccupait depuis longtemps et pour lequel il avait, il y a vingt ans, indiqué une solution très imparfaite.

Il montre qu'on peut, grâce à cet appareil, explorer avec rapidité, et sans perte de temps et presque sans technique, de larges surfaces de tissus et se rendre compte de la plupart des lésions dont ils peuvent être atteints, résultat précieux, soit qu'on se borne à des vérifications anatomiques, soit qu'on tienne compte des constatations immédiatement faites pour orienter les recherches ultérieures par la méthode habituelle de l'histologie.

L'interférométrie dans le diabète sucré. — *MM. E. Schulmann, H. Schwab Ch.-O. Guillaumin.* — Les rapports indiscutés des glandes endocrines avec le diabète ont invité les auteurs à interroger dans cette voie la méthode interférométrique, susceptible de mesurer l'activité de la destruction cellulaire des parenchymes secrétoires. Les recherches ont porté sur trente malades diabétiques pris au hasard. Les résultats indiquent plus particulièrement une diminution fonctionnelle du pancréas et de l'hypophyse, une augmentation fonctionnelle des capsules surrénales et du corps thyroïde. Ces réponses s'accordent avec la clinique et l'expérimentation en ce qui concerne le pancréas, les capsules surrénales et le corps thyroïde ; elles s'en séparent pour la glande pituitaire. Il y a là un champ nouveau de recherches qui semblent d'un puissant intérêt. La confirmation de chaque cas par les divers tests endocriniens, que proposent les auteurs, permettra peut-être de pénétrer plus en avant dans l'interprétation pathogénique du diabète.

Tumeur surrénale avec hirsutisme. Aménorrhée, glycosurie et hypertension. Diagnostic confirmé par la radiographie. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Delafontaine* et *Jouveau-Dubreuil* ont observé un cas de tumeur surrénale qui réalisait le tableau clinique remarquablement complet du syndrome génito-surrénal : hirsutisme avec pigmentation de la peau, aménorrhée, adiposité, glycosurie sans hyperglycémie, hypertension permanente sans trouble du fonctionnement rénal. La palpation révélait une tumeur volumineuse dans la fosse lombaire gauche. La radiographie permit d'affirmer le diagnostic de tumeur supra-rénale : une telle confirmation radiologique est un fait rare.

Métastases mésentériques, première manifestation d'un cancer acineux diffus du pancréas. — *MM. Plazy* et *Germain* (Toulon) relatent un cas de cancer diffus latent de la tête et du corps du pancréas, qui ne s'est manifesté que par ses métastases ganglionnaires mésentériques avec légère réaction ascitique citrine. Dans le sang circulant, on trouvait de grandes « cellules indéterminées », paraissant témoigner d'une réaction médullaire due à un foyer métastique osseux méconnu.

Fièvre typhoïde guérie après immuno-transfusion. — *M. H. Eschbach* (Bourges) rapporte l'observation d'un enfant de 10 ans qui, atteint de fièvre thyphoïde grave et considéré comme moribond, guérit très rapidement après une immunotransfusion, pratiquée au troisième septenaire de l'évolution de sa maladie.

Un cas d'agranulocytose avec examen anatomopathologique. — *MM. Ch. Garin* et *H. Edel* (Lyon). — Dans ce cas, la malade avait été atteinte douze ans auparavant d'un état anémique intense. L'examen anatomo-pathologique montra les lésions de l'agranulocytose, avec, en outre, une sclérose très marquée au niveau des organes hématopoïétiques, peut être en rapport avec l'affection sanguine dont la malade avait été atteinte douze ans avant.

Maladie de Gaucher à déterminations osseuses, avec cellules de Gaucher dans les crachats. — *M. le Professeur Merklen, R. Waitz J. Warter* rapportent un cas de maladie de Gaucher dont ils ont pu affirmer le diagnostic grâce à la ponction de la rate. Ils insistent sur trois points :

1° Dans les crachats, présence de nombreux éléments de Gaucher, avec tous les intermédiaires entre eux et les cellules alvéolaires. Il y a là un argument en faveur de la nature histiocytaire de divers éléments alvéolaire. Cette élimination a été assez constante chez le malade pour qu'on soit en droit de parler d'une forme pulmonaire de la maladie de Gaucher ;

2° Lésions osseuses si marquées et diffuses qu'on se trouve en outre sans conteste en face d'une forme osseuse de l'affection, décrite à l'étranger, mais dont aucun cas n'a encore été publié en France. Atteinte prédominante des vertèbres ; décalcification dans la plupart des os des membres. L'origine des lésions osseuses se trouve dans l'atteinte par le processus du tissu réticulé de la moelle. On sait actuellement que la maladie de Gaucher touche ou peut toucher le système réticulo-endothélial dans toutes ses portions ;

3° Abaissement du cholestérol du sang, au contraire de ce que prétendait Eppinger et en conformité avec l'opinion de la plupart des auteurs ; de plus, augmentation sensible de l'insaponifiable X, qui demande à être signalée.

Septico-pyohémie à bacille de Friedlander, survenue au cours d'une lithiase réno urétérale latente. Rapports entre le bacille de Friedlander et le colibacille. — *MM. André Cain* et *André Meyer.* — Une femme de 31 ans, est prise, en bonne santé apparente, d'une crise de coliques néphrétiques qui se complique de fièvre et de signes d'infection, avec réaction vésiculaire passagère, céphalée, hématurie, hémoptysie. A la période terminale apparaissent des signes de broncho-pneumonie et une éruption cutanée diffuse couverte de phlyctènes suppurées.

L'autopsie, outre la pyélonéphrite suppurée et la broncho-pneumonie diffuse, révèle une lithiase réno-urétérale, bilatérale, avec atrophie d'un des reins.

Dans le sang, l'urine et les phyctènes est présent le bacille de Friedlander que le colibacille remplace dans la dernière hémoculture.

Les auteurs étudient l'origine de l'infection et discutent la thèse de l'identité du colibacille et du bacille de Friedlander.

Un cas de sténose par hypertrophie pylorique guéri par l'autohémothérapie. — *M. Alary*, dans une communication présentée par M. Abrami, relate un cas de sténose pylorique traité et rapidement guéri par l'injection au nourrisson de sang de son père.

M. Lereboullet conteste l'existence dans ce cas de tumeur pylorique et pense que l'autohémothérapie a peut-être heureusement influencé un spasme surajouté à une sténose incomplète. Il serait fâcheux que la connaissance de ce fait invitât les médecins à traiter les sténoses pyloriques authentiques par cette méthode au lieu de les faire opérer.

M. Dufour est de l'avis de M. Lereboullet. Il croit que ce mode de traitement sur le spasme surajouté qui refoule la muqueuse prépylorique et tend ainsi à compléter une sténose organique incomplète.

A propos de l'évolution de la maladie de Parkinson post-encéphalitique. — *M. Netter* rapporte des cas troublants de contagion, après une incubation de trois semaines environ, d'individus sains par des malades parkinsoniens post-encéphalitiques.

Il insiste sur ce fait que le parkinsonisme n'est pas seulement une séquelle de l'encéphalite épidémique ; les malades qui présentent ce syndrome ont sans doute des lésions en activité dans lesquelles le virus persiste très longtemps (plusieurs années) ainsi qu'en témoignent ces notions épidémiologiques.

MM. Et. Bernard et *Grenet* ont constaté des faits analogues.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 janvier 1933

Présentation d'un livre sur le rhumatisme du Professeur Edouard Cmunt (de la Faculté de médecine de Praha). — *M. René Gaultier* présente cet intéressant ouvrage dont l'auteur fait don à la Société.

Solution de continuité traumatiques ou congénitales des arcs vertébraux et leurs conséquences éventuelles. — *M. C. Rœderer* présente un film sur ce sujet. Depuis longtemps s'est posée la question de savoir si la spondylolise peut être traumatique. L'auteur s'appuyant sur les travaux de P. Glorieux (de Bruges) pense que les conditions de cette rupture sont faciles à élucider. Dans la plupart des cas, c'est la spondylolise qui doit permettre au spondylolisthésis de s'opérer. M. Rœderer passe ensuite en revue les différents mécanismes qui permettent à cette malformation de se constituer.

Le problème de la fièvre ganglionnaire ; sa forme

familiale. — **MM. G. Blechmann, Jean Toupet** et **Richard Kohn** étudient la fièvre ganglionnaire décrite par Pfeiffer, en 1899, elle atteint avec prédilection les enfants. Il s'agit d'une maladie fébrile, aiguë, caractérisée par une gorge rouge et un gonflement plus ou moins considérable des ganglions cervicaux. Sa durée est parfois courte, souvent fort longue, pouvant atteindre plusieurs semaines. Elle peut se compliquer au début d'un torticulis très marqué, et pendant son évolution de néphrite et même de suppuration (6 à 8 % des cas).

Les auteurs décrivent une forme familiale qui atteint, après une incubation d'une dizaine de jours plusieurs enfants d'une même famille, et même les adultes. D'après les auteurs anglo-américains, et **M. P. Chevallier**, il s'agit d'une maladie épidémique spécifique avec une formule sanguine où prédomine la mononucléose. Cette interprétation est peut-être exacte, bien que les cas relatés par MM. G. Blechmann, J. Toupet et R. Kohn aient montré de la polynucléose : ceux-ci ont été frappés des nombreux caractères d'analogie que cette maladie présente avec la scarlatine.

Note sur le traitement de la fièvre ganglionnaire. — **MM. G. Blechmann André Bohn.** — Les auteurs montrent l'action particulièrement favorable du vaccin de Bruschettini dans un cas de fièvre ganglionnaire chez un enfant de 20 mois. Le traitement de cette maladie est parfois décevant, Il faut dans certains cas, recourir à l'emploi du propidon habituellement mieux toléré par les jeunes enfants que par les adolescents et les adultes.

Cancer du rectum. Présentation de pièces. — **M. Victor-Pauchet** présente une pièce de cancer du rectum enlevé chez un homme de 65 ans. L'opération fut très pénible et délicate. Commencée par la voie périnéale, elle dut être terminée par la voie abdominale, la présence de ganglions haut situés ayant été constatée au cours de l'intervention. La tumeur était très adhérente à la partie moyenne du bassin, spécialement dans la région de l'uretère gauche. Grâce à une transfusion du sang, le choc opératoire fut réduit au minimum et le malade va très bien.

LUQUET.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Etude de la thyroxine synthétique et de son emploi thérapeutique. (Pierre MARTIN. Thèse de Paris, 1931-32.)

Ce travail inaugural, est excessivement documenté.

Pour l'auteur, la thyroxine synthétique, dont l'action est qualitativement équivalente à celle des extraits thyroïdiens, a l'avantage d'être un produit stable et chimiquement défini. Avant d'instituer un traitement thyroxinien, il est indispensable de pratiquer l'épreuve du métabolisme basal. Dans les cas où celui-ci est au-dessus de la normale, l'emploi de la thyroxine est contre-indiqué. Lorsqu'un sujet est traité par la thyroxine, au début, il doit être soumis à une surveillance médicale ; les éléments qui permettent d'en contrôler l'action sont : l'étude du pouls, de la pression artérielle, du métabolisme basal, en concordance avec les symptômes cliniques.

Les accidents attribuables à la thyroxine sont de même ordre que ceux dus à l'injection d'extraits. Dans les observations publiées, ils n'ont apparu que chez des sujets à métabolisme basal normal ou supérieur à la normale. Le traitement d'attaque d'un hypothyroïdien doit être fait par injections sous-cutanées quotidiennes de 1 mgr. de thyroxine. Le traitement d'entretien, par ingestion, peut-être fait à des doses plus élevées. La voie intraveineuse paraît présenter plutôt des inconvénients que des avantages ; les doses massives par injections intraveineuses ou même sous-cutanées en effet sont à proscrire, car elles donnent presque toujours lieu à des accidents d'hyperthyroïdisme. Il faut donc, avant d'instituer un traitement, tâter la susceptibilité individuelle du sujet.

L'adrénaline, d'après les recherches expérimentales et une observation de l'auteur, produit une sommation de l'action de la thyroxine. L'association de ces deux produits synthétiques mérite d'être étudiée dans les cas d'insuffisance thyroïdienne rebelle.

A propos des analgésiques hypnogènes. (Dr P. LONJON *Concours Médical*, Paris, 1er mai 1932.)

Parmi les nombreux hypnotiques préconisés, l'usage a surtout consacré l'emploi du somnifène ; mais si la douleur prédomine, il faut recourir à l'allonal, allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine, médicament simple, facile à employer, ne contenant aucune substance du tableau B et dont les applications sont multiples en chirurgie, en obstétrique, en médecine générale et surtout en stomatologie, à la dose d'un à trois comprimés *pro die*.

Le séro-médicament Lita dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Docteur Henri DUFOUR. *Le Bulletin Médical*, 1932.)

Depuis plus de six ans, le Docteur H. Dufour a appliqué à ses malades atteints de tuberculose pulmonaire et à quelques autres faisant suspecter la possibilité d'une évolution tuberculeuse, une thérapeutique par un séro-médicament qu'il a dénommé L. T. puis ultérieurement, *Lita*.

C'est un mélange d'iodaseptine et de sérum de lapin ayant reçu des injections massives de tuberculine brute.

Ce séro-médicament est mis en ampoules de 3 c.c. contenant une partie de sérum tuberculiné chauffé à 60° et deux parties d'iodaseptine.

Les voies d'introduction ont été intraveineuse, rachidienne, intra-musculaire. C'est à cette voie que l'auteur a donné sa préférence.

Les injections sont pratiquées deux fois par semaine par série de 12, 20 ou 40 et doivent être reprises ultérieurement. Actuellement, plus de 30.000 injections ont été pratiquées sans accident : les bons effets thérapeutiques ont été rapportés dans les thèses de Hurez-Tabourcux, Calvet.

Aujourd'hui, M. Dufour apporte les résultats d'une abondante expérimentation faite chez les cobayes et chez l'homme. Chez des cobayes traités préventivement par le Lita, les inoculations de bacille de Kock ont été moins rapidement mortelles que chez les animaux non traités.

Chez l'homme, la cuti-réaction à la tuberculine ne semble pas influencée par les injections de Lita. On a de plus pratiqué les expérimentations suivantes :

Sur un malade, six scarifications pour cuti-réaction ont été recouvertes de tuberculine brute, de sérum de lapin normal mélangé à la tuberculine, de sérum de lapin tuberculiné, de Lita, d'un mélange d'iodaseptine et de tuberculine brute : le sérum de lapin tuberculiné et le Lita se sont montrés les plus actifs pour neutraliser la tuberculine.

Il termine ce très intéressant travail par une série d'autres expérimentations :

Réaction de fixation : elle est fortement positive avec le sérum de lapin tuberculiné en présence de la tuberculine et légèrement avec l'antigène de Besredka. La floculation est très nette avec 2 ou 3 c. c. de sérum de lapin tuberculiné en se servant de 20 c. c. d'une solution de tuberculine diluée à 1 %.

Enfin, il résulte d'une série d'expériences sur le cobaye, que le séro-médicament Lita et le sérum de lapin tuberculiné paraissent, à des doses convenables, neutraliser l'action toxique de la tuberculine.

De ces faits, M. Dufour conclut :

« Indépendamment des réactions de floculation et de fixation, qui n'ont probablement aucune relation avec les propriétés thérapeutiques du séro-médicament, notre séro-médicament possède un pouvoir antitoxique vis-à-vis de la tuberculine, ce qui explique sans doute son action thérapeutique.

« De l'existence des phénomènes de floculation et de fixation, on peut déduire que le séro-médicament n'agit pas seulement en transportant chez le malade une certaine dose de tuberculine, par simple passage à travers le lapin. »

« De même qu'il y a une grande et une petite chirurgie, le médecin moderne, pour comprendre ses malades, doit être au courant de la psychologie moderne. Mon maître Notnagel avait l'habitude de dire : « Seul un homme bon peut être un bon médecin ! » Permettez-moi de dire à mon tour en désignant le type du médecin de l'avenir : *Seul un bon psychologue peut être un bon médecin* ! » (Dr WILHELM STEKEL (de Vienne). — L'évolution, les méthodes et les dangers de la psychanalyse. *Le Bulletin Médical*, 12 novembre 1932.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le docteur Maranon à l'Académie espagnole. *M. Legendre écrit dans le* JOURNAL DES DÉBATS (25 janvier 1933).

Le Docteur Maranon vient d'être élu, à l'unanimité, membre de l'Académie espagnole, comme l'avait été, il y a quelque temps, Miguel de Unamuno.

Très jeune encore, n'ayant pas de beaucoup dépassé la quarantaine, le nouvel élu avait des titres éminents à cette élection.

Pas plus que l'Académie française, l'Académie espagnole ne se réduit à être petite société de gens de lettres au sens étroit du mot, encore moins de grammairiens ou de philologues. Elle appelle à elle les grands représentants de l'intellectualité espagnole, ceux qui, ayant fait leurs preuves dans une spécialité, savent néanmoins se libérer des entraves de la spécialisation.

A ce titre, comme grand médecin, comme savant de renommée mondiale, le Docteur Maranon méritait les suffrages de l'Académie. Il est incontestablement, et depuis longtemps, un des grands représentants de l'intellectualité espagnole.

Mais à ceux qui eussent exigé des titres proprement littéraires, il en offrait et de la meilleure qualité.

On n'est pas un grand médecin sans être un philosophe et un psychologue. Les études spéciales du Docteur Maranon sur les sécrétions internes l'ont amené à traiter constamment des problèmes de psychologie qui, après avoir été beaucoup trop négligés, sont aujourd'hui considérés comme de pleine actualité. Les éditions de la *Nouvelle revue française* ont donné récemment une traduction de son grand ouvrage sur les états intersexuels. Son livre sur l'âge critique, rempli lui aussi de renseignements et de suggestions profondes sur la psychologie la plus obscure, est maintenant classique. Mais sa participation à la psychologie générale en même temps qu'à l'histoire littéraire et à l'histoire tout court est encore plus évidente (avec une substructure scientifique non moins solide), dans ses études sur la psychologie de Don Juan, sur Casanova, sur Henri IV de Castille, sur Amiel, etc., etc.

Cette dernière étude a paru récemment (1), et on y peut trouver un vigoureux résumé de quelques-unes des idées essentielles de l'auteur sur la psychologie sexuelle.

Ce livre sur Amiel a pour sous-titre : « Etude sur la timidité ». Pour le Docteur Maranon, Amiel est un type viril supérieur, de ceux que leur supériorité même paralyse, parce qu'ils ne peuvent guère rencontrer la réalisation du type féminin conforme à leur idéal trop exigeant. Ce type est pour lui l'opposé du type de Don Juan, dont l'infériorité n'est pas seulement d'ordre moral, mais encore, et c'est l'originalité du Docteur Maranon de l'avoir clairement démontré, d'ordre physiologique.

Il faut souhaiter que ce livre soit bientôt traduit en français. Si connu que soit chez nous le Docteur Maranon, qui, récemment, était proclamé, en Sorbonne, docteur *honoris causa* ne l'est pas encore comme il devrait l'être.

Les spécialistes connaissent son œuvre scientifique, mais le grand public ne connaît pas assez l'œuvre de haute vulgarisation qui est le prolongement de cette œuvre scientifique. En des sujets, où trop d'auteurs ne résistent guère à une curiosité malsaine, le grand médecin espagnol dégage des enseignements bienfaisants et salubres.

La personnalité de ce savant et de cet écrivain dépasse encore la science et la littérature. Elle est une des valeurs espagnoles qui, dans la crise actuelle de l'Espagne, justifie le mieux les espérances de ceux qui aiment ce pays.

Le mot CRISE. — « Le mot *crise* écrit le Professeur ACHARD (*Les crises dans les maladies cycliques*, Masson, édit.), est em-

(1) AMIEL. Un estudio sobre la timidez. (Madrid, Calpe, 1392).

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux ...çais installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à ...is, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont ...essaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de ...c, places de 1re, 2e ou 3e classes.

ployé par les médecins dans deux sens différents. Au sens classique, et conformément à son étymologie, il signifie jugement et désigne le moment où la maladie, suivant la doctrine hippocratique, se juge, c'est-à-dire où se décide la guérison ou la mort. Aujourd'hui, il ne reste de cette acceptation traditionnelle que le changement favorable, survenant dans l'organisme à l'époque de la guérison.

En outre, selon le sens populaire qui est très différent, le mot crise est encore usité pour désigner les accès d'une maladie, les exacerbations, les atteintes qui se font avec une certaine brusquerie. Cette dualité de signification est certainement fâcheuse, puisque la crise annonciatrice de la guérison est presque l'opposé de l'invasion brutale ou de l'exacerbation d'une maladie ; mais elle est passée dans le langage usuel et il ne serait pas facile d'apprendre aux médecins à renoncer à donner à ce mot le sens que tout le public lui attribue. »

Le cours de M. Pierre Janet au Collège de France. — *De M. G. Charensol dans les* NOUVELLES LITTÉRAIRES (28 janvier 1932) :

.....L'estrade occupe une petite rotonde, une espèce d'abside peinte en rouge et séparée du public par une solide barrière de bois. A une heure trois quarts précises, comme si elle sortait d'une trappe, une petite silhouette apparaît derrière le tableau noir. Mince et chauve, barbu, un malicieux sourire répandu sur tout son visage, M. Pierre Janet s'avance vers le pupitre, s'installe bien au fond de son fauteuil, croise les mains sur son ventre, et commence à parler.

Il parle sur un ton rapide, aisé, familier, avec une bonne voix claire de causeur jamais en défaut. La clarté est peut-être le trait le plus caractéristique de cette conférence ; elle traite de la croyance et les réflexions que ce grand sujet inspire à M. Janet sont passablement audacieuses ; en d'autres bouches, elles surprendraient, mais il sait exposer ses points de vue avec tant de simplicité que ses auditeurs, même les moins prévenus, suivent le plus aisément du monde son exposé ; deux prêtres à mes côtés ne semblent aucunement gênés par ses propos sur les croyances religieuses ; sans sourciller, ils notent des phrases telles que celles-ci : « Bien des gens se sont figuré que l'essentiel dans la religion, c'est le dogme. En réalité, c'est une superfétation, un argument de politesse... La religion n'est qu'un besoin social... Les dogmes changent, les religions subsistent... C'est très reposant de croire, c'est très fatigant de douter... Les noms deviennent des dieux, les imaginations sont transformées en croyances ».

Ses propos ne manquent ni d'humour ni de gaîté en dépit de la gravité du sujet, et souvent un sourire passe sur cette assemblée pourtant bien grise : « On dirait toujours, quand on parle avec un religieux, qu'on lui marche sur les pieds », dira-t-il et encore, traitant du rôle de l'intérêt personnel dans la formation des croyances : « Si l'individu cessait de croire, il ne toucherait plus ses appointements à la fin du mois », ou : « La vérité, c'est un crédit heureux et rien de plus ».

Les comparaisons et les images animent si bien cette leçon que pas un instant on ne songe que l'auteur de l'*Intuition psychologique* touche là aux plus graves problèmes qui se posent à l'esprit humain, que ces points de vue profondément originaux, ces vues si audacieuses, il les exprime pour la première fois.

Ce cours si dense, si riche et si nouveau, il le fait sans la moindre note, c'est tout juste si une ou deux fois il lira un bref fragment d'une thèse ancienne, dont, au passage, il signale l'importance, ou se référera à un livre tout récemment paru : *A bord d'un brise-glace soviétique* de Fréderic Sieburg, qu'il tient pour une œuvre très remarquable et où il va chercher des exemples.

Rien de dogmatique ; il s'exprime, bien au contraire avec une souplesse, une discrétion rares, et non sans prendre des précautions oratoires. Il fait constamment appel au sens critique, aux souvenirs de ses auditeurs : « Je voudrais vous signaler... Vous vous rappelez... » Beaucoup de ses phrases commencent par : « Vous souvenez-vous ?... Il me semble que... », « Je passe un peu rapidement », leur dit-il. « Je crois qu'on peut presque dire... Dès aujourd'hui, nous pouvons faire une réflexion... On se figure — c'est une erreur du XVIIIe siècle... Relisez donc ce magnifique ouvrage, l'*Introduction à la médecine expérimentale* de Claude Bernard... ». « Comment voulez-vous que la science se fonde sur la vérité, puisque la vérité va changer dans quinze jours ? »

La finesse, l'ironie, derrière les lunettes, animent l'œil du conférencier. Comme il prend plaisir à nous faire part de ses

objections, de ses remarques, de ses observations, de ses convictions, de son scepticisme à l'égard des concepts traditionnels et des vérités reçues ! Il s'intéresse passionnément à ce qu'il dit, il s'anime, se met lui-même en jeu, s'appuie des deux bras sur son pupitre, se penche vers la salle ; la tête est constamment animée de petits mouvements, les bras s'écartent du corps, s'élèvent lentement, les mains miment les paroles. Il fait le procès de l'adage de Descartes : « Le vrai se montre de lui-même ». Il répond à Spinoza : « La vérité vient de la croyance. C'est parce que vous croyez qu'il y a une vérité », et durant cette heure si brève, M. Pierre Janet lance encore d'autres pierres dans les jardins, trop bien ratissés, des philosophes et des théologiens.

Chauffard n'enseignait pas seulement la science médicale, la clinique, il enseignait aussi, par ses conseils et par son exemple, la morale professionnelle.

(Prof. E. Sergent. — Le Professeur Chauffard. *J. de Méd. et de Chir. pratiques*, 25 nov. 1932).

Le « Blond platine » à la mode, *de M. Albert Hulin, dans* La Nature (15 janvier 1933). — Cette mode impérieuse, qui oxygénait jadis toutes celles qui voulaient avoir l'aspect jeune et rieur des héroïnes de cinéma (style sympathique) et qui, il y a peu de temps, exigeait qu'on fût « *blond Tikien* » ordonne aujourd'hui à toutes celles qui veulent être *pastels de Latour*, aspect jeune, sous des cheveux argentés, de se laisser « platiner » la chevelure. Le platine n'entre pour rien dans ces préparations.

Un journal américain, *Aromatics*, nous renseigne sur les détails de cette manipulation que nous tenons aussi du *Manufacturing chemist*.

Les cheveux doivent être tout d'abord blondis, à la manière habituelle, bien connue de tous les Figaros, c'est-à-dire à l'eau oxygénée, ce blond doit être aussi clair que possible et non jaunâtre comme il arrive souvent.

Il faut ensuite procéder à un léger bleuissement du cheveu, soit à l'aide du bleu de méthylène, soit à l'aide de nigrosène, soit simultanément. Quand le blond pur, et non jaunâtre est très *légèrement* teinté de bleu les résultats sont parfaits. Mais si le blond est légèrement jaunâtre, il arrive que la combinaison jaune-bleu produit une teinte verdâtre, du plus désastreux effet.

Un cheveu blanc pur, teinté faiblement de noir, donnera un cheveu argenté, du plus gracieux effet. C'est pourquoi les artistes capillaires qui procèdent à cette petite cuisine délicate augmente l'intensité de la nuance argentée, par l'adjonction d'un peu de noir au bleu de méthylène. On suggère de faire les solutions de bleu de méthylène et de nigrosène, à 10 pour 100 ou même moins, de les mélanger ensuite, et de procéder à des essais sur une boucle de cheveux, avant l'application « *in situ* ». Ainsi on évitera de fâcheuses bévues. On recommande de rincer finalement les cheveux avec des solutions légèrement acides, tartriques ou citriques. En somme, avant de livrer leurs précieuses toisons, les dames doivent être très circonspectes. Etre à la mode, c'est parfait, mais ne pas risquer de dermatoses pénibles, c'est encore mieux.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 187[illegible]. — N° 6 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 11 FÉVRIER 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — Le Conseil de la Faculté dans sa séance du 26 janvier, a présenté en première ligne, pour la chaire vacante d'anatomie médico-chirurgicale et de chirurgie expérimentale, M. le Professeur agrégé R. Proust.

Société de chirurgie. — Prix décernés en 1932 :

PRIX DUVAL-MARJOLIN, annuel (300 francs). — N'est pas attribué.

PRIX LABORIE, annuel (1.200 francs) — N'est pas attribué.

PRIX DUBREUIL, annuel (400 francs). — Le prix est décerné à M. le Docteur Henri Fischer (de Bordeaux) pour son travail intitulé : *Les torticolis osseux.*

PRIX AIMÉ GUINARD, triennal (1.000 francs). — Le prix est décerné à M. le Docteur Paul Padovani pour son travail intitulé : *L'arthrite chronique déformante de la hanche.*

PRIX CHUPIN, biennal (1.400 francs). — Le prix est décerné à M. le Docteur Germain (armée) pour son travail intitulé : *De la thérapeutique de l'infection générale streptococcique.*

PRIX DES ÉLÈVES DU DOCTEUR EUGÈNE ROCHARD, triennal (10.000 francs). — Ce prix n'ayant pas été attribué en 1929, la Société a décidé de décerner deux prix en 1932 : 1° à M. le Docteur Marc Iselin (de Paris) pour son travail intitulé : *Chirurgie de la main* ; 2° à M. le Docteur Jacques Davioud (de Tananarive) pour son travail intitulé : *Les tolérances des tissus pour les corps étrangers.*

PRIX LE DENTU, annuel. — Sera attribué à l'interne médaille d'or en chirurgie de 1932.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Sakka Ali (Tunisien).

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Joltrain, médecin inspecteur des épidémies à la Préfecture de police, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Audemard (de Lyon), R. Groc (de Paris), Michel Meyer (de Sarrebourg), Eug. Robin (de Nantes), Philippe Robin (de Saintes).

Service de santé. — *Mutations.* — M. le Médecin colonel Fournereaux, sous-directeur du Service de santé de la VI[e] Région, est nommé directeur du Service de santé de la 8[e] Région, à Dijon.

M. le Médecin colonel Jullien, médecin-chef de l'hôpital militaire de Grenoble, est nommé directeur du Service de santé de la 10[e] Région, à Rennes.

Les médecins commandants : Guillois, de l'hôpital militaire de Lille, à l'infirmerie-hôpital de Haguenau ; Gauch, des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, aux troupes du Maroc.

Les médecins capitaines : Gruson, de l'Ecole d'aviation d'Istres, aux troupes du Maroc : Fuchs, du 19[e] C. A., aux troupes du Maroc ; Gosse-Gardet, des territoires du sud-algérien, aux troupes de Tunisie.

Le médecin colonel Cochois, médecin-chef de l'école d'application de cavalerie de Saumur, est nommé directeur du Service de santé de la 11[e] Région, à Nantes ; le médecin colonel Grenier de Gardénal, sous-directeur du Service de santé de la 15[e] Région, est nommé directeur du Service de santé de la 15[e] Région, à Marseille.

En Indochine. — Le Médecin colonel Leynia de la Jarrige, du dépôt des isolés des troupes coloniales à Bordeaux ; le médecin lieutenant-colonel Taullec, du dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille ; le médecin capitaine Odru, du 21[e] d'infanterie coloniale.

En Afrique occidentale française. — Le médecin capitaine Marty, du 51[e] mitrailleurs indochinois ; le médecin capitaine Riou, du 2[e] d'infanterie coloniale.

En Afrique équatoriale française. — Le médecin commandant Petit, du 14[e] tirailleurs sénégalais ; le médecin capitaine Nodenot, du centre de transition de Fréjus ; le médecin lieutenant Ouary, du dépôt des isolés des troupes coloniales à Bordeaux.

A Madagascar. — Le médecin capitaine Jan Kerguistel, du 21[e] d'infanterie coloniale.

Au régiment d'infanterie coloniale du Maroc. — Le médecin capitaine Coleno, rentré d'Indochine.

Au 3[e] d'infanterie coloniale. — Le médecin capitaine Tregouet, rentré de l'A. E. F.

Au 21[e] d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Peyre, rnetré de la Nouvelle-Calédonie ; le médecin capitaine Gonnet, rentré du Togo.

Au 23[e] d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Girard, rentré de l'A. O. F., ; le médecin capitaine Ceccaldi rentré d'Indochine.

Au 4[e] tirailleurs sénégalais. — Le médecin lieutenant-colonel Duliscouet, rentré de la Guadeloupe ; le médecin capitaine Baille, rentré de l'A. O. F.

Au 12e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine, Pelteleur, rentré de Tunisie.

Au 16e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Bastouil, rentré de l'A. O. F.

Au 52e mitrailleurs indochinois. — Le médecin capitaine Pouderoux, rentré de l'A. E. F.

Au 12e d'artillerie coloniale. — Le médecin capitaine Montalieu, rentré du Cameroun ; le médecin capitaine Andrieux, du 42e mitrailleurs malgaches.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales, à Marseille. — Le médecin lieutenant-colonel Toullec, le médecin colonel Caries, le médecin capitaine Raynal, de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux). — Le médecin colonel Gaillard, du régiment d'infanterie coloniale du Maroc.

A l'hôpital militaire de Fréjus. — Le médecin capitaine Lotte, rentré du Cameroun.

Institut internationnal d'étude des radiations solaires terrestres et cosmiques. — Une Association internationale, ayant pour objet l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques, vient d'être créée, à Nice. Jusqu'à présent, nous n'avons guère connu, de ces radiations, que leurs effets sonores, lumineux, calorifiques et électriques ; mais elles ont certainement bien d'autres effets, puisque leurs perturbations coïncident avec les grands mouvements atmosphériques et telluriques (tempêtes, cyclones, raz-de-marée, éruptions volcaniques, secousses sismiques, etc.). Ces grands mouvements de l'atmosphère et de l'écorce terrestre sont accompagnés ou suivis de pluies, d'inondations, de fortes modifications de la température et des récoltes, de sorte qu'ils sont loin d'être indifférents pour les habitants de la terre.

En outre, les recherches accomplies, depuis quelques années, montrent que les hommes sont directement influencés par ces perturbations. Ainsi, la recrudescence des maladies et des accidents, les morts subites, les suicides, les crimes absurdes, suivent un rythme parallèle aux secousses atmosphériques et telluriques. Les radiations inconnues, au milieu desquelles nous vivons, semblent donc bien avoir une action biologique et pathologique, dont les animaux et les plantes doivent aussi ressentir les effets.

L'objet de l'Association, qui vient d'être créée, est d'étudier ces effets et de rechercher les moyens de noter, de mesurer et d'inscrire ces radiations inconnues, qui échappent, à peu près complètement, à nos sens et à nos instruments usuels. L'Association mettra en relations les savants et les chercheurs désireux de connaître ces phénomènes, qui transformeront, peut-être, dans un prochain avenir, nos idées sur les causes et le mécanisme de la vie, de la santé, de la maladie et de la mort. Un *Bulletin* sera publié indiquant ou résumant les recherches effectuées dans la plupart des Nations. L'Association tiendra, chaque année, des réunions dans des villes différentes. Le siège social a été installé à Nice, en raison de la facilité d'observations que donne l'atmosphère particulièrement claire de cette région, (cinquante-cinq journées d'observations solaires et stellaires, en janvier et février 1932).

Pour plus amples renseignements, écrire au président de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice (France), qui répondra gratuitement à toutes demandes.

Bal de la Médecine française. — Le septième bal de la Médecine française au profit des veuves et orphelins de médecins, aura lieu le lundi gras 27 février 1933, sous le haut patronage de M. le Président de la République, dans les salons de l'hôtel Continental, rue Rouget-de-l'Isle.

A 22 h. 15, soirée artistique avec le concours de : Mlle Olga Soutzo, première danseuse de l'Opéra : Mme Dolorès de Silvera, de l'Opéra-Comique ; du chansonnier Georges Chepfer ; de M. Moyseenko, de l'Opéra russe, du chef indien Oskomon ; des chœurs alsaciens.

Soirée artistique et bal : 60 francs ; bal seulement : 30 francs ; souper : 65 francs champagne compris. Prendre les cartes à l'avance à la Société F. E. M. (Société de Secours mutuels et de Retraites pour femmes et enfants de médecins), 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Tél. Littré 48-12. C. C. P. 1466-88.

A minuit 30, souper par petites tables, servi par des jeunes filles du monde médical, sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane.

Le nombre des places pour le souper étant limité s'inscrire le plus tôt possible chez Mme Henri Labbé, 52, avenue de Saxe, Paris (7e). Ségur 89-16.

Orchestre Jazz Maurice Maire ; orchestre des quatorze virtuoses russes du Prado.

La conférence mensuelle de l'Union fédérative des officiers de réserve aura lieu exceptionnellement le 27 février au lieu du 20, afin de permettre à ses membres de venir en grand nombre au bal de la Médecine française.

La tenue de soirée est de rigueur.

Fondation J.-B.-A. Chauveau. — La Commission de la Fondation Chauveau s'est réunie à la Faculté de médecine de Lyon le 13 janvier 1933. Elle a décidé à l'unanimité d'attribuer pour 1932 à l'Institut Buisson-Bertrand, de Montpellier, le prix Chauveau (Section médicale) de 2.000 francs pour l'ensemble de ses travaux de pathologie infectieuse expérimentale et comparée, en particulier pour ses recherches sur la fièvre ondulante.

Le prix Chauveau pour 1933 (Section vétérinaire) sera destiné à soulager une infortune de la famille vétérinaire ou à venir en aide à un étudiant ou à un jeune vétérinaire.

Les candidats devront se faire connaître à M. le secrétaire de l'Ecole vétérinaire, 2, quai Chauveau, Lyon, avant le 25 octobre 1933 dernier délai.

Projet de règlement pour le concours de l'internat. — L'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris s'est préoccupée des modifications que les événements de cette année imposeront nécessairement aux concours ultérieurs et dans ses séances du 12 et du 14 janvier dernier, après avoir pris connaissance du rapport d'une commission antérieurement nommée, et dont Jayle lui présenta l'exposé, le Comité vota les propositions suivantes qui expriment seules les vœux de l'Association.

L'anonymat ayant été rejeté par référendum à la majorité des quatre cinquièmes de ses voix (1.322 voix contre 305 voix pour) le Comité n'avait plus qu'à entériner cette décision.

Mais en admettant le retour du concours à ciel ouvert, il a été décidé que l'on ne reviendrait à l'ancienne manière qu'avec le bénéfice des modifications importantes que voici

1° Pour éviter aux candidats la prolongation excessive du

travail absorbant et stérile de la « question », l'admissibilité serait retenue comme définitive après deux acquisitions.

2° Pour éviter que les juges soient liés de trop près aux candidats par des souvenirs de conférences, ou des liens de camaraderie, le jury toujours recruté parmi les médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux, comprendrait même des honoraires et les membres du bureau central n'en feraient partie que quatre ans après leur admission.

3° Pour donner une plus grande importance au côté pratique des questions, et obliger davantage les externes à la fréquentation des services hospitaliers, les sujets de question ont été modifiés comme suit : nous demandons

a) une question d'anatomie et de physiologie,

b) une question de pathologie interne et de *thérapeutique médicale,*

c) une question de pathologie externe et de *thérapeutique chirurgicale pratique.*

4° Pour éviter aux candidats l'inconvénient d'écrire trop longuement et trop rapidement des questions insuffisamment réfléchies, nous demandons une disproportion entre la durée de l'écriture et la durée de la lecture ; par exemple on donnerait trois heures pour la réflexion et pour l'écriture, quinze minutes seulement pour la lecture ; ainsi le candidat limité pour la durée de la lecture aurait intérêt à écrire mieux et plus lentement et surtout à condenser sa pensée avant de la consigner en hâte sur son papier.

Ces propositions ont été remises directement dès le 16 janvier au Directeur général de l'Assistance publique. — Pour le Comité de l'Association, le Président : Prof. F. LEGUEU.

Nécrologie. — Médecin commandant ALIRAT, de Montpellier, chef du service de radiologie de l'hôpital militaire, décédé à l'âge de 45 ans. — Docteur Pierre AYSAGUER, de Paris, 9, rue Mogador (IXe). — Docteur Paul BLOCH, de Paris, 3, rue de la Terrasse (XVIIe), président du Conseil d'administration de la Société des matières colorantes et produits chimiques de Saint-Denis. — Docteur Célestin DELADRIÈRE, père, de Calais, 5, rue des Prêtres. — Docteur Georges DESFOSSEZ, de Coulon (Deux-Sèvres), décédé à la suite d'une intoxication accidentelle, à l'âge de 25 ans. — Docteur Pierre DEVERNOIX, de Clermont-Ferrand, stomatologiste. — Docteur GESCHWID, de l'armée. — Docteur MAILHÉ, médecin-chef de la garnison de Chalon-sur-Saône. — Docteur Arthur RIVIÈRE, de Lyon, oto-rhino-laryngologiste, mort subitement dans la clinique où il opérait, à l'âge de 66 ans. — Il présida pendant longtemps l'Association des anciens internes des hôpitaux de Lyon, et, il y a quelques mois, créait le Cercle lyonnais des Relations intellectuelles. — Professeur ORTONA, décédé à Rome à l'âge de 52 ans. — Docteur Nemesio Fernandez CONCHA, de Lima (Pérou) où il enseigna l'obstétrique. — Docteur Luis RAZETTI, de Caracas (Venezuela). Il fut l'un des fondateurs de l'Académie nationale de médecine de Venezuela. — Docteur Bernard RAWITZ, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Berlin, décédé à l'âge de 75 ans. — Prof. Laurenz HUISMANS, médecin-chef de l'hôpital de Saint-Vincent de Cologne, décédé à l'âge de 65 ans. — Sir Robert JONES, ancien président de l'Association orthopédique britannique décédé à l'âge de 77 ans. — Docteur Malcolm Evan MAC GREGOR, décédé à Cobham Surrey, à l'âge de 43 ans.

BIBLIOGRAPHIE

L'Eglise et la Civilisation au moyen-âge, par Gustave SCHNURER. Traduction française de G. CASTELLA, et de Mme M.- Th. BURGARD, Préface de Edouard JORDAN. Un vol. in-8 de 608 pages, de la *Bibliothèque historique*, 50 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Professeur Gustave Schnürer, qui enseigne depuis de longues années à l'Université de Fribourg, en Suisse, est l'un des médiévistes les plus connus et les plus appréciés.

L'Eglise et la Civilisation au moyen âge est l'œuvre de sa vie entière.

« Le moyen âge, dit-il dans son avant-propos, est la période pendant laquelle l'Eglise exerce une autorité presque incontestée. Aussi, l'étude des rapports qui ont existé pendant cette époque entre l'Eglise et la Civilisation n'est-elle pas un problème nouveau. La réponse qu'on lui a donnée se retrouve toujours, inconsciemment exprimée ou explicite, à la base des jugements de valeur portés sur le moyen âge. Cette étude critique n'a pas toujours été faite, notamment pour de nombreux points de détail, avec le calme et l'impartialité nécessaires. Deux conceptions diamétralement opposées s'affrontaient : l'une déniait au moyen âge toute culture, tandis que l'autre y voyait l'idéal de la civilisation et en attribuait tout le mérite à l'Eglise. Il manquait jusqu'à maintenant une étude d'ensemble qui embrassât tout le moyen âge, en essayant d'expliquer les différentes phases de son développement. »

La préface de M. Edouard Jordan, professeur à la Sorbonne, insiste sur l'importance capitale de cet ouvrage. L'*Eglise et la Civilisation au moyen*

âge est une grande synthèse : celle des origines de notre civilisation occidentale.

Bibliothèque de Philosophie. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris.

Cette collection se propose de rendre des services analogues à ceux que rendent, dans d'autres domaines, la collection Guillaume Budé ou la collection : Les Textes Français.

L'enseignement de la philosophie se heurte, dans bien des cas, à des difficultés d'ordre matériel, dues à un manque de textes : même pour les œuvres philosophiques les plus importantes, il n'existe souvent que d'anciennes éditions introuvables ou des morceaux choisis nettement insuffisants ; c'est, par exemple, le cas pour les Regulæ ou la Correspondance de Descartes, pour le Traité de morale de Malebranche, pour le Traité des sensations de Condillac, etc ... Les étudiants se trouvent dans un embarras extrême pour se procurer les textes qui leur sont nécessaires pour leurs examens. Parfois même les professeurs doivent renoncer à inscrire aux programmes des œuvres, pourtant capitales, les circonstances leur imposant de songer aux éditions existantes plutôt qu'à l'importance réelle des ouvrages. Les œuvres difficiles à trouver restent en marge de l'enseignement : elles sont donc mal connues. Arriverait-on, du reste, plus tard, à se les procurer et à les lire, on n'en aurait point cette connaissance intime, qui naît d'une familiarité acquise dès la jeunesse et qui demeure irremplaçable.

La BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE veut donc combler une lacune. Les textes qu'elle publie sont choisis de telle sorte qu'ils puissent servir de points de départ pour des éditions complètes. Elle se propose de donner sous une forme simple l'ensemble des œuvres des grands philosophes. Elle se propose, d'autre part, de rechercher, dans les œuvres des savants, les textes qui présentent le plus d'intérêt pour la pensée philosophique.

Le grand public y trouvera profit . Il importe que ceux qui aiment à lire trouvent sans peine les livres dont la lecture forme l'esprit. La BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE a pour but de répondre aux goûts des lettrés aussi bien qu'aux besoins des universitaires.

Les textes ont été établis avec le plus grand soin. Ils sont précédés d'introduction destinées à en faciliter la compréhension. L'appareil critique contient, dans chaque cas, ce qui mérite d'être retenu et, pour ne pas rompre la lecture, se trouve rejeté à la fin du volume.

En ce qui concerne les textes latins, il a paru indispensable de faire figurer, en regard, la traduction française, pour que l'intelligence de certaines œuvres capitales soit rendue possible à tous, même sans préparation spéciale.

Ajoutons enfin que la présentation matérielle, particulièrement soignée (format, papier, typographie), fait des ouvrages de la BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE des volumes qui trouveront naturellement leur place sur tous les rayons.

Textes en cours de publication :

René DESCARTES : *Regulæ ad directionem ingenii.* Texte et traduction.

Introduction, notes par Georges Le Roy, professeur agrégé de philosophie (*paru*), 20 francs.

CONDORCET : *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*. Introduction et notes de O. L. Prior, professeur à l'Université de Cambridge (*sous presse*).

RAVAISSON : *Testament philosophique et fragments* (*en préparation*). Introduction et notes par Devivaize, professeur agrégé de philosophie.

Pour paraître ultérieurement :

Textes de CLAUDE BERNARD, MALEBRANCHE, CONDILLAC, DESCARTES, SPINOZA, LEIBNIZ, etc.

Gustave Flaubert. *L'Homme et l'Œuvre avec des documents inédits*, par René DUMESNIL. Un vol. in-8° écu de la collection *Temps et Visages*. 530 pages, sept illustrations en hors-texte. Prix : 30 francs. Desclée de Brouwer et Cie, éditeurs 76 *bis*, rue des Saints-Pères, Paris (VIIe).

Lorsqu'en 1905 parut la thèse de René Dumesnil sur Flaubert, la critique lui fit un acceueil chaleureux.

Au lendemain même de la soutenance, un élogieux article de M. Lucien Descaves, publié le 20 mars, en tête du *Journal*, jugeait, « d'après ces trois cents pages d'une thèse si complète, que le jeune docteur allait être une brillante recrue pour la littérature ». Quelques jours plus tard, Emile Faguet consacrait son article des *Annales* tout entier à l'analyse et au commentaire de ce livre «intelligent, clairvoyant et nécessaire » ; puis M. Henry Mazel, dans la *Revue pour les Français*, M. Antoine Albalat dans le *Journal des Débats* louaient l'auteur de son « travail impartial et sympathique », — « livre de conscience, parmi les meilleurs qui aient exposé la doctrine, les procédés et les œuvres de Flaubert ».

Le public lettré confirma le jugement de la critique. Depuis 1905, aucune étude sur Flaubert n'a paru sans que la thèse de Dumesnil y fût citée et commentée. Bientôt même elle fut épuisée et, devenue rare, fut recherchée des amateurs de livres.

Depuis lors, ses travaux en collaboration avec le regretté René Descharmes (de nombreux articles de revues, dont quelques-uns ont été réunis dans les deux volumes publiés aux éditions du Mercure de France sous le titre *Autour de Flaubert*, 1912), ou seul (achèvement de l'Edition du Centenaire de la *Correspondance de Flaubert*, *En marge de Flaubert*, un volume, Librairie de France, 1928, *La Publication de Madame Bovary* (un volume de la Collection des Grands Evénements littéraires, Malfère, 1928), la « Chronique Flaubertienne » des *Marges*, depuis 1924, ont consacré l'autorité de René Dumesnil dont les travaux constituent l'étude la plus complète et la plus approfondie qui ait été faite du maître de Croisset. En même temps ses autres ouvrages de critique littéraire (*La Publication d'En Route* dans la Collection des Grands Evénements littéraires, *Maupassant et la Normandie*, sous presses chez Armand Colin), de critique musicale (*Le Rythme musical*, éditions du Mercure de France ; *Le Don Juan de Mozart*, et *l'Enseignement de la Musique en France*, à la Librairie de France, *le Monde des Musiciens*, chez Crès, *Richard Wagner*, chez Rieder, les deux volumes sur *l'Histoire de la Musique contemporaine en France*, chez Armand Colin), ses œuvres d'imagination : *l'Absence* (roman, chez Fasquelle), *Quatre histoires couleur des Saisons* (Librairie de France), *les Ridicules du Temps* (aux Editions du Trianon), lui valaient l'estime d'un public de plus en plus étendu.

Le *Flaubert* que René Dumesnil publie aujourd'hui dans la collection « Temps et Visages » peut être regardé comme la mise au point de toutes les connaissances actuelles sur le sujet. C'est le fruit de trente années de travaux ; mais c'est tout le contraire d'un livre aride. Si tout ce qu'on y trouve est vérifié, contrôlé par l'examen le plus attentif des textes et des documents, si cette œuvre est d'un historien probe et d'un critique minutieux, c'est néanmoins une œuvre attrayante, vivante, humaine en un mot. La clarté du plan, l'élégante simplicité du style feront son succès auprès des lettrés et des curieux : l'auteur nous transporte positivement dans le temps et dans le milieu où vécut son personnage.

Un index des noms cités et une table analtytique font en outre de ce livre un véritable instrument de travail, indispensable à tous ceux qui veulent connaître le monde littéraire du XIXe siècle.

Les Intuitions atomistiques. (*Essai de classification*), par Gaston BACHELARD, professeur à la Faculté des Lettres de Dijon. Un vol. in-16 jésus broché, 15 francs. Boivin, et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris.

Prises dans leur aspect historique, les doctrines atomistiques paraissent souvent sous des traits contingents qui en cachent le sens propre. Pour en permettre une étude approfondie, il était donc utile de pousser aussi loin que possible la séparation des arguments et des intuitions. Cette analyse conduit à une classification naturelle très propre à éclairer l'étude des systèmes particuliers.

L'auteur distingue ainsi les atomismes réaliste, positiviste, criticiste et un atomisme qui caractérise un type de pensée essentiellement moderne : l'atomisme axio matique. Vu dans tous ces aspects, l'atomisme se révèle comme une doctrine fondamentale qui peut s'apparenter aux philosophies les plus diverses.

La liaison de la pensée philosophique avec les intuitions les plus simples a aussi été étudiée avec soin. Le problème de la composition phénoménale y est envisagé sous ces deux aspects philosophique et scientifique et les images initiales de l'atomisme sont coordonnées dans une métaphysique de la poussière.

M. Gaston BACHELARD, qui enseigne la philosophie à la Faculté des Lettres de Dijon, a écrit plusieurs ouvrages de philosophie scientifique et d'histoire des sciences. Il était donc particulièrement qualifié pour donner un tableau général des intuitions naïves et savantes de l'atomisme philosophique et scientifique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Plexus choroïdes

Etude physiologique

par **P.-R. BIZE**

Chef de Clinique des Maladies nerveuses à la Faculté

Petites touffes vasculaires d'aspect glandulaire en rapport intime avec les cavités ventriculaires cérébrales, les plexus choroïdes sont longtemps restés peu étudiés et leur rôle ne semblait pas avoir beaucoup inquiété les chercheurs. Ce n'est que depuis quelques années, peut-être en raison de l'importance que prend la chirurgie cérébrale, que ces organes sont devenus un sujet d'actualité et qu'on tend à les réhabiliter.

On distingue deux systèmes de plexus : un groupe antérieur, celui des ventricules latéraux et du IIIe ventricule, formé aux dépens de la toile choroïdienne supérieure ; un groupe postérieur, celui du IVe ventricule, complètement séparé du précédent et formé aux dépens de la toile choroïdienne inférieure.

Les *plexus choroïdes latéraux*, contenus chacun dans la cavité du ventricule latéral correspondant, longent en dehors les bords latéraux du trigone, reposent sur le sillon choroïdien de la couche optique ; ils refoulent, dans la cavité de la corne frontale du ventricule latéral, la lame épithéliale qui constitue, de chaque côté, la paroi ventriculaire dans l'espace compris entre le bord latéral du trigone et le segment externe ou ventriculaire de la couche optique ; ils se prolongent en arrière et en bas sur toute la longueur des parties latérales de la fente de Bichat, contournent l'extrémité postérieure de la couche optique, puis s'infléchissent en bas et en avant le long de la paroi interne de la corne temporale du ventricule latéral. Ils décrivent ainsi une courbe en forme de fer à cheval à concavité antérieure ; le coude s'épaissit en un renflement, le glomus, dont le sommet postérieur se dirige en arrière vers la corne occipitale. Les *plexus choroïdes médians* s'étendent d'avant en arrière, de la base jusqu'au sommet de la toile choroïdienne supérieure : arrivés là, ils s'infléchissent en dehors, l'un à droite et l'autre à gauche ; ils croisent la face inférieure du pilier antérieur du trigone, en regard du bord supérieur du trou de Monro et se continuent au-delà avec les plexus choroïdes latéraux. Les *plexus choroïdes du IVe ventricule* sont représentés par deux cordons longitudinaux (plexus médians), placés de part et d'autre de la ligne médiane, disposés sur le feuillet antérieur ou bulbaire de la toile choroïdienne du IVe ventricule ; par leur extrémité inférieure, ils bordent le trou de Magendi ; à leur extrémité supérieure, ils se continuent en un coude à angle droit, avec les plexus choroïdes latéraux. Ceux-ci se portent transversalement en dehors, recouverts en partie par la ligula correspondante qui s'enroule autour d'eux en un cornet, puis émergent comme d'une corne d'abondance de l'extrémité latérale de la ligula, pour s'étendre au delà des angles latéraux du IVe ventricule, en un véritable bouquet de villosités.

Embryologiquement, il semble, d'après His, que les plexus se développent ainsi : « très tôt apparaît sur la surface cérébrale une fissure, la choroïdienne. En forme de fer à cheval, elle surplombe les couches optiques et s'étend depuis le trou de Monro jusqu'au sommet du lobe temporal. A cette fissure correspond à la surface interne de la vésicule cérébrale une évagination du tissu nerveux nommé : « arc bordant ». Le pli ainsi formé subit de nombreuses transformations : au lieu de proliférer normalement et d'engendrer le tissu nerveux, il s'amincit et forme une couche d'épithélium plat qui reste en relation intime avec les méninges molles. La pie-mère se vascularise fortement, prolifère abondamment et forme des villosités qui pénètrent dans les ventricules cérébraux ». L'origine des plexus choroïdes du III et du IVe ventricules est semblable : elle résulte du double processus ectodermique et mésodermique ; du premier dérive le revêtement épendymaire différencié qui constitue l'épithélium plexuel, du second, les formations méningées qui sont représentées dans le tissu conjonctif et sanguin de la toile et des villosités choroïdiennes.

Ce qui frappe avant tout, lors de l'examen des plexus, c'est leur aspect granuleux ; il résulte de leur structure : observées avec la loupe et dans l'eau, on reconnaît que ces granulations, auxquelles la présence d'une anse vasculaire donne une teinte rougeâtre, sont des touffes de vaisseaux contenus dans des fentes conjonctives, véritables « villosités choroïdiennes ». Ces villosités affectent ordinairement le type en inflorescence pédiculée, longue de 1 à 2 mm. avec division en lobes et lobules disposés en grappes. Chacune de ces villosités comprend : 1° un axe de tissu conjonctif, lâche et mou, à fibres conjonctives minces clairsemées, pauvres en fibres élastiques ; 2° une anse capillaire au milieu de l'atmosphère conjonctive ; 3° un revêtement de cellules épithéliales, cuboïdes, disposées en une seule assise, dont certains caractères rappellent ceux des cellules secrétoires. Au bord libre de l'épithélium, se trouve la membrane limitante (Studnicka, Pettit et Girard), formée de filaments très ténus qui, dans leur ensemble, forment une sorte de « bordure en brosse » ; chaque filament, pour certains auteurs, serait attaché à un microsome, chez l'enfant tout au moins (Davis et Cushing).

Cette disposition en villosités n'est pas sans présenter quelques analogies avec certaines formations glandulaires de l'organisme : telles les villosités intestinales. Aussi, nombre d'auteurs se sont-ils préoccupés de rechercher si, histologiquement, l'épithélium des plexus choroïdes n'était pas plus qu'un simple épithélium de revêtement et ne pouvait être assimilé à un épithélium glandulaire. Faivre, en 1853, Luschka en 1855, décrivent les inclusions hyalines ; Findlay insiste sur la présence de vacuoles ou globes à l'intérieur du cytoplasme ; Galleotti décrit trois variétés d'inclusions intra-cellulaires, les gouttelettes hyalines, les granulations fuschinophiles ou acidophiles et de petits plasmodes basophiles. Pettit et Girard distinguent deux zones cytoplasmiques : une zone basale, contenant le noyau, fortement granulée, semée de granulations irrégulières et disposées en colonnes radiées ; une zone distale, limitée par une ligne courbe irrégulière et composée d'une substance claire, homogène, parsemée de quelques granulations seulement. Puis les travaux se succèdent, les granulations périnucléaires de la portion basale du cytoplasme sont rattachées à des formations mitochondriales, ainsi que le montrent Francini (1896) avec les colorations vitales par le crésyl bleu, Engel (1909) avec le vert-méthyle, Yoshimura (1910) avec les procédés histochimiques, Hworostuchin (1911), Saito (1921) avec l'hématoxiline ferrique. Grynfelt et Euzière (1912), à propos de la variété de structures des cellules des plexus que l'on peut observer chez le même animal, insistent sur le rôle même du mécanisme de la mort : chez les animaux tués par saignée, les cellules sont presque toutes vacuolisées ; chez ceux qui meurent par pendaison, le chondriome est riche et les vacuoles très rares ; ces différents aspects correspondent simplement à des stades différents du travail cellulaire ; la saignée, du fait de l'hypotension intracranienne consécutive, entraîne par réaction un hyperfonctionnement cellulaire, la pendaison, au contraire, un hypofonctionnement.

Avec Ivan Bertrand, il nous a paru intéressant d'étudier les cellules des plexus choroïdes par la microphotographie en éclairage infra-rouge, méthode introduite en histologie par Ivan Bertrand et Calzavara : le photogramme

en infra-rouge, avec plaque sensibilisée avec des corps de la série cyanique permet en effet une définition microphotographique extrêmement précise ; on peut ainsi obtenir, avec le maximum de netteté, des grossissements considérables et même mettre en valeur une architectonie cytoplasmique d'une complexité et d'une richesse étonnante. Appliquée aux plexus choroïdes, cette méthode ne révèle pas les espaces intercellulaires tels qu'on peut les mettre en évidence par les techniques au chromate d'argent de Golgi. Il n'y a pas de bordure en brosse et, quoique la fixation ait été faite sur des pièces fraîches, nous n'avons pu mettre en évidence les cils vibratiles. Le noyau se montre régulièrement sphérique, parfois un peu elliptique : il présente une membrane nucléaire très épaisse ; l'intérieur en est occupé par un réticulum plus ou moins important qui, en certains points, semble condensé en nodules. Le cytoplasme présente un aspect tout à fait particulier. Il existe, disséminées dans le protoplasme, des granulations de très faible calibre, extrêmement abondantes constituant presque une véritable mosaïque : c'est là un aspect absolument caractéristique que le photogramme en infra-rouge permet d'identifier et qui constitue l'appareil granuleux ; la distribution des grains est uniforme, sans systématisation, répartie dans la totalité du cytoplasme ; pour Ivan Bertrand, la signification morphologique de ces granulations n'est pas douteuse : elles correspondent, pour la plus grande part, aux granulations d'Altman ou plus exactement, à ce que l'on désigne sous le nom de mitochondries et dont l'ensemble constitue le chondriome ; mais du fait de l'absence de chromage préalable, insolubilisant les lipoïdes, ce qui est révélé par le photogramme ne saurait être le chondriome intégral, mais plutôt son squelette albuminoïdique.

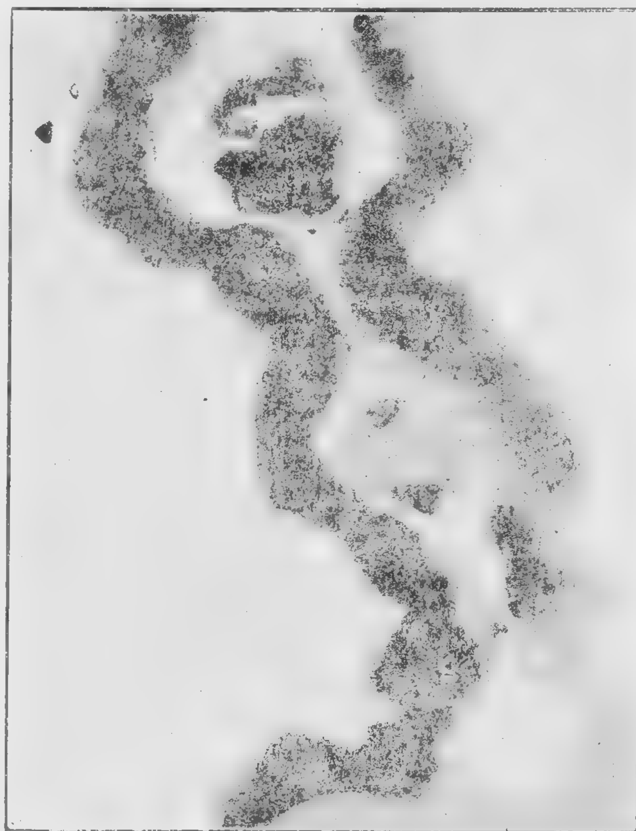
Les résultats obtenus avec les photogrammes dans l'infra-rouge sont donc en harmonie avec ceux obtenus par les différents auteurs avec les techniques habituelles de coloration. Ils montrent, en l'objectivant nettement, presque à la manière d'un schéma, l'existence d'un appareil granuleux important dans le cytoplasme des cellules des plexus choroïdes.

Tous les auteurs sont donc d'accord sur l'existence d'un appareil mitochondrial, d'un système granuleux dans les cellules des plexus choroïdes. En est-il permis d'inférer que ces cellules ont une fonction glandulaire ? Il semble bien que l'appareil granuleux décrit par les différents auteurs et que nous avons pu objectiver nettement, intervienne dans la sécrétion : on ne le retrouve, en effet, au maximum, que dans les cellules sécrétoires : ainsi, Ivan Bertrand et Justin Besançon, examinant comparativement, les cellules du tube contourné avec celles des autres régions du tube urinaire, constatent que celles-ci sont beaucoup plus pauvres en granules cytoplasmiques ; de même en ce qui concerne les cellules du revêtement intestinal : celles-ci sont également munies d'un appareil granuleux particulièrement dense dans la région qui correspond au siège du chondriome étudié par d'autres méthodes. Ainsi, les cellules des plexus choroïdes, de par leur formation cytoplasmique spéciale, semblent bien se rapprocher des cellules de type glandulaire.

La preuve histologique de ce rôle glandulaire a été recherchée par certains auteurs en appliquant aux plexus choroïdes, les méthodes utilisées pour l'étude des autres glandes, savoir l'étude des modifications histologiques consécutives à la mise en activité de la glande par stimulation à l'aide de l'injection de substances dites « sécrétrices ».

Pettit et Girard, en 1903, entreprennent cette étude. Chez des animaux ayant reçu muscarine, pilocarpine, éther, théobromine, les résultats obtenus furent les suivants : à l'état frais, l'augmentation du volume du cytoplasme est telle que la hauteur est augmentée du double. Les globes sont en plus grande abondance ; sur des préparations colorées, la différenciation en deux zones s'exagère, la zone basilaire est dure et granuleuse, prend fortement les colorants : la zone apicale claire, prend un développement considérable aboutissant à la formation d'une masse vésiculaire claire distale. Meek (1907) répétant ces expériences aboutit à des conclusions identiques, de même Francini à l'aide du crésyl-bleu, colorant vital; Ciaccio et Scaglione notent qu'après l'injection de pilocarpine, les cellules choroïdiennes sont bourrées de granulations colorées.

Nous nous sommes demandés si les photogrammes en infra rouge n'étaient pas susceptibles d'objectiver nettement ces modifications ; effectivement, après l'injection de pilocarpine, le photogramme obtenu est absolument différent : la cellule est dans l'ensemble, plus large et moins haute ; le cytoplasme n'est plus homogènement granuleux : il est différencié en deux zones, basilaire et distale ; la zone basilaire est très granuleuse, nettement



Microphotogramme dans l'infra-rouge.
Fig. 1. — Plexus choroïde normal (chien témoin).

délimitée, élargie et la cellule semble s'être tassée vers la base : la zone distale est, au contraire, claire, ne contenant que peu ou pas de granulations et ses contours sont indécis, vésiculeux. Une des cellules du photogramme que nous avons obtenu et que nous reproduisons ci-dessus, est particulièrement intéressante ; elle donne l'impression d'une expulsion des granulations de la zone basilaire vers la zone vésiculaire ; le noyau a également changé d'aspect : il est devenu plus basilaire, il est beaucoup moins dense, les contours en sont encore nets, mais le réticulum est moins épais ; du réseau chromatinien dense, il n'existe plus qu'un nodule arrondi à topographie excentrique. Ces modifications d'aspect sont donc parallèles à celles observées par Pettit et Girard. Incontestablement donc, il semble bien que les cellules des plexus choroïdes subissent des modifications structurales à la suite de l'injection de substances augmentant les sécrétions.

De cet ensemble de faits : situation anatomique au sein même des cavités ventriculaires, disposition structurale


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

en villosités avec axe conjonctivo-vasculaire et revêtement épithélial, morphologie cellulaire spéciale avec appareil mitochondrial, comportement histologique particulier aux agents chimiques modificateurs des sécrétions, il semble bien que l'on puisse être autorisé à admettre que les plexus choroïdes jouent un rôle physiologique important, d'ordre glandulaire, dans la biologie méningo-névraxique. Effectivement, de nombreuses fonctions tendent actuellement à être attribuées aux plexus choroïdes.

***

Rôle dans la sécrétion du liquide céphalo-rachidien

Willis, en 1664, semble être le premier à avoir affirmé le rôle des plexus choroïdes dans la genèse du liquide céphalo-rachidien : « On doit tenir pour certain, écrit-il, que les glandes des plexus choroïdes, trop pleines, y laissent distiller (dans les ventricules cérébraux), une humeur semblable (le liquide céphalo-rachidien). J'ai vu souvent, dans des cerveaux hydropiques, des glandes gonflées et, comme des grains d'orge, crevant par excès d'humidité, devenir flasques à la pression et laissant échapper leurs sérosités dans le ventricule ».

Envisageons tout d'abord les arguments invoqués en faveur de l'origine plexuelle du liquide céphalo-rachidien.

Arguments histologiques. — La plupart des auteurs, nous l'avons vu, sont d'accord pour affirmer la présence, dans les cellules des plexus choroïdes, d'un chondriome variant fonctionnellement, et sur les changements apportés dans la morphologie cellulaire par les substances excitantes des processus de sécrétion. Est-il permis d'en inférer, que ces cellules, incontestablement de nature glandulaire, ont une fonction de sécrétion ? D'après Schlapfer, les granulations dérivent du noyau et seraient des formes initiales de gouttelettes ; les glyco-protéides qu'elles contiennent contribueraient à l'alcalinité du liquide céphalo-rachidien. Yoshimura établit que les vésicules qui retiennent le rouge de la safranine se trouvent surtout près du pôle distal des cellules et il les considère comme des gouttelettes de sécrétions contenant de la fibrine, des lipoïdes et du glycogène.

Nombre d'auteurs, par contre, estiment que ces faits, si incontestables soient-ils, ne constituent pas la preuve péremptoire d'une fonction de sécrétion ; les modifications structurales fonctionnelles observées, peuvent tout aussi bien être le fait d'un processus de résorption ; du fait que l'on peut trouver chondriomites, mitochondries et grains dans une cellule, on ne peut en déduire le sens de son fonctionnement ; c'est ainsi que Bouin et Prenant ont pu écrire : « la distinction de deux sortes de sécrétions est plutôt une donnée physiologique qu'un résultat de l'observation histologique » ; autrement dit, on ne sépare pas aisément, sous le microscope, le processus de sécrétion interne de la cellule de celui de la sécrétion externe. Certains vont même plus loin. Pour eux, la présence d'organes décrits comme spécifiques de la sécrétion : chondriome ou appareil de Golgi, ne semble plus avoir le sens qu'on lui prête classiquement. Ainsi Para et Painlevé, par coloration vitale au vert janus du pancréas de triton de grenouille, sont arrivés à la conclusion que la vésiculation du chondriome et tous les termes de passage entre cet organe et les produits d'élaboration ne sont que des artéfacts et qu'en définitive, le chondriome subit peu de transformations au cours du processus de sécrétion.

A ces critiques d'ordre théorique, d'autres auteurs apportent des critiques d'espèces : Weed se demande si les modifications observées n'indiquent pas simplement un passage de l'eau du plasma à travers les cellules, sans qu'il s'agisse pour cela de sécrétion proprement dite. Cependant, le photogramme en infra-rouge montre de telles modifications de la cellule portant, et sur le noyau, et sur la disposition des granulations, qu'il semble difficile de les expliquer par un simple phénomène mécanique de transudation séreuse. Becht, dans une étude critique très pénétrante, note que les modifications histochimiques, subies par les cellules choroïdiennes, ne sont pas absolument superposables à celles des cellules secrétantes type ; on pourrait arguer contre cette critique que les cellules choroïdiennes ne peuvent être en tous points comparables aux cellules parotidiennes, du fait même de leur disposition architectonique (villosités), du fait de leur situation (cellules baignant dans un milieu liquide) ; que d'autre part, il serait assez curieux que le même agent physique puisse provoquer, d'une part des phénomènes histo-chimiques de sécrétion au niveau des cellules parotidiennes, lacrymales, pancréatiques, et d'autre part, des phénomènes histo-chimiques inverses, soit de résorption, au niveau des cellules choroïdiennes.

Arguments expérimentaux. — a) *Ecoulement provoqué du liquide céphalo-rachidien.* — Cavazzani le premier, en utilisant ce qu'il appelle la fistule rachidienne, étudie les conditions d'écoulement normal du liquide céphalo-rachidien et constate que cet écoulement a lieu d'une manière continue et uniforme.

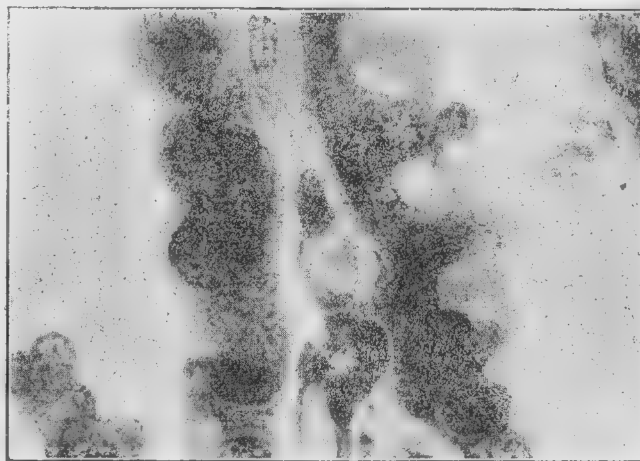


Fig. 2. — Plexus choroïde en activité (chien pilocarpihé) : différenciation cytoplasmique ; zone basilaire granuleuse, zone apicale vésiculeuse ; coloration nucléaire intense.

Capelletti montre que sous l'influence de certains médicaments (éther-éthylique, pilocarpine), il se produit une accélération dans l'écoulement ; par contre, l'atropine, l'hyoscyamine retardent considérablement l'écoulement jusqu'à le suspendre. A la suite des travaux de Dandy et Blackfan sur l'hydrocéphalie expérimentale, certains auteurs, Weed en particulier, préconisèrent une technique plus rigoureuse en cathétérisant directement l'aqueduc de Sylvius, le liquide ainsi obtenu représentant la seule sécrétion des plexus choroïdes. Les résultats que ces auteurs obtinrent se montraient parallèles à ceux de Cavazzani et Capelletti.

Le liquide obtenu vient-il des plexus choroïdes ou des cellules épendymaires ? La preuve ne saurait être histologique, mais il semble bien que, pratiquement, la quantité secrétée par ces cellules doive être négligeable par rapport à celle qui vient des plexus. On a objecté à ces expériences que le liquide céphalo-rachidien obtenu provenait, non pas d'une secrétion véritable, mais de l'influence vaso-motrice des substances utilisées et à la suite de laquelle il s'établirait une augmentation ou une diminution de la pression céphalo rachidienne, d'où une augmentation ou une diminution dans l'écoulement du liquide, tout se réduisant ainsi à un phénomène purement mécanique. Mais en pratique, cette objection est-elle absolument rédhibitoire ? Il est un fait incontestable :

◆◆◆

l'augmentation de l'écoulement sous l'influence de certains agents pharmacodynamiques, cette augmentation semble bien avoir son siège dans les ventricules ; importe-t-il donc tant de savoir si cette hyper-production résulte de phénomènes secrétoires directs vrais ou, au contraire indirects, vaso-moteurs ?

b) *Extirpation des plexus choroïdes.* — Au cours de ses recherches, sur l'hydrocéphalie expérimentale, Dandy a fourni une preuve qu'il considère comme absolue, du rôle des plexus choroïdes dans l'élaboration du liquide céphalo-rachidien, écartant en même temps toute participation des cellules épendymaires. Dans un premier temps, il enlève le plexus choroïde du ventricule latéral d'un côté ; dans un deuxième temps, il extirpe le plexus choroïde du côté opposé ; à la suite de ces interventions les ventricules latéraux se collabent et si l'on cathétérise l'aqueduc de Sylvius, on ne peut retirer du liquide céphalo-rachidien qu'en très petite quantité. Dans une autre expérience, il enlève les plexus choroïdes d'un côté, puis obture les deux trous de Monro avec un fragment d'aponévrose ou de péritoine, après avivement des bords de chaque orifice. On observe alors du côté où le plexus est enlevé, un affaissement des parois ventriculaires, tandis que de l'autre côté se produit une dilatation progressive.

Ces expériences prouveraient à l'évidence que le liquide ventriculaire est formé par les seuls plexus choroïdes. Il y a lieu de noter que seul, Dandy semble avoir réussi cette expérimentation ; Becht, en 1920, relevait que, jamais, l'opération très souvent tentée, n'avait pu être menée à bien, les difficultés techniques étant considérables ; Chiasserini déclare cette expérience impossible : nous devons noter également, qu'ayant personnellement tenté plusieurs fois cette intervention chez le chien, nous n'avons jamais pu la réussir.

c) *Faits opothérapiques.* — Ces faits reposent sur des expériences très précises de Dickson et Halliburton, reprises, ultérieurement, par différents auteurs : Weed, Becht, Cestan et Riser et sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Il en ressort que l'extrait glycériné des plexus choroïdes donnerait une augmentation nette de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien.

d) *Constatations opératoires.* — Dans ce domaine, une observation de Cushing est assez intéressante, et voici ce qu'écrit cet auteur : « J'ai eu l'opportunité dans une ou deux occasions d'observer les plexus choroïdes à travers une large brèche encéphalique et j'ai vu le liquide exsuder de la surface des plexus ».

Arguments anatomo-pathologiques. — *Les hydrocéphalies ventriculaires.* — Expérimentalement, la réalisation de l'hydrocéphalie par le blocage de l'aqueduc de Sylvius, constitue en faveur de l'origine plexuelle, un argument difficile à réfuter. Du fait même de l'accumulation de liquide céphalo-rachidien qui se produit en amont du blocage, il est difficile d'invoquer un mécanisme autre que celui d'une sécrétion qui continue à se produire en amont, et donc, d'origine intra-ventriculaire. Ces hydrocéphalies par blocage sont relativement faciles à produire expérimentalement, plusieurs auteurs ont pu assez aisément les réussir et, personnellement, nous avons pu les provoquer par oblitération expérimentale de l'aqueduc de Sylvius.

Dandy fit la contre-expérience suivante : dans un premier temps, il réalise l'hydrocéphalie expérimentale par oblitération de l'aqueduc de Sylvius. Dans un second temps, il enlève les plexus choroïdes de l'un des ventricules latéraux et oblitère le trou de Monro du même côté ; du côté de l'excision du plexus, le ventricule latéral se collabe, de l'autre, il reste dilaté.

Si d'ailleurs, l'expérimentation n'est pas toujours d'une interprétation univoque, et à la rigueur ne saurait constituer toujours une démonstration absolue, beaucoup plus nets sont sous ce rapport les faits que nous offre la clinique ; en effet, les cas d'hydrocéphalie ventriculaire par oblitération totale ou partielle des voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien, des ventricules vers les régions sous-arachnoïdiennes, sont des plus fréquents (tumeur du IVe ventricule, tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, tumeur du tronc pédonculaire) ; il est difficile dans ces cas d'invoquer un mécanisme autre que celui de la persistance de la sécrétion des plexus choroïdes : du fait du blocage, l'évacuation ne se produit plus et la résorption devient insuffisante : le liquide céphalo-rachidien continue à être secrété, s'accumule et, partant, dilate le système ventriculaire.

Arguments thérapeutiques. — Est-il possible, inversement, de diminuer la quantité de liquide ventriculaire en agissant sur les plexus choroïdes.

Cushing a pu observer, sur un homme, que la ligature des plexus choroïdes était suivie de la cessation immédiate de la sécrétion. Dandy préconise l'excision des plexus choroïdes latéraux dans les hydrocéphalies communicantes ; il en rapporte quelques observations suivies d'amélioration, mais les opérés n'ont pu être suivis longtemps.

Cestan, Riser et Perez ont noté que chez les paralytiques généraux l'injection intra-ventriculaire de néo-salvarsan était susceptible de diminuer la sécrétion plexo-choroïdienne. Une de leurs malades reçut 6 milligrammes de ce médicament en quatre fois à six jours d'intervalle ; à la fin de cette série, on ne pouvait retirer des ventricules latéraux que quelques centimètres cubes de liquide chargé de cellules choroïdo-épendymaires très altérées.

D'autre part, certaines observations tendent actuellement à faire admettre que la radiothérapie a une action directe sur les plexus choroïdes (Galitzer, Marburg et Spiegel). Marburg rapporte d'ailleurs comme preuve irréfutable l'étonnant succès thérapeutique obtenu chez un homme de 50 ans qui, depuis deux mois, jour et nuit, sans arrêt, perd par le nez, à chaque minute, 15 gouttes d'un liquide assimilé, par l'analyse chimique, au liquide céphalo-rachidien ; 15 jours après les séances de radiothérapie, l'écoulement diminua au point d'être réduit à quelques gouttes seulement en 24 heures.

***

Malgré une telle abondance de preuves, dont quelques-unes semblent pouvoir être à l'abri de toute critique, il ne manque pas d'auteurs qui nient le rôle secréteur des plexus choroïdes et qui admettent l'ORIGINE EXTRA-PLEXUELLE du liquide céphalo-rachidien. Pedrazzini, Schmidt, Spina et plus récemment Mestrezat ont émis l'hypothèse d'une origine extra-plexuelle du liquide céphalo-rachidien. Suivant cette conception, le liquide serait produit soit au niveau des vaisseaux pie-mériens (source vasculaire), ou bien proviendrait de la profondeur du parenchyme nerveux en suivant les gaines péri-vasculaires ; quelques auteurs même (Mestrezat, Girard), considèrent le liquide céphalo-rachidien comme d'origine uniquement extra-plexuelle, les plexus choroïdes devenant avant tout des formations de résorption. Existe-t-il donc une source extra-plexuelle de liquide céphalo-rachidien ?

Le liquide céphalo-rechidien, de par sa nature physico-chimique, se conduit comme un dialysat du sérum sanguin, c'est un dialysat équilibré (Mestrezat). Le liquide céphalo-rachidien est en effet, selon l'expression d'Halliburton : « An ideal physiological salt solution », caractérisé par l'absence presque complète de constituants colloïdaux et par une teneur en NaCl plus forte que celle du plasma sanguin : les protéines du plasma dialysant difficilement, l'organisme doit faire appel aux molécules de NaCl pour réaliser l'isotonie. Il se produirait ainsi entre le liquide céphalo-rachidien et le plasma un équilibre de Donnan. Si le liquide céphalo-rachidien peut se former par dialyse, on en déduit logiquement qu'il prendra naissance partout où le plasma sanguin sera en con-

tact avec une membrane dialysante dont la paroi des capillaires est le type. C'est dire que le liquide céphalo-rachidien pourrait se former au niveau de tous les capillaires du système nerveux central.

Spina mettant à nu le cerveau d'un animal par trépanation, puis injectant de l'adrénaline dans les veines, voit apparaître à la surface des gouttelettes de liquide, ce qui semblait assez concluant. D'après Riser et Sorel, cette expérience reposerait sur une erreur ; si en effet, avant l'injection d'adrénaline on ouvre la membrane atloïdo-occipitale pour donner issue au liquide ventriculaire, après l'injection, les vaisseaux deviennent bien turgescents, mais les espaces sous-arachnoïdiens sont vides : les conclusions de Spina semblent ainsi inexactes.

Dans les faits d'hydrocéphalie bloquée, ou de cloisonnement rachidien par une compression serrée, la source plexo-choroïdienne de liquide se trouve exclue dans le cul-de-sac méningé sous-jacent au blocage. Dans ces conditions, la ponction au niveau du cul-de-sac permet de retirer du liquide, malgré l'absence d'apport de liquide ventriculaire : mais il y a lieu de noter (Riser et Sorel) que dans ces cas, le liquide ne se reforme que très lentement, alors qu'au-dessus du blocage, la reproduction, après évacuation préalable, est rapide. Expérimentalement, Bungart, Ropke, Weigelt, Riser et Sorel, cloisonnent les espaces sous-arachnoïdiens, par ligature périmédullaire et étudient le liquide céphalo-rachidien sous-jacent : tous sont d'accord pour noter la reproduction très lente et infime du liquide ; au contraire, sur l'animal non cloisonné, après évacuation du liquide céphalo-rachidien lombaire, la reproduction est rapide et abondante.

Certains auteurs (Mestrezza, Lewandowski) ont essayé par des expériences de perméabilité méningée, d'apporter un argument en faveur de l'origine extra-plexuelle. En fait, il est légitime de conclure que, dans des conditions rigoureuses d'observations et d'expériences, il semble bien que la perméabilité ait lieu à tous les étages du névraxe, grâce à des phénomènes de perméabilité vasculaire. Il est évident qu'il y a des échanges perpétuels entre le sang et le liquide céphalo-rachidien et l'humeur interstitielle péri-cellulaire ; mais ces phénomènes n'ont rien de commun avec la production du liquide céphalo-rachidien lui-même au niveau des capillaires, et aucun fait ne le prouve d'une façon incontestable.

Ainsi, malgré quelques réserves parfaitement justifiées concernant certains arguments, il semble bien que l'on soit autorisé à admettre que la source de beaucoup la plus importante et la plus régulière du liquide céphalo-rachidien soit d'origine ventriculaire ; elle est, avant tout, pour ne pas dire uniquement, plexuelle. La formation extra-plexuelle, au contraire, paraît beaucoup moins convaincante ; que si, en tout cas, elle existe, elle paraît infime eu égard à la source ventriculaire.

Quant à préciser qu'au niveau du plexus, la formation de liquide est un processus purement cellulaire, une secrétion véritable, ou au contraire, un processus de filtration à travers la paroi vasculaire, simple phénomène de dialyse régi par les lois de l'osmose, le problème est plus délicat. Peut-être les deux mécanismes entrent-ils en jeu : à la paroi vasculaire correspondrait le passage de l'eau, à l'épithélium plexuel, la sélection des constituants du plasma et la protection vis-à-vis des substances étrangères ; mais il ne s'agit là que d'hypothèses.

***

Fonction de résorption du liquide céphalo-rachidien

Pour certains auteurs, en dehors même ou à l'exclusion de leur fonction secrétoire, les plexus choroïdes joueraient un rôle important dans l'absorption du liquide céphalo-rachidien. Vésale, en 1453, attribuait déjà aux plexus choroïdes, la propriété de pomper l'eau épanchée dans les ventricules. Les argument invoqués et soutenus par les défenseurs de cette théorie, sont les suivants :

Faits histologiques. — Askanazy souligne le fait que les plexus n'ont pas une structure de glande mais de villosité dont les analogies sont grandes avec la villosité intestinale, formation d'absorption par excellence ; il rappelle qu'Hérophile d'Alexandrie appelait déjà les plexus « formation choroïdienne » à cause de leur rapport morphologique avec le chorion et que, plus tard, les anatomistes ont parlé de placenta cérébral. Le principal argument qu'invoquent les auteurs, Askanazy, De Harven, Dustin, c'est la constatation dans l'épithélium choroïdien de formations incluses spéciales se présentant comme un agrégat de petites particules et même comme une boule homogène, comparable à une boule myélinique, comme on en trouve dans la dégénérescence des fibres nerveuses ; ces inclusions ont les réactions histo-chimiques des graisses ou des lipoïdes, mais diffèrent de la myéline car elles ne se colorent pas par la méthode de Weigert et de Marchi. Ciacco et Scaglione admettent qu'elles sont formées d'un mélange de graisses neutres et de lipoïdes ; ces corps, pour Lewandowsky, Askanazy seraient des produits de déchet de cellules nerveuses et non des produits de secrétion, car elles manquent chez le nouveau-né et sont surtout abondantes chez le vieillard.

Askanazy décrit aussi des formations calcaires d'apparition assez précoce et qui seraient dues à une soustraction de chaux au milieu environnant par la cellule choroïdienne. De ces constatations, les auteurs concluent à une fonction de résorption aux dépens des lipoïdes ; ces faits paraissent incontestables, mais d'une fonction de résorption des lipoïdes ou des sels calcaires de déchets, est-on en droit de conclure à la résorption du liquide céphalo-rachidien ?

Le même reproche peut s'adresser aux arguments basés sur la résorption par la cellule choroïdienne de corps étrangers injectés dans le liquide céphalo-rachidien. Nous verrons plus loin cette fonction spéciale et qui semble fondée. Il y a lieu, croyons-nous, de distinguer résorption du liquide céphalo-rachidien, milieu simplement aqueux et résorption des produits de déchets exogènes ou endogènes, corps insolubles, les lois physiques, chimiques et biologiques qui régissent ces deux milieux étant absolument différentes ; pas plus d'ailleurs qu'on ne pourrait arguer de la non-secrétion plexuelle du liquide céphalo-rachidien de par le fait que des corps insolubles injectés dans la circulation sanguine ne sont pas retrouvés dans le liquide céphalo-rachidien.

Les faits expérimentaux et anatomo-cliniques, à notre avis, semblent absolument contraires à la théorie plexuelle de résorption : le fait même de la possibilité d'existence d'hydrocéphalie, à la suite de l'oblitération ventriculaire, implique que la résorption ventriculaire et, partant, la résorption plexo-choroïdienne sont pratiquement nulle. A cela, d'ailleurs, les défenseurs de la résorption plexuelle répondent que si la résorption est impossible, c'est justement parce que les plexus sont lésés et que le *primum movens* de l'hydrocéphalie est l'altération plexuelle. Effectivement, Sandoz a trouvé les lésions inflammatoires de l'épendyme ventriculaire et des plexus choroïdes ; Gaujoux, une endo-péri-artérite syphilitique des vaisseaux plexuels ; Haushalter et Thiry, des modifications à type de sclérose ; Merle, l'enrobement des plexus par une coque de tissu conjonctif fibreux isolant complètement les éléments épithéliaux de la cavité ventriculaire ; dans la suite Parkes-Weber, Trochine, Reymond, Kitabayashi, Haschiguchi, Caussade, notent également qu'il apparaît dans l'immense majorité des cas que l'accumulation de liquide céphalo-rachidien s'accompagne d'une sclérose et d'une dégénérescence de l'épithélium des plexus. Mais est ce à dire que ces altérations sont bien la cause ? Il semble

tout aussi légitime d'admettre qu'elles ne sont que l'effet et alors l'argument dit crucial s'effondre.

Que voyons-nous en effet dans la plupart des hydrocéphalies mécaniques, par tumeur, par exemple, de l'angle ponto-cérébelleux ou du IVe ventricule : au fur et à mesure de la striction ou l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius se prononce, le syndrome d'hypertension s'accuse et les ventricules se dilatent. Le blocage n'est pas une vue de l'esprit. L'étude simplement macroscopique des pièces anatomiques le montrent suffisamment ; nous en avons rapporté de nombreux exemples dans notre thèse. Il apparaît d'une façon constante que dès qu'un obstacle survient sur l'une des parties du système ventriculaire, toute la partie en amont se dilate alors que tout le territoire en aval demeure normal et même s'affaisse.

Certains auteurs arguent encore que la présence même de la néoplasie est susceptible de léser les plexus (altérations toxiques ou inhibition réflexe), partant diminue la résorption du liquide et donc entraîne son accumulation ; comment expliquer alors que toutes les néoplasies cérébrales ne s'accompagnent pas obligatoirement d'hydrocéphalie et que seules celles situées sur le trajet ventriculaire en comportent. Ainsi que les plexus soient lésés au cours des hydrocéphalies mécaniques, le fait n'a rien d'impossible en raison même de l'hypertension considérable du liquide enclos, mais cette altération peut aussi bien être l'effet que la cause.

Est-ce à dire que les ventricules ne résorbent pas ? Dandy étudiant l'élimination de la phénol sulfone-phtaléine injectée dans les ventricules d'hydrocéphale, établit que si, dans les formes communicantes l'élimination est rapide, dans les formes obstructives, l'élimination existe aussi mais est très retardée, ce qui indique ainsi la possibilité de résorber pour les ventricules. Mais entre simple possibilité de résorption et fonction véritable, il y a une marge. De même, étudiant l'influence des injections intra-veineuses hypertonique sur la résorption ventriculaire, Forbes, Frémont-Smith et Wolf, constatent, après injection ventriculaire de la solution ferro-cyanique de Weed, que la lumière des capillaires des plexus choroïdes contient des parcelles bleues ; ces expériences semblent démontrer que la direction du liquide céphalo-rachidien à travers les plexus choroïdes peut être renversée en augmentant la pression osmotique du sang, mais elle n'infirme nullement qu'à l'état normal les plexus choroïdes jouent un rôle dans la résorption du liquide céphalo-rachidien.

En conclusion, la résorption plexo-choroïdienne semble pratiquement nulle ; seules les cellules épendymaires paraissent jouer un certain rôle, mais c'est, semble-t-il, plus un rôle de protection que de résorption véritable. Quel est alors le mode de résorption du liquide céphalo-rachidien ? Ce serait sortir du cadre de cet article que d'entrer dans les détails ; nous les avons exposés dans notre thèse ; nos conclusions étaient les suivantes : « le drainage par la voie lymphatique invoqué par certains auteurs, semble pratiquement infime ; le drainage par voie veineuse, au contraire, de beaucoup le plus important : il semble que dans les conditions normales, la résorption ait lieu au niveau des sinus par les granulations de Pacchioni, ou à leur défaut par les villosités arachnoïdiennes. Celle-ci se ferait, non par l'intermédiaire de stomates, mais par simple filtration : il est possible que, dans certaines conditions, la résorption suive non seulement une voie sinusale, mais encore capillaire diffuse : au niveau des veines de l'espace sus-arachnoïdien, et au niveau des capillaires des espaces péri-vasculaires.

***

Fonction de sélection et de protection

Barrière externe

Le système nerveux semble protégé par une formation spéciale qui, non seulement sélectionne les constituants normaux du plasma destinés au liquide céphalo-rachidien, mais encore empêche les substances étrangères, microbiennes ou toxiques, véhiculées dans le sang, de se retrouver dans ce liquide. Ainsi paraît établie une véritable barrière dont le substratum est constitué pour certains par les méninges cérébro-spinales (Sicard, Kafka, Rotky, Lavalle) d'où le nom « d'imperméabilité méningée » ; pour d'autres, par les plexus choroïdes (Schmorl, Goldmann, Zangger, puis Weed, Allende-Navarro, von Monakow), d'où le terme d' « imperméabilité choroïdienne » ; par l'endothélium vasculaire (Cestan, Riser et Laborde, Spatz, Walter), d'où l'expression d' « imperméabilité vasculaire » ; par le système réticulo-endothélial de la leptoméninge (N. Zand) ; enfin, pour Stern et Gautier, non seulement par les plexus choroïdes, mais encore par différents tissus (névroglie, épendyme, granulations de Pacchioni, glande pinéale, endothélium vasculaire), à l'exclusion des méninges et dont ils nomment l'ensemble : « barrière hémato-encéphalique ».

Vis-à-vis des constituants normaux du plasma, cette barrière joue un double rôle : rôle de sélection, en ne laissant passer que certains d'entre eux, rôle de régulation, en modifiant la concentration de ceux qui sont admis à passer. Effectivement, le liquide normal ne contient ni albumose, ni peptone, ni globuline, ni fibrine ; il est en général assez pauvre en ferments ; il est reconnu que même les anticorps de sérums sanguin ne passent pas facilement ; il n'y a ni complément, ni opsonines, ni antitoxines (Kolmer) ; enfin les pigments biliaires du sérum, dans la règle, ne se retrouvent pas non plus dans le liquide. D'autre part, les chlorures sont en quantité notable (7,33 % au lieu de 5,70 % dans le sérum), de même les sels de calcium (0,15 ‰) et même les sels de magnésium (125 unités au lieu de 100) ; par contre le liquide céphalo-rachidien est plus pauvre que le sang en urée (0,22 ‰), acide urique (0,05 ‰) et en ammoniaque (traces) et sucre (0,5 % au lieu de 1 %).

En ce qui concerne les substances étrangères à l'organisme, elles se classent en deux groupes : certaines, comme l'alcool, le chloroforme, l'acétone, les sulfo-cyanures, le salicylate, la morphine, la strychnine, sont faciles à mettre en évidence dans le liquide céphalo-rachidien, 20 à 30 minutes après leur injection intra-vasculaire ; d'autres, au contraire, comme les ferro-cyanure, le bleu trypan, la phénol sulfone-phtaléine, l'éosine, même injectées en quantités élevées et pendant un temps suffisant, ne se retrouvent ni dans le liquide céphalo-rachidien ni dans le parenchyme nerveux.

Quant aux agents microbiens, le méningocoque par exemple, ils peuvent, de la cavité nasale, gagner les méninges soit par les vaisseaux nourriciers du sphénoïde, ou par la gaine sous-arachnoïdienne des filets nerveux de l'olfactif, véritable propagation par continuité, ou bien, par voie sanguine, atteindre les plexus choroïdes, dans lesquels on peut les retrouver, cela avant même que la méninge soit atteinte (Lewkowicz), véritable « choroïdite primitive ».

Dans les états méningés chroniques et surtout aigus, les choses se passent tout autrement : la perméabilité de la barrière est accrue à l'égard de substances qui normalement passent dans du sang dans le liquide ; par ailleurs, les corps qui, à l'état normal, sont retenus dans le torrent sanguin, comme le ferro-cyanure, les iodures, les anticorps, sont retrouvés dans le liquide.

Quel est le rôle des plexus choroïdes dans cette fonction de protection et de sélection ? Les auteurs sont loin d'être d'accord.

Goldmann, chez des animaux imprégnés de bleu trypan, remarque que les plexus sont fortement teintés de bleu, alors que le système nerveux et le liquide céphalo-rachidien demeurent incolores. Kafka utilisant l'uranine de la même façon, fit les mêmes remarques ; aussi, ces auteurs attribuent-ils aux plexus, une fonction spéciale.

Pour Mme Zand, les plexus ne jouent aucun rôle particulier. Si, en effet, dans une série d'expériences, on extirpe des plexus choroïdes d'un ventricule latéral, et qu'après guérison des animaux, on les colore vitalement par les injections intra-veineuses de bleu trypan, le système nerveux n'est pas coloré : donc l'absence du plexus n'a pas modifié le fonctionnement de la barrière protectrice ; cette expérience, n'était la difficulté de technique d'extirpation des plexus, semblerait cruciale. Pour Cestan, Riser et leurs élèves, l'épithélium choroïdien, pas plus que l'épithélium épendymaire, n'ont de rôle protecteur ; ces auteurs, après ligature méningée, isolant le cul-de-sac lombo-sacré de l'influence des plexus, constatent, après injection intra-vasculaire de glucose, que ce corps est capable d'enrichir le liquide du cul-de-sac isolé, ce qui, démontrerait que l'épithélium plexuel ne joue aucun rôle d'arrêt.

Nous nous demandons cependant si ces expériences démontrent d'une façon absolue la non-participation des plexus à la fonction protectrice : les substances injectées sont en effet des cristalloïdes éminemment dialysables, susceptibles de franchir toutes les membranes sans qu'un pouvoir de protection puisse s'exercer : ils ne sont même pas régis par les mêmes lois que les colloïdes ou les corps insolubles et ce sont justement ces derniers que Goldmann, Kafka, trouvent arrêtés au niveau de l'épithélium plexuel. Aussi, croyons nous qu'on n'a pas le droit d'éliminer délibérément les plexus choroïdes de la fonction de la protection du système nerveux.

***

Fonction d'élimination.

Barrière interne.

Sicard, un des premiers, semble avoir attiré l'attention sur cette fonction : ayant injecté par voie sous-arachnoïdienne lombaire, une émulsion de charbon, il constate que ces particules se retrouvaient au niveau des ventricules latéraux, se rassemblaient autour des plexus choroïdes pour être éliminés lentement par les canalicules lymphatiques de ces organes. Une série d'arguments plaide actuellement en faveur de cette manière de voir.

Arguments anatomo-histologiques. — Nous en avons parlé plus haut : c'est la constatation dans les cellules plexuelles de formations incluses spéciales ayant les réactions histo-chimiques des graisses et des lipoïdes et qui semblent des produits de déchet de la cellule nerveuse. Askanazy décrit aussi des formations calcaire.

Dustin constate que lorsqu'un traumatisme détruit une certaine quantité de substance nerveuse, on observe rapidement l'augmentation des inclusions lipoïdiques à l'intérieur des cellules épithéliales plexuelles, puis leur passage au bout de quelques jours dans l'axe des villosités.

Arguments expérimentaux. — La technique expérimentale est à peu près toujours la même. Elle consiste à faire l'injection intra-ventriculaire d'une substance facilement décelable par l'examen histologique. Merle injecte du carmin dans les ventricules, sacrifie l'animal au bout de quinze jours et constate que les plexus sont absolument bourrés de grains de carmin en quantité plus considérable que la zone épendymaire ; ils sont rares dans le protoplasme et entre les cellules mais s'accumulent sur l'épithélium où ils sont phagocytés par des cellules migratrices. A sa suite, Klestadt, Bujard, Fieschi, Cestan, Riser et Laborde, et plus récemment Girard, dans des expériences très précises et qui sont rapportées dans sa thèse, font des constatations similaires. Quelques voies cependant sont discordantes : Weed, avec sa solution ferrique injectée dans les ventricules, obtient les résultats suivants : il n'y a aucune trace de granulations bleues dans les cellules choroïdiennes, elles sont simplement couvertes d'un enduit bleuâtre et qui ne les pénètre pas : les cellules épendymaires, par contre, sont intensément colorées, notamment dans leur partie basale ; mais il convient de remarquer que Weed formolise ses animaux par injection intra-carotidienne de formol, ce qui, en raison de la chasse sanguine ainsi créée, peut modifier le fonctionnement des cellules plexuelles.

Arguments anatomo-pathologiques. — Ils consistent en l'examen histologique des plexus de sujets ayant succombé à une affection cérébro-méningée. Askanazy, Wullenweber examinant les plexus de sujets décédés d'hémorragie cérébrale ou méningée, constatent que les cellules sont remplies de granulations graisseuses et de granulations colorées en bleu par le réactif du fer et qu'ils considèrent comme l'hémosidérine. Girard, chez un sujet décédé d'hémorragie cérébrable met en évidence les pigments noirs qu'il identifie à celui décrit par Claude et Loyez dans l'hémorragie cérébrale récente. Dans un cas de carcinome cérébral, Hassin, Isaac et Cottle, constatent que les plexus des ventricules latéraux montrent une hyperplasie du tissu de soutien et des transformations épithéliales qui ne peuvent s'expliquer que par la résorption d'un liquide transformé par la présence de la tumeur. Loeper, au voisinage de tubercules confluents et caséifiés, avait déjà noté une dégénérescence hyaline des cellules épithéliales.

Ainsi, un faisceau de preuves convergent vers la notion d'une fonction d'élimination de déchets, d'« épuration » du liquide céphalo-rachidien. Est-il possible de préciser dans les plexus les formations électives de cette fonction ? Sundwal invoque le rôle des canaux inter-cellulaires que l'on peut mettre en évidence par les méthodes d'imprégnation argentique. Kalwaryzski pense trouver dans la bordure en brosse un organe de résorption électif ; mais le fait même de constater des pigments endogènes, ou exogènes des corpuscules de déchets, dans le cytoplasme cellulaire, plaide plutôt en faveur d'une fonction cellulaire.

***

Fonction endocrine.

Existe-t-il une fonction hormonale du plexus choroïde ?

Histologiquement, avec sa structure en villosités, et la disposition de ces cellules épithéliales par rapport aux vaisseaux, le plexus choroïde ne ressemble guère au schéma type de la glande endocrine. D'après Gley, en effet, les cellules de l'organe doivent offrir des caractères d'éléments glandulaires, orientés par rapport aux vaisseaux efférents de l'organe.

Expérimentalement, certains auteurs utilisant des extraits de plexus choroïdes qu'ils injectent, se sont demandés si ces extraits possédaient une activité particulière. Les avis sont des plus discordants. Dickson et Halliburton, Frazier et Peet constatent une augmentation de la quantité de liquide, en même temps qu'un abaissement de la pression sanguine. Becht constate également une augmentation de la quantité de liquide, mais en même temps une augmentation de la pression veineuse. Pellizi et del Priore confirment cette action hypertensive et ajoutent qu'elle est plus évidente lorsqu'on expérimente avec des extraits de jeunes animaux. Cestan, Riser, Laborde font des constatations similaires. Mais il est à noter que nombre de substances et d'extraits glandulaires, notamment l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse (Weed) donnent des résultats similaires, ce qui enlèverait toute spécificité à l'extrait choroïdien.

Quel que soit son mode d'action il est à noter que cet extrait perd son activité après avoir été chauffé à 60° Réaumur, ce qui lui donnerait un caractère de substance assez spécifique.

Ces constatations permettent-elles d'inférer une fonction hormonale ? Il ne le semble pas, à tenir compte des conditions posées par Gley, savoir : 1° la nécessité de pou-

◆◆◆◆

voir caractériser chimiquement une substance spécifique dans les cellules ou dans le sang veineux ou la lymphe qui sort de l'organe : 2° la nécessité pour le sang veineux de l'organe de posséder les propriétés chimiques ou physiologiques spéciales de cette substance. Il convient cependant de noter que la sécrétion de liquide céphalo-rachidien semble assez influencée par l'extrait choroïdien ; peut-être y-a-t-il là champ à de nouvelles expériences, voire à des essais thérapeutiques.

***

En raison de la trop importante bibliographie que suscite la question, nous nous bornerons simplement à l'indication des travaux les plus récents.

ASKANAZY. — Zur Physiologie und Pathologie der Plexus choroïdei. (*Verhandlung deutsch. Pathol. Gesellschaft*, 1914.)

BECHT. — Studies ou the cerebro-spinel fluid. (*The Am. Journ. of Physio.*, Vol. 51, 1920, p. 1.)

BIZE. — Hydrocephalie ventriculaire. (Maloine éditeur, Paris, 1931.)

DANDY. — Expérimental Hydrocephalus. (*Annales of Surgery*. Vol. LXX, août 1919, p. 129.)

The cause of so Called idiopathic hydrocephalus. (*John Hopkins Hospital Bull.*, mars 1921. Vol. 32, p. 67.)

The diagnosis and treatement of Hydrocephalus due to occlusions of the Formina Magendie and Luschka. (*Surg. Gyn. Obst.*, XXXII, février 1921, p. 112.)

The diagnosis and treatement of Hydrocephalus resulting from strictures of the aqueduct of Sylvins. (*Surg. Gyn. Obst.* XXXI, octobre, 1920, p. 340.)

Extirpation of the choroïd plexus of the lateral ventricles in communicating Hydrocephalus. (*Annales of Surgery*, décembre 1918.)

Where iscerebro-spinal fluid absorbed. (*Journ. of the Americ, Médic. Assoc.*, Vol. 9?, n° 24, juin 1922, p. 2012.)

DIXON et HALLIHURTON. — The action of choroïd plexus on the secretion of the C. S. fluid. (*Journ. of Physiol.*, Vol. 40, 1910.)

Secretion of cerebro-spinal fluid. (*Journ. of Physiol.*, Vol. 43, 1914, p. 127).

FERRARO. — La stato odierno delle nostre conoscenze Sulla struttura e funzione dei Plessi coroïdei. (*Il cervello*, Anno IV, n° 3, 1925.)

GIRARD (J.). — La fonction de résorpbtion des plexus choroïdes et l'origine du liquide céphalo-rachidien. (*Thèse Nancy*, 1929.)

FRAZIER et PEET. — The action of glandular extract on the secretion of C. S. fluid. (*Am. Journ. of Physiol.*, Vol. 36, 1914-1915, p. 464.)

GRYNFELT et EUZIÈRE. — Histo-Physiologie des Plexus choroïdes. (*Rev. Med. Thérap.*, T. II, n° 4, 1914, p. 82.)

LOEPER. — Sur quelques points de l'Histologie normale et pathologique des plexus choroïdes. (*Arch. de Med. Expérim.*, Tome 16, 1904, p. 473.)

MESTREZAT. — Etude sur le liquide céphalo-rachidien. (*Thèse Montpellier*, 1910-1911.)

Le liquide céphalo-rachidien, milieu interne de l'organisme. (*Rev. Neur.*, janvier et mars 1927.)

PETTIT et GIRARD. — Sur la fonction secrétoire et la morphologie des plexus choroïdes. (*Arch. d'Anat. Microsc.*, T. V., 1902-1903.)

RISER. — Le liquide céphalo-rachidien. (Masson, éditeur, 1929.)

STERN et GAUTIER. — (*Archives internationales de Physiologie*, T. XVII, n° 2, novembre 1921, p. 130 ; T XX, n° 4, 1923, p. 403.)

WEED. — The cerebro-spinal fluid. (*Physiological Reviews*, Vol. II, 1922.)

ZAND (N.). — Les plexus choroïdes. (Masson, 1930.)

Trachome. Trois nouveaux cas de contagion directe. Médecins contaminés par leurs malades. — MM. CUENOD et Roger NATAF de Tunis, (*S. d'Oph. de Paris*, 15 octobre 1932), rapportent les observations de trois médecins ayant contracté le trachome à la suite d'incidents opératoires dans des circonstances identiques. Il s'agit dans les trois cas de médecins oculistes, ayant contracté le trachome à une date précise à la suite de projection accidentelle de produit trachomateux dans les yeux. Ces trois observations apportent trois nouveaux cas de contagion directe absolument indiscutables.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Le massage de Brandt dans les rétroversions utérines

Par Mme le Docteur SOSNOWSKA-LIVET (1)

Historique

Je tiens à remercier tout particulièrement M. le Docteur Vignes qui a bien voulu que je vous expose ici les techniques du massage de Brandt dans les rétroversions utérines. Cette méthode connue et pratiquée depuis plus de 30 ans, a eu comme promoteurs et vulgarisateurs les Docteurs H. Sosnowska, Sapfer et Wetterwald, pour ne citer que ceux qui l'ont amenée en France.

Créée par Brandt, un Suédois qui n'était pas médecin et qui a dû lutter pour faire admettre un traitement qui en ses mains semblait miraculeux— cette méthode fut reprise en Allemagne, en Pologne (avec Jordan), Autriche (Profanter), Russie (Semenikoff, Nikolskea, Zabsowa, Sniegurieff), Amérique (Boldt).

En 1889, la Doctoresse Sosnowska, ayant appris de Brandt lui-même la technique du massage gynécologique, publie un aperçu sur le massage et ses résultats. Stapfer en 1890, publie un manuel de kinésithérapie.

En 1922 le Docteur H. Sosnowska publie sa « Thérapeutique gynécologique » où elle tire des conclusions pratiques sur 30 années d'expérience kinésithérapique. Dans maints cas de prolapsus traités à la Charité où j'ai eu l'occasion de faire ma thèse au service de mon maître le Docteur Baumgartner, le massage gynécologique a donné des résultats satisfaisants, et je puis en dire autant de ma clientèle particulière. Je vous ferai dans cette brève étude un aperçu général des manœuvres de massage et de leur application au cas particulier qui nous occupe : les rétroversions utérines.

Etiologie

Dans sa vie génitale, la femme passe par divers stades, et c'est d'après ses différents âges que l'on peut diviser les rétroversions en :

1° *Virginales* ou congénitales — le plus souvent héréditaires — se voient chez les jeunes filles ou nullipares avec utérus infantile.

2° *Maternelles* dans la grossesse qui provoque un relâchement des ligaments et produit secondairement la chute, puis la rétroversion de l'utérus gravide. Après l'accouchement, si les ligaments ne retrouvent pas de tonicité, l'utérus tombe dans le Douglas et la rétrodéviation s'installe par processus mécanique.

3° Si, à ce moment, intervient une cause inflammatoire de péri-métrite, ou péri-salpingo-ovarite, que des adhérences produisent, et on se trouve devant une *rétroversion inflammatoire*, qui est de beaucoup la plus longue et la plus difficile à traiter. Là aussi, cependant, la kinésithérapie décongestionne les organes, mais elle ne doit être pratiquée qu'après un repos plus ou moins prolongé et précédée d'applications de glace, alors que la fièvre est tombée.

4° Enfin, il existe des rétroversions *intermittentes* ou congestives. Ces phénomènes congestifs sont dus pour la plupart à la constipation chronique, liée à la ptose générale, chez des intoxiquées chroniques, présentant une hérédité neuro-arthritique, qui font de temps à autre de la congestion

(1) Leçon faite dans le service du Docteur H. VIGNES à l'hôpital de la Charité.

pelvienne. L'utérus se redresse pour retomber dans le Douglas, mais c'est là où le massage donne les résultats les plus appréciables, car, malgré sa chute, l'organe est décongestionné par les mouvements de massage, n'est plus du tout sensible, (signes généraux) et les malades ne se sentent plus des « déséquilibrées du ventre », avec tous les inconvénients que ce terme peut rappeler : fatigue générale, faiblesse musculaire, traits tirés, yeux cernés, constipation par atonie de la musculature intestinale, troubles de la miction. Enfin signes locaux : douleur très localisée, surtout lorsque la malade est assise du côté où penche l'utérus, les annexes ptosés.

5° *Accidentelles* : il arrive des cas de chute dans l'enfance ou l'adolescence qui produisent des brides vaginales par choc direct (chute sur le périnée avec blessures profondes).

D'autre part, nous pouvons dire que le traitement peut être un adjuvant de l'acte opératoire, en préparant la malade à l'opération et il faut distinguer le massage pré-opératoire, enfin celui qui vous intéresse ici, le traitement de la rétroversion non opératoire.

Mode de traitement

Dans tous ces cas, la cure des rétroflexions ou rétroversions utérines, nécessitera plusieurs temps :

1° La décongestion de la cavité pelvienne en vue de libérer les adhérences par les mouvements passifs, et par la gymnastique et le massage abdomino-pelvien ;

2° Le raccourcissement et l'assouplissement des ligaments ronds et utéro-sacrés, grâce à l'hypertrophie musculaire par la gymnastique ;

3° Enfin, la résorption des adhérences.

Je vais, en glanant dans mes observations, vous faire le triste tableau clinique de ces malades.

I. — Une femme de 27 ans, primipare, a eu un accouchement au forceps. Depuis, avant les époques (dix à douze jours) elle est prise de douleurs vives dans les lombes, les cuisses, a la sensation d'avoir un utérus ; les règles sont abondantes, intermittentes, souvent de couleur rouge ou brune, ou en filaments. Dans la station debout, elle accuse une sensation de défaillance, manque d'équilibre. Des douleurs dans la fosse iliaque droite la tourmentent fréquemment. A l'examen : col en avant, sous le pubis ; corps dans le Douglas considérablement augmenté de volume, appuie sur la droite. Annexes droites prolabées et sensibles ; renflement de la corne utérine droite. Pas de température ; pas de leucorrhée.

Première séance : L'utérus est facile à redresser, mobile. Deuxième séance : Deux jours après, l'utérus est revenu à sa position primitive défectueuse. Cependant la malade accuse moins nettement la douleur à droite. Troisième séance : L'utérus se place très bien en avant, mais il ne tient pas encore. Le massage sur les ligaments est douloureux, on sent la corde dure du ligament utéro-sacré à droite. Quatrième séance : L'utérus n'est pas retombé ; la malade se sent beaucoup mieux et est arrivée à la période pré-menstruelle, ne peut comprendre d'où vient son soulagement.

Cinquième, sixième, septième, huitième séances : Il semble que l'utérus, déjà décongestionné, ne doive plus retomber. Il y a sédation des douleurs, les règles sont toujours abondantes, mais régulières dans leur flux sans caillots ; le sang est rouge vif jusqu'à la fin des règles. Cette malade, qui a eu vingt séances de plus en plus espacées, est tout à fait remise. De temps en temps une visite pour me tenir au courant de son état ; depuis trois ans, état très satisfaisant.

Nécessité du diagnostic

Permettez-moi une parenthèse : Il est indispensable lorsqu'on veut faire un traitement efficace, de laisser une place prépondérante au diagnostic et ne traiter que les cas de rétroversion sans complications aiguës ou affections concomitantes, comme : les kystes dermoïdes, grossesses tubaires, hématome ovarien ou salpingite suppurée ; en tout cas, ne jamais traiter par la kinésithérapie une rétroversion s'accompagnant de température. Seul le repos peut alors remédier à l'état inflammatoire.

Indications

Que peut-on attendre du traitement kinésique dans les rétroversions utérines ? Il est certain que bon nombre de rétroversions sont justiciables du traitement sanglant. Mais il est nécessaire de se rendre compte que pour le traitement chirurgical, le praticien trouve une aide précieuse dans le massage gynécologique pour augmenter la souplesse des ligaments et ajouter aux chances de son succès la certitude que l'utérus hystéropexié pourra tenir, que la paroi sera solide. C'est pourquoi il devra ordonner un traitement préopératoire de quelques séances de massage et de gymnastique appropriée.

Technique du massage gynécologique d'après Brandt

Stapfer, d'après son « Traité de kinésithérapie » nous dit que le massage du ventre est « un tonique cardio-vasculaire, fabricateur de globules rouges, destructeur des toxines, régulateur de la température ». Cependant cet effet mécanique est doublé d'un *effet réflexe*, véritable choc en retour du massage du ventre sur l'état général. C'est le réflexe accélérateur ou dynamogène, ce que Huchard nomme la digitale des doigts. Et voilà pourquoi, en plus d'une action mécanique qui ne serait que passsagère, le traitement par le massage donne de si heureux résultats, notamment dans les rétroversions utérines,

Quelles sont les qualités d'un massage ?

Il doit être court, léger, entrecoupé de pauses.

On sait en effet que le massage excite le cœur et les vaisseaux, qu'il abaisse la pression artérielle des hypertendus, en arrivant à la rendre normale ; il relève la tension des hypotendus (expériences de Goltz sur les grenouilles). La qualité de légèreté est très importante, car un massage trop long, brutal, risque de provoquer de l'adynamie, un malaise ou même une syncope, en donnant une vaso-dilatation persistante, par la parésie d'un territoire, ici, c'est le territoire mésentérique. Si l'effet se prolonge, on peut arriver à la pression basse définitive, alors le massage est inhibiteur et donne un résultat tout opposé, surtout si la femme est à l'époque d'un molimen (le premier est celui qui précède les époques de sept jours, ou celui qui est intermédiaire et précède de trois ou quatre jours le milieu du mois ou l'époque de la ponte ovarienne).

Conditions

Le massage, d'après Brandt, doit être pratiqué dans certaines conditions : il doit être accompagné de gymnastique ; la malade continue à vaquer à ses occupations, car elle doit et peut marcher un peu.

Précédée et suivie d'un massage indirect, la kinésithérapie réduit l'organe par l'adresse et non par la force. Les séances doivent d'abord être quotidiennes, pour s'espacer tous les deux ou trois jours ; elles sont continuées pendant l'écoulement menstruel.

L'exploration et surtout la première exploration, doit être douce afin que la malade ne se contracte pas ; si la malade souffre, l'exploration devient difficile et les organes pelviens se congestionnent.

Le toucher et le palper diffèrent de la méthode classique :

OBSERVATION de Mme R..., de Saint-Germain :

Mme R..., vient me trouver en octobre 1929, de la part de sa sœur que j'ai soignée antérieurement.

Elle a eu son troisième enfant il y a deux ans. Accouchement normal d'un gros enfant de 3 kgr. 800. Depuis, elle souffre de douleurs lombaires, pesanteur, troubles de la miction, pertes jaunes, règles très douloureuses.

A l'examen : utérus complètement rétroversé ; col contre le pubis, gros et dur ; corps dans le Douglas sensible au toucher, annexes gauches perceptibles et douloureuses.

Première séance : l'utérus est replacé presque sans effort ; deuxième séance : l'utérus est tombé, la malade accuse une sensation de bien-être après le massage ; troisième séance : le corps utérin est en avant, l'utérus a tenu ; quatrième séance : le corps utérin tient haut placé, plus de troubles, plus de malaises ; cinquième séance : l'uterus tient en place, la malade se sent si bien qu'elle ne se reconnaît plus ; elle fait tous les jours les

mouvements de gymnastique prescrits ; nous constatons quelques pertes, mais moins abondantes. Je conseille des ovules au collargol tous les deux jours. Je la perds de vue et j'apprends trois mois après par sa sœur, qu'elle est enceinte de deux mois environ ; grossesse très pénible, vomissements jusqu'à six mois environ, malaises, vertiges. Il y a six mois. Mme R... revient me trouver quinze mois après son accouchement, qu'elle me raconte comme ayant été très pénible. L'accoucheur a dû refouler le bras de l'enfant. Elle a beaucoup souffert et a eu longtemps de la température, jusqu'à 40°. Depuis, pertes abondantes, douleurs très accusées dans les fosses iliaques, surtout à gauche ; elle est très fatiguée et déprimée.

A l'examen : Utérus dans le Douglas, immobile, douloureux, plus gros, col sous le pubis. Cul-de-sac gauche : renflement de la trompe perceptible comme gros cordon, et petite masse juxta-utérine de la grosseur d'une mandarine, libre mais très sensible. Le traitement par la manœuvre recto-vaginale est très mal supporté ; l'utérus ne peut être replacé, je pratique des séances courtes de 15 à 20 minutes, massage indirect d'abord, sans aborder les organes, puis mouvements vibratoires à gauche et à droite, en allant de la périphérie vers les organes, l'utérus, les annexes droites, puis gauches. A la sixième, septième, et huitième séances, on constate que l'utérus primitivement replacé ne retombe plus dans le Douglas et est redressé. En déprimant la paroi abdominale au-dessus du pubis, j'arrive à sentir le col utérin. Les annexes sont encore sensibles, surtout à gauche, mais d'un volume très diminué. Vingt séances de massages, à deux jours d'intervalle chaque, et la malade est transformée localement. Plus de fatigue, marche facile, selles plus régulières sans malaises bien qu'elle ne prenne pas de laxatifs. L'appétit revient à la normale, et elle n'a plus de pesanteur après les repas.

Malade debout

Le toucher et le palper diffèrent de la méthode classique. Voici quelques mots d'explication. Le médecin se place à gauche de la malade, qui se trouve sur une chaise-longue basse, un coussin sous le bassin.

Main gauche du médecin dans le vagin ? — Cette méthode permet avec l'aide de l'index seul, malgré la longueur de ce dernier (femme ou homme) d'examiner très profondément et de saisir les annexes et l'utérus entre les deux mains, la main droite à plat sur le ventre, recherche l'extrémité de l'index gauche. L'examen doit se faire avec la malade debout, puis couchée.

1° *L'examen de la malade debout.* — La malade relève ses vêtements (après avoir dégrafé corset et jupes) de la main droite, la main gauche appuyée sur l'épaule du médecin assis devant elle, et qui la soutient avec sa main droite posée à plat sur le sacrum. Avec l'index gauche, désinfecté chirurgicalement, coiffé d'un doigtier et enduit de vaseline jusqu'à la racine, qu'il introduit doucement dans le rectum, masse la marge de l'anus : le pouce désinfecté et vaseliné de même est introduit ensuite dans le vagin et soutient l'utérus. L'index sent la face postérieure de l'utérus, les ligaments, les ovaires, les trompes et le fond pelvien.

2° *La malade couchée.* — La malade est couchée sur la chaise longue, le bassin surélevé, la tête et les épaules sur un coussin. L'état de relâchement des muscles est exigé et la malade doit respirer librement.

Cette exploration est bimanuelle.

Position de la main gauche. — Les doigts de la main gauche doivent être écartés de l'index et non fléchis. Le toucher, toujours très doux, fait après tous les soins d'asepsie, (lavage chirurgical des mains, antisepsie avec la liqueur Labarraque ou sublimé) se fait avec l'index gauche. L'index pénètre dans le vagin aussi haut que possible et le médius, l'annulaire et l'auriculaire se fléchissent légèrement et se logent dans le pli interfessier en déprimant le périnée. Le médecin se place assis à gauche aussi près que possible de la chaise longue, la main droite placée sur l'abdomen, le bras gauche sous la cuisse gauche. De bas en haut on explore le vagin, l'état du col, de l'utérus, sa mobilité. Un utérus fixé est très délicat à examiner, les adhérences sont souvent constituées par le tissu conjonctif, qui se congestionne et se sclérose, c'est la cellulite. Les ovaires et les trompes ne se sentent que dans des cas pathologiques, dans les culs-de-sacs latéraux et postérieurs ; un ovaire ou une trompe normale ne peuvent être sentis. L'exploration ligamentaire se fait par mobilisation de l'utérus de gauche à droite ; l'index gauche se trouvant dans le vagin, on remarque alors s'il y a raccourcissement ou élongation, leur sensibilité, leur état de contracture, les brides et les épaississements.

Massage proprement dit

Quatre manœuvres sont à retenir dans la méthode du massage : 1° le massage vibratoire ; 2° les mouvements semi-circulaires ; 3° l'effleurage avec étirement ; 4° élévation et redressage de l'utérus.

1° Le massage vibratoire. — C'est le massage préparatoire, il doit être fait très doucement. On commence par l'hypocondre et la fosse iliaque gauche puis à droite et au-dessus de l'ombilic, cinq à dix minutes environ. Les doigts sont placés à plat sur la région inguinale, le pouce rapproché des autres doigts ; la vibration iliaque se fait avec la paume de la main droite ; les doigts sont légèrement fléchis, le pouce soutient le col utérin. C'est le mouvement de trémolo qui est avant tout décongestionnant, il enlève toute douleur à la malade et doit la soulager après dix ou quinze séances au plus. Suivant le cas, le trémolo se fait plus profond, et est accompagné d'étirement et d'élévation légère. L'index gauche dans le vagin soutient et surveille les organes génitaux. Au bout d'un certain temps on fait des mouvements de va-et-vient de l'index en poussant le col de gauche à droite et d'avant en arrière. Puis on lâche doucement le col et on le replace dans sa position primitive.

2° Mouvements semi-circulaires. — On ne peut les commencer qu'une fois les annexes libérées de toute inflammation, il ne faut pas que la malade souffre. La paume droite, toujours guidée par l'index gauche, étant inclinée vers le bord cubital, on pratique les mouvements avec la face palmaire des phalanges et phalangettes des quatre derniers doigts. On appuie légèrement sans enlever la main, successivement à droite puis à gauche de l'abdomen, on soigne le gros intestin, les annexes droites et gauches, la masse de l'intestin grêle, ces mouvements doivent être très courts et alternés avec des mouvements de massage vibratoire.

3° Refoulement ou étirement. — Ici, il faut tenir compte de la position très haute de l'index gauche dans le cul-de-sac de Douglas.

Pendant ce temps, la main droite pousse le corps utérin avec les troisième, quatrième et cinquième doigts légèrement fléchis, appuie avec le bord dorsal de l'auriculaire et le bord cubital de la main droite, mouvement de droite à gauche, combiné avec des mouvements de pression de l'index gauche dans le vagin sur la partie latérale du col. Ce mouvement est indiqué pour lutter contre les déviations utérines et annexielles, les ovaires collés contre l'os iliaque, pour étirer les ligaments raccourcis. Le mouvement d'étirement de gauche à droite et de droite à gauche, doit être combiné au mouvement d'étirement de haut en bas. La main droite sur la face postérieure de l'utérus, l'index gauche dans le Douglas derrière le col utérin, appuyer légèrement de haut en bas et d'arrière en avant. Un mouvement qui est à recommander pour fortifier les ligaments dans la rétroversion est celui-ci : on place l'index gauche dans le Douglas, la face palmaire contre le col, la main droite appuyée sur l'isthme, placée contre le pubis. On fait avec les deux mains ainsi placées de légers mouvements de va-et-vient d'avant en arrière, en ayant soin de soutenir toujours l'utérus. On le fait basculer en le tenant à demi, puis on lui laisse reprendre sa position première.

Redressage de l'utérus

Un utérus rétroversé ne peut être replacé que s'il n'y a plus aucune lésion inflammatoire ni du côté des annexes, ni du côté de l'utérus. Dans les rétroversions anciennes, il faut compter dix à quinze séances de massage doux et décongestionnant avant d'entreprendre le redressage proprement dit.

A renvoyer immédiatement au **Guide Rosenwald**, *99. rue d'Aboukir Paris-2e*

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

INSERTION ENTIÈREMENT GRATUITE dans la PROCHAINE ÉDITION DU ROSENWALD

Le Guide ROSENWALD 1933-1934 qui paraîtra au cours de l'été 1933 sera remis **gratuitement** au Signataire, sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, PARIS-2e.

Port à domicile par poste recommandée : 5 francs (en timbres ou versement au C. c. p. Paris 405-75).

Nom et Prénom usuel : ....

Faculté et Date de la thèse : .... *Décorations :* ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Jours et heures de Consultations : .... *N° de Téléphone :* ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : [1] ....

Nom et Adresse du Prédécesseur : [1] .... *Date et Signature :* ....

1 Ces deux renseignements utiles au contrôle ne sont pas publiés.

A) MALADE DEBOUT DEVANT LE MÉDECIN ASSIS. — J'introduis l'index gauche recouvert d'un doigtier enduit de vaseline jusqu'à la racine, dans le rectum. Le pouce est introduit dans le vagin, se place sur la face antérieure du col. L'index pousse l'utérus en appuyant doucement sur la paroi postérieure de l'utérus de haut en bas et d'arrière en avant, suivant le degré de déviation. Le pouce, de son côté, pousse le col en avant dans le diamètre sous-promonto-pubien, il ne faut pas trop remonter l'utérus dans cette manœuvre, de peur de l'enclaver.

B) MALADE COUCHÉE. — Le médecin assis devant la malade dans la position d'exploration gynécologique de Brandt.

1° Index gauche dans le vagin, appuie sur l'isthme d'avant en arrière ; 2° la main posée à plat sur le ventre, les doigts fléchis appuient sur l'isthme d'avant en arrière. Il arrive un moment où on sent le fond de l'utérus remonter, c'est à ce moment qu'il faut le saisir avec les pulpes des phalangines des doigts de la main droite et qu'il faut l'appuyer contre le pubis dans un mouvement de redressement. Après le redressement il faut décongestionner l'utérus par le massage vibratoire sur sa face postérieure. L'utérus redressé change de consistance, il devient plus mou.

Elévation de l'utérus

Jusqu'ici, j'ai tenu à remémorer les différents mouvements du massage sans m'occuper du traitement du prolapsus utérin proprement dit. Il consiste en la libération des adhérences et fixations s'il y a lieu, reposition de l'utérus puis de l'élévation utérine proprement dite.

Brandt et Stapfer employaient la méthode avec un aide qui soutenait l'utérus pendant les manœuvres d'élévation. La Doctoresse H. Sosnowska opère sans aide et c'est ainsi qu'elle m'a appris le traitement du prolapsus. Il est souvent difficile de se procurer un aide compétent, habitué à la pratique, et quoique cette méthode avec aide soit supérieure, il est aisé de s'en passer.

La méthode sans aide, comprend deux temps : premier temps : La malade debout. Exploration bi-digitale-recto-vaginale. On saisit le col utérin entre le pouce et l'index dans le rectum et on relève l'utérus en le poussant aussi haut que possible pendant quelques secondes et on répète plusieurs fois sans quitter les doigts du col, mouvement en général indolore qui peut cependant provoquer un petit malaise passager.

Deuxième temps : malade couchée en position d'exploration gynécologique les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le bassin, lequel est soulevé par les poings placés sous les ischions. L'index gauche du médecin dans le vagin se fixe sur le col, très près de l'isthme, et appuie légèrement de bas en haut. La main droite simultanément placée sur le ventre au-dessus du pubis, repère l'utérus et le remonte. Les deuxième, troisième et quatrième doigts enfoncés par leur pulpe, appuient sur le cul-de-sac vésico-vaginal. On répète le mouvement plusieurs fois et l'utérus fait son ascension que l'on suit à travers la paroi abdominale. Cette méthode doit être accompagnée de mouvements de gymnastique spéciaux ayant pour but de fortifier les ligaments et les muscles du périnée. L'utérus est soutenu de toutes parts, comme un ballon dans un filet. Ce n'est pas un seul groupe de ligaments qui tient l'utérus suspendu, c'est tout un système qui réalise la position normale de l'utérus. L'élévation réalise, au point de vue physiologique, la contraction de ce système suspenseur. De plus, l'élévation qui n'est pas non seulement limitée au traitement du prolapsus, active la circulation du bassin et des organes y contenus. Le traitement par les massages fait maigrir, par résorption, les matériaux cellulaires et graisseux.

« Ce n'est pas tant de l'or qu'il faut pour lutter contre la tuberculose, c'est de la matière grise ». (Dr MOWGLI. *Le Mouvement sanitaire*, octobre 1932.)

FAITS CLINIQUES

Origine cholécystique nettement établie d'un cas de douleur épigastrique

Par le Dr J. H. KELLOGG
Directeur du Battle Creek Sanitarium

C'est en opérant un malade atteint de lithiase biliaire que nous avons pu faire quelques observations curieuses, établissant l'origine cholécystique des douleurs épigastriques de ce malade.

M. B..., âgé de 60 ans, souffre depuis plusieurs années déjà de diabète. Différents régimes alimentaires ainsi que la sous-alimentation n'avaient jamais réussi à faire disparaître le sucre de ses urines, et la maladie allait toujours empirant.

Mais le malade se plaignait de douleurs violentes à l'épigastre qui survenaient brusquement et étaient accompagnées de nausées et parfois même de vomissements. Les douleurs apparaissaient à intervalles irréguliers ; aucun aliment en particulier ne pouvait être mis en cause. Il était également impossible d'établir une relation entre l'heure des repas et le moment où ces douleurs se faisaient sentir.

Comme l'examen radioscopique du malade avait révélé la présence de plusieurs calculs dans la vésicule biliaire et comme, d'autre part, nous avions constaté dans plusieurs cas la disparition de la glycosurie après l'ablation des calculs et le drainage de la vésicule, nous sommes intervenu de la même façon chez notre malade.

L'anesthésie locale à la novocaïne fut pratiquée, car le malade était atteint de myocardite.

A l'ouverture de la cavité péritonéale on pouvait noter trois minces brides de tissu péritonéal reliant la vésicule biliaire au côlon, longues d'une dizaine de centimètres et larges d'un demi-centimètre à peu près. C'étaient très certainement les restes d'anciennes adhérences, adhérences qui se seraient formées à la suite d'une crise de cholécystite. Nous avons pensé tout de suite que ces brides pourraient être la cause des douleurs épigastriques. Et pour vérifier cette hypothèse nous tendîmes légèrement à l'aide d'une pince passée en-dessous une de ces bandes. Aussitôt le malade s'agita et gémit. Et chaque fois, qu'en tendant un peu la bande, on tirait doucement sur la vésicule biliaire, le malade ressentait une douleur aiguë qu'il disait être identique à celle qu'il avait éprouvée si souvent. Continuant notre exploration, nous avons légèrement comprimé avec une pince le pôle inférieur de la vésicule. Aussitôt le malade se mit à crier : « Oh ma douleur ! Je vais vomir, je vais vomir ! » Et, en effet, il y eut plusieurs tentatives très fortes. Aussi la vésicule fut-elle immédiatement lâchée et la douleur cessa aussitôt.

Après l'injection de quelques centimètres cubes de novocaïne sous le revêtement péritonéal de la vésicule les mêmes interventions passèrent complètement inaperçuest

Les adhérences entre la vésicule biliaire et le côlon furen. enlevées ainsi que les calculs, un tube de drainage placé dans la vésicule y fut maintenu pendant plusieurs mois.

A la suite de cette intervention il nous a suffi de restreindre légèrement l'ingestion des carbohydrates pour que le sucre disparût des urines du malade.

Quant aux douleurs, elles disparurent définitivement aussitôt après l'opération. Elles étaient certainement causées par les tiraillements sur la vésicule biliaire qu'exerçait le côlon pendant son péristaltisme.

(Battle Creek Sanitarium, Michigan, U. S. A.)

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Vénéréologie

Les injections intra-ganglionnaires de glycérine sont employées dans le traitement de la maladie de Nicolas-Favre, par M. Pinard, depuis bientôt deux ans. Levaditi ayant constaté que le virus lymphogranulomateux, soumis à l'action de la glycérine pure et conservé à la glacière, perdait rapidement son activité pathologique. L'auteur a pensé que la glycérine, expérimentalement stérilisante *in vitro*, pouvait l'être *in vivo*, en injections locales. Méthode facile, très bien acceptée, qui serait exempte de dangers et donnerait d'excellents résultats.

En présence d'un malade arrivant au début de son affection, nous préconisons, aussitôt le diagnostic établi, d'injecter dans les ganglions et à leur pourtour, à la seringue munie d'une aiguille, de la glycérine stérilisée. Ces injections peuvent être répétées tous les jours ou tous les deux jours. On peut ajouter le repos au lit, les compresses chaudes.

Mais dès les premières injections le malade se sent soulagé et peut rapidement reprendre ses occupations, tout en restant porteur d'une adénopathie encore volumineuse mais qui ne le gêne pas.

Si au contraire le malade arrive tardivement avec des glanglions en voie de suppuration, il faut ouvrir par une petite incision ne dépassant pas la largeur de la lame du bistouri ; on peut même, si on le juge utile, évacuer les fongosités à la curette, puis par l'ouverture on injecte à la seringue le contenu d'une ampoule de 2 centimètres cubes de glycérine stérilisée et l'on renouvelle l'opération tous les jours.

Au bout de quelque temps lorsque le processus de comblement de la plaie fait qu'elle n'admet plus qu'une quantité très faible de glycérine, soit une semaine à une dizaine de jours, on injecte alors la glycérine en piquant en pleine masse ganglionnaire. Dès la première injection la suppuration se modifie. Il ne s'écoule bientôt plus que de la sérosité dont la quantité va diminuant de jour en jour. La plaie se referme en même temps que l'écoulement se tarit progressivement.

A mesure que la guérison se confirme sur les ganglions traités, on note aussi la diminution de volume des adénopathies profondes, iliaques, malgré qu'on se soit borné à intervenir sur les ganglions inguinaux. Ceci est d'ailleurs comparable à ce que l'on observe dans les cas traités par l'exérèse chirurgicale, où la régression des ganglions iliaques profonds se produit après l'ablation des ganglions inguinaux.

(Marcel Pinard. Traitement du lymphogranulome bénin de l'acné. (Maladie de Nicolas-Favre. *Paris Médical*, 3 décembre 1932.)

L'ictère post-bismuthique est assez rare ; trente cas environ ont été publiés. Les auteurs en rapportent deux nouveaux cas et, les confrontant avec les observations connues, mettent en relief les points suivants :

Au point de vue étiologique. Rareté certaine. Impossibilité de donner une statistique sûre ; d'après Sézary, 0,30 pour 100, d'après Eilliol 1,3 pour 100 des cas traités par rapport aux ictères arsenicaux, 0,30 1/2 d'après Sézary. 1,30/7 d'après Eilliol. Il s'agit toujours de syphilitiques ; l'ictère ne figure pas dans le tableau de l'intoxication bismuthique, en dehors du traitement antisyphilitique. Il s'agit généralement de cures pluri-médicamenteuses ; le malade, avant le Bi, a reçu le plus souvent, mais pas toujours, As et Hg, surtout As, et le Bi ne semble jouer qu'un rôle déclenchant L'état antérieur du foie est important dans le sens qu'une fragilisation antérieure prédispose certainement à l'ictère (alcool et As principalement). La nature du sel de Bi, les doses employées ne semblent pas jouer grand rôle. La date d'apparition de l'ictère est soit précoce, soit tardive (trois semaines). Le Bi s'éliminant lentement, le caractère tardif peut n'être qu'apparent. Aucun caractère contagieux, contrairement à ce qui a été constaté pour les ictères arsenicaux (Ruge).

Au point de vue clinique : aucun caractère particulier.

Au point de vue pathogénique : les analogies sont évidentes avec les ictères d'origine arsenicale. On a pensé que le Bi pouvait agir :

1° Par exaltation d'un germe latent ;

2° Par réactivation syphilitique ou par un mécanisme analogue à celui du phénomène d'Herxheimer ;

3° Par la toxicité propre du Bi ;

4° Par action parasitoclasique : le Bi mettrait en liberté les toxines syphilitiques qui détermineraient l'ictère ;

5° Par phénomène allergique.

Aucune de ces pathogénies ne satisfait complètement l'esprit et ne peut expliquer tous les cas d'ictères post-bismuthiques. Trois faits sont évidents :

Ils surviennent chez des syphilitiques, la fragilisation antérieure du foie y apparaît comme importante, le Bi y joue certainement un rôle ; en dehors d'une pure coïncidence, rare mais possible, d'un ictère infectieux banal ou syphilitique pur, il faut invoquer suivant les cas, sous l'action du Bi et sur un foie fragilisé antérieurement par la syphilis, l'alcool, les autres médicaments dont surtout l'As, ou par toute autre cause, soit :

La réactivation d'un virus latent ;
La réactivation d'une syphilis ;
Une toxicité propre ;
Une manifestation allergique.

Ces interprétations ne s'excluent nullement ; il est au contraire très probable qu'elles agissent le plus souvent en association complexe et difficile à débrouiller exactement.

Au point de vue pratique :

Il est également sage d'être éclectique et d'agir suivant les circonstances et le mécanisme qu'on suppose avoir déterminé l'ictère ; celui-ci est habituellement bénin et ne demande qu'à guérir ; il est d'autre part plus sage de renoncer au Bi si la continuation du traitement antisyphilique paraît s'imposer ; il en est de même de l'As, et le Hg reste dans ces cas le meilleur médicament à employer ; un régime surveillé, quelques cholagogues feront le reste. Mais, étant donné le peu de gravité habituelle de l'ictère, il semble qu'il vaille mieux pécher par excès que par défaut, et qu'entre le danger de laisser sans traitement une syphilis en évolution et celui d'une hépatite possible, il faille sacrifier le foie, en le ménageant cependant dans la mesure du possible, et la gamme des préparations antisyphilitiques est assez riche pour ce faire.

(L. Langeron, M. Paget et C. Devriendt. De l'ictère post-bismuthique. *La Presse Médicale*, 30 juillet 1932.)

La crise nitritoïde consécutive à une injection de bismuth a été rarement signalée. Les observations publiées en prouvent cependant l'existence sous des formes légères ou sévères. Un nouveau cas caractéristique est rapporté par MM. Bertin et A. Breton. Comment se manifeste-t-elle ?

Une vingtaine de minutes après l'injection de l'hydroxyde de bismuth, parfois après un laps de temps plus court encore, le patient éprouve une poussée congestive avec érythème généralisé, sensation de barre rétro-sternale, toux incessante par petites secousses sans quintes vraies et sans expectoration. La température s'élève à 38°. Dans les formes graves, il se produit du relâchement des sphincters. Cette crise cède rapidement à l'injection d'adrénaline-morphine, ou se calme spontanément. Dans une des observations la température est montée le lendemain à 40° et le jour suivant une éruption bulleuse érosive de la muqueuse buccale a fait son apparition. Cette stomatite aphteuse s'est transformée rapidement en stomatite bismuthique.

Il existe, chez certains syphilitiques, une sensibilisation médicamenteuse au bismuth. La résultante du choc métallique, provoquée par l'introduction du bismuth-métal chez l'homme, peut se manifester cliniquement par toute la gamme des petits accidents mineurs de l'anaphylaxie qui, allant *crescendo*, peuvent aboutir à l'accident major qu'est la crise nitroïde.

(E. Bertin et A. Breton, de Lille. Crises nitroïdes consécutives aux injections de bismuth. *Paris Médical*, 3 décembre 1932.)

La gonoréaction, dans la recherche diagnostique de l'infection gonococcique, semble avoir conquis une place prépondérante.

Dans la gonococcie aiguë, la gonoréaction pratiquée avec un antigène polyvalent sélectionné non chauffé permet d'obtenir après la troisième semaine 94 % de résultats positifs (le résultat positif le plus précoce ayant été constaté au neuvième jour de l'affection). Même à la période aiguë de la blennorragie, où le diagnostic est évident, la réaction est loin d'être sans intérêt, car elle permet de mesurer le degré de l'infection et de suivre ainsi l'évolution plus ou moins favorable de la maladie.

Dans la gonococcie ancienne la gonoréaction, pratiquée avec un antigène polyvalent sélectionné, non chauffé, permet d'obtenir 94 % de résultats positifs, et, dans les cas où la blennorragie n'est pas en cause, la réaction répond par un résultat négatif 98 fois sur 100.

Dans la blennorragie féminine, cette réaction affirme de façon encore plus évidente sa supériorité sur les autres examens de laboratoire, en particulier sur les cultures presque toujours négatives.

C'est ainsi qu'urétrites, bartholinites, cervicites et annexites gonococciques sont facilement dépistées par la gonoréaction ; donnant 96 % de

résultats positifs au premier semestre de la maladie. A mesure que celle-ci rétrocède, le pourcentage de positivité diminue.

Aussi bien chez l'homme que chez la femme, nous voyons que tout fléchissement ou tout changement de signe de la réaction, passant de positif fort à positif faible puis à négatif, accompagné de la disparition des symptômes cliniques, constitue des présomptions en faveur de la marche vers la guérison.

La positivité peut persister six semaines après la guérison ; au-delà; toutefois, une réaction positive signifie la persistance d'un foyer gonococcique (Rubinstein et Gauron). Il faut savoir également que l'injection d'un vaccin antigonococcique provoque une réaction positive qui persiste quatre à six semaines.

Ces faits ne condamnent pas la réaction, mais en démontrent au contraire la sensibilité.

(Max Canoz. Valeur pratique de la gono-réaction. Son interprétation. *Le Bulletin Médical*, 7 janvier 1932.)

Gynécologie et obstétrique

Le tétanos d'origine utérine est devenu extrêmement rare. Il peut s'observer à la suite d'un accouchement à terme ou d'un avortement ; pratiquement le tétanos post-abortum est le seul que l'on rencontre actuellement. A. Sicard en rapporte deux observations. Dans la plupart des cas le B. de Nicolaïer est associé à d'autres germes, les uns banaux (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques), les autres anaérobiques (V. septique, B. perfringens, b. œdématiens). *La durée d'incubation* est très variable, mais courte le plus souvent : de deux à quatre jours. *L'allure clinique* peut être celle du tétanos habituel, mais elle est le plus souvent un peu particulière. Il n'y a que peu ou pas de contractures. *Les spasmes pharyngés dominent la symptomatologie*. A peine de trismus, pas de contracture des membres, pas d'abdomen rétracté. Des secousses convulsives se produisent, accompagnées de dysphagie, de crises de dyspnée intense avec cyanose — crises devenant bientôt subintrantes et entraînant rapidement la mort par asphyxie avec une température en général peu élevée, sauf à la période terminale. Un petit signe précoce, précédant en général les spasmes et sur lequel J.-A. Sicard avait insisté, doit être recherché : il s'agit d'une *paresthésie linguale avec sensation spéciale dans la langue (fourmillements, saveur de sel ou de poivre)*. Il fut particulièrement net dans un des deux cas rapportés par l'auteur, permit d'instituer un traitement énergique avant l'apparition des premiers symptômes et d'obtenir une guérison rapide.

L'évolution du tétanos pos-abortum est très variable : évolution suraiguë (vingt quatre ou quarante-huit heures) dans certains cas, plus lente dans d'autres (huit ou dix jours). Le *pronostic* qui est très grave; — Sépet indiquait une mortalité de 86 % ; Vinay 89 % ; Auvray et Frantz de 85 % — est sous la dépendance de trois facteurs :

1° *La résistance de l'organisme*. La plupart des malades, anémiées par d'abondantes métrorragies, offrent un très mauvais terrain.

2° *L'aspect clinique de l'affection*. Les formes à localisation purement pharyngée et laryngée semblent beaucoup plus graves.

3° *La précocité du traitement.*

L'apparition de spasmes laryngo-pharyngiens chez une femme qui vient d'accoucher ou de faire une fausse couche, doit faire penser au tétanos ; on éliminera facilement les affections qui peuvent en imposer pour un tétanos : trismus de la dent de sagesse, tétanie, rage, intoxication par la strychnine. On recherchera s'il existe une plaie cutanée périnéale ou vulvaire, point de départ possible de l'infection.

Dès le diagnostic de tétanos utérin posé, la malade sera endormie au chloroforme. Suivant son état général, on pratiquera immédiatement, soit un simple curettage, et on profitera de l'anesthésie pour injecter dans les espaces sous-arachnoïdiens 40 c.c. de S.A.T., après soustraction d'une quantité sensiblement égale de liquide céphalo-rachidien ; 60 c.c. seront injectés par voies sous-cutanée et intra musculaire en deux ou trois fois. La sérothérapie massive sera continuée les jours suivants (l'injection lombaire sera faite sous anesthésie générale, et si l'on fait des lavages intra-utérins, ce sera encore sous anesthésie). L'avertine par voie rectale est un procédé à retenir (action plus longue). Chloroforme et morphine compléteront cette thérapeutique. La *sérothérapie préventive*, contrairement à l'opinion de certains auteurs, ne peut être appliquée systématiquement dans tous les avortements criminels (rareté du tétanos post-opératoire, fréquence des accidents sériques). Elle ne sera réservée qu'à certains cas rares en pratique, où les notions de septicité très grande de l'avortement seront connues. Si un curettage doit être fait à une femme guérie d'un tétanos utérin, même à plusieurs années de distance, une injection préventive de sérum s'impose, injection qui sera renouvelée après quelques jours.

(André Sicard. Le tétanos d'origine utérin. *Le Bulletin Médical*, 24 décembre 1932.)

L'ingestion de sucre, réputée efficace pour renforcer les contractions utérines, a été **préconisée comme ocytique**, par Bossi, en 1894. Le sucre n'est pas une panacée, mais il est utile dans quelques cas, qui doivent être choisis en s'inspirant des lois de la contraction utérine. « Quand on prescrit du sucre au cours d'un accouchement trop long, c'est avec l'idée qu'il va remplacer les réserves de glycogène, consommées par le muscle utérin au cours du travail : le sucre est un aliment utile pour la contraction, de même que l'azote est utilisé pour le tonus. C'est dire qu'il ne faut pas employer le sucre dans tous les arrêts de progression, mais seulement quand il y a insuffisance contractile sans hypertonie, en particulier quand les contractions, après avoir été satisfaisantes, vont en s'affaiblissant sans montée concomitante du tonus. »

(Henri Vignes. Action ocytique du sucre. *Journal des Praticiens*, 17 décembre 1932.)

Tuberculose

L'aurothérapie est-elle contre-indiquée chez les hépatiques ? Etudiant les troubles hépatiques chez les tuberculeux pulmonaires traités par les sels d'or, MM. Dumarest, Lebœuf, Thiers et Mollard tirent, au point de vue pratique, les conclusions suivantes :

« Il nous semble que, sans chercher le moins du monde à établir des schémas, la conduite du phtisiologue est assez simple à tracer. Le malade présente-t-il une insuffisance hépatique importante ? A-t-il *actuellement* une poussée nette du côté de son foie ? A-t-il des *antécédents* hépatiques lourds ? Il faut s'abstenir des sels d'or.

Le malade est-il au contraire un petit hépatique ? A-t-il un passé arthritique ? Un premier traitement aurique a-t-il provoqué quelques troubles dyspeptiques ? Les sels d'or pourront le troubler passagèrement. Il n'en demeure pas moins qu'ils pourront aussi, malgré ces troubles passagers, et souvent faciles à guérir, hâter l'évolution favorable de la tuberculose. Donc ici la chrysothérapie est permise, en l'entourant des précautions opportunes.

A cette manière de voir, on objectera que les sels d'or font parfois apparaître une insuffisance hépatique latente jusqu'alors. Mais cet argument n'a pas beaucoup plus de force que si l'on disait : les sels d'or peuvent déclencher des réactions focales pulmonaires ; donc, mieux vaut s'abstenir. Nous n'avons aucun test qui nous permette de prévoir ce réveil d'affections jusqu'alors silencieuses. Une tentative prudente est donc toujours supérieure à l'abstention. »

« Quand on entreprend un traitement aurique chez des tuberculeux hépatiques, il est indispensable, ainsi que Villaret, Imbert et Justin Bezançon l'ont vu les premiers, de protéger systématiquement le foie contre une action nocive de la chrysothérapie. On recourra soit au glucose chimiquement pur, soit aux médicaments cholagogues, soit surtout à l'opothérapie hépatique.

Nous croyons que le traitement des accidents d'intolérance, quels qu'ils soient, doit comporter, en plus des indications symptomatiques particulières à chaque cas, une thérapeutique hépatique. »

(F. Dumarest, F. Lebœuf, H. Thiers et H. Mollard. Les troubles hépatiques chez les tuberculeux pulmonaires traités par les sels d'or. *Paris Médical*, 14 janvier 1932.)

Il y a un fait certain, quoique difficile à démontrer et délicat à interpréter, c'est que **le bacille de Koch peut être mis en évidence dans le sang de l'homme au cours de maladies non tuberculeuses**. Cette constatation doit rendre l'observateur extrêmement circonspect lorsqu'il envisage l'étiologie d'un syndrome morbide quelconque, avant de conclure à sa nature tuberculeuse.

On peut admettre, d'autre part, qu'*à la faveur d'une infection aiguë, le bacille de Koch, enclos jusque-là dans quelque lésion occulte, peut en sortir et passer dans le sang sans provoquer la bacillisation de l'organisme*.

L'avenir nous apprendra dans que le proportion ces sujets, à bacillémie positive au cours d'une lmaladie aiguë, présentent ultérieurement une poussée évolutiv tuberculeuse.

La pratique répétée de l'hémoculture, la confrontation des données bactériologiques avec l'observation suivie des malades

le relevé rigoureux des réactions spécifiques et leur évolution, tout devra être mis en œuvre pour apprécier dans quelle mesure le bacille tuberculeux observé dans le sang des malades peut être considéré comme un *virus de sortie* sans valeur pathogène actuelle, comme *un agent pathogène mineur* ou s'il est le témoin d'un processus évolutif tuberculeux qui se prépare.

(Jean Troisier et T. de Sanctis Monaldi. Bacillémie tuberculeuse au cours d infections aiguës non tuberculeuses. Le bacille de Koch virus de sortie. *La Presse Médicale*, 30 novembre 1932.)

Certains éléments climatiques et facteurs météorologiques sont incriminés à tort comme facteurs déterminants ou provocateurs de la tuberculose. La superposition, aux diagrammes d'apparition des tuberculoses pulmonaires, pleurales, méningées, de la représentation graphique des éléments météorologiques fournis par l'Observatoire du Parc Saint-Maur pour les mêmes années (1921, 1922, 1923) a conduit l'auteur à un certain nombre de conclusions :

1° *La tuberculose n'est pas une maladie « a frigore »* comme on l'a cru si longtemps. Elle ne rentre pas dans le cadre des maladies pour lesquelles le froid constitue un facteur déterminant ou même favorisant en inhibant les réactions de défense de l'organisme. Il n'en est pas de même pour les affections à germes banaux des voies aériennes supérieures et moyennes. Constatation qui, en ce qui concerne la tuberculose, a son importance au moment où le législateur étend de plus en plus, à de nombreuse affections la liste des maladies professionnelles ;

2° *Les affections des voies aériennes à germes banaux ne prennent aucune part dans l'installation des tuberculoses.* Les rhinopharingites se développent en hiver, pendant les saisons froides. Or les tuberculoses présentent presque constamment des acmés d'éclosion en été ;

3° *Les tuberculoses ne sont pas dues comme le veut la croyance populaire au « chaud et froid ».* Si cette pathogénie reposait sur quelque fondement, elle devrait manifester son action avec un maximum d'intensité en hiver et en été. Or la tuberculose n'évolue pas suivant ce rythme puisqu'il existe en certaines années des *minima* en été et en hiver ;

4° *L'humidité n'intervient pas dans le déclenchement de la tuberculose.* Le régime, la fréquence des pluies n'ont aucune action sur l'apparition des tuberculoses pulmonaires ou extra-pulmonaires. La notion de perméabilité du sous-sol qui tend à supplanter celle d'absence de pluie comme criterium climatique indispensable au traitement efficace des tuberculoses pulmonaires, ne repose pas, elle non plus sur des bases solides ;

5° *Les vents du Nord ont seuls une influence manifeste dans l'éclosion des tuberculoses.* Le rythme d'apparition des tuberculoses est-il subordonné au régime des vents du Nord, ou ces deux éléments obéissent-ils à une loi commune ? En l'état actuel de nos connaissances, on ne peut élucider cette question. Jusqu'à plus ample informé, il sied d'installer les tuberculeux dans des pièces n'ayant pas une orientation dirigée vers le Nord, et de les adresser à des stations protégées par des écrans naturels contre les vents du Nord. L'élément néfaste que porte le vent du Nord est d'un autre ordre qu'une variation thermique.

(Dr Chabaud, de Reims. Du caractère cyclique et des causes provocatrices de la tuberculose. *Le Bulletin Médical*, 10 décembre 1932.)

Varia

A rebours d'un certain nombre de mes collègues, j'estime que la vieille césarienne ne doit pas disparaître devant sa cadette ; on s'est pris pour celle-ci d'un enthousiasme qui, tout justifié qu'il soit, me paraît excessif et on voudrait reléguer la césarienne classique au rang des vieilles lunes.

(Prof. A. Fruhinsholz. L'accouchement sus-symphysaire. *Paris Médical*, 17 décembre 1932.)

***

Chez un asthmatique qui n'a pas encore employé l'adrénaline, il est prudent de ne pas dépasser un quart de milligramme pour la première injection ; certains sujets en effet présentent une grande sensibilité à l'adrénaline ; il faut toujours tâter la susceptibilité des malades avant de l'employer.

(Gaucher et Albeaux-Fernet. Conceptions pathogéniques et traitements usuels de l'asthme. *Gazette des Hôpitaux*, 23 juillet 1932).

***

Le cholalate de soude constitue un bon hypotenseur.

(G. Carrière et Gérard. De l'action hypotensive du cholalate de soude. *Gazette des hôpitaux*, 1er juin 1932.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1933

Hémorragies intra craniennes traumatiques. — *M. Wilmoth* insiste sur certains points : la relative fréquence de ces accidents en particulier.

Entorse de la colonne cervicale. — *MM. Jung* et *Klein*, *M. Sorrel*, rapporteur. La lésion fut mise en évidence par des injections anesthésiques dans les muscles spinaux ; car la radiographie n'avait rien montré auparavant. Un nouveau film montra alors une subluxation de la IVe cervicale en avant.

Arthrite du coude. — *M. Sorrel* rapporte un cas de *M. Oberthür*. Il s agissait d'un enfant de 9 ans ayant une arthrite du coude à streptocoques. La guérison survint après trois ponctions articulaires.

Surrénalectomie dans la maladie de Buerger. — *M. L. Bazy* relate une observation de *M. S. Blondin*. Cet auteur employa la voie transversale para-péritonéale. Le résultat fut remarquable. Guérison maintenue depuis un an.

Traitement des varices. — *M. Rouhier* étudie tour à tour les resultats de la résection chirurgicale des varices et ceux des injections sclérosantes.

Rhumatisme chronique déformant. — *M. Simon* (de Strasbourg), a traité six malades par l'irritation chimique de la région thyroïdienne: badigeonnages à l'iso-phénol. Cinq fois le résultat fut favorable.

Thrombose mésentérique dans la gangrène herniaire. — *M. Guibal* en a observé deux cas. Le premier consiste en un étranglement en triple V. Il existait une thrombose mésentérique de 10 centimètres de large environ. Résection. Guérison. La deuxième observation concerne un homme atteint de hernie inguinale étranglée, est opéré vingt heures après le début. L'infarctus mésentérique remontait à quatre doigts audessus de l'agent d'étranglement. Résection. Guérison.

Chirurgie gastrique. — *M. Okinczyc* donne sa statistique intégrale qui comprend 292 cas cas. Mortalité totale : 7,8 %. 34 opérations de simple contrôle ou de nécessité ont donné quatre morts.

180 gastro-entérostomies ont donné douze morts, soit 6,6 % de mortalité, et 78 gastrectomies, 8,9 % de mortalité.

L'auteur en conclut que la mortalité est comparable. Les résultats éloignés des gastrectomies lui paraissant meilleurs, il tend actuellement à faire plus de gastrectomies, aussi bien dans les ulcères duodénaux que dans les ulcères gastriques.

Méthode de Bohler dans les fractures du rachis. — *M. Lenormant* présente un malade qu'il a traité et guéri par cette méthode.

M. Mathieu croit que la réduction est le fait essentiel.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier 1933

Etude anatomo-clinique d'un cas de néphrose lipoïdique ayant débuté par une néphrite aiguë. Evolution sans rémission en une année. — *MM. F. Bezançon, Etienne Bernard, Delarue, Oumansky* et *A. Meyer* présentent l'observation d'une femme de 28 ans chez qui, après une néphrite infectieuse aiguë, s'est installé un syndrome de néphrose lipoïdique qui, en une année, sans rémission notable, aboutit à la mort. L'aspect des œdèmes, la constance de l'albuminurie, les stigmates humoraux de la nephrose des plus nets (sérine : 4 grammes ; lipides : 28 grammes ; présence constante de corps bi-réfringents dans les urines), l'absence d'azotemie et d'hypertension donnaient au syndrome un cachet néphrosique par excellence. Mais le début par une néphrite

aiguë et d'autre part l'étude histologique des reins qui montrait, en plus des lésions dégénératives des tubuli, des altérations glomérulo-interstitielles importantes, ont attesté dans ce cas l'intrication des lésions de néphrite et des phénomènes dits de néphrose.

Les auteurs soulignent dans leur cas l'importance de l'infection se traduisant au début par des lésions streptococciques cutanées, en placards et en abcès, ensuite par des poussées aiguës d'amygdalite, enfin par une pleurésie pneumococcique qui a été la cause déterminante de la mort.

Tous les essais thérapeutiques ont échoué, aussi bien le régime d'Epstein que le traitement antisyphilitique (le Wassermann était positif), qu'une amydalectomie destinée à réduire les sources d'infection. La seule thérapeutique qui put tenir en échec l'extension des œdèmes fut un régime déchloruré rigoureux joint à des injections de diurétiques mercuriels et à des mouchetures répétées. Mais il ne s'est agi là que d'une intervention palliative ; le syndrome mixte néphrose-néphrite des jeunes poursuit dans beaucoup de cas sa marche inéluctable.

Forme congénitale de la polycythémie idiopathique familiale. — *MM. Mussio-Fournier* et *J.-J. Lussich Siri* (de Montevideo) rapportent l'observation de trois frères atteints de polycythémie, qui présentaient depuis la naissance la coloration caractéristique des lèvres. Un oncle paternel et deux fils de celui-ci étaient également atteints. Les auteurs estiment qu'il s'agit de maladie de Vaquez à caractère familial et, en rapprochant leurs observations d'autres cas de polycythémie familiale, ils discutent le mode de production, admettant l'hyperfonction médullaire et la mettant sous la dépendance de troubles diencéphaliques. Ils insistent surtout sur le caractère congénital de la polycythémie familiale dans leurs faits.

Un cas de sprue avec syndrome neuro-anémique. — *M. René Picard* (de Nantes).

Equilibre protidolipidique du sérum dans les polyarthrites subaiguës et chroniques. — *MM. F. Coste*, *A. Codounis* et *E. Hadjigeorge* indiquent les résultats obtenus chez 23 polyarthritiques. Ils ont trouvé dans 4 cas une protéinémie normale et dans 19 cas une hyperprotéinémie, parfois très prononcée avec quotient albumineux variable, une lipidémie variable au voisinage de la normale et une cholestérolémie habituellement un peu forte.

L'hyperprotéinémie s'est montrée plus accusée dans les rhumatismes articulaires aigus récidivants et dans les arthrites infectieuses sporadiques que dans les polyarthrites chroniques évolutives.

Variations de l'équilibre protidolipidique chez les polyarthritiques traités par les sels d'or. — *MM F. Coste*, *A. Codounis* et *E. Hadjigeorge* ont suivi chez certains des malades précédents l'evolution de l'équilibre protidolipidique au cours de la chrysothérapie. Ils ont constaté un abaissement considérable et constant de la protéinémie totale sous l'influence apparente du traitement aurique. Cet abaissement n'a pas de corrélation avec l'amélioration clinique des malades.

Endocardite maligne à streptocoque greffée sur une maladie de Roger. — *M. May* apporte une pièce d'autopsie concernant un cas d'endocardite maligne à streptocoque greffée sur une maladie de Roger. Les végétations siègent à distance de l'orifice inter-ventriculaire.

Il en est autrement lorsque le streptocoque se greffe non plus sur une malformation congénitale mais sur une lésion orificielle, séquelle d'endocardite rhumatismale ; dans ce cas, les végétations se trouvent sur les lésions valvulaires ellesmêmes.

Deux cas de septicémie primitive due au bacille funduliformis. — *MM. J. Cathala*, *J. Bourgeois* et *P. Gabriel* présentent deux nouvelles observations de septicémie primitive due au bacille funduliformis. L'étude clinique, anatomique et bactériologique confirme les données apportées par P. Teissier, J. Reilly, El. Rivalier et V. Stefanesco, qui ont fourni la première description complète de ce type spécial d'infection à propos des quatre cas recueillis à l'hôpital Claude Bernard. Les six cas publiés jusqu'à présent ont donc tous été recueillis dans le même service en quatre ans. Ces deux observations se résument de la sorte :

1° Une jeune fille de 19 ans en parfaite santé, fait une angine aiguë des plus banales. Au quatrième jour, alors que la gorge se nettoie, brusquement se révèlent des signes de septicémie à détermination pleuro-pulmonaire prédominante avec ictère.

2° Huit jours après une angine compliquée d'un foyer suppuré para-amygdalien chez un homme de 19 ans, état septicémique avec complications pleuro-pulmonaires et arthrites suppurées.

Dans ces deux observations le seul germe retiré du sang, du liquide pleural, du pus articulaire, par cultures sur milieux anaérobies est le bacille funduliformis. Au niveau des poumons en particulier, il détermine des infarctus, des foyers nécrotiques et une infiltration hémorragique diffuse. L'inoculation à l'animal des cultures reproduit des lésions de même type dans le poumon, le foie et des arthrites suppurées.

Les observations jusqu'à présent connues ont entre elles assez de points communs pour qu'un observateur prévenu puisse cliniquement présumer la nature bactériologique de l'infection, et faire le diagnostic par des hémocultures sur milieu anaérobie.

Septicémie à bacille perfringens d'origine biliaire. Ictère hémolytique succédant à un ictère franc. Guérison. — *MM. V. de Lavergne* et *J. Simonin* rapportent l'observation d'un jeune homme qui fit un ictère catarrhal suivi à quelques jours d'un deuxième ictère avec état général grave, teinte cyanique et hémoglobinurie.

L'hémoculture montra l'existence d'une septicémie à bacille perfringens.

Les auteurs font remarquer la rareté des infections biliaires à bacille perfringens : la guérison spontanée après apparition d'ictère hémolytique à perfringens est exceptionnelle.

M. Caussade pense que le pronostic de la septicémie à bacille perfringens n'est pas aussi sombre qu'on l'a toujours affirmé. Il en a observé un cas, d'origine dentaire, qui s'est également terminé par la guérison.

Infarctus du myocarde à forme d'embarras gastrique fébrile récidivant. — *M. Costedorat* rapporte l'histoire d'un infarctus du myocarde qui ne se révéla brusquement au cours d'un repas que par des vomissements et de la diarrhée ; le malade peut voyager pendant toute la nuit suivante ; une douleur à type de courbature n'apparut qu'au bout de 36 heures et demeura très modérée. Une rechute vers la fin du deuxième mois se manifesta par les mêmes troubles digestifs, mais resta entièrement indolore. Une autre rechute, un mois plus tard, ne fut suivie que tardivement d'un élément douloureux des plus estompés. La maladie se termina à la fin du quatrième mois dans l'insuffisance cardiaque progressive.

Sur le traitement de la méningite cérébro-spinale. — *MM. Paisseau*, *Tournant* et *Patey* rapportent 13 cas de méningite cérébro-spinale observés en 1932 et traités uniquement par la sérotherapie qui se sont tous terminés par la guérison sans séquelles à l'exclusion de la perte de vision d'un œil chez deux malades.

Ces cas concernaient cependant trois nourrissons chez lesquels la méningite est particulièrement sévère, deux formes graves avec purpura et arthropathies et cinq infections par un méningocoque B.

Les auteurs discutent les causes auxquelles on pourrait rapporter ces résultats particulièrement favorables : la qualité du sérum, les variations épidémiologiques de la gravité de la méningite auxquelles ils attribuent une influence très importante et enfin les méthodes d'emploi de sérothérapie.

Ils attirent l'attention sur l'utilité de la sérothérapie intramusculaire systématiquement employée en même temps que les injections intra-rachidiennes et sur l'efficacité des injections par voie sous-occipitale dont ils preconisent l'emploi dans toutes les formes qui ne sont pas nettement influencées par les injections lombaires.

On doit surtout reconnaître aux injections sous-occipitales trois indications précises : les méningites cloisonnées, les méningites du nourrisson en raison de leur tendance au cloisonnement et aux localisations hautes, et enfin l'intervention d'une race de méningocoque du type B.

M. Apert croit aussi que les variations de gravité de la maladie selon les épidémies joue un rôle considérable dans le pronostic de l'affection indépendamment de toute question de traitement. Il se rappelle avoir vu un cas dûment identifié de méningite cérébro-spinale qui guérit sans aucune thérapeutique.

M. Hubert a observé le cas d'un enfant porteur d'un hypopion métastatique et qui ne présentait pas de signes méningés. La ponction lombaire permit d'identifier une méningite cérébro-spinale qui guérit par la sérothérapie malgré l'existence de la complication oculaire.

Séance du 3 février 1933

Spirochétose ictéro-hémorragique avec spirochètes dans les crachats et spirochéturie précoce intra-cellulaire. — *MM. Pr. Mercklen* et *R. Waitz* rapportent l'observation d'un malade chez qui ils ont retrouvé l'élimination précoce de spirochètes intra-cellulaires dans l'urine. Ils confirment ainsi leurs constatations antérieures. Ici encore, les spirochètes intra-cellulaires étaient spontanément colorés en jaune brun et visibles sur fond clair.

En outre ils signalent la présence permanente de spirochètes dans l'expectoration muqueuse bronchique de leur malade. Ces spirochètes étaient souvent abondants (5 à 10 par champ). Ils étaient polymorphes, avec prédominance de formes typiques absolument semblables à celles de l'urine. Dans les abcès provoqués par inoculation de crachats au cobaye le polymorphisme disparaissait ; presque seuls persistaient les spirochètes ayant les caractères de spirochètes ictéro-hémorragiques. L'abondance des microbes pyogènes des crachats développait dans le pus des réactions phagocytaires assez fortes pour constituer un barrage contre l'envahissement des tissus par le spirochète et l'installation de la maladie clinique.

Une telle observation pose la question de la contagion interhumaine possible par voie respiratoire.

Pyléphlébite et maladie de Banti. — *MM. Cordier, Croizat* et *Planche* (Lyon).

Le traitement de la sprue par le foie de veau. — *M. Costedat.*

Un cas de fièvre intermittente à très longue durée par appendicite chronique d'emblée avec épiploïte. — *M. Costedat.*

Valeur prophylactique du traitement arsenical « per os » dans la syphilis. — *MM. Tzanck, Gutmann* et *Cord* présentent un malade en pleine efflorescence syphilitique secondaire. Or, ce malade a pris en trois mois 4 gr. 50 de stovarsol *per os* pour un trouble intestinal, et ce traitement n'a pas évité une contamination syphilitique. De plus, les accidents primitifs et secondaires se sont manifestés dans des délais absolument normaux.

Cette observation, qui semble avoir la valeur d'un fait expérimental, démontre :

1° L'inefficacité d'un pareil traitement prophylactique (à ces doses, au moins) ;

2° L'inutilité et la non-efficacité d'un pareil traitement prophylactique, institué à la suite de contacts avec un sujet contagieux. Il est en effet préférable en pareil cas d'instituer un traitement suffisant à bon escient après la première manifestation de la maladie, qu'un traitement insuffisant ou inefficace dans le doute où l'on est avant cette première manifestation.

Remarques sur l'interprétation des résultats fournis par l'exploration endocrinienne à l'aide de la méthode interférométrique. — *MM. Weissenbach* et *Durupt* pensent qu'on doit considérer les valeurs fermentatives basses comme normales et non comme signes d'hyperfonctionnement glandulaire ; on doit considérer des valeurs élevées comme pathologiques mais sans affirmer l'hypofonctionnement.

Les maladies de lumière et leur traitement. — *MM. Hubert Jausion* et *François Pagès* présentent leur livre, récemment édité sous ce titre, à la librairie Masson, en insistant sur la division de leur ouvrage. Les maladies qui relèvent de l'injure lumineuse procèdent, soit de l'*action directe* des rayons, soit du traumatisme solaire, accru par la *photocatalyse*, facteur adjuvant et d'ordre physique. Ce sont là deux rubriques qui permettent déjà de classer les affections qu'ils viennent d'étudier. Ce premier dommage causé par les radiations, s'augmente en outre de deux effets seconds : pour les agents animés, d'une exaltation de virulence, qui n'est autre que le *photobiotropisme* ; pour les substances chimiques, un accroissement de la sensibilité de l'organisme, qui les peut rendre *antigènes*. Ainsi l'étude de ces maladies de lumière, peut-elle servir de type à tout essai pathogénique du même ordre, alors que l'agent morbide est connu.

A propos de la septicémie primitive due au bacillus funduliformis. — *MM. A. Lemierre, G. Reilly, F. Lagani* et *E. Friedmann.*

Etiologie de la maladie de Buerger. — *MM. Troisier* et *Horowitz* émettent l'hypothèse de l'existence de typhus exanthématiques « inapparents » à l'origine de la maladie de Buerger.

Cinétique des bronches lipiodolées et radiographies en série, par *MM. Cordier, Monnier, Kuhn* et *Lévy* (Lyon).

Lacune cranienne isolée. — *MM. Hagueneau* et *Lautier* présentent une malade de 35 ans atteinte d'une lacune considérable du crâne. Cette lésion, dont ils étudient les caractères intrinsèques, ne s'accompagne d'aucune autre manifestation osseuse, soit clinique soit radiologique, ni d'aucun symptôme viscéral.

Les auteurs, après avoir éliminé les diagnostics de tumeur du crâne, d'ostéite tuberculeuse ou syphilitique, d'ostéomalacie, se demandent s'il ne s'agit pas là d'une forme monosymptomatique de xanthomatose cranienne (maladie de Schüller-Christian) comme tendrait à le faire penser l'hypercholestérinémie qu'ils ont mise en évidence.

N'ayant pu pratiquer de biopsie, ils ont cherché sans succès à mettre en évidence des cellules spumeuses par ponction du crâne.

Ils se proposent de soumettre la malade à la radiothérapie dont l'action est rapide dans la xanthomatose cranienne.

Présentation d'instrument. — M. Halbron présente au nom de *M. Ovide Bergenstein* une nouvelle seringue à corps rotatif pour transfusion sanguine, permettant également toutes les injections, ponctions et évacuations d'ordre médico-chirurgical.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le gluconate de chaux dans le traitement des hémorragies urinaires. (LAMIAUD et PINAULT. *Bulletin Médical*, n° 33, 1932.)

Pour diminuer la fréquence et la gravité des hémorragies en chirurgie urinaire, les auteurs utilisent depuis deux ans, un nouveau sel calcique, le gluconate de chaux (calcium-Sandoz).

Ce sel, qui n'a aucun des inconvénients du chlorure de calcium, leur a donné des résultats fort intéressants, et c'est le résumé de leur expérience qu'ils relatent dans ce travail.

Voici, d'après les auteurs, les principales indications de la médication calcique :

1° *Les hémorragies d'origine urétrale* : fausses routes urétrales, hémorragies consécutives à la cautérisation des polypes et papillomes de l'urètre par les courants à haute fréquence.

2° *Les hémorragies prostatiques* : fausses routes prostatiques, hémorragies spontanées par congestion prostatique, et surtout hémorragies de la prostatectomie.

L'hémorragie est avec l'urémie, la grande complication de la prostatectomie. Les auteurs conseillent le traitement préventif suivant :

a) Pendant les deux jours qui précèdent l'intervention, injection quotidienne intramusculaire de 10 c. c. d'une solution de gluconate de Ca à 10 %.

b) Le matin de l'intervention, injection intraveineuse de 10 c. c. associée à une injection intramusculaire de 10 c. c. également.

Cette méthode paraît surtout efficace contre l'hémorragie consécutive à l'ablation de l'adénome. Elle favorise, s'il y a lieu, l'action du tamponnement.

Les hémorragies tardives dues au sphacèle et à l'infection semblent moins influencées.

3° *L'hémospermie.*

4° *Les hématuries vésicales.* Dans les hémorragies dues aux papillomes, aux cancers de la vessie, aux varices vésicales, le gluconate de Ca est un excellent hémostatique. Toutefois, il ne s'agit là que d'un traitement symptomatique.

5° *Les hématuries d'origine rénale.* Les pyélonéphrites hémorragiques, les infarctus du rein, les hémorragies dues à des polypes et papillomes du bassinet, sont nettement influencés par le traitement calcique. Il en est de même pour l'hématurie essentielle. Dans la tuberculose rénale, le gluconate de calcium n'agit pas seulement comme hémostatique, mais fait partie du traitement de fond.

Le calcium est encore indiqué dans les cas avancés et inopérables de cancer du rein.

En résumé, le gluconate de chaux (calcium-Sandoz) nouveau sel de calcium d'administration facile, est un excellent hémostatique, indiqué dans le traitement pré-opératoire et post-opératoire des hémorragies.

Il sera employé également avec résultat dans le traitement de diverses hématuries.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le concours de l'internat à Lyon. — *Dans le* PROGRÈS DE LYON (4 février 1933) *un article intitulé* : LES FRAUDES DU CONCOURS DE L'INTERNAT DE PARIS NE SONT PAS POSSIBLES A LYON :

Les récents scandales du concours de l'internat à Paris placent au premier rang de l'actualité locale la question de savoir si pareils errements sont possibles aux concours des hôpitaux de Lyon. Disons tout de suite qu'il n'en est pas d'exemple, sinon peut-être cet incident, que quelques vétérans des hôpitaux ont encore à la mémoire :

Il y a quelque quarante ans, un candidat fut suspecté d'avoir amélioré sa composition écrite à l'aide de notes prises sur ses manchettes. La supercherie fut découverte sur le champ, et ce fut un des concurrents, le Docteur Gallavardin, croyons-nous, qui fut chargé d'inviter le fraudeur à avouer. Il le fit sans difficulté et le concours continua après son exclusion, sans autre incident.

Il est vrai que dans d'autres villes importantes, comme Strasbourg, d'autres fraudes ingénieuses furent mises au jour. Rappelez-vous ce candidat qui, en 1928, avec la complicité d'une secrétaire de l'établissement, se fit dicter par un microphone installé à même la table du concours dont il tenait le récepteur dissimulé sous un pansement de la main, l'exposé complet de la question posée.

A la vérité, la fraude aux concours de l'Assistance publique de Paris est facilitée par le nombre des candidats, par la durée du concours, par la répétition pendant des mois des séances de jury. A Lyon, au contraire, le concours est parfaitement public. Les épreuves sont attentivement surveillées, à la fois par les juges, par les candidats, par les maîtres de conférences et les amis qui suivent passionnément les péripéties de la lutte. Comme cela se passe sur une semaine au plus, ce contrôle le plus strict assure la régularité des épreuves.

Mais encore, rappelons comment se déroulent les concours. D'abord, le jury est tiré au sort devant le conseil d'administration rassemblé, un mois au moins avant le concours. Pour la désignation des médecins et de chirurgiens des hôpitaux, il y a douze juges : sept médecins, deux chirurgiens, un médecin honoraire et deux professeurs de clinique pour le médicat. Sept chirurgiens, deux médecins, un chirurgien honoraire, deux professeurs de clinique pour le chirurgicat. Pour l'internat, il y a trois médecins, trois chirurgiens et un accoucheur ; pour l'externat, deux médecins et deux chirurgiens. Par ailleurs, le jury est présidé par un administrateur des hospices. Sauf refus, récusation ou impossibilité matérielle, les juges sont désignés dans l'ordre du tirage.

Le jour du concours arrivé, les juges déposent dans l'urne une série de questions numérotées. Et c'est le candidat qui a tiré le numéro 1 pour le tour de parole qui extrait de l'urne, publiquement, la question du concours.

Les épreuves de l'internat se déroulent à la Charité. Après l'appel dans la cour, les concurrents s'installent, suivant leur numéro de tirage au sort, devant les tables qui leur sont réservées. On leur dicte alors le sujet de la première composition : anatomie et physiologie. Chacun a à sa disposition un papier jaune sur lequel, pendant un quart d'heure, il peut arrêter son plan. Ce temps de réflexion passé, on distribue du papier blanc et les candidats ont, suivant la question, trois quarts d'heure ou une heure pour rédiger sur ce dernier papier qui, seul, peut servir à la lecture, tout ce qu'ils savent du sujet proposé.

Alors ils remettent leur mémoire sous enveloppe, avec leur nom et numéro de tirage. Puis successivement ils viennent lire leur composition devant le jury. La lecture est constamment

contrôlée par un examinateur et toutes les quatre ou cinq lectures, le jury suspend la séance pour contrôler sur les copies les passages que certaines hésitations, certains embarras du candidat, ont permis de suspecter.

Les deux épreuves écrites décident de l'admissibilité. Le nombre des admissibles ne peut être supérieur au triple des places d'interne à attribuer.

En général, ce sont les deux épreuves orales : pathologie et questions de garde, qui déterminent le classement définitif. Pour ces questions, les candidats sont sévèrement enfermés et surveillés, jusqu'au moment de paraître devant le jury. Ils se succèdent dans trois cabines où ils ont un quart d'heure de réflexion pour « piquer » oralement la question devant le jury.

Les questions de garde portent sur la médecine, la chirurgie, l'obstétrique. C'est la véritable « guillotine » du concours. On fixe généralement dix-huit minutes de réflexion et six minutes d'exposition.

L'annotation des épreuves est fixée de façon à garantir les candidats contre les notes extrêmes tendant à surclasser ou à déclasser tel ou tel. C'est la quatrième note dans l'ordre de valeur qui compte, c'est-à-dire que pour obtenir le maximum : 20, le candidat doit avoir quatre juges — la majorité — qui lui accordent cette note. Mais supposons qu'un juge lui ait accordé la note 18, deux autres la note 17, un autre la note 16, c'est la note 16 qui lui sera attribuée.

Evidemment, il serait excessif et inhumain de penser que certaines préférences ne jouent pas parmi les juges, ni que quelques menus trucs ne tentent pas certains candidats. Mais, de mémoire d'homme, il ne s'est pas produit à Lyon, dans les concours d'internat, une irrégularité susceptible de fausser le résultat des épreuves. C'est tout à l'honneur du Corps médico-chirurgical des hôpitaux lyonnais, qui maintient ainsi le prestige de sa sélection.

Quant à dire que les concours fonctionnant ainsi constituent le moyen incontestable de désigner les meilleurs, c'est une tout autre question, et qui mérite un autre examen.

Le Docteur Paul Farez, *nouveau président de « La Betterave ».* — La Revue Septentrionale *publie le « médaillon », ci-après que nous reproduisons d'après la* Revue de Psychothérapie et de Psychologie appliquée.

D'une taille plutôt grande ; mince, car il connaît les dangers de l'embonpoint ; la barbe soigneusement taillée, car il est élégant dans sa personne comme dans ses manières et dans son langage ; le teint fleuri, comme son style ; l'œil clair et vif comme son esprit, qui sait voir et comprendre ; le Docteur Paul Farez appartient à la catégorie très rare des hommes sympathiques.

Les Rosati sont fiers de le compter parmi les membres de leur Comité.

L'Association des Enfants du Nord et du Pas-de-Calais vient de l'élire président pour l'année 1933, en remplacement de l'éminent bâtonnier Fernand Payen.

A vrai dire, par son talent tout de finesse et de distinction, le Docteur Paul Farez semble beaucoup plus dans son élément au milieu des roses que dans les betteraves. Mais on sait que la Betterave vaut mieux que son titre populaire et que la grande Association amie qu'elle représente groupe, de la façon la plus intéressante, toutes les personnalités septentrionales. Le Docteur Farez sera pour elle un président remarquable.

Les sociétés ne sont-elles pas des corps constitués ? Or, il vient de publier le texte d'une conférence, riche des idées les plus justes et les plus neuves : *Les moyens d'être maître de son corps.* Ce sera donc un chef.

« La Betterave est bien portante, dira-t-on. Elle n'a pas besoin d'un médecin ». Sans doute ! Mais le Docteur Farez n'est pas un médecin ordinaire. Il est exactement celui que réclamait la Betterave, puisque ses deux ouvrages qui ont connu tant de succès, le premier préfacé par Fernand Laudet et le second par Louis Madelin, sont intitulés : *« L'art de bien gérer sa santé »* et *« Comment échapper à la maladie »*.

Très savant, occupant une haute situation dans les inspections médicales de la France, le Docteur Paul Farez a le don, magnifique, car assez exceptionnel, de pouvoir parler des choses scientifiques tout en demeurant compréhensible.

Au *Journal des Débats*, dont il est l'un des plus brillants collaborateurs, il suit et commente l'actualité médicale avec autant de compétence que d'esprit.

Avec lui, on a l'impression que tout est simple et clair. On ne songe pas à s'effaroucher des situations. On est mis en confiance par quelques phrases. On s'abandonne à la main, qui a saisi la nôtre. On se laisse conduire.

Si on est bien portant, on le demeure.

Si on est malade, on guérit.
Toujours avec le sourire.
Le Docteur Paul Farez est un magicien, celui de l'optimisme.

Le cinéma corrupteur. — *Tel est le titre d'un article du Docteur Pierre Vachet, article publié par la* Revue de Psychothérapie et de Psychologie appliquée (janvier 1933). *En voici un extrait :*

..... le film de banditisme n'est pas le seul qui soit pernicieux.

A côté de celui-ci, qui incite au meurtre et au vol, sous un air innocent, — il y a également celui qui semble uniquement fait pour éveiller chez les spectateurs les plus froids, la sensualité qui sommeille. Chose vraiment inexplicable : en un temps de pudibonderie inouïe, où on ne permet aucune discussion sérieuse des questions sexuelles. — où l'idée même d'une éducation sexuelle rationnelle scandalise la plupart des gens, — on trouve naturel, à propos, de montrer, sur un écran, des baisers pâmés de cinq minutes, filmés en détail de biais, de face et de profil, des étreintes qui n'ont rien de pur, les plus provocantes amoureuses en déshabillés suggestifs, en chemises transparentes, des visages extasiés de volupté... Or, aux cinémas de quartier dont les prix sont modiques, les familles viennent au complet, depuis les grands-parents jusqu'aux marmots de 4 et 5 ans. On dit : « Bah ! ils sont petits, les enfants ne comprennent pas... » C'est qu'il ne s'agit pas ici de *comprendre*, mais de *voir*. Et la sensualité s'éveille beaucoup plus tôt que le ne croient les parents aveugles chez l'enfant avide de vivre... Ainsi, on lui refuse la vérité simple et nette sur les choses de l'amour, on le rabroue s'il ose questionner : mais il voit chaque semaine au cinéma, émerveillé, des scènes de passion sensuelle d'un goût déplorable, qui éveillent ses sens, et font lever en lui tous les rêves impurs.

Par ailleurs, et par une contradiction inattendue, le cinéma, qui sait être si réaliste quand il s'agit de baisers et de caresses, retombe, dans presque tous les scénarios de comédie, dans le romanesque le plus faux, le sentimentalisme le plus désuet. Rien de vrai, rien de raisonnable, rien même de croyable ! En fait d'amour, le cinéma ne connaît guère que l'amour nigaud tel que le dépeignent, au cœur des vierges naïves, les romans-feuilletons les plus démodés. Il y a là de quoi inciter les jeunes simples et sentimentales aux pires sottises et aux plus niais abandons.

D'ailleurs, observez les amoureux au cinéma : ils sont hors d'eux : ils se pressent les mains, se fixent dans les yeux, se prennent par le cou, s'embrassent sans gêne ni pudeur. Vous ne verrez cela ni au théâtre ni ailleurs : pour cela le cinéma est unique, car c'est lui qui crée cette atmosphère trouble qui entraîne à toutes les défaillances de la chair.

Il faut remarquer enfin que le type de jeune héros moderne, si je puis dire, que les comédies cinématographiques proposent à notre admiration et à notre sympathie, est le plus déplorable qui soit généralement, c'est un fruit sec, paresseux, fantasque, sans suite dans les idées. Mais il est jeune et beau, élégant par-dessus le marché, et voilà qui, paraît-il, suffit à tout, et mérite tous les succès. Pour le reste, aimable, mufle, cynique, effronté, bluffeur, se disant riche quand il est pauvre, pour séduire la riche héritière, ne craignant jamais d'offrir à souper dans le restaurant le plus élégant sans avoir un sou — ou d'emprunter avec désinvolture, pour une heure ou deux, une auto luxueuse qui stationne au bord d'un trottoir !... Rien ne l'arrête, et tout lui réussit à merveille : il finit toujours par conquérir la belle et ses dollars !... Aimable leçon de morale par l'exemple.

Il est temps, enfin, après tant d'errements, qu'on réfléchisse aux dangers que représente le cinéma, tel qu'il est compris aujourd'hui : il ne cherche qu'à complaire au public en flattant ses plus bas et ses plus médiocres instincts. Il est temps qu'il prenne conscience du rôle éducateur qui aurait toujours dû être le sien. Ce rôle, il le remplira, non certes en devenant platement, tristement moralisateur, à la manière d'un film de patronage : il y a une façon de prêcher la vertu qui suffit à en détourner. Mais que seulement le cinéma , renonçant à l'outrance, en revienne simplement, humblement, à l'*humain*.

Cette idée, qui m'est chère à moi-même, a été admirablement exprimée par Georges Duhamel, et je ne puis mieux conclure ce court exposé qu'en le citant : « Je le dis avec énergie, moi profane, moi sacrilège, moi contempteur et railleur impénitent de tout ce fatras insipide, vénéneux ou ordurier dont on fait la nourriture ordinaire et le divertissement quasi quotidien du peuple, je le dis et je le répète : le salut du cinéma est dans l'humain ! »

Quelle est l'origine des mots antimoine et gardenal ? — *Voici ce que dit M. René de Montigny, dans le* JOURNAL DES PRATICIENS (14 janvier 1933) :

..... Pour l'antimoine, ils (*les étymologistes*) font intervenir les mots grecs « Anti » (contre) et « Monos » (seul), sous prétexte que l'antimoine ne se trouve pas isolé.

Il est une autre étymologie, peut-être légendaire : un bon moine alchimiste jetait dans la cour de son couvent un produit sortant de ses cornues, un frère lai, chargé de la porcherie, le recueillait et, pensant que « tout fait ventre », le mélangeait à la pâture de ses cochons, il vit ceux-ci prendre un poil soyeux et engraisser rapidement. Il fit part de cette heureuse constatation à ses supérieurs et, comme un couvent était d'autant mieux coté que ses moines étaient plus gras, ceux-ci s'empressèrent d'introduire ce nouveau produit dans leur cuisine. Hélas ! le résultat ne fut pas celui qu'on escomptait, les pauvres moines, loin d'engraisser, furent atteints de diarrhée et de vomissements : ce qui est bon pour les cochons est contraire aux moines et alors le produit fut dénommé « Antimoine ».

Voici maintenant un autre mot dont l'origine serait plus étrange : deux associés veulent mettre en spécialité, comme hypnotique, le *Phényl-éthylmalonyl-uree* ; on ne peut lui laisser ce nom, le malade s'endormirait peut-être en essayant de le prononcer et alors il n'aurait plus besoin du médicament, ce qui serait désastreux... au moins pour le pharmacien. On lui cherche donc un nom plus court.

— Comment l'appellerons-nous ?... Il faut que le mot se termine par « Nal », comme Véronal, Valéronal, Luminal... Cherche l'autre partie du mot.

— Tu as raison, garde « Nal ».

— Eh bien, c'est trouvé !

— Comment cela ?

— Il s'appellera « Gardenal ».

Et ainsi fut fait.

Un centenaire à commémorer (*Journal des Débats.*) — A la liste des centenaires de l'année que nous avons récemment publiée, nous nous faisons un devoir d'ajouter l'un des plus dignes de commémoration et que nous signale M. Bazy, membre de l'Académie des sciences. C'est celui de l'*Association des médecins de la Seine*, fondée en 1833 par Orfila, alors doyen de la Faculté de médecine.

« Le fait est d'autant plus important, nous écrit M. Bazy, que, si j'en crois les recherches faites au ministère du Travail, cette association serait *la première* qui se soit occupée de secourir les personnes *exerçant des professions libérales*. C'est à ce titre surtout que je vous le signale. »

Ce centenaire sera célébré dans la deuxième quinzaine de mai ou les premiers jours de juin.

BIBLIOGRAPHIE

Paix et morale par la Science, par Henri DAMAYE, médecin des Asiles d'aliénés. Félix Alcan, édit., Paris.

Ouvrage à la fois de biologie, de psychiatrie et de sociologie, qui continue la série des volumes publiés par l'auteur. Y sont envisagés les anormaux mentaux de la vie libre et les perturbations sociales ou familiales par eux causées.

L'idée directrice des chapitres est de mettre en évidence les services que rendra la psychiatrie dans notre société, lorsqu'elle sera mieux connue des médecins et du grand public. Très riche en philosophie et en faits d'observation, l'ouvrage contient un certain nombre de contributions nouvelles à des questions étiologiques, cliniques et thérapeutiques de pathologie mentale. Citons notamment le rôle étiologique de la tuberculose dans les troubles mentaux, les méningo-encéphalites psychosantes ; citons aussi les associations de syndromes mentaux. Damaye montre avec courage le besoin impérieux qu'a l'Assistance psychiatrique de médecins possédant en médecine générale une instruction très développée et la nécessité d'un recrutement assez différent de celui des médecins d'asiles actuels. Damaye le dit avec raison : les troubles mentaux les plus intéressants ne sont pas ceux des internés d'asiles ; ce sont, aujourd'hui, ceux des hôpitaux et ceux, si variés et si nombreux, de la vie libre. Médecins spécialisés ou non, sociologues et philosophes trouveront en ce livre bien des idées et bien des données intéressantes. C'est un petit livre comme il en faudrait beaucoup, à notre époque de transformations et d'intense évolution. L'auteur envisage de gros problèmes sociaux. Si, présentement, certaines de ses idées soulèvent des discussions, elles ont néanmoins chance d'avenir, avec le progrès et la diffusion des sciences biologiques. Morale, éducation, religion, service militaire sont envisagés avec le pur esprit médical et à la lumière des sciences. Ce nouvel ouvrage de Damaye, comme ses précédents, sera utile, rendra service et fera du bien.

Hjemmegymnastik-Sygegymnastik (La gymnastique des malades et la gymnastique chez soi), par ARNE FABER. Jespersen og Pios Forlag, Copenhague, 1932.

Ce livre, écrit par les spécialiste danois, est destiné à donner une nouvelle orientation à la gymnastique médicale.

La gymnastique de mouvements, avec le minimum d'appareils, comprend trois groupes d'exercices qui répondent à trois modes de fonctionnement musculaire différents.

1° Les exercices *libres* se définissent d'eux-mêmes ; ils correspondent à trois formes d'influx nerveux ; le mouvement actif fait travailler le système nerveux, le mouvement passif le laisse au repos, le mouvement pendulaire associe le rythme à la défente.

2° Les exercices *à résistance* représentent des mouvements actifs contrariés par une résistance extérieure : éducateur, obstacle, exerciseur. Le sujet contracte ses muscles sur des haltères à ressorts par exemple.

3° Les exercices *à auto-résistance* empruntent la résistance au sujet lui-même ; c'est l'antagonisme musculaire qui entre en jeu et limite l'amplitude et la vitesse du mouvement ; c'est le même qui devient pathologique dans les syncinésise antagonistes.

Nous faisons des exercices à résistance et à auto-résistance sans le savoir et tout naturellement. Au réveil nous baîllons (exercice pulmonaire), nous nous étirons (exercice musculaire) ; si nous nous étirons en nous appuyant des mains et des pieds contre les deux bois de lit, nous faisons un exercice à résistance ; si nous nous étirons simplement, nous faisons de l'auto-résistance. L'auto-résistance correspond dans ce cas à un freinage musculaire automatique et inconscient. Si nous freinons volontairement et à fond, nous obtenons un exercice *d'arrêt*, qui concerne surtout la gymnastique des nerfs.

Cette division des exercices a simplement une valeur schématique, car, dans la réalité, un exercice, même libre, laisse toujours intervenir l'auto-résistance, phénomène normal, et la résistance pure rerpésentée par la pesanteur.

Gymnastique d'hygiène, gymnastique de santé, telles sont les deux possibilités de la méthode d'Arne Faber.

L'ouvrage est fort bien illustré ; chaque exercice est accompagné d'une photographie et de la liste des muscles mis en action.

J. Lafont.

La personnalité et l'hérédité, par Léon Mac Auliffe. Un volume in-8o de 292 pages avec 222 figures. Legrand, éditeur, Paris, 1932.

Continuant ses études remarquables sur la vie humaine, ce que nous a déjà valu trois volumes (les origines de l'homme actuel, développement et croissance, les mécanismes intimes de la vie), le Docteur Mac Auliffe publie un ouvrage des plus intéressants «la personnalité et l'hérédité ». Peut-être ce livre surprendra-t-il les savants fidèles aux anciennes doctrines ; mais basé sur des milliers d'observations, sur des statistiques précises sur une méthode essentiellement scientifiques, nul ne peut nier la valeur et son importance. Cet ouvrage est d'autant plus précieux que la France ne possède aucun enseignement officiel de cette branche de la pathologie comme d'ailleurs aucun enseignement de cette morphologie dont Mac Auliffe est un des plus brillants propagonistes. L'auteur commence par définir l'hérédité et la conscience et passe en revue toutes les hypothèses émises sur l'hérédité, s'appliquant constamment à montrer leur application aux qualités sociales et à la pathologie.

Il va de soi qu'en parfait morphologiste, il a soin de signaler les relations entre les caractères psychiques et les types corporels.

Un chapitre (IV) est consacré à déterminer l'importance des caractères de ressemblance dans les classifications biologiques et à décrire les races européennes conformément à leurs particularités physiques et psychiques. Enfin, l'ouvrage contient une étude d'une grande famille française : celle de Carnot, dont il suit l'évolution au cours de plusieurs siècles : ce qui permit d'établir le rôle combiné du milieu et des tendances biologiques des personnalités. Un dernier chapitre traite de l'hérédité du don musical : à ce propos sont exposées des observations très originales sur les rapports existant entre la forme du pavillon musical et le don musical. De très nombreux documents iconographiques accompagnent cet exposé magistral.

En somme, ce travail a une valeur scientifique indiscutable et il est souhaitable qu'il figure dans la bibliothèque des médecins, des anthropologistes et des sociologues.

G. Paul-Boncour.

Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires, par Mlle Hoffer et Mme Anglès. (*Collection des Manuels de rééducation*), chez Doin, Paris, 1932.

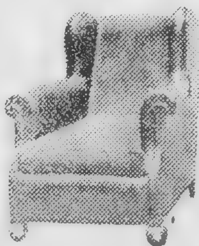
Il m'est infiniment agréable de présenter au public ce manuel aussi remarquable par sa science pédagogique des écoliers anormaux que par sa clarté et sa méthode. Trop souvent les traités concernant les enfants anormaux se bornent à exposer la méthode de l'auteur, ses opinions, sans donner une idée de l'ensemble de la question. Les distinguées auteurs ont tenu à fournir un traité éminemment pratique qui, mis entre les mains des éducateurs désireux d'instruire les déficients leur donnera des notices saines et utiles.

La meilleure manière de démontrer la valeur de ce traité est d'en citer les différents chapitres. Le premier pose nettement le problème, en indiquant le rôle des parents et celui des éducateurs et en démontrant l'importance du dépistage des retardés ; ce mot dépistage expliquant qu'il faut les rechercher.

Le chapitre II indique la technique à suivre pour découvrir les anormaux et le mouvement des tests. Ceux-ci sont décrits soigneusement.

Le chapitre III passe en revue les causes de déficience et insiste sur la pathogénie. Dans le chapitre IV est présentée une excellente classification des déficiences et avec sagacité, les auteurs séparent les retardés pédagogiques, dont la nature diffère essentiellement des vrais arriérés. Les modes de rééducation sont magistralement exposés dans les chapitres V, VI, VII et VIII. Je me permets de signaler une légère lacune, qui sera certainement évitée dans les prochaines éditions du livre : l'orientation professionnelle des anormaux est insuffisamment traitée. Vers quels métiers diriger les enfants ? Comment les préparer manuellement à une profession ? Quels sont les stades de cette préparation ? Ayant fait passer récemment les examens aux instituteurs désirant obtenir le certificat d'aptitude à l'enseignement des arriérés, j'ai été, comme mes collègues, stupéfait de l'ignorance des instituteurs sur ce point capital pour l'adaptation sociale. Cette critique est légère et n'altère nullement les qualités supérieures de ce traité de pédagogie spéciale, qui est illustré de schéma et de gravures en augmentant la clarté et la compréhension. Une trentaine de pages traitent des déficiences d'origine endocrinienne : elles sont écrites par le Docteur Léopold-Lévi ce qui est une garantie de leur valeur. Je conclus : ce livre doit être entre les mains des éducateurs et des médecins s'intéressent au sort des arriérés : c'est le meilleur qui exerce actuellement et qui soit véritablement complet.

G. Paul-Boncour.



P. L. M.

Les Fêtes de la Côte d'Azur

Voici le moment des fêtes de la Côte d'Azur. Si cette admirable région est agréable en toute saison, elle l'est encore davantage à cette époque de l'année, car à l'attrait de son soleil et de ses fleurs s'ajoutent les agréments qu'elle offre à ses visiteurs ; défilés carnavalesques, batailles de fleurs, redoutes, végliones, bal parés et masqués, tournois fleuris, régates, concours hippiques, manifestations mondaines, artistiques et sportives y créent, plus encore qu'à l'ordinaire, une atmosphère de beauté et de joie.

C'est l'époque préférée pour la visiter. Vous pouvez le faire agréablement et commodément. N'hésitez pas ! prenez place dans un de ces « Trains du soleil » qui conduisent vers ce pays de rêve.

GASTROPATHIES DOULOUREUSES
GASTRITES, SPASMES DU PYLORE
ULCÈRES

Gastropansement DU Dr. ZIZINE

PANSEMENT GASTRIQUE
A BASE DE
CHARBON
ACTIF
POLYVALENT
ASSOCIÉ AUX POUDRES INERTES



POSOLOGIE
1 PAQUET LE MATIN A JEUN,
ET AU BESOIN LE SOIR



ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES DU Dr. ZIZINE
24, rue de Fécamp - Paris XIIe
TÉLÉPHONE : DIDEROT 28-96

HÉMET-JEP-CARRÉ

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 7 LE NUMÉRO : 50 Centimes 18 FÉVRIER 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 8 février. — M. Brosson. Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Lariboisière en 1931. — M. Eisendrath. Progrès récents réalisés dans les méthodes de diagnostic bactériologique de la tuberculose rénale et leur signification clinique et bactériologique. Importance pratique de la microculture. — M. Portias. Les troubles vésicaux dans les affections médullaires. — M. Beurdeley. L'intoxication poncique. — M. Disband. Eaux minérales françaises.

9 février. — M. Mondain. Quelques types de joie et de béatitude dans la pathologie mentale. — M. Cordoliani. Quelques considérations sur la fièvre ondulante en Corse. — M. Cas Juan Cam. De la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — M. Marie. Contribution à l'étude des macro- et micropolyadénopathies cervicales chroniques de l'enfance. — M. Pétrignani. Etude de la maladie de Leber (atrophie optique familiale et héréditaire). — — Mme Grevelink. Paralysies récurrentielles pré- et post-opératoires.

8 février (Thèses vétérinaires). — M. Xemard. Considérations générales de l'élevage au Maroc. Le troupeau marocain.

9 février. — M. Ronfant. Dangers de l'extraction forcée dans les excès de volume chez les grandes espèces domestiques.

15 février. — M. Glovoniski. Le traitement de la maladie de Parkinson par le datura injectable. — M. Valingot. La médecine préventive des cancers.

16 février. — M. Bobé. Les colonies familiales d'Alunès. Assistance, réglementation. — M. Rappoport. Ulcère aigu de la vulve. — Mlle Yeu. Le lait de Soja dans l'alimentation du nourrisson. — M. Ladislas Seidner. Contribution à l'étude de l'antagonisme de l'adrénaline et de certains extraits pancréatiques.

15 février. (Thèse vétérinaire). — M. Bernard. Recherches sur le mécanisme des accidents consécutifs à l'ingestion du tétrachlorure de carbone.

Hôpital Cochin. (Clinique de M. le Professeur Achard.) — *Cours des semaines du 12 au 26 février* 1933. — Dimanche 12 février, à 10 h. 1/2, Docteur L. Hamond : Paralysie laryngée. — Lundi 13 février, à 11 heures, Docteur Thiers : Compressions pottiques. — Mardi 14 février, à 11 heures, Docteur Laubry : Troubles fonctionnels et accidents des hypertendus. — Mercredi 15 février, à 11 heures, Docteur Flandin : Saturnisme. — Jeudi 16 février, à 11 heures, M. le Professeur Clerc : Le cœur des diabétiques. — Vendredi 17 février, à 11 heures, Docteur Touraine : Syphilis tertiaire. — Samedi 18 février, à 10 h. 1/2, M. le Professeur Achard : Néphrose lipoïdique. — Dimanche 19 février, à 20 h. 1/2, Docteur L. Ramond : Intoxication par le véronal. — Lundi 20 février, à 11 heures, Docteur Mouzon : Hémiplégie syphilitique. — Mardi 21 février à 11 heures, Docteur Sigismond Bloch : La digitale. — Mercredi 22 février, à 11 heures, Docteur Busy : Interprétation de quelques radiographies thoraciques et digestives. — Jeudi 23 février, à 11 heures, Docteur Bensaude : Les colites graves dysentériformes. — Vendredi 24 février à 11 heures, M. le Professeur Loeper : La dyspepsie flatulente. — Samedi 25 février, à 10 h. 1/2, M. le Professeur Achard : Néphrose lipoïdique (suite). Dimanche 26 février à 10 h. 1/2, Docteur L. Ramond : Aortite syphilitique.

Conférences médicales de l'Hôtel Chambon. — Le vendredi 24 février 1933, à 21 heures, dans la grande salle des conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Mme Legrand-Falco, vice-présidente du Conseil national des femmes françaises donnera une conférence sur : *La prostitution réglementée et la traite des femmes* (projection d'un film).

Service de santé. — *Mutations.* — Les médecins colonels : Morisson, des salles militaires de l'hospice mixte de Tours, nommé sous-directeur du Service de santé de la 15e région, à Marseille ; Hornus, des troupes du Maroc, nommé sous-directeur du Service de santé de la 6e région, à Metz.

Les médecins lieutenants-colonels : Augé, des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier, à l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles ; Touzet, des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Brieuc, à l'Ecole militaire et d'application de la cavalerie et du train, à Saumur.

Les médecins commandants : Benazet la Carre, du 306, au 361e d'artillerie, à Commercy ; Stefanini, de l'hôpital Bégin, à Saint-Mandé, aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier.

Les médecins capitaines : Ribollet, de la région de Paris, aux troupes du Maroc ; Villard, du 13e, au 134e d.infanterie, à Chalon-sur-Saône ; Carillon, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé ; Petitdemange, des troupes du Maroc, au 120e esc. du train, à Sainte-Menehould ; Bournique, du 1er chasseurs à pied, au 19e C. A. ; Cornu, du 158e d'infanterie, au 1er chasseurs à pied, à Strasbourg.

Le médecin lieutenant Theurkauff, du 19e C. A., aux confins algéro-marocains.

La peste à Madagascar. — Les résultats incomplets obtenus dans la lutte contre la peste, qu'on n'est pas encore parvenu à supprimer à peu près complètement comme la variole, ont pu dans une certaine mesure conduire à mettre en doute l'activité déployée à cet effet dans nos colonies.

Pour répondre aux préoccupations qui se sont fait jour à ce sujet, notamment à l'occasion de nouvelles récentes de Madagascar, l'Institut colonial français a saisi de la question son *Comité d'études de la prophylaxie et du traitement des maladies coloniales.*

Sous la présidence de M. Nattan-Larrier, assisté de MM. les Professeurs Marchoux et Mesnil, Dujardin-Beaumetz, une séance de ce Comité vient de réunir l'élite des maîtres et des praticiens de la pathologie coloniale, pour entendre le Médecin Commandant Girard, directeur de l'Institut Pasteur à Tananarive.

Il résulte du très objectif exposé du Docteur Girard qui depuis 1921, date où la peste a fait son apparition dans la grande île a dirigé la lutte contre le fléau, que les mesures prises ont limité considérablement le mal si elle ne sont pas parvenues à le conjurer. Il revêt en effet sur les hauts plateaux des formes cliniques d'une extrême gravité, susceptibles d'entraîner des épidé-

mies de pneumonie pesteuse, comparables à celles qui ont fréquemment affligé la Mandchourie.

Le service qui fonctionne depuis dix ans à Tananarive peut être cité en modèle : il met la capitale malgache et sa proche banlieue à l'abri de toute catastrophe sanitaire. Le dépistage de la peste, les mesures délicates à prendre pour parer aux dangers de certaines coutumes des autochtones, les désinfections et dératisations opérées partout par les équipes sanitaires en camions automobiles, d'innombrables inoculations vaccinales, ont marqué chaque année les progrès de notre prophylogie.

La création récente d'un service central de la peste avec un personnel spécialisé, va permettre l'élargissement des moyens employés non seulement pour l'étude des problèmes scientifiques qui se posent, mais aussi pour l'action sanitaire.

Une délibération des plus intéressantes a suivi cet exposé, et le Comité félicitant les médecins et administrateurs qui ont collaboré à la défense sanitaire de Madagascar, a émis un vœu énonçant les modalités les plus efficaces pour l'aboutissement de la lutte contre la peste.

Syndicat professionnel de la Presse scientifique. — « Au Bœuf à la Mode », rue de Valois, mardi 21 février 1933, à 19 h. 30, le Syndicat de la Presse scientifique (S. P. P. S.) présidé par le Docteur Foveau de Courmelles, aura son banquet annuel, sous la présidence de M. Louis Marin, député, président de la Société d'ehtnographie.

Le Docteur Constantin y projettera des photographies inédites du Centre-Afrique.

Foire de Lyon du 9 au 19 mars 1933. (Section d'Art médical et d'hygiène). — Comme chaque année, la grande salle du Palais de la Foire située au-dessus de l'Atrium, sera occupée par le groupe de l'Art médical et de l'hygiène.

Grâce au concours des principaux fabricants de spécialités pharmaceutiques et hygiéniques, une très intéressante exposition y sera organisée sous le patronage de l'Office commercial pharmaceutique avec la collaboration de M. Laubeuf, pharmacien publicitaire, délégué officiel de la Foire de Lyon.

La participation de 1933 est appelée comme ses devancières à un brillant succès, car elle groupera dans des stands modernes fort bien présentés, tout ce qui concerne la médecine pratique et l'hygiène préventive.

A côté du grand salon public, dans une galerie réservée aux membres du Corps médical et pharmaceutique, figureront les spécialités purement thérapeutiques, formant pour les techniciens un centre de documentation très utile.

Des cartes d'entrée seront envoyées aux médecins, pharmaciens, sages-femmes et dentistes de la région lyonnaise.

Les membres du Corps médical et pharmaceutique ainsi que les étudiants et les infirmières qui désirent venir à la foire de Lyon peuvent également se procurer des cartes en s'adressant soit à l'O. C. P. (Service publicité, 71, rue du Temple), soit à M. Laubeuf, 38, rue Notre-Dame, à Lyon.

Nécrologie. — Docteur BARRET, de Brest, médecin général de la marine en retraite, beau-père du médecin général Brunet, directeur du Service de santé de la marine, à Bizerte. — Docteur BASEIL, de Frouard (Meurthe-et-Moselle). — Docteur Jules BÉNARD, de Saint-Luperce. — Docteur Jean BERTHOLET de Toulon, décédé à l'âge de 61 ans. — Docteur Albert CATTAN, de Tunis, décédé à l'âge de 57 ans. — Docteur A. CLOSSET. — Docteur Lucien CUZIN, de Lyon, 55 cours Vitton. — Docteur Pierre DULAC, de Montbrison (Loire), ancien maire de cette ville, décédé dans sa 82e année. — Docteur René FEYE, médecin colonel en retraite. — Docteur Louis GASSOT, de Chevilly (Loiret), décédé à Amélie-les-Bains, dans sa 56e année. Il était le fils du Docteur A. Gassot, directeur honoraire du *Concours Médical*. — Docteur GNECCO, de Tunis. — Docteur GRANIER, de

Ganges (Hérault), conseiller d'arrondissement de ce canton depuis quarante ans, décédé à l'âge de 84 ans. — Docteur Félix Laroche, de Jarnac (Charente), décédé à l'âge de 64 ans. — Docteur Muller, d'Etampes (Seine-et-Oise). — Docteur E. Paquy, de Paris, 20, rue Joubert (IXe). — Docteur André Pradaude, médecin directeur de la fondation Louis-Lebrun, décédé à l'âge de 27 ans. — Docteur Paul Tassin, de Capestang (Hérault), brûlé vif en sauvant sa belle-fille âgée de 9 ans. — Docteur Louis Terrade, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Alban-sur-Limagnole (Lozère). — Docteur Zammit, de Tunis, président de la Société des Sciences médicales de cette ville. — M. Cazalet, ancien administrateur des hôpitaux de Bordeaux, beau-père du Docteur Georges Cadenaule. — M. Joseph Hugues, fondateur du *Languedoc Médical*. — M. Victor Mercier, président honoraire à la Cour de cassation. Il était le gendre du Professeur Alfred Fournier. — Docteur Hector-Adolphe Maillard, de Genève. — Docteur Albert Lemaire, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Louvain. Il fut l'un des membres les plus actifs de l'Association des médecins de langue française. — Docteur Joseph Brahy, décédé à Liége, à l'âge de 67 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement des abcès du poumon, par le Docteur Kourilsky. Un volume in-8, 40 pages, 6 francs. (Collection *Les Thérapeutiques Nouvelles*). Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, VIe.

L'exposé de ce travail est un plaidoyer en faveur de l'intervention chirurgicale. C'est du reste le sentiment d'autres auteurs.

Mais l'auteur insiste sur ce point : le traitement des abcès pulmonaires ne peut être mené à bien que par la collaboration étroite du médecin et du chirurgien, comme le reconnaissent les collègues chirurgiens qui ont étudié la question. L'indication opératoire est la garantie essentielle du succès, la relative précocité de l'intervention en est une autre et la technique rigoureuse en est une troisième.

Etant donnée la collaboration indispensable de la clinique, de la radiologie, de la bronchoscopie et de la chirurgie, il est désirable que les malades atteints d'abcès pulmonaires puissent être traités par une organisation spéciale groupant en permanence tous ces moyens autour d'eux.

Les suppurations gangréneuses du poumon, par les Docteurs Léon Bernard et Pellissier. Un volume in-16, 92 pages, 12 figures, 10 francs. *Actualités Médicales*, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, VIe.

Les auteurs n'ont pas eu la prétention d'établir un classement définitif, leur dessein a été plus pratique, ils ont voulu séparer quelques types distincts de lésions gangréneuses du poumon, comme on le peut faire dans la pratique courante, à l'aide des méthodes d'investigation simples.

Ils ont simplifié les notions apportées aux aspects nouveaux des suppurations gangréneuses, par les multiples travaux, souvent contradictoires, des dernières années. Ils ont indiqué quel mode thérapeutique paraît, en l'état actuel de nos connaissances, convenir le mieux à chaque type clinique et évolutif.

Eléments de technique physiologique, par Jean Gautrelet. 418 p., 287 fig. Masson, édit.

Les expérimentateurs de ma génération se sont toujours plaints de l'absence de livre de technique. Evidemment il y avait la tradition orale, il y avait les mémoires difficiles à se procurer — (toujours en main) — souvent avec un minimum de figures. Le livre de Laborde était médiocre, celui de Sidon introuvable et bien ancien. Celui de Le Play ne traitait guère que de chirurgie abdominale. Puis parurent les livres étrangers dont les termes techniques étaient parfois malaisés à comprendre, de Shmington et d'Abderhalden.

Le livre que vient de faire paraître mon ami Gautrelet comble cette lacune. Cette expression est banale, le livre ne l'est point.

Gautrelet s'est depuis douze ans dévoué à une œuvre ingrate. Il a dans son petit réduit de la Faculté réuni chaque année des élèves, leur a montré comment on enlevait un rein, on mesurait un pH, dosait l'anhydride carbonique, puis petit à petit son enseignement s'est précisé. Ses élèves ont opéré eux-mêmes et il a créé un centre complet nou d'enseignement, mais de technique. Cette expérience a abouti au beau livre qu'il vient de publier.

Il faut être du métier pour comprendre ce qu'un tel livre a exigé de travail. La compilation des mémoires originaux n'est que peu de chose. La difficulté c'est de juger chacune des méthodes, d'en indiquer la plus pratique et d'éloigner celles qui n'ont plus qu'un intérêt historique, ou ne sont considérées comme bonnes que par leur inventeur.

L'auteur étudie surtout le chien, le lapin et la grenouille, et nous ne pouvons indiquer ici les procédés qu'il décrit pour les opérations effectuées fréquemment ou assez spéciales sur chacun de ces animaux.

A côté de cette technique opératoire il indique les méthodes les plus utilisées en bio-physique, ou en chimie biologique.

On ne résume guère l'analyse d'un livre. Cependant on peut schématiser celui de Gautrelet en disant qu'il doit être non dans la bibliothèque mais sur la table de travail dans chaque laboratoire.

Charles Richet fils.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur la composition du lait de femme

Par MM.

Ch.-O. GUILLAUMIN et Henri VIGNES

Chef de laboratoire à la Faculté — Professeur agrégé à la Faculté, Accoucheur des hôpitaux

Nos recherches se rapportent à des laits recueillis au cours des six premières semaines, les uns pour des troubles de la croissance et de la digestion observés chez le nouveau-né, les autres pour fatigue de la mère nourrice, les autres sans motif pathologique. Dans quelques cas, nous avons travaillé sur un échantillon obtenu par mélange à parties égales de lait initial et de lait terminal, mais, le plus souvent, nous avons fait des dosages sur deux échantillons recueillis l'un au début, l'autre à la fin de la tétée.

***

Lactose (1)

Cas d'un seul échantillon mélangé. Voici les fréquences des taux obtenus :

40 à 49 gr.	50 à 59 gr.	60 à 69 gr.	70 à 79 gr.
1 cas	1	4	2

La moyenne arithmétique a été de 63 grammes. Le chiffre de 40 concerne une myxœdémateuse.

Cas de deux échantillons. Voici comment se répartissent nos résultats :

	40 à 49,	59 à 59,9	60 à 69,9	70 et plus
Echantillon initial...	0 cas	3	14	10
Echantillon terminal.	1	3	9	14

La moyenne arithmétique est de 68 pour l'échantillon initial et de 66 pour l'échantillon final mais, en défalquant un chiffre anormalement bas, 14,30, on arrive à 68, c'est à dire à un taux inchangé au cours de la tétée.

Taux en fonction de la date (échantillon terminal). Dix premiers jours 66,5 ; — deuxième décade 68,8 ; — troisième décade 70,1 ; — soit une légère tendance à l'augmentation.

***

Beurre

Les taux obtenus par l'examen d'un échantillon mélangé se répartissent ainsi :

de 10 gr. à 19,9	de 20 à 29,9	de 30 à 39,9	40 et au delà
2 cas	2	2	2

Quantités obtenues en cas de deux échantillons :

	0 à 9,9	10 à 19,9	20 à 29,9	30 à 39,9	40 et au delà
Echantillon initial...	1 cas	6	9	10	6
Echantillon terminal	1 cas	0	4	9	18

La moyenne arithmétique pour l'échantillon initial a été de 30,4 et pour le terminal de 43. Vingt fois, il y a eu hausse terminale et quatre fois baisse. Le chiffre le plus bas concerne une femme ayant fait une terrible hémorragie de la délivrance.

Taux en fonction de la date. (Echantillon terminal). Première décade, 41,4 ; — deuxième décade, 44 ; — troisième décade, 53 ; — donc augmentation très nette.

***

Caséine

Quantités obtenues en cas d'un *seul échantillon* mixte :

8 à 11,9	12 à 15,9	16 à 19,9
2 cas	1	5

Quantités obtenues en cas de *deux échantillons* :

	4 à 7,9	8 à 11,9	12 à 15,9	16 à 19,9
Echantillon initial...	5 cas	5	18	5
Echantillon terminal.	1	5	15	9

	20 à 23,9	24 à 27,9	28 à 31,9	32 et au delà
Echantillon initial...	5	0	0	
Echantillon terminal.	2	0	0	1

la moyenne arthmétique des échantillons initiaux a été de 15 et pour les terminaux de 14,6. Dix-sept fois, il y a eu hausse et seize fois baisse de l'échantillon terminal par rapport à l'échantillon initial.

Taux en fonction de la date (échantillon terminal). Première décade, 15,6 ; — deuxième décade, 13,7 ; — troisième décade, 15,2.

***

Lipides phosphorés

Pour apporter une contribution à la question controversée du taux de la lécithine (1), nous avons employé la méthode de dosage suivante (2).

Deux centimètres cubes de lait, mesurés exactement à l'aide d'une pipette d'Ostwald, sont versés goutte à goutte dans un vase jaugé à cent centicubes et contenant quatre-vingt-dix centicubes de mélange : éther à 66° un volume, alcool à 95°, trois volumes ; on apporte le vase jaugé au bain-marie jusqu'à début d'ébullition du mélange ; on retire de suite du feu, on bouche et on laisse refroidir trente minutes. Après avoir complété au volume de cent centicubes avec le mélange d'éther-alcool et mélangé, on filtre en entonnoir couvert. Cinquante centicubes du filtrat, présumés correspondre à 1 c.c. de lait, sont évaporés au bain-marie dans une capsule de porcelaine ; dès que le solvant est disparu, la capsule étant encore chaude, le résidu est repris par 25 c.c. d'éther anhydre, utilisés en plusieurs fois. On réunit toutes les solutions éthérées, on les centrifuge, et l'on décante la solution limpide dans une fiole de Kjeldahl où l'on effectue l'évaporation de l'éther, puis ensuite la minéralisation du résidu par un mélange sulfonitrique, avec les précautions usuelles. Le dosage du phosphore résultant a été déterminé le plus souvent colorimétriquement par la méthode de DENIGÈS (à froid), la comparaison ayant lieu avec des étalons d'équivalence proche en concentration en phosphates, en acidité, salinité et température. Dans ces conditions, l'exactitude des dosages s'effectue à moins de 5 p. cent près. L'expression du résultat en lécithines, purement conventionnel du reste et qui ne veut pas dire que nous prenons pour lé-

(1) Ch.-O. GUILLAUMIN et Henri VIGNES. — La composition du lait pendant l'établissement de la sécrétion lactée chez la femme. *Soc. de Pathologie comparée*, séance du 8 novembre 1932, p. 1.566.

(1) Les dosages des lécithines (ou plus exactement des lipides phosphorés) dans le lait ont donné 0,78 à WOOD (une femme) et 0,49 à NERKING (moyenne de dix femmes). — GLIKIN a constaté que la teneur du lait en lécithine et en fer varie de façon parallèle et qu'elle devient nulle par l'écrémage. — MONVOISIN pense que les lécithines et céphalines sont liées aux protéines, mais que leur quantité suit assez exactement les oscillations de la matière grasse.

(2) Ch.-O. GUILLAUMIN. — Dosage des lipides phosphorés dans le lait de femme. *Société de Pathologie comparée*, séance du 8 novembre 1932, p. 1.568.

cithines tous les lipides phosphorés du lait de femme, a été fait en prenant 3,88 pour cent comme teneur moyenne en P. du mélange des diverses lécithines dans les milieux biologiques humains.

Nous avons dosé, à diverses reprises, les lipides phosphorés dans le lait de femme par le procédé indiqué ci-dessus (1).

Il s'agissait de lait recueilli au cours des six premières semaines de l'allaitement.

Neuf fois, nous avons pratiqué le dosage sur un échantillon unique, obtenu par mélange à parties égales de lait de début et de fin (2). Le chiffre le plus élevé que nous avons obtenu a été de 2.15 (3) et le moins élevé de 0,62, la moyenne arithmétique a été de 1,19.

Trente-quatre fois, nous avons fait deux dosages, l'un sur prélèvement au début et l'autre sur prélèvement à la fin de la tétée. Le chiffre le moins élevé que nous ayons trouvé était de 0,44 pour mille et le plus élevé était de 1,98.

Les taux obtenus se répartissent ainsi :

	Moins de 0,50	0,50 à 0,74	0,75 à 0,99	1 à 1,24	1,25 à 1,49	1,50 à 1.74	plus de 1,75
Echantillon initial...	1 cas	6	13	6	5	2	1
Echantillon terminal.	1	4	13	7	3	5	1

la moyenne arithmétique étant pour les prélèvements initiaux de 1,01 et pour les prélèvements terminaux de 1,1.

Vingt-trois fois l'échantillon terminal était plus riche que l'échantillon initial et onze fois plus pauvre.

Le rapport entre le taux de lécithine et le taux de caséine n'a rien de constant. Mais, dans les deux tiers des cas, la variation du premier échantillon à l'échantillon terminal a été égale (à moins de 0,1 près) pour les deux éléments et nous avons trouvé :

$$\frac{\text{caséine initiale}}{\text{caséine terminale}} = \frac{\text{lécithine initiale}}{\text{lécithine terminale}}$$

dans 22 cas (sur 33 cas utilisables). Cette proportion entre les deux rapports s'est maintenue pour trois femmes qui ont eu des analyses à quelques jours de distance.

Dans onze cas, les deux rapports n'ont pas été égaux : quatre de ces rapports concernaient des tuberculeuses dont deux en activité. Mais dans le premier groupe, il y avait deux tuberculeuses, une tuberculeuse ancienne et une tuberculeuse en activité du deuxième groupe qui venait de recevoir une injection de tuberculine.

Le rapport entre le taux du beurre et le taux de la lécithine est très variable. Cependant, si on le juge sur des moyennes (et en nous tenant, pour ne pas allonger cette note, aux taux terminaux), on voit que les laits pauvres en beurre seraient plus pauvres en lécithine que les laits normaux ou que les laits très beurriers.

Moins de 40 gr. de beurre	(pauvre)	14 cas	moyenne	0,94
de 40 à 50 gr.	(moyen)	6 cas		1,16
plus de 50 gr.	(beurrier)	10 cas		1,12

Mais encore une fois, il s'agit de moyenne ; car il y a dans le groupe très beurrier, des chiffres bas (tels que 0,55) et, dans le groupe pauvre, des chiffres élevés (tels que 1,78).

Dans dix cas sur 14 du groupe pauvre, il y a eu variation proportionnelle des rapports caséine et lécithine et dans le groupe beurrier il y a en cinq fois sur dix variation proportionnelle.

Nous n'avons pas trouvé de rapport entre le taux de lécithine et les affections pour lesquelles nous pratiquions ces dosages : vomissements du nouveau-né, insuffisance de croissance, selles mal digérées, eczéma des nourrissons.

Dans un cas, où la lécithine était peu abondante (0,71 initiale et 0,68 terminale), nous avons dosé la lécithine du sang qui était élevée (3,40).

Taux en fonction de la date. Nous en tenant à l'échantillon terminal, nous avons pour les dix premiers jours 1,19, — pour la deuxième décade 1,16 — et pour la troisième 0,91, — soit une tendance à la diminution.

***

Calcium

Nous avons dosé le calcium dans le lait de dix femmes.

Une fois, il s'agissait d'un échantillon de mélange, recueilli le onzième jour, et qui contenait 0,290 de calcium.

Les neuf autres échantillons donnaient les chiffres suivants :

	moins de à 0,249	de 0,250 à 0,299	de 0,300 à 0,349	de 0,350 à 0,399	plus de 0,400
Echantillon initial...	4 cas	3	1		1
Echantillon terminal.	4	3			1

La moyenne arithmétique des échantillons initiaux a été de 0,269 et celle des échantillons terminaux de 0,257.

Dans sept cas, l'échantillon terminal était plus pauvre que l'échantillon initial et, dans un cas, il était plus riche.

Taux en fonction de l'âge. (Échantillon terminal) : première décade 0,238, 0,88 et 0,289 ; — deuxième décade : 0,202 ; — troisième décade : 0,192 et 0,407 ; deuxième mois, 0,250 et 0,194 (1).

Nos chiffres sont inférieurs à ceux de Mouriquaud et Leulier (0,35 à 0,44 de Ca).

Magnésium

Dans un seul cas, nous avons dosé le magnésium :

Echantillon initial 0,029 terminal 0,033

A noter la variation inverse du calcium dans ce cas :

Echantillon initial 0.420 terminal 0,407

Phosphore

Dans cinq cas, nous avons dosé le phosphore.

Prélèvement au onzième jour. Échantillon mélangé P. total 0.148 ; P. salin 0.060 ; P. lipidique 0.056.

Prélèvement au vingtième jour. Échantillon initial P. total 0.166, Échantillon terminal 0.144.

Prélèvement au vingt-sixième jour. Échantillon initial, P.

(1) Ch.-O. Guillaumin et Henri Vignes. — Les lipides phosphorés dans le lait de femme. *Société de Pathologie comparée* séance, du 8 novembre 1932, p. 1564.

(2) Un de ces cas concernait une femme atteinte d'ictère et suivant un régime sans graisse : beurre 11,70, caséine 19, lécithine 0,89. Un autre concernait une myxœdémateuse, lactose 42,10, beurre 44,90, caséine 19,70 et lécithine 1,32.

(3) L'enfant de cette femme ne prenait pas de poids malgré une ration suffisante, mais ce lait ne contenait que 18,30 de beurre.

(1) Monvoisin (*Le lait et les produits dérivés.* Tome 1, 1925, p. 28) trouve dans le lait de vache 1,7 de CaO p. l. (soit 25 % des cendres) et dans le lait de femme 0,45 par litre (soit 16 % des cendres). — Hunaeus (Sur la teneur du lait de femme en chaux. *Biochem Zeitrch* tome XXII, p. 442), signale de très grandes variations du calcium. — Schabad (Teneur en calcium du lait de femme. *Jahresb. f. Kinderheilk.* 1911, p. 511), donne le chiffre moyen de 0,44 par litre avec de grandes variations. — Michaelis et Rona (De l'état du calcium dans le lait. *Biochem. Zeitr.*, t. XXI, p. 114), signalent que 40 à 50 % de Ca est à l'état diffusible. — Alfred W. Sikes (*Journ. of Physiol.*, Vol. 34, p. 464), trouve un chiffre moyen de 0,301 par litre au cours de la première quinzaine. — Pour Widows, Lowenfeld, Bond et Taylor (A study of the composition of human milk in the later periods of lactation and a comparison with that of early milk, *Biochem Journ.*, t. XXIV, 1930, p. 327), la teneur en cendres du lait est maxima dans les deux premières semaines de la lactation puis elle décroît continuellement. La teneur en P. et en Ca augmente depuis le début jusqu'au second mois, puis décroît. Le pourcentage des cendres en P. et en Ca augmente progressivement au cours de la lactation. Le rapport $\frac{P^2O^5}{CaO}$, voisin de 1, présente des variations minimes au cours de la lactation. La teneur en protéines du lait décroît rapidement au cours du premier mois, puis progressivement au cours de la lactation, pour atteindre à dix mois une valeur moyenne de 0,93 pour cent. CaO varie de 0,036 à 0,075 pour 100 c.c. Ces auteurs citent Holt, Telfer, de Buys et von Meysenburg qui ont des chiffres voisins de 0,04 pour cent.

total 0,162, P. salin 0,063, P. lipidique 0.024. Échantillon terminal. P. total 0,152; P. salin 0,066, P. lipidique 0.018.

Prélèvement au trentième jour. Échantillon initial 0,146, P. salin 0,065, P. lipidique 0,020.

Prélèvement au cinquante-deuxième jour. Échantillon initial. P. total 0,112.

Le chiffre de 0,150 pour le P. total et le chiffre de 0,065 pour le P. salin indiquent, donc,la moyenne approximative de nos quelques chiffres (1).

La sécrétion interne des tissus embryonnaires et la fonction hématopoïétique

(Sur le traitement des anémies et des troubles leucémiques)

Par le Dr **N. E. ISCHLONDSKY** (Paris).

En 1929, j'ai publié dans le *Progrès Médical*, en tant que communication préliminaire, un article sur les résultats de mes recherches consacrées pendant dix ans à la chimie physiologique de la vie embryonnaire. Ainsi que le montre le dit article, ces recherches ont abouti à l'isolement des tissus embryonnaires, de substances stimulatrices exerçant une profonde influence sur les plus diverses fonctions de l'organisme. La méthode d'extraction des substances stimulatrices est décrite dans tous ses détails ailleurs (2). Ici je me bornerai à noter le principe de la méthode se réduisant à l'extraction de la pulpe des tissus embryonnaires par des solvants organiques insolubles dans l'eau, à l'élimination minutieuse des graisses, des acides gras libres et des autres corps accessoires de nature lipoïde et à la purification du liquide incrétoire, par réfrigération graduelle, laquelle permet de séparer minutieusement les principes actifs des substances inactives.

Au début de leur évolution, mes recherches étaient consacrées à l'étude du problème spécial, celui de la régénérescence dans des conditions physiologiques (sénilité).

Pourtant, les nombreuses expériences et les multiples observations cliniques réalisées ont peu à peu fait surgir un autre problème, beaucoup plus vaste, celui de la régénérescence, dans les conditions les plus variées appartenant au domaine de la pathologie.

Ce dernier problème visait, outre la lutte contre la sénilité, le traitement des divers états morbides acquis ou constitutionnels.

Ainsi, le développement de la thérapeutique initiale, très spéciale a abouti à la création d'une thérapeutique « *générale* » se trouvant parfois en opposition nette avec la thérapeutique « spécifique » (3).

Comme il a été mentionné, mes premières recherches avaient pour but l'étude de l'action physiologique des substances stimulatrices embryonnaires sur l'organisme sénile.

Cependant, dès les premières études, nombre d'actions physiologiques se sont manifestées, qui portaient un caractère spécial, c'est-à-dire, influençaient des symptômes ne se trouvant point en relation avec le processus de la sénilité.

Parmi ces actions des substances stimulatrices isolées, l'action sur la composition du sang s'est montrée particulièrement instructive.

(1) D'après quinze échantillons de lait de femme. EJNAR LENSTRUP a obtenu le chiffre moyen de 0,142 (Teneur en phosphore du lait de femme et du lait de vache. *Journal of biological Chemistry*, tome 70, p. 193, septembre 1926.) MOURIQUAND et LEULIER trouvent 0,22 de P. total.

(2) *Sécrétion interne et régénérescence.* Essais expérimentaux cliniques, et biologiques généraux sur les phénomènes de régénérescence dans des conditions physiologiques (sénilité) et pathologiques. (G. Doin, éditeur, Paris.)

(3) Voir détails dans la monographie citée.

Il est à noter que les premières observations concernant l'action de l'incret (1) embryonnaire sur la fonction hématopoïétique avaient été faites plutôt fortuitement.

Etudiant à cette époque le rôle de l'activité endocrinienne des glandes génitales dans les phénomènes de régénérescence, j'avais entrepris une série d'expériences concernant le développement spécifique des jeunes cobayes. Parmi ces derniers, il y en avait un certain nombre qui étaient des débiles congénitaux, manifestant une faiblesse générale très prononcée (2).

La plupart de ces animaux donnaient une impression lamentable, leur développement semblait être complètement arrêté. Lorsqu'on les soulevait par la peau du dos, ils restaient suspendus comme dans un sac et les os du squelette se dessinaient nettement de tous les côtés.

C'est sur ces bêtes débiles que j'ai essayé l'application de l'incret isolé à hautes doses.

L'effet du traitement a été très concluant : les animaux se rétablissaient rapidement, leur poids augmentait et leur développement atteignait promptement celui des animaux témoins.

Une constatation très importante a été faite au cours de cette série d'expériences :

Pendant la préparation des pièces anatomiques j'avais été surpris par le fait que les bêtes traitées perdaient au cours de l'autopsie beaucoup plus de sang que les animaux témoins. Le lavage des animaux autopsiés avant leur immersion dans le liquide conservateur exigeait pour les cobayes traités, le double de temps de celui nécessaire pour les animaux témoins. La différence était si prononcée et l'observation se répétait si régulièrement que j'ai décidé d'entreprendre une série d'analyses morphologiques du sang des animaux.

Chez tous les animaux traités une augmentation appréciable de la quantité d'hémoglobine, et un accroissement considérable du nombre de globules de rouges ont été constatés. Cependant le trait le plus intéressant était le fait que la quantité totale du sang était elle aussi augmentée considérablement. En d'autres termes, l'augmentation du sang n'était pas seulement relative mais aussi absolue.

Ces constatations m'ont engagé à entreprendre des observations systématiques sur l'homme.

Passant à la description de ces dernières, je ferai remarquer tout d'abord que l'action de l'incret embryonnaire isolé se manifestait dans les conditions les plus diverses ; dans les cas classiques d'anémie pernicieuse aussi bien que dans les états chloro-anémiques simples, chez les séniles avec la même netteté que chez des sujets jeunes, chez les tuberculeux aussi bien que chez les basedowiens, chez les asthéniques congénitaux comme chez les malades qui étaient devenus anémiques à la suite d'une intoxication résultant d'une pyorrhée alvéo-dentaire ou d'une intervention chirurgicale ayant provoqué des troubles considérables de nature endocrinienne.

Plus loin, je citerai un certain nombre d'exemples instructifs illustrant ce qui vient d'être dit.

De même, nous pourrons nous persuader que le traitement par l'incret embryonnaire isolé agit non seulement sur les états anémiques dans le sens propre de ce mot, mais exerce également son influence sur toute la formule leucocytaire, faisant disparaître les disproportions entre les divers éléments de cette formule et rétablissant l'équilibre normal.

Les exemples qui vont suivre éclaireront aussi le mécanisme intrinsèque de l'action incrétoire sur le sang ainsi que la biodynamie de la fonction hématopoïétique en général.

Sans m'arrêter dans le présent article aux observations détaillées des divers cas, relatées dans ma monographie, je ferai ici l'analyse de l'action exercée par l'incret embryonnaire sur la formule sanguine notant les faits cliniques qui au point de vue médical pratique ou théorique acquièrent une importance particulière.

(1) J'appelle *incret* tout produit de sécrétion interne, possédant des propriétés physiologiques bien déterminées, sans préciser si le produit en question est homogène ou bien s'il présente un complexe de plusieurs agents biologiques élémentaires, c'est-à-dire de plusieurs hormones indépendantes.

(2) Symptômes qu'on pourrait comparer aux états asthéniques et anémiques chez l'homme.

Je passe maintenant à la documentation :

Exemple I. — K. N...

Cas d'anémie accompagnée d'une asthénie générale très accentuée chez une jeune fille de 28 ans.

Analyse n° 1

Examen du sang fait le 30 octobre 1929 (1) (avant le traitement).

Hémoglobine	70 %
Valeur globulaire	0.92
Globules rouges	3.800.000
Globules blancs	7.300

Formule leucocytaire :

Polymorphonucléaires	41 %
Lymphocytes	51 %
Formes de transition	2 %
Eosinophiles	2 %

Analyse n° 2

Examen du sang fait le 1er janvier 1930 (après le traitement.)

Hémoglobine	85 %
Valeur globulaire	1,11
Globules rouges	3.800.000
Globules blancs	8.300

Formule leucocytaire :

Polymorphonucléaires	60 %
Lymphocytes	38 %
Formes transitoires	1 %
Eosinophiles	1 %

Je noterai que la malade avait été opérée il y a huit ans (hystérectomie double). Après cette intervention elle était tombée dans un état de faiblesse générale associée à des céphalées et à une insomnie tenace. En même temps, il s'était développé, comme le montre l'analyse du 31 octobre 1929, une anémie marquée ainsi qu'une inversion de toute la formule leucocytaire. La quantité des lymphocytes avait augmenté jusqu'à 55 %, la quantité des polymorphonucléaires avait par contre considérablement diminué, étant tombée à 41 %.

Après un traitement de courte durée, consistant en 15 injections de l'incret embryonnaire isolé, la formule Souquin a nettement changé. Ainsi que le montre l'analyse du 1er janvier 1930, le traitement a provoqué non seulement une augmentation notable de la quantité d'hémoglobine, mais aussi une restitution des proportions normales entre les différentes éléments de la formule leucocytaire. La quantité des lymphocytes est par contre tombée de 55 % à 38 %, la quantité des polymorphonucléaires a augmenté de 45 % à 60 %.

J'ajouterai que le rétablissement de la formule sanguine se trouvait en plein accord avec le changement survenu dans l'état objectif et subjectif de la malade.

Au point de vue physiologique, les analyses citées sont très instructives. Elles démontrent l'existence d'une relation intime entre les différentes parties de la formule sanguine, ainsi que le fait que toute la fonction hématopoïétique se trouve sous une influence endocrinienne considérable.

Je ne voudrais pas passer sous silence une observation significative au point de vue du développement dynamique des effets physiologiques décrits.

En cours de traitement la malade, de passage à Paris, a fait faire un examen complémentaire du sang. Cet examen a montré un *état intermédiaire* très caractéristique quant au développement de l'effet incrétoire sur le sang. Voici le résultat de l'analyse en question.

(1) Analyses exécutées par le Docteur G.-T. Western, Londres.

Analyse n° 3

Examen du sang fait le 5 décembre 1929 (1) (en cours de traitement).

Hémoglobine	80 %
Valeur globulaire	0.97
Globules rouges	3.720.000
Globules blancs	5.400

Formule leucocytaire :

Polymorphonucléaires	55 %
Lymphocytes	43 %
Formes de transition	1 %
Eosinophiles	1 %

Voici un autre exemple :

Exemple II. — V. S..,

(Cas d'anémie liée à une asthénie générale chez une femme de 42 ans atteinte de pyorrhée alvéolaire.)

Analyse n° 4

Examen du sang fait le 28 mai 1929 (2) (avant le traitement).

Hémoglobine	40 %
Valeur globulaire	0.78
Globules rouges	2.570.000
Globules blancs	6.200

Formule leucocytaire :

Polynucléaires		68 %
Eosinophiles	2 %	
Neutrophiles	66 %	
Formes de transition		1,5 %
Mononucléaires		30,5 %

Analyse n° 5

Examen du sang fait le 2 juillet 1929 (après le traitement).

Hémoglobine	80 %
Valeur globulaire	0.84
Globules rouges	4.730.000
Globules blancs	5.900

Formule leucocytaire :

Polynucléaires		68,5 %
Eosinophiles	4 %	
Neutrophiles	64,5 %	
Formes de transition		1 %
Mononucléaires		30,5 %

Dans ce cas une analyse a été également pratiquée en cours de traitement. Elle a montré un état intermédiaire dans le développement de l'effet incrétoire sur le sang. Voici le résultat de cette analyse.

Analyse n° 6

Examen du sang fait le 10 juin 1929 (en cours de traitement).

Hémoglobine	70 %
Valeur globulaire	0.92
Globules rouges	3.800.000
Globules blancs	3.800

Formule leucocytaire :

Polynucléaires		6[illegible] %
Eosinophiles	1 %	
Neutrophiles	68 %	
Formes de transition		[illegible] %
Mononucléaires		3[illegible] %

(1) Analyse exécutée par les laboratoires Bailly, Paris.
(2) Analyses exécutées par le « Laboratoire du Praticien », Paris.

Exemple III. — M. R...

(Cas d'arthrite déformante chez un jeune homme de 29 ans).

ANALYSE N° 7

Examen du sang fait le 17 juillet 1928 (1)
(avant le traitement).

Hémoglobine		60 %
Valeur globulaire		0.81
Globules rouges		3.689.000
Globules blancs		19.375
Poly-neutro		66 %
Baso-	1 %	
Eosino	16 %	
Mono-lymphocytes		8 %
Moyens	1 %	
Grands	4 %	
Formes anormales		2 % (baso-myélocytes.)

Poïkilocytose et anisocytose.

ANALYSE N° 8

Examen du sang fait le 11 août 1928
(après le traitement).

Hémoglobine		85 %
Valeur globulaire		0.94
Globules rouges		4.526.000
Globules blancs		13.875
Poly-neutro		69 %
Baso	0 %	
Eosino	2 %	
Mono-lymphocytes		21 %
Moyens	3 %	
Grands	3 %	
Formes transitoires		2 %
Formes anormales		néant

Exemple IV. — M. W...

(Anémie pernicieuse chez une femme de 38 ans).

ANALYSE N° 9

Examen du sang fait le 11 février 1931 (2)
(avant le traitement).

Hémoglobine	55 %
Valeur globulaire	1.19
Globules rouges	2.300.000
Globules blancs	4.700

Numération différentielle des globules blancs :

Polynucléaires		50,5 %
Neutrophiles	48 %	
Eosinophiles	2,5 %	
Mononucléaires		49,5 %
Petits lymphocytes	38,5 %	
Moyens	5 %	
Monocytes	5 %	
Myélocytes	1 %	

Poïkilocytose très marquée. Beaucoup de cellules agrandies ont été trouvées. La dimension moyenne était augmentée, le diamètre de la majorité des cellules variait entre 9 et 9,5.

Polychromasie pas très marquée. Pas de normobastes. L'auto-agglutination était un trait dominant, se développant très rapidement sur lame.

Les plaquettes sanguines sont grandes et très isolées, c'est-à-dire pas en agglomérations habituelles.

ANALYSE N° 10

Examen du sang fait le 1er avril 1931
(après le traitement).

Hémoglobine	72 %
Valeur globulaire	0.87
Globules rouges	4.100.000
Globules blancs	

(1) Analyses pratiquées par l'Institut de Biologie, Cannes.
(2) Analyses effectuées par le Docteur Harvey, chef du Laboratoire bactériologique de l'Université de Cambridge.

Numération différentielle des globules blancs :

Polynucléaires		54,5 %
Neutrophiles	54 %	
Eosinophiles	0,5 %	
Mononucléaires		45,5 %
Lymphocytes	28 %	
Monocytes	17,5 %	

Globules rouges : (anisocytose et poïkilocytose), mais aucune de ces propriétés n'était si marquée que dans l'analyse précédente (1). Ce sang ne montre aucune tendance à l'auto-agglutination. Pas de globules rouges nucléés.

La réaction de coloration est normale. Les plaquettes sanguines normalement colorées, étaient en amas.

Globules blancs : les polynucléaires étaient principalement à noyaux multilobulés. Les mononucléaires étaient difficiles à classifier étant donné qu'il y avait beaucoup de cellules de dimensions moyennes. Quatre myélocytes se trouvaient parmi les globules comptés, dont un était nettement basophile.

On constate le progrès fait par la malade au bout de six semaines de traitement incrétoire et après quelques années de maladie au cours desquelles son état était devenu de plus en plus grave. De nouveau nous constatons que le résultat obtenu s'est manifesté non seulement dans la partie érythrocytaire de la formule sanguine, mais aussi dans la partie leucocytaire puisque en même temps qu'une augmentation considérable d'hémoglobine de 30 %, ainsi que des globules rouges (78 %) et le rétablissement d'une valeur globulaire normale (0,87) la leucopénie qui persistait avant le traitement a disparu (la quantité des leucocytes a augmenté de 4.700 à 7.300) et ce qui est surtout important, les disproportions de la formule leucocytaire se sont effacées : la quantité de neutrophiles a augmenté de 48 % à 54 %, la quantité des éosinophiles par contre a diminué de 2,5 à 0,5 %, la quantité des lymphocytes, qui avant le traitement était nettement augmentée (38, 5 %) a diminué pour atteindre le chiffre normal (28 %).

Non moins important est le fait, que comme le montrent les analyses minutieuses exécutées par le Docteur Harvey, les propriétés des divers éléments cellulaires du sang, pathologiquement altérés avant le traitement, sont devenues de nouveau normales.

J'ajouterai qu'une analyse pratiquée par le Docteur Harvey le 4 mars 1931, c'est-à-dire au cours du traitement, manifestant une amélioration non douteuse dans les différentes parties de la formule sanguine, présentait sous tous les rapports un stade intermédiaire typique entre l'état initial et l'état constaté après le traitement.

Voici le résultat de cette analyse :

ANALYSE N° 11

Examen du sang fait le 4 mars 1931
(en cours de traitement)

Hémoglobine	60 %
Valeur globulaire	1.03
Globules rouges	2.900.000
Globules blancs	4.900

Numération différentielle des globules blancs :

Polynucléaires		58,5 %
Neutrophiles	55 %	
Eosinophiles	3,5 %	
Mononucléaires		41,5 %
Lymphocytes	36,5 %	
Monocytes	5 %	

« Globules rouges : anisocytose et poïkilocytose. Deux mégaloblastes, mais pas de normoblastes. Polychromasie. Légère auto-agglutination se développant lentement, pendant que les pellicules séchaient et n'étant pas si marquée qu'à l'examen précédent. Plaquettes sanguines bien colorées et montrant une tendance plus marquée que précédemment à la formation des agglomérations normales.

Globules blancs : polynucléaires colorés « brillamment » étaient

(1) Analyse exécutée en cours de traitement. (V. rapport plus bas.)



très marqués et la majorité montrait cinq lobes ou plus dans les noyaux. Trois myélocytes ont été trouvés au cours de la numération différentielle. »

On note la régularité du développement progressif de l'effet incrétoire sur les plus diverses parties de la formule sanguine. Le caractère intermédiaire des nombreuses constatations, faisant partie de cette analyse, se rapporte, comme on le voit, non seulement aux quantités absolues et relatives des différents types de globules et au taux de l'hémoglobine (autant qu'à la valeur globulaire), mais aussi aux propriétés fondamentales des éléments du sang , à leurs dimensions, leurs formes, leurs propriétés physico-chimiques.

Il suffit d'examiner attentivement les données des analyses du Docteur Harvey, pour se rendre compte de la grande importance thérapeutique des effets obtenus et de leur signification scientifique.

Exemple V. — M. S...

(Anémie pernicieuse chez un homme de 42 ans).

ANALYSE N° 12

Examen du sang fait le 8 juin 1931 (1).

Hémoglobine	29 %
Valeur globulaire	1 ,3
Globules rouges	1.100.000
Globules blancs	3.000

Numération différentielle des leucocytes :

Petits mononucléaires	46 ,7 %
Grands mononucléaires	1 ,3 %
Polymorphonucléaires	49 ,7 %
Eosinophiles	2 %
Basophiles	0 ,3 %

« Les globules rouges ont environ 8,3 de diamètre. Il y a un degré marqué d'anisocytose et de poïkilocytose. Cinq normoblastes ont été vus au cours de la numération différentielle. Les caractères de cette analyse sont ceux d'une anémie pernicieuse. »

ANALYSE N° 13

Examen du sang fait le 23 septembre 1931

(après le traitement)

Hémoglobine	98 %
Valeur globulaire	0.88
Globules rouges	5.620.000
Globules blancs	7.000

Numération différentielle des leucocytes :

Petits mononucléaires	32 ,4 %
Grands mononucléaires	7 ,6 %
Polymorphonucléaires	59 ,4 %
Eosinophiles	0 ,3 %
Basophiles	0 ,3 %

« Les globules rouges montrent de légères variations de dimension, mais pas d'autres anomalies. Des types anormaux de globules blancs n'ont pas été vus. »

Ce sont des chiffres probants , et de nouveau on constate non seulement l'augmentation considérable de la quantité d'hémoglobine (de 29 % jusqu'à 98 %) et de la quantité des globules rouges (de 1.100.000 jusqu'à 5.620.000) ainsi que le redressement de la valeur globulaire (0.88 au lieu de 1.3), mais également, le rétablissement simultané de la formule leucocytaire, aussi bien en ce qui concerne la quantité absolue des globules blancs (7.000 au lieu de 3.000) qu'en ce qui touche les proportions entre les diverses parties de la formule. (Conf. les chiffres.)

Il est superflu de souligner que l'état général du malade se trouvait en pleine concordance avec la restitution de la fonction hématopoïétique.

Peu de temps après le traitement, le malade a pu reprendre ses occupations habituelles.

En automne 1931, j'ai eu l'occasion de revoir ce malade, son état s'est montré invariablement stable.

Dernièrement, le médecin traitant m'a communiqué encore une analyse du sang de ce malade, laquelle a été exécutée à titre de contrôle le 22 juin 1932, c'est-à-dire, à peu près un an après le traitement.

Voici les chiffres très intéressants de cette analyse :

ANALYSE N° 14.

Hémoglobine	98 %
Valeur globulaire	0 ,88
Globules rouges	5.060.000
Globules blancs	7.000

Numération différentielle des leucocytes :

Petits mononucléaires	32 ,4 %
Grands mononucléaires	7 ,0 %
Polymorphonucléaires	59 ,6 %
Eosinophiles	0 ,6 %
Basophiles	0 ,4 %

« Les globules rouges avaient un aspect normal et des types anormaux de globules blancs n'ont pas été vus. »

On constate non seulement la constance de l'effet obtenu en ce qui concerne l'accroissement de la quantité d'hémoglobine et de globules rouges dans ce cas extrêmement grave d'anémie pernicieuse, mais aussi la remarquable stabilité de la formule leucocytaire.

On pourrait dire que les proportions normales qui se sont établies à la suite du traitement sont restées absolument immuables.

L'effet de l'incret a été analogue dans tous les autres cas d'anémie observés (60 environ). Le cadre de cet article ne me permet pas d'entreprendre une analyse détaillée de tous ces cas. Je les relate ailleurs (1). Je me contenterai donc ici de noter plusieurs conclusions résultant des observations citées

Examinant les analyses citées ci-dessus nous faisons tout d'abord la constatation suivante : dans les cas, où les altérations touchaient l'ensemble de la formule sanguine, la partie leucocytaire autant que la partie érythrocytaire, l'effet du traitement incrétoire s'étendait lui aussi à tous les éléments du sang ; la quantité d'hémoglobine et de globules rouges augmentait considérablement, le rapport numérique des différentes variétés de globules blancs redevenait normal, (la quantité d'éléments dont le nombre était pathologiquement augmenté, aussi bien que ceux dont le nombre était sensiblement diminué, revenait à la normale), les éléments anormaux disparaissaient. Ce qui veut dire qu'il s'agissait dans tous les cas observés d'une véritable régulation de la formule sanguine, c'est-à-dire de la fonction hématopoïétique.

Je voudrais encore mentionner quelques détails concernant le rétablissement de la formule sanguine à la suite du traitement incrétoire, et présentant un intérêt théorique notoire.

A l'examen de plusieurs analyses exécutées successivement au cours du même traitement, on remarque facilement que l'augmentation de la quantité d'hémoglobine d'une part, et du nombre de globules rouges d'autre part ne suit pas le même rythme : tantôt c'est l'accroissement de la quantité d'hémoglobine qui dépasse celle du nombre de globules rouges, tantôt c'est l'inverse qui se produit, jusqu'au moment où s'établit l'équilibre définitif, entre la quantité d'hémoglobine et le nombre d'érythrocytes.

D'autre part, dans un certain nombre de cas, j'ai pu observer en même temps qu'une augmentation de la quantité d'hémoglobine et des globules rouges, une légère éosinophilie passagère qui semble se trouver en relation causale avec le processus de régénérescence de la formule sanguine, dans son en-

(1) Analyse pratiquée par les Laboratories of Pathology & Public Health, « à Londres ».

(1) Voir ma monographie citée plus haut.

LA TÉTRADE DIGESTIVE DU DR ZIZINE



AGOCHOLINE

Agent de drainage biliaire

(1 à 3 cuillerées à café de granulé le matin à jeun)

En Argentine, en Uruguay, aux Etats-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

GASTROPANSEMENT

A base de Charbon ACTIF associé aux poudres inertes

(1 paquet le matin à jeun et au besoin le soir

PEPTODIASE

Eupeptique pour adultes et enfants

(Chlorure de Ca, Mg, et Na + amers de gentiane)

Adultes : 30 gouttes à chaque repas
Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)

Après les repas et au moment des douleurs :

Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

Laboratoires du DR ZIZINE
24, Rue de Fécamp, PARIS (12°)

semble, et avec le redressement du taux d'hémoglobine et de la quantité de globules rouges en particulier.

Résumant tout ce qui a été dit au sujet de l'action de l'incret embryonnaire isolé sur le sang, nous constatons deux traits essentiels, caractérisant cette action :

1° La permanence de l'effet obtenu (grande différence avec les méthodes courantes et notamment avec le traitement par le foie).

2° La régulation de la formule sanguine dans son ensemble (différence nette avec le traitement par le foie, qui très souvent, provoque une véritable inversion de la composition normale de la formule leucocytaire).

Ces deux traits essentiels font de l'incret embryonnaire isolé un agent thérapeutique par excellence pour le traitement des anémies même très graves et tenaces ne cédant à aucune thérapeutique, ainsi que pour le traitement de certains troubles leucémiques.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTE DE PARIS

Traitement médical de la tuberculose rénale

par M. le Professeur **Maurice LOEPER**

Certes le traitement de la tuberculose rénale est avant tout chirurgical, mais on en connaît de nombreux cas auxquels la chirurgie ne peut encore prétendre. On a publié des guérisons spontanées probables ou même certaines sans intervention ; on a vanté l'efficacité de certains médicaments biologiques. Il est donc permis de consacrer quelques pages au traitement médical en discuter les chances et fixer le moment, probablement assez bref, de son application.

La tuberculose du rein est en général, au moins à ses débuts, unilatérale ; elle débute aussi bien chez l'animal d'expérience que chez l'homme, par la couche corticale de l'organe. Le tubercule est d'abord intertubulaire ou paraglomérulaire : comme ailleurs, il est nodulaire, formé d'une ou plusieurs cellules géantes et d'éléments lymphocytiques centrés par elles. Des capillaires il s'est fixé dans le tissu conjonctif mais il s'étend progressivement pour ulcérer les tubes voisins à moins qu'il ne les inocules plus directement. Tant que la tuberculose du rein reste interstitielle elle est latente et échappe au clinicien. Dès qu'elle envahit les tubes, elle suit le cours de l'urine, ensemence les pyramides plus ou moins largement ; de vasculaire qu'elle était, elle devient canaliculaire. Amenée par le sang elle est disséminée par l'urine. Les rénicules, c'est-à-dire ces fractions limitées des pyramides, s'infectent, s'ouvrent dans le bassinet et réalisent au bout d'un temps plus ou moins long de petites cavernes réniculaires.

A l'étape pyramidale, succède l'envahissement du bassinet, puis l'étape pyélique, l'étape urétérale, et l'étape vésicale.

Dès qu'elle est charriée par les tubes, qu'elle atteint le bassinet à plus forte raison l'uretère, la tuberculose rénale modifie les urines et y répand des bacilles et des éléments cellulaires. Alors elle cesse d'être latente.

***

Personne ne peut nier qu'à sa première période latente la tuberculose rénale puisse être traitée médicalement, comme l'est la tuberculose pulmonaire à son début.

Dès qu'elle atteint la deuxième, elle s'avère comme tuberculose infectante, et comme tuberculose médicalement incurable : elle devient exclusivement chirurgicale et elle oblige à l'intervention.

Le problème consiste donc à préciser les symptômes auxquels on peut accorder créance pour le diagnostic le plus précoce de la tuberculose rénale.

Il ne faut guère compter sur la *douleur* qui est peu marquée au début. L'*hématurie,* par contre, est importante et fréquente. Nous en connaissons tous des exemples : toute hématurie qui ne fait pas sa preuve, pour répéter le mot de Landouzy au sujet de la pleurésie et de l'hémoptysie, est fonction de tuberculose.

Dans les urines hématuriques du début on ne trouve pas aisément le bacille de Koch, parfois on ne le trouve pas, même avec la microculture (1) : les éléments leucocytaires eux-mêmes sont peu ou pas altérés. On fait un diagnostic banal de sable ou de congestion rénale et un pronostic favorable. Diagnostic et pronostic semblent parfois vérifiés puisque ces hématuries guérissent souvent et n'ont pas de suites.

Ces hématuries sont pourtant suspectes ; quand elles se renouvellent, même à quelques années de distance, elles le sont plus encore.

Mais alors la fièvre est fréquente, la pollakiurie marquée et les urines demeurent louches, laiteuses, absinthiques. C'est dans ces urines qu'il faut, avec soin, rechercher le bacille et examiner attentivement le dépôt. Au dernier Congrès d'Urologie, les urologues ont affirmé qu'aucune tuberculose rénale n'existe avec des urines claires. Opinion, certes, excessive ou qui demande d'être interprétée : l'urine reste claire lorsque la tuberculose est fermée, c'est-à-dire tout à fait au début ; elle ne se trouble qu'après pénétration dans un tube urinifère.

Pour les auteurs italiens les leucocytes seraient toujours altérés. Ce signe diagnostic décrit par Colombino présente, au dire des urologues, une certaine valeur et ne semble en défaut que dans 6 % des cas. Là encore il faut, à mon sens, se méfier. L'examen des leucocytes urinaires est fort délicat. Leur altération est fréquente : quand elle est discrète, elle passe facilement inaperçue ; quand elle est marquée, elle est déjà symptomatique d'une lésion étendue.

La constatation du bacille est plus démonstrative, mais elle ne semble possible que par la communication du tubercule avec les tubes. Elle peut être difficile et imposer l'examen de nombreuses lames et de multiples inoculations. Elle est plus précoce que l'altération des éléments cellulaires car elle est possible avec des lésions très discrètes et limitées. Elle n'impose pas de conclusion chirurgicale certaine, car elle ne signifie pas fatalement communication large ou lésion étendue.

On a beaucoup discuté de l'importance des bacilles isolés. On s'est demandé si le bacille provenait toujours d'une lésion localisée dans le parenchyme rénal, s'il ne pouvait simplement venir du sang et traverser le rein le plus normal. Dès 1905, André Jousset, Fournier et Beaufumé ont signalé le bacille dans l'urine de tuberculeux

(1) Eisendrath. Thèse de Paris février 1933. Expériences faites avec Saenz sur milieux spéciaux.

pulmonaires dont le rein n'était point altéré. Certains auteurs, et en particulier un auteur américain, Thomas Walker prétendait même que l'urine renferme des bacilles de Koch chez les tuberculeux avérés dans 60 % des cas. Une telle proportion réduirait de beaucoup le caractère pathognomonique de la présence de bacilles de Koch dans les urines.

Mais peut-on dans tous ces cas, même après examen très attentif du rein l'autopsie affirmer qu'il n'est pas tuberculeux ? Combien de coupes sont nécessaires pour une telle affirmation ?

Quoi qu'il en soit il faut donner une conclusion pratique : quand on trouve le bacille de Koch dans les urines d'un malade, il faut pratiquement escompter la tuberculose rénale. Quand le bacille persiste elle est certaine. Quand le nombre s'accroît au cours des examens répétés ou espacés, la chirurgie a la parole. Quand l'urine est claire, quand les éléments cellulaires sont peu nombreux, non altérés, on peut proposer le traitement médical. Quand ils sont nombreux, altérés, en purée, que l'urine est louche, absinthique, il faut opérer.

Bien entendu l'endoscopie apportera une preuve indiscutable. La vascularisation de la vessie, la présence de granules au niveau du trigone, le gonflement œdémateux ou *congestif* de l'orifice urétéral sont des éléments de première importance. Le cathétérisme urétéral avec radiographie, si bien étudié par Chevassu, pourra déceler des cavités même minimes. Tout cela peut non seulement affirmer la tuberculose mais imposer l'intervention, malheureusement de façon tardive et dans des cas souvent déjà avancés.

***

Pour poser avec netteté le problème du traitement médical de la tuberculose rénale, il faut rechercher quelles preuves cliniques et aussi quelles preuves anatomiques nous possédons de la guérison spontanée du tubercule du rein.

Les **preuves cliniques** existent certes, mais elles sont peut-être moins nombreuses qu'on ne croit et certaines nettement insuffisantes ou discutables. Evidemment, chez certains malades qui n'ont pas le poumon intact une hématurie a grande chance d'être tuberculeuse. Chez un homme jeune, qui n'est suspect d'aucune lithiase, chez qui la radiographie, l'examen du sédiment sont négatifs, une hématurie subite, surtout si elle est fébrile, si l'urine ne contient pas de coli, a bien des chances d'être tuberculeuse. Et chacun connaît de ces cas qui n'ont jamais récidivé et des cas de bacillose authentique.

L'observation bien connue de Le Dentu concerne un malade hématurique chez qui on retrouva le bacille de Koch et qui guérit sans qu'aucune récidive se produisit dans les quinze ans qui suivirent. Tilden Brown cite d'autre part deux cas d'hématurie bacillifère qui n'évoluèrent jamais vers la tuberculose du rein. Iwasson affirme que 3 cas guérissent sur 36, soit 10 %. Un auteur suisse, Wildbolz dont le travail est remarquable et porte sur 350 cas, donne 10 % de guérison spontanée certaine. Et son étude est si consciencieuse qu'on ne peut pas ne pas tenir compte de la proportion qu'il affirme. D'ailleurs dans une nouvelle étude qui porte sur 700 cas de tuberculose du rein, non opérés, ce même auteur affirme que 456 finissent par la tuberculose du poumon parcelle du rein opposé ou des méninges, mais que 28 sont vivants et 22 au delà de 16 ans. Et sur ce nombre 36, et il élimine les cas douteux qui n'ont pas fait vraiment leurs preuves, paraissent vraiment guéris.

Donc, au minimum 10 % de guérison véritable et c'est déjà beaucoup. Il faut éliminer de ces guérisons les cas où la leucocyturie persiste, où des bacilles passent à certaines périodes, où une imperméabilité même légère se maintient constante. La guérison n'est souvent qu'apparente et, après dix ou quinze ans, les hématuries récidivent et obligent à l'intervention. Bien des opérés même après six ans, dix ans de silence font une tuberculose massive, une pyélonéphrite témoignant de la persistance sourde mais progressive d'un processus apparemment guéri. Il en est ainsi dans les observations que m'ont communiquées Marsan, Marion, Chevassu, dans celles encore de Legueu, Heitz-Boyer, Bernard, etc.

La guérison seulement apparente, momentanée, dans 20 % est réelle dans 10. Quelque minime que soit le résultat il suffit pour démontrer la guérison spontanée, médicale, absolue de certains cas de tuberculose rénale.

Les **preuves anatomiques** existent aussi mais peu nombreuses et il faut distinguer la cicatrisation vraie et l'exclusion. La première est seule une guérison anatomique. La seconde n'est qu'une guérison clinique. C'est d'elle que peut partir une explosion secondaire, même tardive.

La cicatrisation vraie est rare : le tubercule s'entoure d'une atmosphère fibreuse et s'enkyste, se sclérose, meurt comme il meurt dans l'intérieur du poumon. Pour fixer la fréquence de cette guérison vraie j'ai demandé l'avis de nombreux collègues de France et de l'étranger et presque tous m'ont donné des réponses négatives. M. Jousset pourtant me signale qu'à l'autopsie d'un nombre considérable de tuberculeux il a vu, et fréquemment, la cicatrisation vraie de tubercule. Lecène a décrit un tubercule fibreux, avec cellule géante centrale, inactif, abacillaire dans un rein d'ailleurs tuberculisé en un autre endroit. Pechère publia un cas analogue en 1905 et Chevassu a figuré une cicatrice typique dans un rein antérieurement atteint et opéré beaucoup plus tard.

Le tubercule du rein peut donc guérir complètement, anatomiquement ; pour rare que soit le cas, il existe. Il existe pour un tubercule isolé, limité et qui siège dans l'écorce. Mais le plus souvent, la guérison anatomique n'est qu'apparente : c'est une exclusion, c'est-à-dire la transformation d'un foyer tuberculeux en une sorte de tubercule géant, parfois kystique, isolé de l'urine et n'y jetant ni cellules, ni bacilles. Et c'est le cas le plus fréquent.

MM. Legueu, Verliac, Chevassu, Heitz-Boyer, Marion, etc., m'ont communiqué des pièces et des observations fort intéressantes dans lesquelles on peut voir combien cet isolement des lésions tuberculeuses sous forme d'un kyste froid, véritable abcès froid, est fréquent, où le bacille même n'a souvent point été retrouvé.

L'exclusion peut se faire encore sous une autre forme: le rein tout entier est transformé en une sorte de masse analogue au fromage de gruyère, à laquelle on a donné le nom de rein « mastic » : mais ce rein mastic n'est pas un processus de guérison, il contient encore des bacilles; il reste infectant pour l'organisme et pour le rein opposé alors même qu'il ne contamine plus l'urine ni la vessie.

Enfin, dernier aspect : certains reins sont fibreux, et ressemblent au rein de la néphrite chronique des brightiques. Cette atrophie scléro-fibreuse est une cause d'imperméabilité qu'a bien étudiée Jousset, elle est aussi une cause d'infection générale et des bacilles s'y trouvent décelés par la méthode de l'inoscopie. Elle n'est pas non plus, loin de là, une guérison.

Ainsi des guérisons spontanées se produisent en clinique; mais elles ne sont souvent qu'apparentes. Le tubercule est

BIBLIOGRAPHIE

La Vengeance de l'Abîme, par Paul RONCERAY. 250 pages. Paris. Eugène Figuière, 166, boulevard du Montparnasse, 15 francs.

Le livre d'un confrère qui est un Jules Verne.

Mais un Jules Verne biologiste et qui écrit surtout pour les philosophes.

Un roman extraordinaire qui, sous le fantastique cache des réalités.

Trois spéléologues descendent dans un gouffre pour le fouiller. Embarqués sur une rivière souterraine ils sont emportés par une crue subite à des profondeurs considérables et dans des ténèbres qu'une lumière d'un vert féérique vient à dissiper.

Toujours sur leur bâteau, ils pénètrent dans un monde dantesque où deux mers baignent un continent qu'ils abordent. Une faune effroyable et une flore étrange se révèlent. Un homme paraît, embryon plutôt, vampire par surcroît et qui, malgré sa petitesse et sa nudité, tuera ces géants que sont pour lui les trois spéléologues.

Même dans les situations les plus tragiquement hallucinantes la vraisemblance scientifique a été ménagée.

Si l'amateur d'émotions fortes s'y peut délecter, le penseur trouvera son compte à méditer sur des faits : avenir lunaire du globe, fuite intraterrestre des eaux, de l'atmosphère et, à leur suite, de la vie. Il y verra évoqués, la fallacieuse doctrine du progrès, le conflit poignant de la science et de la religion, de l'âme et de l'esprit. Suivant ses croyances il y retrouvera le mystère protoplasmique ou le grandiose déroulement des origines humaines. Le savant lui-même y glanera, sous la paille chatoyante de la fiction, le grain précieux, l'idée originale qui conciliera les partisans de l'espèce et ceux de sa transmutation.

Le roman de notre confrère le Docteur Ronceray ne se contente pas de faire honneur au Corps médical ; il sera lu avec intérêt et profit par tous les médecins, par tous les biologistes et par tous les philosophes. Et, comme moi, tous admireront la hardiesse et la profondeur de l'auteur.

E. de M.

Ouvrages récents. — Toute la meilleure volonté du monde ne peut faire que les jours soient chacun de quarante-huit heures et que les journaux disposent d'une place illimitée pour leur bibliographie.

C'est pourquoi je suis contraint, la mort dans l'âme, de passer sous silence quantité d'ouvrages remarquables et de ne consacrer que quelques mots à des œuvres qui mériteraient des pages entières de compte rendu critique.

Parmi celles-ci :

Ethique Nouvelle, par L. BARBEDETTE. Bibliothèque de l'artistocratie. Lib. F. Piton, 24, avenue de la Porte-Clignancourt, Paris, XVIIIe, 65 p., 7 fr. 50.

Barbedette est un maître. On sait la place qu'il prend dans la philosophie du siècle. C'est un auteur qu'il faut lire parce qu'il est de ceux dont la lecture est infiniment profitable.

Sa nouvelle œuvre est divisée en trois parties : « *Vers la Cité d'Amour* », « *Sélection morale* », « *Genèse d'une Science Nouvelle* ».

Rien n'est plus touchant que l'effort persévérant d'un philosophe aussi merveilleusement doué pour donner à la morale et à l'altruisme un fondement scientifique, un fondement inébranlable.

Si Dieu me prête vie et m'accorde quelques loisirs c'est avec joie que tout indigne que je sois d'un tel adversaire, j'engagerai le fer avec lu sur ceux des points de sa doctrine auxquels je ne me rallie pas.

Le Livre de l'Adieu, par Jean SOUVENANCE. Editions Armorica, Carhaix (Finistère), 92 p., 12 francs.

Que L. Barbedette ait écrit la préface de l'ouvrage ceci suffit à nous indiquer qu'il est de valeur.

Aussi bien Jean Souvenance n'a pas besoin de recommandation.

Dans les ouvrages où Jean Souvenance est *lui*, où il ne revêt pas l'équipement antimilitariste, il est simplement charmant.

Il me fait toujours penser à son compatriote Brizeux dont il a la tendresse profonde et volontiers mélancolique.

Nul qui ne se délecte à la lecture des pages si humaines du *Livre de l'Adieu*.

Et ceux-là même, dont je suis, qui sont loin de cette pénétrante, de cette suave douceur ne laisseront pas que d'être émus par la tendresse qui se dégage de l'œuvre.

Ceux dont je ne suis pas . . . je l'avoue à ma honte, si j'écrivais le *Livre de l'Adieu*, ce n'est pas un livre apitoyé sur le sort du jeune homme dont l'amour est sacrifié à l'égoïsme maternel que je ferais c'est un livre extrêmement acide contre cette plaie nationale qui pousse tant de mères françaises à minimiser leurs fils, à détruire en eux, sous le poids accablant de leur amour, bonheur et personnalité.

L'ouvrage de Souvenance est fait de trois récits : *Le Livre de l'Adieu, Histoire de Vieux, Aimons-nous tout simplement.*

Balkans, par Raymond OFFNER. Préface d'Heinrich MANN, de l'Académie de Berlin. Paris, Eugène Figuière, 252 p., 15 francs.

Pacifiste et même ultra du pacifisme, fortement teinté d'antimilitariste, partisan avancé du rapprochement franco-allemand auquel, dans sa préface Heinrich Mann, de Berlin, consacre un couplet ainsi qu'à la gloire de l'union Stresemann-Briand... tout ceci n'est pas fait pour séduire tous les lecteurs français.

Mais si le politique étonne, surprend et même révolte parfois, l'écrivain demeure qui, racontant et se racontant, peut dire : *J'étais là, telle chose m'advint.*

C'est, en effet, un livre intégralement vécu que nous donne aujourd'hui Raymond Offner dont on connaît la maîtrise d'après ses ouvrages précédents : *De Jésus-Christ à Karl Marx, Les Chaînes brisées, Vaincre, Esclave, Mourir*, etc.

On est donc assuré d'être en fort bonne compagnie intellectuelle lorsqu'avec Raymond Offner, on parcourt l'Italie et qu'avec lui, on fait la campagne des Balkans.

Si l'on réprouve passablement d'invectives et si l'on ne laisse pas que d'être étonné que, jugeant aussi sévèrement les hommes, l'auteur puisse faire un tel fond sur leur bonne volonté et sur leur avenir, hors des divergences d'ordre philosophique, restent tous les mérites d'un écrivain de premier plan, d'un artiste de grand mérite, d'un homme excellent et d'un parfait ami.

Lire la suite page 334.

exclu, enkysté, kystique ; rarement, très rarement la guérison est réelle, anatomique, une cicatrice morte en un mot. La menace de la récidive persiste et l'on est ultérieurement et plus ou moins tardivement obligé d'intervenir. On trouve alors des lésions récentes, et de vieilles lésions, des scléroses mortes et d'autres lésions explosées récemment. Je dirai néanmoins que le simple fait que la cicatrisation est possible, que la guérison anatomique a pu se produire même un très minime nombre de fois, autorise à discuter le traitement médical de la tuberculose rénale, à dire dans quels cas ce traitement est permis et ce qu'on peut en attendre de bien ou de mieux. Avant d'appliquer ce traitement, je répète qu'il faut faire un diagnostic très sûr, très précoce, à une époque où la lésion est sûrement corticale, où la tuberculose est, sinon totalement imperméable au bacille, du moins anatomiquement fermée et qu'il faut suivre des malades de près, souvent, et les soumettre à de nombreux et constants examens. A ce seul prix la guérison peut être tentée et sans doute nous la verrons devenir plus fréquente.

***

Traitement bactérien

Les méthodes proposées par les auteurs pour guérir la tuberculose rénale sont nombreuses. Les unes sont bactériennes, vaccinales ; les autres chimiques. Je commencerai par les premières.

Depuis la découverte du bacille tuberculeux, depuis les mémorables études de Koch sur la tuberculine, on a pensé trouver dans les extraits de bacilles, d'abord le traitement de la tuberculose pulmonaire, puis celui de la tuberculose rénale. On a utilisé la tuberculine avec beaucoup de confiance, beaucoup d'espoir, mais on en a retiré encore plus de déceptions. A l'heure actuelle l'emploi de la tuberculine est très limité parce que ses résultats sont précaires et ses risques indiscutables. Il faut la mentionner néanmoins et, à titre historique, indiquer les recherches faites à son sujet.

La tuberculine est un produit total de bacilles tuberculeux dont elle comprend tous les éléments, poisons diffusibles et poisons adhérents. La première tuberculine de Koch, la tuberculine A. T. n'était pas autre chose qu'un extrait glycériné d'une culture concentrée et filtrée de bacilles de Koch, complet, total par conséquent.

La deuxième tuberculine de Koch, la T. R. provient d'une culture desséchée triturée, reprise antérieurement par la glycérine, évidemment assez différente de la première.

Il y eut d'autres tuberculines. La tuberculine de Marigliano qui est une macération aqueuse de bacilles de Koch à ébullition où les bacilles restent dissous dans un liquide chauffé.

Celle de Behring est une dissolution de bacilles dans le chloral ; celle de Beranek une dissolution dans la potasse. Ce sont encore des tuberculines quasi totales, qui utisent comme la tuberculine de Koch les poisons bacillaires adhérents et les poisons diffusibles. Leur toxicité est considérable, elles permettent des intradermo-réactions ou des cuti-réactions incontestablement utiles au diagnostic et inoffensives ; mais elles ne peuvent servir dûment au traitement de la tuberculose.

D'autres méthodes de préparation nous ont encore donné d'autres tuberculines. Denys de Louvain utilise des cultures filtrées glycérinées ; Lowenstein emploie des bacilles tués et les injecte tels quels sous la peau.

On ne peut faire des statistiques pour chaque produit. Voici les résultats d'ensemble obtenus avec ces vaccin souvent employés chez un même sujet successivement et tels qu'ils sont donnés par les auteurs.

Pardoe donne cinq guérisons sur 21 cas ;

Hoffmann une guérison après 49 injections de tuberculine ;

Walker rapporte six améliorations mais portant pour la plupart sur l'état général et non pas sur la lésion rénale.

Mantoux qui a fait des études très consciencieuses et vraiment médicales donne 23 guérisons sur 70 cas ce qui apparaît énorme.

Wildbolz qui dans sa première étude réunissait 350 cas et dans sa seconde 700 ne nous apporte qu'un cas de guérison vraiment imputable aux tuberculines.

Il faut évidemment tenir compte dans beaucoup de cas, de la brièveté de l'observation ou même de son insuffisance ; de la production d'une amélioration générale qui est déjà quelque chose et non d'une amélioration locale ; de la persistance de la leucocyturie, d'un certain degré d'imperméabilité rénale. Aussi peut-on espérer mieux.

Dans leur beau rapport Bernard et Heitz-Boyer n'admettent guère l'efficacité des tuberculines. Mais dans leur communication au Congrès d'Urologie, Legueu et Chevassu donnent une conclusion plus favorable : sur 179 cas traités par les tuberculines, et le plus souvent par la tuberculine de Koch, 51 cas paraissent guéris ; mais la guérison n'est absolue, vérifiée, durable que dans 12 cas. Ce chiffre est remarquable car il atteint 15 % des cas traités, ce qui est considérable et prouve qu'il y eut un résultat thérapeutique. Mais il ne prouve pas qu'elle soit inoffensive, qu'elle ne puisse dans quelques cas déterminer des réactions locales sévères, des réactions focales graves, qu'elle augmente parfois pour un temps la bacillurie, la leucocyturie, qu'elle accroisse la fièvre et qu'elle ait troublé souvent profondément et aggravé l'état général du malade.

A la tuberculine on peut opposer d'autres produits plus électifs. Les recherches faites depuis une dizaine d'années par Auclair sur la séparation des poisons adhérents et des poisons diffusibles du bacille n'ont point abouti à l'application ni de la chloroformo ni de l'éthérobacilline qui sont des corps d'action locale et des extraits de poisons adhérents. Mais elles ont conduit à l'isolement des poisons diffusibles dont l'antigène méthylique de Nègre et Boquet, et le vaccin dit de Vaudremer sont les médicaments les plus connus.

L'antigène méthylique est un extrait méthylique des bacilles de Koch décapés préalablement par l'acétone de leurs corps lipidiques ; il contient surtout des phosphatides. Livré par l'Institut Pasteur en solution au 1/10e, ou pur, cet antigène peut être utilisé à doses croissantes depuis la solution au 1/10e jusqu'à la solution pure. La série est de douze injections progressivement croissantes et débutant par quelques gouttes de la solution faible pour arriver au produit pur. Les injections sont faites tous les deux ou trois jours.

Dans leur beau livre sur l'antigène méthylique dans la leçon qu'ils ont consacrée à cette question (1), Nègre et Boquet ont donné quelques observations assez suggestives d'amélioration de la tuberculose rénale. Dans une lettre qu'il m'écrivait récemment, M. Nègre en a ajouté d'autres encore, mais qui ne sont à vrai dire, que des améliorations. Les statistiques de Phelip, de Truffault qui fit sa thèse à Lyon sur ce sujet, prouvent que, l'antigène méthylique a donné, sur vingt malades, une guérison cer-

(1) Thérapeutique médicale, IV, Loeper. Poumons et tuberculose, par Nègre, Masson 1932.

taine, 12 améliorations locales ou générales et 5 insuccès. Une guérison sur 20 soit 5 %, c'est-à-dire un peu moins que ne donne le traitement par la tuberculine. Mais avec cet avantage appréciable, que le risque de réactivation focale avec l'antigène méthylique est nul, qu'il n'accroît pas la fièvre notablement, qu'en un mot il ne paraît faire aucun mal. C'est assez pour le préférer.

Le vaccin de Vaudremer est un peu plus ancien mais sa vogue reprend quelque peu. J'ai longuement causé avec Vaudremer à ce sujet. Des recherches poursuivies depuis environ vingt-cinq ans, seul ou avec Martin, ou avec d'autres collaborateurs de l'Institut Pasteur, sur les formes filtrantes du bacille tuberculeux, sur la disparition des caractères typiques du bacille de Koch, de l'acido-résistance en particulier dans certains milieux, il a proposé le procédé suivant : il fait sa culture en milieu aspergillaire, stérilisé, et filtré. Le microbe perd son caractère d'acido-résistance et sa toxicité. Le produit ainsi obtenu est stérilisé lui aussi, filtré, réparti en ampoules pour injections. Dans sa Communication de 1929 à la Société de chirurgie, et dans son travail paru dans un journal allemand sous les auspices d'un professeur de Berlin, Vaudremer donne des observations curieuses et suggestives de tuberculoses diverses. MM. Gayet et Phelip, Le Fur, Gosset lui-même se sont montrés assez partisans du vaccin de Vaudremer dans les tuberculoses osseuses.

Mais dans la tuberculose rénale, le résultat est naturellement moins beau. Gayet donne un cas très favorable ; Gosset et Lepoutre un cas d'exclusion simple qu'on ne fut obligé d'opérer que très tardivement. Le Fur cite trois cas assez démonstratifs mais incomplets car la preuve de l'examen bactériologique n'y est pas faite et l'examen cytologique n'est pas très longuement suivi. On peut admettre cependant que le vaccin de Vaudemer a amené quelques améliorations, qu'il a permis ou facilité dans un ou deux cas l'exclusion du tubercule, mais jamais une guérison anatomique, certaine et définitive.

Je pourrais citer encore d'autres méthodes, mais je dois me limiter aux principales, et je dirai seulement un mot, pour terminer ce chapitre des vaccins, de l'allergine.

L'allergine de Jousset a été très discutée. L'auteur en maintient la valeur et dans une lettre qu'il m'a écrite il soutient encore que l'allergine convient au traitement de la tuberculose rénale pure, non compliquée, avec peu de lésions vésicales. Les documents sont rares malheureusement qui donneraient la mesure de cette efficacité.

Pourtant Marion m'a cité le cas suivi avec Pironeau d'une malade atteinte d'une tuberculose rénale, vérifiée par toutes les méthodes cytologiques et bactériologiques, où l'allergine de Jousset amena la guérison durable sans aucune manifestation tuberculeuse ultérieure.

***

Il me faut envisager maintenant un produit thérapeutique qui n'est plus un vaccin mais un extrait organique. Je veux parler des I. K. de Spengler, préparés avec le sang d'animaux infectés de bacilles de Koch et immunisés contre lui. La méthode procède plus de la sérothérapie ou de l'hémothérapie que de la vaccinothérapie.

Elle eut son heure de faveur mais est peu employée aujourd'hui. Il est difficile cependant de la passer sous silence. Spengler, médecin à Davos, prétendit, après de multiples recherches faites au laboratoire de Koch et Behring, que les globules rouges d'un animal immunisé contre la tuberculose donnait un produit utile à la défense contre l'infection humaine. L'immunisation était réalisée chez le cobaye par injection dans le muscle de la cuisse, je dis bien dans le muscle, d'un « long bacillus ». La lésion locale évoluait sans infection générale. L'animal était censément immunisé et son sang pouvait être utilisé. Les hématies étaient traitées par une méthode spéciale délicate qui ne peut être décrite ici de façon complète, et l'extrait était injecté à des dilutions très étendues : troisième, quatrième ou septième dilution à l'homme. Castaigne et Gouraud, il y a environ 17 ans, se sont montré enthousiastes des I. K. de Spengler dans la tuberculose rénale et ont communiqué leur enthousiasme à beaucoup de leurs confrères. Sur 60 cas traités par eux, ils donnent six guérisons apparentes et 33 améliorations. Gayet, qui reprit le sujet en 1924 n'obtint pourtant que sept améliorations de l'état général, une seule guérison clinique et il eut quatre insuccès sur douze malades ; Gayet dit bien « clinique » et non pas anatomique ; parce qu'il n'en a pas eu la vérification.

Les I. K. ne réalisent donc pas les espérances qu'ils avaient un instant données.

***

Traitement chimique

Beaucoup de moyens chimiques nous ont été proposés depuis 50 ans pour le traitement de la tuberculose. La plupart réputés efficaces, sinon spécifiques ont été successivement délaissés.

Après l'acide benzoïque, le borate de soude, le polysulfure de potasse, la fuschine, le bleu de méthylène, ce furent les sels d'or, etc., et dernièrement Ayukawa proposait le chlorothymil phosphate de soude.

Les sels d'or ont été proposés en France il y a de nombreuses années. Mais ce n'est qu'en 1924 que Molgart utilisa l'hyposulfite d'or, qui mérite toute notre attention. La sanochrysine, l'allochrysine, la crysalbine ont donné des résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ainsi que le rappelait récemment Léon Bernard (1). Certains sels huileux, le solganal ont été préférés aux solutions aqueuses. Malheureusement aucun n'a donné de résultats brillants dans l'affection qui nous occupe, la tuberculose rénale : amélioration rare et en regard toxicité réelle. Ecken a traité deux cas sans résultats. Jacquerod en redoute des complications, car, chez le tuberculeux banal les sels d'or font parfois de l'albumine et des lésions rénales, favorisent même l'urémie, et sont souvent contre-indiqués dans l'amylose et même la tuberculose du rein. Pourtant j'ai reçu récemment de Lumière quelques observations où l'amélioration est patente et où aucun inconvénient grave ne s'est produit. Aucune ne va jusqu'à la guérison.

***

Pour bien juger la valeur de ces tentatives thérapeutiques, je voudrais les comparer aux résultats opératoires. La conclusion en sera plus frappante.

Voici la statistique de Wildbolz, qui englobe un nombre considérable de cas :

Sur 708 cas opérés, 40 % de guérison absolue jusqu'à 23 ans ;

Et sur 360 à 400 cas traités par les produits tuberculiniques antigènes, tuberculine, etc., 25 % de guérisons apparentes et 15 % de guérisons vraies.

Sur un nombre à peu près égal de malades non opérés et non traités, 10 % seulement de guérisons.

(1) Léon Bernard. Le traitement de la tuberculose par les sels d'or. *In.* M. Loeper. Thérapeutique médicale. Poumons et tuberculose. Masson 1932, tome 4.

La conclusion, c'est que le traitement médical fait moins bien que l'opération. Mais que le traitement bactériothérapique a fait mieux que l'abstention. Et dans cette statistique médicale ne sont portés que les cas bactériologiquement reconnus. Or, il est évident que la tuberculose du rein peut exister bien avant cette constatation et que le nombre de cas seulement suspects, mais guéris par les moyens médicaux ou sans intervention peut s'accroître encore ; on peut donc parler de traitement médical de la tuberculose rénale.

Reste à savoir les limites, les frontières de ce traitement médical à fixer le moment où il est permis ou recommandable et celui où il doit être abandonné et remplacé par la chirurgie.

***

Israël qui est un des urologues les plus éminents de l'époque et qui a fait des études extrêmement importantes sur le cancer, sur les pyélonéphrites et sur la tuberculose du rein, prétend qu'en présence d'une lésion bacillaire certaine du rein, d'une lésion qui a donné ses preuves, qui s'est traduite par l'hématurie, par l'élimination de bacilles mais qui ne s'accompagne d'aucune lésion étendue, patente, ouverte où le rein n'est pas plus volumineux que normalement, on a le droit d'attendre. Il affirme que dans certains cas, les bacilles disparaissent ou ne sont plus qu'épisodiques, l'hématurie peut ne point récidiver et l'élimination urinaire reprendre son rythme normal. Le traitement médical est donc préféré mais il exige qu'on surveille attentivement le malade et ses urines, qu'on épie le bacille, fréquemment, qu'on cherche systématiquement le pus et aussi la perméabilité du rein. Le bacille ne suffit pas à prohiber le traitement médical. L'apparition d'un louche dans les urines, sa persistance au contraire le rendent inopérant ou dangereux. Il n'y a certes pas plus de raison pour que le rein lésé de façon limitée ne guérisse pas comme le poumon, et pour le guérir les médications bactériennes sont utilisables et valent mieux que l'abstention.

Dès que l'urine se trouble et de façon permanente, l'opération s'impose car la lésion a pénétré dans le bassinet, la tuberculose du rein est devenue une tuberculose ouverte, inoculante, et elle ne peut et ne doit plus ressortir au traitement médical.

Est-ce à dire que le traitement médical ne peut dans certains cas reprendre ses droits ? D'une part dans les cas inopérables, dans les lésions bilatérales, quand l'urée du sang est élevée, quand les signes d'imperméabilité sont marqués, on est bien forcé encore de recourir à lui faute de mieux ; on peut essayer l'antigène méthylique de Nègre et Boquet, le vaccin de Vaudremer, peut-être l'allergine de Jousset, mais sans grand espoir ,

Quand l'opération a guéri le malade, la médecine reprend encore ses droits au titre à la fois de prévention d'autres lésions et de consolidation.

Je me rallie à l'opinion de Phelip et Gayet, de Fey, qu'après l'opération le traitement médical est obligatoire et par les mêmes médications.

La cystite qui persiste encore quelque temps après l'ablation du rein malade s'améliore plus rapidement et les complications viscérales même, la méningite si fréquente et si redoutable, sont moins fréquentes.

La physiothérapie, peut être associée à cette thérapeutique médicamenteuse. Israël a montré l'importance de la cure solaire qui réduit encore de 5 à 6 % la récidive.

En conclusion, le traitement médical convient aux cas où la bacillurie est épisodique, où la pyurie fait défaut, c'est le traitement d'attente et ce traitement est quelquefois efficace. La preuve de la guérison n'est souvent que clinique mais des examens du rein permettent parfois de donner de cette guérison une preuve anatomique.

Il est préférable à l'abstention puisqu'il donne 15 % de guérisons au lieu de 10. Dans les lésions patentes, étendues, où le bacille est constant, l'urine trouble, la chirurgie seule est recommandable, elle donne un pourcentage de guérisons de 40 % alors que le traitement médical ou l'absence de traitement ne donnerait ici que au maximum 15 % de résultats heureux.

Après l'opération, la collaboration médicale reprend ses droits et le traitement vaccinal peut réduire les complications et favoriser le retour à la normale.

FAITS CLINIQUES

Kyste hydatique du poumon

Par **P.-L. CHIGOT**, Interne des Hôpitaux de Paris.

La *Société de médecine de Marseille* et la *Société de chirurgie* se sont réunies dans une séance commune qui a été consacrée à l'étude des kystes hydatiques du poumon. Après les rapports du Prof. Joyeux, du Prof. Olmer, de M. Berthier, du Prof. Fiolle et de M. Pieri, de nombreuses observations furent rapportées et le numéro des *Archives* (1) est entièrement consacré à cette réunion.

Après des généralités sur le développement parasitaire du kyste hydatique, le Prof. Joyeux rappelle la fréquence de la localisation pulmonaire qui va de 8,5 % (Devé) à 11,90 % (Madelung), et qui vient immédiatement après la localisation hépatique.

Le kyste hydatique du poumon peut être métastatique, ou peut résulter de l'inondation par le liquide scolécifère d'un kyste hydatique hépatique rompu dans une bronche. Enfin le kyste hydatique du poumon pourrait encore provenir de contamination directe par voie aérienne et Pieri dans une de ses observations croit pouvoir invoquer cette pathogénie qui reste de nature bien exceptionnelle. Tantôt le kyste est unique, tantôt il est multiple et il peut être bilatéral. On verra l'importance de son siège cortical ou hilaire quant à l'évolution, à la thérapeutique et au pronostic. Anatomiquement, le kyste hydatique du poumon a une membrane adventice très mince et souple alors qu'elle est toujours épaisse et dense dans le foie. Elle est difficile à séparer du parenchyme. Elle protège mal le kyste. C'est pourquoi la rupture du kyste hydatique du poumon est si fréquente.

Le kyste hydatique du poumon se voit chez le sujet jeune.

Le Prof. Olmer rappelle les signes classiques : dyspnée, toux, douleur. Il insiste sur la fréquence des hémoptysies qui sont précoces. Lorsqu'elles sont répétées et considérables elles annoncent la rupture du kyste.

Les signes physiques dépendent du volume du kyste et de sa localisation. Petit et central, le kyste est muet. La sonorité pulmonaire est conservée, le murmure vésiculaire n'est pas modifié alors même que le kyste n'est qu'à 5 cm. de la paroi. Volumineux, il peut déformer le thorax mais

(1) *Archives de médecine générale et coloniale*, Marseille, mai 1832.

alors il simule les affections pleurales. Si l'on délimite avec soin la zone de matité, le contour serait net, arrondi, non modifié par les changements de position. Juste au-dessus de cette zone mate et silencieuse, les vibrations et le murmure vésiculaire reprennent brusquement. On n'a jamais signalé le frémissement hydatique. Il pourrait être intéressant de constater la présence d'adhérences entre le kyste et la paroi. BERTHIER à constaté à l'examen radiologique la disparition de la motilité costale et en conclut l'existence de symphyses propices à l'acte opératoire. Les signes généraux sont les mêmes que dans tous les kystes hydatiques. L'évolution du kyste se fait souvent vers la rupture. Elle se fait, pour les kystes centraux, dans les bronches, parfois précédée d'hémoptysies. Elle se traduit brusquement par une vomique hydatique, eau de roche, de saveur amère et parfois salée. Quant à l'odeur classique de marmelade de pommes PIERI lui dénie toute importance. Le liquide contient des débris de membrane, des vésicules ayant l'aspect de raisins sucés. Des troubles asphyxiques, des accidents toxiques peuvent l'accompagner.

Des kystes corticaux peuvent se rompre dans la plèvre ; c'est beaucoup plus rare. La rupture dans l'artère pulmonaire a été observée. Généralement l'ouverture dans les bronches, contrairement à l'opinion classique, a une action curative (DEVÉ).

Le kyste peut s'infecter, ce qui est facilement compréhensible dans le cas du kyste ouvert. Mais il peut s'infecter avant l'ouverture. Cette infection du kyste est plus fréquente dans le poumon que dans le foie. Les facteurs qui la favorisent sont : la fragilité de la membrane adventice, la mort du parasite, enfin une ponction faite par erreur de diagnostic. Cette infection est souvent précédée de poussée inflammatoire périkystique. Les germes seront ceux des diverses infections bronchiques ou broncho-pulmonaires. L'infection s'accompagne de fièvre. Un kyste infecté est bien plus apte à se rompre, et dans ce cas le liquide de la vomique est louche, parfois fétide. Souvent la vomique est fractionnée : le liquide n'a plus aucun caractère diagnostique. Un syndrome cavitaire apparaît après la vomique. OLMER insiste sur le bruit du clapet, qu'on observerait dans certains petits kystes infectés près de la paroi et ouverts depuis quelques mois. A la palpation lui correspond un claquement dans les grandes inspirations et après la toux.

Il est inutile de multiplier les formes cliniques selon le siège et le nombre. On peut insister sur les formes chez l'enfant. Dans le chiffre statistique de 11 % de kystes pulmonaires, on en trouve un chez l'enfant. Généralement le diagnostic porté est celui de pleurésie. Il faut le plus souvent considérer que l'ouverture par vomique est le moyen de guérison le plus rapide et le plus efficace. CASSOUTE et POINSO citent deux observations chez des enfants de moins de quinze ans. Dans ces deux observations la vomique avait succédé à une ponction faite sur le diagnostic de pleurésie. En somme le kyste hydatique du poumon est d'un diagnostic clinique difficile et les cas ne sont pas rares où une vomique caractéristique vient seulement donner la clef d'un syndrome pulmonaire non diagnostiqué.

Deux séries d'examen complètent cependant ces possibilités de diagnostic. Les preuves sérologiques sont assez infidèles. La réaction de Weinberg semble peu fidèle et délicate. La réaction de CASONI n'est pas spécifique : elle se produit avec d'autres parasites qu'il est nécessaire d'éliminer. Mais elle est simple et reste utile. PIERI cite un cas où la réaction de CASONI pratiquée avec une assez grande quantité de liquide donna une réponse particulièrement forte, (Localement urticaire et d'autre part mouvement fébrile, dyspnée.) Il constata une augmentation de volume du kyste. Celui-ci se rompit quelques jours après en une abondante vomique. PIERI se demande si la réaction focale au niveau du kyste, se terminant par la rupture ne fut pas due à l'intradermo-réaction ?

En second lieu, l'examen radiologique apporte un élément important au diagnostic. Parfois le kyste hydatique du poumon est une découverte radiologique.

L'ombre radiologique du kyste, classiquement, est arrondie, nette, tranchante sur la clarté pulmonaire : l'image de Béclère. Mais il a fallu revenir sur le schéma, jusqu'à dire (ESCUDERO) que le kyste hydatique ne prenait jamais cet aspect radiologique que réalisent plutôt les sarcomes du poumon. Il semble bien qu'il puisse y avoir des cas où le kyste hydatique donne l'image de Béclère. Mais les processus réactionnels de voisinage se chargent d'estomper les contours du kyste. D'autre part les réactions pleurales, qu'il s'agisse d'épanchements ou d'adhérences, noient aussi l'opacité hydatique.

Après la vomique, un niveau hydroaérique remplace l'opacité homogène (pneumokyste de DÉVÉ). Enfin on peut constater après la vomique ou l'intervention, une bande opaque qui cite la cicatrice de la guérison.

La ponction n'est pas un moyen diagnostique. Elle ne doit pas être employée dans ce but, ni dans un but thérapeutique. Cependant elle est souvent faite par erreur de diagnostic. Dans un grand nombre d'observations, on porte le diagnostic de pleurésie dans le cas de kyste cortical. Dans le cas de kyste central on pense aux différentes tumeurs pulmonaires. La radiologie ne résout pas toujours le problème, comme on l'a vu. Le kyste hydatique du poumon peut amener à discuter une pleurésie interlobaire, des anévrismes aortiques, certaines tumeurs de la chaîne sympathique ou des racines spinales (BERTHIER), des abcès froids thoraciques, des kystes hématiques pleuro-pulmonaires post-traumatiques (SERGENT et PRUVOST). Enfin des diagnostics d'exception : les pneumokonioses, les gommes syphilitiques, les cysticercoses, les sarcomatoses généralisées.

D'autre part en cas de kyste de la base, le diagnostic a pu se poser avec des abcès sous-diaphragmatiques. BERTHIER cite un cas de syphilis héréditaire hépatique mutilante donnant une ombre radiographique pseudo-kystique. On donne comme signe de valeur du siège pulmonaire l'ovalisation de l'image à l'inspiration profonde. En fait, lorsqu'on est en présence d'une affection pulmonaire non diagnostiquée et que radiologiquement on est en présence d'une image arrondie, distante de la paroi, de la base, du sommet et du médiastin, on peut porter avec une assez grande certitude le diagnostic de kyste hydatique du poumon.

Les indications thérapeutiques sont assez nettes : attente dans les cas de kystes hilaires, centraux, car ceux-ci ont bien des chances de se vider correctement par vomique, dans une grosse bronche qui est une voie de drainage large et directe. Ce n'est que lorsque le kyste central augmente de volume au point de provoquer une asphyxie progressive (cas de FIOLLE et PAYAN) que la pneumotomie doit être envisagée. Les kystes périphériques au contraire doivent bénéficier du traitement chirurgical. S'ils se rompent, c'est dans des ramifications bronchiques extrêmes, de petit calibre ; le drainage se fait mal, un pyo-pneumo-kyste se forme mortalité de plus de 60 %. Il faut remarquer d'ailleurs que l'opération est naturellement plus facile dans les gros kystes périphériques. Elle est pleine de difficultés et de dangers dans les petits kystes centraux. Dernier argument : les kystes périphériques donnent des adhérences pleurales, utiles au cours de la pneumotomie. FIOLLE conclut en disant que tout engage à opérer les kystes superficiel, à abandonner à leur évolution les kystes profonds. D'ailleurs, quand ces dernièrs grossissent ils se rapprochent de la paroi. « Quand ils sont centraux, attendre qu'ils soient sous-pleuraux » (GRÉGOIRE). On ne peut avoir la main forcée qu'en cas de complication grave.

Dans les kystes suppurés fermés, non évacués par vomique, l'indication chirurgicale peut être plus urgente lorsque l'état général est gravement atteint. Dans les kystes suppurés ouverts, il faut envisager ceux qui se drainent bien et ceux qui se drainent mal. DEVÉ a montré que la guérison par vomique survient souvent en dépit de la suppuration préalable des kystes à localisation centrale. Mais dans des


MANGAÏNE

formes corticales le drainage se fait mal. On peut essayer des méthodes indirectes : traitement postural des Américains, pneumothorax artificiel, phrénicectomie. Mais quand il est avéré que les moyens ont été impuissants, c'est sans hésitation à la pneumotomie qu'il faut recourir. En résumé, les kystes hydatiques du poumon doivent être opérés dans la grande majorité des cas.

Quant à la technique opératoire, elle varie selon les cas. On peut envisager des méthodes directes et des méthodes indirectes. Ces dernières sont la thoracotomie extra-pleurale, la collapsothérapie et la phrénicectomie. Leurs indications sont restreintes. Elles peuvent aider surtout à activer l'évacuation par les bronches de kystes centraux, suppurés et ouverts. Mais les méthodes directes ont des indications beaucoup plus nombreuses. La traversée de la plèvre constitue le point délicat autour duquel gravitent les procédés opératoires.

Une fois les indications chirurgicales posées, il faut déterminer avec précision la voie opératoire. Il faut insister sur la nécessité de la collaboration du radiologue et du chirurgien qui doit assister à l'examen. Il faut choisir des voies antérieure, postérieure ou axillaire, celle qui conduira au kyste à travers la moindre épaisseur du poumon.

On repère à l'écran la côte répondant au tiers inférieur du kyste, l'examen étant fait dans la position opératoire.

On emploie de préférence l'anesthésie locale. On place le malade en « jockey » (LAMAS) sur la table d'opération.

Deux cas sont à distinguer : 1° le kyste présente des adhérences ; d'une manière générale ces kystes relèvent de la marsupialisation en un temps. 2° Il n'y a pas d'adhérences. Certains opèrent cependant en un temps. POSADAS et l'Ecole argentine font la pneumotomie, l'extraction de la membrane et la réduction sans drainage. Au lieu de la réduction sans drainage on peut terminer l'intervention par une marsupialisation. A ces procédés en un temps s'oppose la méthode de LAMAS et de l'Ecole d'Uruguay. Sa caractéristique est de créer d'abord des adhérences pleurales. Dans un premier temps on résèque une seule côte sur une longueur de 6 à 8 cm. Il n'y a pas d'adhérences : il faut en créer (applications de teinture d'iode, raclage de la plèvre, pose d'une compresse).

Dans un deuxième temps, dix à douze jours après, on ponctionne et le bistouri incise le poumon sur l'aiguille. On accouche la membrane et on laisse un drain.

Les auteurs marseillais concluent en faveur du procédé en deux temps parce que son innocuité est certaine. Malheureusement la critique qu'on lui fait est que le premier temps ne réussit pas toujours à créer des adhérences. Lors du deuxième temps on peut trouver des adhérences fragiles ou nulles. On peut être alors obligé de surseoir ou d'opérer comme si on intervenait en un seul temps.

Dans d'autres cas la plèvre libre est si fragile qu'en voulant créer des adhérences on fait une brèche et on est obligé de terminer l'intervention en un seul temps (comme dans l'observation de R. DE VERNÉJOUL).

Si l'on juge les différents procédés par les seules statistiques de mortalité, le procédé de POSADAS, d'après les chiffres donnés dans le numéro des *Archives*, offre une mortalité de 5,7 %. La marsupialisation en un temps donne une mortalité plus élevée, de 9,7 %. Le procédé de LAMAS donne 6,8 %. On voit que les chiffres sont assez peu éloignés les uns des autres et malgré le chiffre plus petit donné pour le procédé de POSADAS, le procédé de LAMAS, par sa plus grande sécurité, paraît répondre pour les auteurs à la pluralité des cas.

« La légende des maisons à cancer comporte, à notre sens, un enseignement de la plus haute portée ; elle nous montre avec quelle facilité l'observateur accorde sa confiance à des faits que le hasard seul rapproche et l'erreur qu'il commet en prenant de simples coïncidences pour des rapports de cause à effet ».

(A. LUMIÈRE et Paul VIGNE. — Existe-t-il des maisons à cancer. *Académie de médecine*, 22 novembre 1932.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1933

L'apiol. — L'Académie adopte les conclusions du rapport de ***M. Tiffeneau*** sur l'apiol. L'Académie demande que l'apiol ne puisse être délivré que par le pharmacien et sur ordonnance médicale. Elle demande en outre qu'il soit fait une étude précisant les caractères des différentes préparations contenant de l'apiol, afin d'établir une méthode de contrôle de ces préparations. Enfin elle estime que le phosphate de créosote devra être introduit dans le tableau A.

Les syndromes d'inassimilation. — ***M. G. Mouriquand*** (de Lyon). — A côté des troubles nutritifs hypotrophiques relevant de l'insuffisance ou de la carence alimentaire, des troubles digestifs, existent des syndromes d'inassimilation particulièrement caractérisés chez l'enfant.

Il faut distinguer les *syndromes d'inassimilation générale* semblant porter sur la nutrition tout entière, des syndromes d'inassimilation spéciale portant sur le métabolisme d'une ou d'un petit nombre de substances.

Parmi les syndromes d'inassimilation générale, on retiendra chez le nourrisson certains syndromes athrepsiques ou hypotrophiques et chez l'enfant plus âgé, le « *syndrome des petits hépatiques inassimilateurs* », précédemment différencié par l'auteur.

Parmi les *syndromes d'inassimilation spéciale*, ceux d'inassimilation calcique sont les mieux étudiés, surtout du fait de leur reproduction expérimentale.

Le médecin cherchera à préciser dans chaque cas, le ou les facteurs d'inassimilation pour leur opposer une thérapeutique précise alimentaire : climatique, hépatique, uviothérapique ou autre.

L'asthme « à épine respiratoire d'origine microbienne ». — ***M. M. Haire*** (de Namur) développe ses idées sur la pathogénie de l'asthme à épine respiratoire d'origine microbienne. Deux points sont acquis : le facteur *général* qui crée la prédisposition et le facteur *local* qui déclenche la crise.

La bactériothérapie agit par un double mécanisme : par chocs protéiques et en développant les leucocytoses sanguines dont le pouvoir phagocytaire s'exerce avec plus d'activité sur les microbes responsables. Le diagnostic différentiel a une importance capitale et il ne faut réserver les méthodes bactériothérapiques qu'aux asthmes à épine microbienne. Tout en reconnaissant que la bactériothérapie n'est pas absolue dans ses résultats, l'auteur, se basant sur l'observation de plus de 5.000 cas, conclut que cette méthode thérapeutique constitue une arme qui frappe « juste » et « fort », quand on y recourt à temps, quand on l'utilise à bon escient et la manie judicieusement.

Quatre cas d'affections oculaires, vraisemblablement d'origine tuberculeuse, heureusement influencés par la chrysothérapie. — ***M. Félix Terrien.*** Se basant sur les résultats heureux de la chrysothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire relatés par le professeur Léon Bernard dans de nombreuses communications et tout récemment encore à l'Académie de Médecine, dans sa séance du 29 novembre 1932, l'auteur rapporte quatre observations d'affections oculaires traitées par le thiosulfate d'or et de sodium.

Ces quatre cas ayant trait, les deux premiers à une sclérokératite et une irido-scléro-kératite très intenses, les deux autres à une irido-choroïdite et à une choroïdite, furent très améliorés par ce traitement.

Ce dernier, comme en témoignent les faits expérimentaux, paraît sans danger pour le globe oculaire, à condition d'être employé avec prudence. Il semble qu'on soit autorisé à y recourir, dans les cas où les modes de traitement habituel n'ont pas donné d'amélioration.

Elections. — Sir Charles SHERRINGTON (d'Oxford), membre corespondant dans la section des sciences biologiques, et M. Luis MORQUIO (de Montevideo), membre correspondant étranger dans la section de médecine, sont élus membres associés étrangers.

Séance du 7 février 1933

Inscription radiologique de la révolution cardiaque. — ***MM. Delherm, P. Thoyer-Rozat*** et ***Fischgold.*** — En modifiant la methode radiokimographique, les auteurs ont obtenu chez l'homme des tracés du ventricule, de l'oreillette gauche et de l'aorte, comparables aux courbes cardio-manométriques de Chauveau et Marey chez le cheval.

On retrouve l'aspect trapézoïde avec une encoche présystolique sur le tracé ventriculaire, la pénétration de l'ondée systolique dans l'aorte et la fermeture des valvules sygmoïdes sur la courbe : l'oreillette gauche donne naissance à un tracé caractéristique sur lequel on observe la systolie auriculaire.

Cette inscription se fait directement, sans l'intermédiaire d'aucun relais mécanique : elle est donc dénuée de toute déformation ou inertie.

Discussion. — ***M. Vaquez*** insiste sur l'importance de la communication de MM. Delherm, Thoyer-Rozat et Fischgold. L'électrocardiographie et la radiologie sont des méthodes optiques avec lesquelles il n'y a pas à redouter les déformations artificielles des méthodes graphiques (Marey), mais la radiologie, malgré tout, n'est pas parfaite, elle nous donne l'image du cœur dans l'espace et non dans le temps. Il faudrait, pour qu'elle fût complète, un véritable cinématographe. Cette cinématographie irréalisable est avantageusement remplacée par la radio-kimographie qui inscrit la projection des contours du cœur en tout et en partie au cours de son fonctionnement.

MM. Delherm, Thoyer-Rozat et Fischgold obtiennent des images superposables aux tracés de pression intracardiaque de Marey et Chauveau. La radio-kimographie donne donc toute sécurité en ce qui concerne l'interprétation des renseignements qu'elle est susceptible de fournir. M. Vaquez est persuadé qu'appliquée à l'étude des affections de l'appareil circulatoire, elle donnera des renseignements plus précieux encore.

La pression artérielle et l'eau de Saint-Colomban. — ***M. Desgrez*** présente un travail de ***MM. D. Santenoise, C. Franck, L. Merklen, M. Vidacovitch***, établissant que des stations radio-actives oligométalliques du type Bains-les-Bains relèvent les hypertendus sympathicotoniques avec spasmes vasculaires, tandis que des stations sulfatées calciques relèvent les hypertendus présentant une diminution de l'activité fonctionnelle des freins normaux de la pression artérielle.

Les réductases du foie et du lait et le pouvoir zymosthénique dans les eaux minérales. — ***MM. Loeper, A. Mougeot V. Aubertot.*** — Le temps de réduction du bleu de méthylène se montre plus court dans certaines eaux minérales que dans les tubes d'eau ordinaire et d'eau distillée. On constate ainsi d'une façon permanente un pouvoir zymosthénique dans les eaux de Châtel-Guyon, Pougues, Royat, Saint-Nectaire, Vichy. Les chlorures de sodium, de calcium, de magnésium se montrent zymo-paralysants en solutions isotoniques par rapport au sérum sanguin.

Existe-t-il des maisons à cancer? — ***M. Chaton*** reprend et discute les arguments de ***MM. Lumière*** et ***Vignes*** au sujet des maisons à cancer.

Le problème de l'étiologie du cancer, dit-il, est encore à ses débuts. Nous étudions seulement des faits particuliers. La maison à cancer en est un. Si on peut éclaircir indiscutablement ce point, l'importance en sera immense.

M. G. Roussy estime que la question soulevée à nouveau par M. Chaton mérite de retenir l'attention en raison des conséquences pratiques qu'elle pourrait entraîner du point de vue de la lutte sociale contre le cancer, si l'on admettait l'existence de « maisons à cancer ». Or, toutes les statistiques portant sur des grands nombres, comme celles qui ont eté faites autrefois au Bureau d'hygiène de la ville de Paris, plaident contre la notion des maisons à cancer, de même d'ailleurs que les données tirées de l'etude du cancer expérimental et de la biologie du cancer en général.

M. G Roussy tient à dire que la notion des maisons à cancer paraît loin d'être démontrée par les faits isolés qui sont apportés de temps en temps.

Il se borne aujourd'hui à cette simple observation, se réservant de revenir ultérieurement sur cette question à l'appui d'une nouvelle enquête qu'il se propose de faire ; mais dès maintenant, il tient à affirmer que jamais dans le centre anticancéreux à Villejuif qu'il dirige soit depuis douze ans, il n'a observé de faits permettant même de soupçonner la possibilité de la contagiosité du cancer.

L'hystérie dans le proche Orient. — ***MM. Trabaud Samiel Satti*** et ***Hosni Sabah.***

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la IVe section (sciences biologiques), les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Weinberg ; en seconde ligne et par ordre alphabétique : MM. Léon Binet, Champy, André Mayer, Nattan-Larrier et Strohl.

Adjoint par l'Académie : M. André Lemierre.

Au 1er tour M. Weinberg obtient 34 voix ; M. Lemierre 34 voix ; M. Nattan-Larrier 16 ; 1 bulletin blanc. Il y a ballotage.

Au second tour, M. André Lemierre est élu par 46 voix contre 35 à M. Weinberg et 2 à M. Nattan-Larrier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1933

Paralysie du nerf cubital. — ***M. Sorrel*** a observé un cas de paralysie tardive après fracture du condyle externe de l'humérus. Le traitement de choix est l'intervention directe sur le nerf, avec si nécessaire correction du valgus par ostéotomie.

Traitement des varices. — ***M. Sénèque*** préconise dans certains cas l'operation plutôt que le traitement sclérosant. Cependant, elle ne donne pas toujours des résultats parfaits, tandis que le traitement sclérosant ne donne à peu près jamais d'échec.

M. Fredet croit que l'efficacité de l'extirpation est aussi grande que celle du traitement sclérosant. Il préconise particulièrement le procédé qui consiste à arracher le tronc veineux préalablement cathétérisé.

Plaies du ventricule droit. — ***M. Bréchot*** communique deux observations de ***MM. Reinhold*** et ***Pergola.*** La suture amena la guérison dans les deux cas.

M. Sénèque a observé un cas curieux où le poignard était resté en place. Le volet fut fait, le poignard retiré et la suture faite. Cependant le malade mourut.

M. Mauclaire insiste sur l'épaississement hématique du péricarde.

Torsion d'une rate surnuméraire. — ***M. Okinczyc*** relate un cas personnel. La tumeur est dans la région ombilicale. Il existe un double pédicule dont l'un est fixé sur le pédicule splénique et l'autre sur le grand épiploon ; le premier d'entre eux est tordu sur lui-même. Extirpation. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'une tumeur faite de tissu splénique renfermant des nodules gamma.

Opération sur le lymphatique lombaire. — ***MM. Leriche*** et ***Fontaine*** montrent que l'on a toujours le même effet physiologique quoiqu'on fasse : extirpation d'un ganglion, extirpation de la chaîne. Il y a essentiellement augmentation de la pression artérielle sur les quatre membres même après une opération unilatérale.

L'opération leur paraît indiquée dans les maladies de Little, dans certaines arterites et dans des algies d'origine cancéreuse.

Au point de vue technique, M. Leriche préfère utiliser la voie sous-péritonéale.

M. Louis Bazy a fait trois fois cette opération et a toujours utilisé la voie sous-péritonéale.

Traitement de l'infarctus du myocarde. — ***MM. Leriche*** et ***Fontaine*** ont étudié l'infarctus expérimental par ligature d'une coronaire. Ils proposent de combler la perte de substance par la greffe de muscle strié.

Hermaphrodite vrai. — ***M. Ombrédanne.***

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 février 1933

Sur une épidémie de spirochétose ictéro-hémorragique à Syra en 1931. — ***M. Petzetakis*** (Athènes) a démontre l'origine hydrique de cette épidémie et la présence de spirochètes chez les rats d'égoût de Syra et d'Athènes

Spirochétose ictéro-hémorragique. Reproduction expérimentale sur le cobaye. — ***M. Petzetakis*** (Athènes)

Quelques angiographies de vaisseaux périphériques. — *MM. Ravina, A. Sicard* et *Cottenot.*

De l'action hypotensive du cholalate de soude chimiquement pur. — *G. Carrière* et *E. Gérard* (de Lille),

L'athérome expérimental. (Essais thérapeutiques). — *MM. Léon Binet, Jean Verne* et *C. Zamfir*, continuant l'observation de lapins soumis à l'ingestion d'une huile enrichie en ergostérol irradié, montrent que l'administration d'iode ou de citrate de soude empêche souvent, atténue toujours la calcification de l'aorte et du rein, déterminée par l'ergostérol.

Avec quelle fréquence la tuberculose pulmonaire s'associe-t-elle aux tuberculoses dites locales? — *M. Maurice Renaud* reprend, apres avoir revu des dossiers avec l'aide de M. Petit-Maire, les remarques qu'il avait faites en juillet dernier, touchant la fréquence des cas, dans lesquelles les lésions pulmonaires s'associant à des foyers de tuberculose atteignant d'autres parties de l'organisme, notamment les ganglions, les os et les articulations.

1° Sur dix-huit sujets hospitalisés actuellement dans le service de chroniques de Brévannes pour tuberculose dite locale (Pott, coxalgies, etc.), dix présentent de grosses lésions pulmonaires en pleine évolution, à forme caséo-ulcéreuse.

Huit sont cliniquement indemnes.

Mêmes résultats si on en juge par les constatations nécropsiques faites au cours de ces dernières années.

Huit sujets montraient à la fois des lésions pulmonaires (souvent considérables en pleine évolution).

Six sujets étaient indemnes de tuberculose pulmonaire (noter que la tuberculose n'était pas chez eux responsable de la mort).

2° Sur 600 femmes envoyées au pavillon Vulpian (sanatorium-hôpital) pour tuberculose pulmonaire dans ces deux dernières années, on a observe onze cas où un foyer tuberculeux local apparut secondairement.

A ne tenir compte que de la deuxième série d'observations, on serait enclin à considérer, avec MM. Bezançon et Bernard, l'apparition de foyers locaux comme exceptionnelle au cours de la tuberculose pulmonaire et peut-être avoir une sorte de balancement dans la dissémination des lésions tuberculeuses.

Les observations de la première série ramènent à une conception plus juste des choses. Il n'y a pas d'antagonisme entre les déterminations pulmonaires de la tuberculose dont l'association est loin d'être exceptionnelle. Peut être même conviendrait-il de mieux individualiser ces formes où la tuberculose conduit à la mort avec des localisations étendues et multiples, avec une fréquence qu'il conviendrait de préciser en s'appuyant sur de grandes statistiques.

Comme, d'autre part, il y a par le monde des milliers de tuberculoses locales sans tuberculose pulmonaire on voit que toutes les modalités possibles s'observent dans les rapports entre la tuberculose pulmonaire et les autres localisations de la maladie.

Leur étude conduit au cœur du problème si obscur de l'évolution de la tuberculose. Elle sera reprise ultérieurement dans le detail.

M. Etienne Bernard précise que, dans la statistique rapportée par lui, ultérieurement avec M. Bezançon, ce qui était remarquable, c'était le nombre considérable de foyers extra-pulmonaires, observés chez quelques tuberculeux pulmonaires, et non l'association de ces deux sortes de localisations (7 % seulement des cas). Il insiste sur le fait que la rétrocession presque complète des lésions pulmonaires a été observée très souvent après la guérisons des foyers extra-pulmonaires.

M. Jacob rapporte quelques cas d'association de tuberculose pulmonaire et de tuberculose renale. Les lésions pulmonaires ont guéri rapidement après néphrectomie.

M. Bourgeois n'a observé que quatre cas tuberculose à lésions multiples sur 100 malades atteints de tuberculose pulmonaire fibreuse peu évolutive.

Il croit, contrairement à l'opinion de M. Jacob, que la suppression d'une suppuration tuberculeuse a le plus souvent un effet néfaste sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Au point de vue thérapeutique, l'action des sels d'or lui a paru moins favorable que celle de l'antigène méthylique.

M. Sergent rappelle que déjà Bazin avait montré avec quelle fréquence la tuberculose pulmonaire évoluait sous la forme de « phtysie froide » chez les sujets porteurs de foyers tuberculeux extra-pulmonaires.

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Anémie grave traitée par les extraits gastriques

Un homme de 40 ans, sans passé pathologique, entre à l'hôpital pour asthénie, inappétence, faiblesse générale. Un examen hématologique montre une anémie à 2.430.000 globules rouges avec 45 % d'hémoglobine et 5.500 globules blancs. Il existe de l'anisocytose, de la poïkylocytose, des hématies à granulations basophiles et des hématies nucléés. La formule leucocytaire est normale.

L'examen du malade et les recherches complémentaires ne permettent de découvrir aucune cause à cette anémie. On porte le diagnostic de maladie de Biermer que vient de confirmer, en l'absence de signes radiologiques gastriques, l'absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac.

Le malade est alors soumis exclusivement au traitement par ingestion avant chacun des deux principaux repas de 15 grammes de poudre d'estomac de porc désséché et délipoïdé : chaque repas comprend obligatoirement 200 grammes de viande de bœuf.

Sous l'effet de ce traitement on voit s'élever progressivement le nombre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine qui au bout de 3 mois ont atteint la normale (G. R. = 5.600.000, Hémoglobine = 95 %), tandis que l'état général redevenait très satisfaisant. Toutefois l'anachlorhydrie gastrique persistait, ce qui prouve que la thérapeutique employée n'a été que symptomatique.

Cette observation confirme la valeur de la méthode de Castle dans le traitement des anémies pernicieuses. (D. Olmer et J. Olmer. *Comité médical des B.-du-Rhône*, nov. 1932.)

Cancer secondaire des poumons sept ans après un cancer du rein

MM. Laure (d'Hyères) et Puy (de Saint-Tropez) relatent (*Comité médical des B.-du-Rhône*, nov. 1932) l'observation d'un malade opéré d'un cancer du rein et qui sept ans après a fait une métastase pulmonaire. Ce n'est que par la radiographie qui a montré l'image classique des cancers secondaires des poumons, que le diagnostic a pu être fait. A l'exception en effet, de quelques crachats hémoptoïques et de phénomènes de compression du bras, survenus au cinquième mois, aucun signe clinique ou d'auscultation n'a permis de faire le diagnostic pendant toute la durée de l'évolution qui a été de six mois environ.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Note sur la kératodermie bi-palmaresymétrique foliacée et ulcéreuse des syphilis tertiaires (Plagniol, de Montpellier. *Le Courrier Médical*, n° 50, 11 décembre 1932.)

L'auteur publie une observation de kératodermie occupant les deux paumes de la main, et présentant des placards squameux, des zones de décollement et d'exfoliations avec circinations en bordure, l'ensemble parcouru de fines nervures kératosiques donnant l'aspect d'une feuille végétale grise. Il s'agissait d'une malade syphilitique et qui fut guérie rapidement par des injections de Muthanol. L'auteur cite trois autres cas semblables, dont deux guérirent nettement par le traitement à l'hydroxyde de bismuth radifère. Dans un de ces cas présentant une forme fissuraire, nulle autre thérapeutique n'avait agi.

Cette affection chronique existe surtout chez la femme et disparaît rapidement par le traitement bismuthé. L'auteur différencie pour le diagnostic, cette kératodermie syphilitique des kératodermies arsenicales, plus épaisses, plus farineuses ; de l'eczéma corné de Wilson à fond rouge ; des kératodermies familiales qui débordent la face antérieure des poignets ; du psoriasis palmaire ; du psoriasis rubra et de la syphilis tertiaire de la paume des mains plutôt unilatérale.

Une seule affection pourrait induire en erreur, c'est l'ensemble des kératodermies centro-palmaires décrites par le Prof. Margarot, de Montpellier, qui existent dans l'arthritisme et s'accompagnent de phénomènes acroparesthésiques.

L'une des caractéristiques de la kératodermie bilatérale observée par l'auteur est qu'elle existe sur un fond syphilitique puisqu'elle guérit par le traitement au Muthanol.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Au Sénat. Plaidoyer en faveur de la culture gréco-latine. — *Extrait du discours prononcé par M. Denlu, rapporteur de la Commission de l'enseignement. (Séance du 9 février 1933.)*

... Avant de vous développer rapidement les raisons qui militent en faveur du latin-grec, je crois nécessaire, messieurs, au seuil de cette discussion, de faire deux déclarations qui ont leur importance. Il n'entre pas dans notre pensée de soutenir que ceux qui étudient le latin et le grec soient seuls capables de faire des études médicales. Ce serait faux ; ce serait injuste. Au cours d'une carrière médicale déjà longue, j'ai rencontré un certain nombre de médecins, d'officiers de santé, dont les études secondaires avaient été écourtées, et qui avaient trouvé dans l'observation journalière, le moyen de devenir des praticiens avertis. Mais il ne faut pas conclure du particulier au général ; il faut aussi se souvenir qu'une hirondelle ne fait pas le printemps. D'autres vous diront que la connaissance du grec est nécessaire, parce que le langage médical se compose de mots empruntés à cette langue. C'est prendre la question par son tout petit côté. Car dans ce cas, un dictionnaire suffirait amplement à suppléer à l'insuffisance des connaissances. Il faut donc chercher ailleurs les raisons qui nous font réclamer la culture gréco-latine pour les futurs médecins. La science du médecin est toute faite d'analyse. Il est rare qu'au chevet du malade un diagnostic rapide soit possible. S'il est trop vite fait, il sera souvent la cause d'erreurs. Il faut donc examiner, éliminer, discuter les symptômes les uns après les autres, les accorder, les réunir, pour établir une entité morbide sûre et certaine. Dites-moi si pour un travail semblable il ne faut pas faire fonctionner les cellules cérébrales et les mettre toutes en jeu, leur demander leur plein rendement ? Or, le médecin qui, au cours de ses études secondaires, a dû se débattre avec les inversions des langues latine et grecque, qui a dû décomposer les phrases pour les faire cadrer avec la construction française, qui jeune lycéen, a été aux prises avec ces difficultés de construction grammaticale, ne s'est-il pas bien préparé pour établir plus tard le diagnostic médical résultant d'une analyse aboutissant à une synthèse ? Je sais bien que l'on me dira que de tout ce qu'on apprend au lycée, il nous reste peu de chose. Grammaticalement parlant, peut-être : mais, j'en suis certain, si nous avons oublié les mots, il nous reste les idées qui font la base de la pensée latine et grecque. Dans notre siècle, où l'utilitarisme règne en maître, on a tendance à ne vouloir acquérir que les connaissances qui semblent d'une utilité immédiate. Et ceux qui voient un peu plus haut, qui luttent en faveur de la culture classique, semblent quelque peu rétrogrades. Je ne dis pas : réactionnaires ; ce mot ne serait pas de mise dans une discussion littéraire, et d'ailleurs, sur un autre terrain, il a acquis un droit de cité tel que si on le faisait disparaître, trop de gens seraient privés de moyens d'argumentation.

Nous paraissons donc quelque peu rétrogrades. Singulier retour des choses. Ces jours derniers, j'ai passé quelques bons moments à la Bibliothèque nationale, à l'exposition rabelaisienne, et en voyant les documents mis sous nos yeux, en examinant cette lettre de Rabelais à Budé, où le latin est émaillé de citations grecques, en contemplant les œuvres de Budé, je ne pouvais m'empêcher de songer comment, à leur époque, ces hommes furent jugés et appréciés. Le moyen âge venait de disparaître, non sans avoir projeté de vives lueurs : on lui rend justice maintenant. Les lettres renaissaient, et avec elles, la culture du grec se développait. Dans son couvent de Fontenay-le-Comte, Rabelais l'étudiait presque en cachette : ses idées devinrent suspectes. En un mot, si je puis employer cette expression, c'était un moderniste de l'époque, suspect d'hérésie (*Très bien ! Très bien !*). Ah ! il était si convaincu de l'excellence de la culture grecque et des avantages qu'elle comporte que, dépeignant la renaissance des lettres de son temps, il fait dire à un de ses personnages : « Maintenant, toutes disciplines sont restituées, les langues instaurées : grecque, sans laquelle c'est honte qu'une personne se dise savante... » Et plus loin :

« Les femmes et les filles ont aspiré à cette louange et manne céleste de bonne doctrine ». Je ne m'autorise pas de cette phrase pour dire que Rabelais est le promoteur de l'enseignement secondaire des filles. La caution serait peut-être bourgeoise, mais elle ne serait certainement pas très morale.

Période de Rabelais : période d'avant-garde. Notre situation à nous partisans de la culture gréco-latine est, pour certains, une situation de recul. Il est maintenant utile de faire connaître quel est, sur la question qui nous occupe, l'avis du Corps médical enseignant. Jadis la Faculté de médecine de Paris, à une forte majorité, a réclamé, pour les médecins, des études de grec et de latin. Ces temps derniers, la Confédération des syndicats médicaux a ouvert une enquête. La majorité des répondants réclame le baccalauréat latin-grec, une minorité importante est pour latin-sciences, un très petit nombre se contenterait du baccalauréat moderne. Evidemment, les avis sont assez différents, le contraire seul serait surprenant, si l'on se souvient du vieux proverbe : « Quand Hippocrate dit oui, Galien dit non ». Personnellement, à ceux qui se contenteraient du baccalauréat latin-sciences, je ferais bien une concession, et cependant je ne m'y crois guère autorisé, si je me rappelle les vers du poète latin :

Græcia capta ferum victorem cepit et artes
Intulit agresti Latio.

et Horace, continuant s'écrie : « L'élégance chassa notre rudesse, et le latin dut au grec et son élégance et sa clarté. » Notre belle langue, messieurs, lui doit à son tour son charme et sa limpidité, et si je défends ici la culture classique gréco-latine, c'est la reconnaissance qui m'inspire et dicte mes paroles (*Très bien ! très bien !*) Sur le fond, nous sommes tous d'accord, mes chers collègues Armbruster et Le Gorgeu. La question pour la culture classique, n'est pas d'être ou de ne pas être. Ce qui nous sépare, c'est une question de moment, d'opportunité, j'allais dire de tactique. Mes collègues craignent que la Chambre ne nous suive pas et disjoigne à nouveau l'article. Peut-être ont-ils ra on. Aussi je ne puis être d'une intransigeance absolue dans ma conclusion. Le Sénat, dans sa sagesse — c'est la formule que j'emploie, car elle est vraie — le Sénat va nous départager. Quel que soit le résultat, il n'y aura pas de blessures (*Très bien ! Très bien*). Y en aurait-il, que l'auteur de la proposition, le rapporteur de la Commission de l'enseignement mettraient en commun leurs connaissances médicales pour en faire disparaître toute trace. (*Sourires et applaudissements.*)

Les différends conjugaux. — *C'est le titre d'un des derniers chapitres des* Souvenirs d'un médecin de campagne, *souvenirs publiés par* Candide (26 janvier 1932).

En voici un extrait :

. . . .

Mari et femme viennent séparément. Leurs plaintes poussent à des actes plus graves.

— Docteur, dit le mari, je pars pour une quinzaine. Ma femme est insupportable, j'ai besoin de silence pour me remettre. Si elle vous interroge, vous lui direz que je me porte bien.

Il ajoute :

— Docteur, vous m'aviez donné le conseil de l'épouser. Elle était, en effet, adorable. Nous vivions maritalement depuis huit ans ensemble. Jamais une scène. Quel délicieux sourire ! Pendant huit ans, j'ai été l'homme le plus heureux du monde. Du j ur où je l'ai épousée, changement à vue ! C'est fini du ciel bleu ! Un vent d'orage souffle sans discontinuité. Ce que je dis est mal. Ce que je ne dis pas est plus mal encore. Ce que je fais est honteux, ce que je ne fais pas est lâche. Si ma femme promet d'être raisonnable, je reviendrai, mais pas avant. Je vous laisse mon adresse au cas où vous croiriez devoir m'informer de cette heureuse décision.

Il laisse sa carte, crayonne le nom de la ville et de l'hôtel où il se réfugie et pousse un profond soupir de soulagement.

Cinq jours après, la femme entre, les yeux bouffis de larmes :

— Docteur, où est mon mari ?

Et elle se met à sangloter.

Le docteur ne doit rien dire.

— N'ayez aucune crainte, Madame , sa santé est excellente. Il estime simplement qu'une séparation passagère est nécessaire.

A mots couverts, il expose les griefs du mari, certainement exagérés dans leur expression et imputables à un accès de fatigue La femme é oute, e regard avide, et se reprend à espérer :

— Je ferai tout ce qu'il voudra, dit-elle en prenant congé.

Le médecin avise le mari, qui rentre, la femme doit à son émotion d'avoir vu son foyer brisé, un bouleversement de sensibilité qui lui rend ses qualités premières, et le ménage, désormais, s'accorde le mieux du monde.

Jointe à la faiblesse, la bonté du mari l'expose à bien des disgrâces. L'un d'eux, excellent homme, le cœur sur la main et incapable de faire du mal à une mouche, avait une très jolie femme qu'il adorait, ce qui ne l'empêchait pas de trouver les autres à son goût. Finalement, et incapable de résister, il était arrivé à entretenir trois ménages en ville, à côté du sien.

Un jour, il tomba malade chez une de ses maîtresses et ne put regagner son domicile. Mise au courant, sa femme vint le visiter chez la rivale. La rencontre des deux femmes s'opéra sans effusion, mais dans une note de courtoisie aimable. Une sympathie si vive se déclara même de la maîtresse pour la femme légitime qu'au moment où cette dernière sortait, l'autre lui demanda l'autorisation de la raccompagner chez elle. Dans le trajet, des confidences furent échangées :

— Songez qu'il me trompe avec une autre ! confiait la maîtresse à celle qu'elle avait supplantée.

Allant mieux, le malade put, quelques jours plus tard, être transporté chez lui, mais une anxiété lui était restée de cette dernière secousse. Flanqué de ses quatre femmes, dont plusieurs avaient des enfants, il craignait, en donnant à l'une, de faire tort à l'autre. C'est envers son épouse qu'il se montrait le moins généreux. Elle ne réclamait rien. Mais, de la voir silencieuse et triste, abîmait de désespoir la volonté du pauvre homme. Il aurait désiré de tout concilier et de répandre la joie sur le front de toutes les femmes.

— Je suis bien malheureux, avouait-il à son médecin.

Pour les frasques qu'ils commettent, les maris n'invoquent guère d'alibis dont ils sollicitent la confirmation de la complaisance du médecin. Les femmes, sur ce chapitre, se montrent beaucoup plus indiscrètes. Elles ont déserté le domicile conjugal. Au médecin d'affirmer qu'elles ont été malades.

L'une d'elles, un matin, vers 11 heures, vint trouver mon ami :

— J'ai quitté mon mari depuis deux jours, expliquait-elle. Vous seriez bien gentil de lui dire que j'ai été très souffrante.

Il s'agissait d'obtenir du médecin qu'il contât l'histoire d'une maladie subitement survenue à la gare d'Orsay, au moment de la descente du train de banlieue, où la dame avait une propriété. Son mari, étant malade, elle avait craint, en lui annonçant la cause de son retard, de lui faire de la peine. La commission était délicate. Le mari était, en effet, très malade, et son cœur battait tout de travers. Cloué dans son fauteuil, il se voyait délaissé et épanchait sa tristesse dans le cœur du docteur.

Un jour, il avait mené ce dernier dans le cabinet de toilette de sa femme :

— Voyez, disait-il, et son bras indiquait plusieurs tablettes de verre, toutes chargées de bouteilles, de flacons, de sachets et de boîtes, depuis que je suis malade, le nombre de fioles de parfums et de boîtes de poudre a doublé.

Et, sans ajouter un mot, il rentra dans sa chambre.

Aujourd'hui, le médecin était chargé de faire avaler au pauvre diable une pilule amère. Comment s'y prendrait-il ? Il ne préparait rien à l'avance, se disant qu'il se comporterait d'après l'attitude du cardiaque.

— Venez avec moi, dit le médecin à la femme éplorée ; je vais tâcher d'arranger les choses.

Ils montèrent dans un fiacre — il n'y avait pas d'auto, dans ces temps lointains, et tous les témoins de ce drame sont morts depuis plus de vingt ans. Arrivés dans la maison, le médecin laissa l'infidèle sur le palier du rez-de-chaussée et s'engagea seul dans l'ascenseur. Le malade anhélait dans un fauteuil.

— Je vous ramène votre femme, annonça le docteur. Elle a été malade.

Le cardiaque leva lentement la main :

— N'insistez pas, docteur, j'ai une petite fille de douze ans. Elle a besoin de sa mère.

La femme attendait au bas de l'ascenseur.

— Montez avec moi, dit le docteur. Votre mari vous pardonne.

La femme entra, voulut s'excuser, racontait sa syncope, prenait le médecin à témoin.

— C'est bien, dit l'agonisant.

Et il lui tendit la main.

« Tout, en vérité, est paradoxal dans le fonctionnement actuel des hôpitaux. Destinés, dans le principe, à recevoir les indigents, les nécessiteux dénués de ressources, ils se sont élevés progressivement jusqu'au rang de maisons de santé payantes, à prix modérés. Mais ils n'ont pas cessé pour cela de bénéficier des avantages, d'ordre fiscal notamment, qu'ils doivent à leur destination primitive : ils ne supportent aucun impôt. » (*La Médecine Pratique*, 20 décembre 1932.)


TONIQUE RECONSTITUANT
VIAL

BIBLIOGRAPHIE

L'Homme Greffé, par René d'ALSACE. Edit. du *Mercure Universel* Lille et Paris. 274 p., 15 francs.

René d'Alsace est un auteur dont le talent qui s'est déjà affirmé en des voies diverses (qui ne connaît « *Nos gens d'Alsace* » ? ne tardera pas à s'imposer d'inébranlable façon.

Sa dernière œuvre : *L'Homme Greffé* est sensationnelle.

Que dit le communiqué ?

« La greffe humaine est-elle possible ? Quelles sont exactement ses vertus, ses conséquences ? Ce sujet délicat entre tous est traité avec maîtrise par René d'Alsace dans l'œuvre qu'il publie aux éditions du « Mercure Universel » sous le titre : « *L'Homme Greffé* ».

« C'est l'histoire (vraie peut-être ?) des amours d'un grand écrivain, dont le nom, Jean Montreuil, voile à peine la personnalité réelle, et d'une femme étrange, Lady Hamilton, la belle et mystérieuse Leyna de ce roman.

« Histoire émouvante que celle-ci où l'Amour et la Mort s'unissent dans la plus incroyable aventure ... Et cependant, René d'Alsace a connu les héros de son livre : il fut lui-même séduit par la beauté fatale de Lady Hamilton ; il se souvient encore de ce jour de juillet 1914 où elle lui fut présentée au Claridge, et dans la préface, il démasque presque les personnages qui peuplent ses pages.

« *L'Homme Greffé* » est une œuvre puissante qui dégage une grisante sensualité, une œuvre curieuse, scientifique, occulte, traversée par la fièvre des sens et la folie des esprits. On lira ce livre avec un intérêt qui croîtra à chaque page.

« *L'Homme Greffé* » est certainement l'œuvre la plus audacieuse, la plus passionnante qui ait paru depuis dix ans. »

Tout cela est bel et bon.

Mais je me contenterai de dire que si les médecins ne lisent pas *L'Homme Greffé*, c'est qu'ils auront perdu tout goût de la lecture.

Signalons encore :

Au *Mercure Universel* (Lille, 204, rue Solférino et Paris, 3, Cité Bergère), de beaux poèmes de Mme Luce-Maurice Chaloche : **Dialogues avec le Vent**, 15 francs sur alfa ; 30 francs sur pur fil :

Une revue bi-mestrielle : **Le Diamant**, de Maximilien CARNAUD, organe des poètes diamantistes.

Aux éditions de la *Renaissance Provinciale* : **Les Chansons de l'Esclave** poèmes de Gisèle VALLEREY, lauréate de la Société des Ecrivains de Province pour 1931. Bordeaux, *Edit. de la Renaissance Provinciale*. Préface de Philéas LEBESGUE, dessins de l'auteur gravés par A. LANGERON.

Enfin pour terminer une œuvre professionnelle de grande valeur :

Les Eaux médicinales naturelles dites « Eaux minérales » à travers les âges, par Paul-Emile ARBINET, pharmacien de 1re classe.

L'ouvrage qui est magnifiquement édité par *Les Editions Universitaires de Strasbourg* fait encore plus par la solidité du fond que par les mérites de la forme grand honneur au Docteur Arbinet La Bessède, le vaillant directeur du *Strasbourg Médical* qui ne se contenta pas toujours d'être un savant ; car, brancardier héroïque pendant la guerre, il fut l'un des splendides combattants dont s'enorgueillit le Corps de santé.

La Prostitution : libre, réglementée, interdite (France, Allemagne, Angleterre, Etats-Unis) rapport de Jean ESTOQUE (dédié à Mme Legrand-Falco, vice-présidente de la Fédération abolitionniste) 44 p. Imprimerie A. Castel, 38 *bis*, boulevard Saint-Marcel, Paris (Ve), est un 42) dans le camp abolitionniste.

Réglementiste convaincu, je me réjouis et applaudis.

P. S. — Je prie les amis et correspondants qui m'ont envoyé des ouvrages à fins d'analyse de vouloir bien m'excuser si je ne réponds pas à leur désir. Je me vois contraint de renoncer pour un temps qui sera peut-être fort long à donner des comptes rendus. C'est bien entendu avec plaisir que je recevrai ouvrages et plaquettes mais que tous, amis ou non, sachent bien que leur envoi risque fort d'être à fonds perdu autrement dit qu'il y a extrêmement peu de chances que j'en fasse l'analyse.

E. de M.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 8 LE NUMÉRO : 50 Centimes 25 FÉVRIER 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris — 21 février. — M. Boyer. La réduction sanglante suivie d'ostéosynthèse dans les fractures récentes du col du fémur. — M. Barthes. Les perforations couvertes des ulcères gastro-duodénaux.

22 février. — M. Ducournau. L'appui maternel dans les maternités parisiennes. — M. Catonne. Quelques essais thérapeutiques dans les hypotrophies du nourrisson.

23 février. — M. Weyl. Etude des rapports entre la coagulation sanguine et les thromboses post-opératoires. — M. Ngo-Trux-Tuan. Etude des vomissements spasmodiques du nourrisson. — M. Pouyol. Etude de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson. — M. Salman. Les pleurésies purulentes chroniques à pneumocoques chez l'enfant.

23 février (Thèse vétérinaire). — M. Millard. Le prix de revient du lait dans le sud-est de la Haute-Marne.

La Nomade, Société médicale de tourisme, organise vers Pâques, les trois voyages suivants, susceptibles d'être réunis :

Florence et ses environs, 9-15 avril ;
toute la Sardaigne en auto-car (voyage inédit), 13-23 avril ;
Rome et ses environs en auto-car, 20-28 avril.

Détails sur demande (joindre timbre) au Docteur Cavro, 15, rue Jules-Ferry, à Paris, XIIIe.

Clinique médicale propédeutique. (Hôpital de la Charité). — Un cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire aura lieu du 3 au 8 avril. Un programme du cours sera publié ultérieurement.

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. — La séance solennelle annuelle de la *Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris* aura lieu le 20 mars à 16 heures au siège habituel de ses réunions, 12, rue de Seine.

Le sujet traité sera : *Crénothérapie des affections vasculaires périphériques.*

Deux rapports seront présentés : le premier par M. le Professeur Maurice Villaret et MM. Justin-Besançon et Cachera ; le second par MM. Boucomont et P.-N. Deschamps (de Royat), Joly (de Bagnoles-de-l'Orne) et Lassance (de Bains-les-Bains).

Les médecins étrangers à la Société d'hydrologie qui désireraient recevoir les rapports et prendre part aux discussions sont priés de s'adresser au Docteur Sérane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris, 16e.

Ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones. — *Service médical à Lyon.* — Un concours sur titres aura lieu, en avril 1933, au ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones à Paris, en vue de la nomination de médecins au Comité médical régional de Lyon.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés au plus de 45 ans, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des professeurs de Faculté ou d'Ecole de médecine, des professeurs agrégés, des chargés de cours, des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés au concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Lyon, avant le 20 *avril prochain*. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

L'Association confraternelle des Médecins français, (Société qui donne un secours immédiat de 10.000 francs au décès des sociétaires) a tenu son assemblée générale annuelle vendredi 10 février, à l'hôtel de la Confédération des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence de M. le Professeur Vanverts, de Lille, président de l'Association.

Plus de sept cents membres étaient présents ou représentés.

Le Docteur Barlerin, trésorier, expose la situation prospère de l'Association, qui compte actuellement 1.600 membres et a versé depuis sa fondation la somme de *un million cinq cent mille francs* de secours.

Les comptes de 1932 sont approuvés à l'unanimité et le bureau réélu ; il est ainsi composé : MM. les Docteurs Vanverts, président ; Le Filliâtre, vice-président ; Grahaud, secrétaire général ; O'Followell, secrétaire adjoint ; Barlerin, trésorier ; Agasse-Lafont, trésorier adjoint.

En outre, MM. Signoret, Tulasne, Mont-Refet, Dhers et Bonnes sont nommés membres du Conseil de surveillance.

Pour renseignements s'adresser au Docteur Grahaud, 7, rue Labie (17e), ou au Docteur Barlerin, 10, rue de Strasbourg (10e).

Une conférence du Professeur Legueu sur Souvenirs et visions d'Argentine. — Les Voix Latines, créées par le Docteur Dartigues, et qui sont une section de l'UMFIA continuent leurs conférences. Le Professeur Legueu a évoqué ses Souvenirs de voyage en Argentine.

L'orateur décrit *La Vie Argentine*, les modes, les occupations et les distractions. Il montre ensuite avec quelle considération il fut traité par les Argentins ; comme à cette fête militaire qui fut rééditée pour lui, alors qu'elle ne fut donnée qu'aux chefs d'Etats et aux princes de sang. En Argentine, la vie de l'*homme* se passe entre sa terre, cette terre à laquelle il doit la noblesse, sa fortune et la confiance, et son intérieur où grâce à ses goûts artistiques très développés il se constitue un véritable musée. La *femme* argentine très souvent jolie, toujours charmante souffre encore un peu d'un certain degré de réclusion orientale et dès lors un peu confinée dans son intérieur, cherche la libération de l'esprit par la culture ; elle lit beaucoup et connaît toute la littérature étrangère et surtout française.

Les installations scientifiques, médicales et hospitalières pour la plupart somptueuses sont dues en général à la conception et à l'activité individuelles, mais aussi la recherche scientifique est favorisée par le pouvoir qui a compris le prix de la vie et l'économie de la prévention, et favorise l'institution d'un hôpital de prophylaxie prétuberculeuse.

D'ailleurs leurs grands médecins sont des maîtres de valeur capables de former et d'entraîner les jeunes générations ; ces maîtres ont été formés à notre école, ils se sont inspirés de notre culture et, pourvus de moyens puissants, ils impriment à la science argentive un mouvement qui la place désormais au premier rang de la médecine mondiale.

A la fierté de sa terre, *l'âme argentine* joint aussi l'empreinte de ce continent américain venu tard à la civilisation. L'âme argentine est profondément traditionnelle ; elle l'est par le culte du souvenir à ceux qui ont fait sa grandeur, elle l'est par la foi religieuse et elle l'est par le culte de la famille qui reste intact et dans les mœurs et dans les cœurs. Mais elle est aussi profondément et sincèrement libérale ; elle sait s'ouvrir d'une manière particulièrement heureuse à ce souffle de progrès sans lequel il n'y aurait pas d'évolution.

Ce sont les peuples latins qui ont joué le plus grand rôle en Argentine, et parmi ceux-ci l'Espagne, l'Italie et la France, et surtout ces deux derniers qui ont occupé la première place : l'Italie qui a elle seule défriche toute l'Argentine et la France qui par ses grands hommes, ses couvents et ses émigrants a pu exercer sur l'âme argentine une influence préparée par une origine commune.

En conclusion, il faut s'efforcer par des rapprochements plus multiples à donner une force nouvelle à ces affinités, à cette période où le monde secoué sur ses bases est victime d'une crise

économique et morale sans exemple. L'*Union des peuples latins est nécessaire à l'équilibre du monde* ; c'est par la latinité que le monde sera replacé sur ses bases normales de tradition et de progrès, et quand nos peuples auront uni leurs aspirations communes, un grand souffle très pur descendra sur les hommes en une atmosphère bienfaisante de justice et de fraternité.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif), en dix leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 13 mars 1933, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — I. Résections et sutures du tube digestif : anatomoses termino-terminales ; latéro-latérales, latéro-terminales ; anastomoses au bouton. — II. Les gastrostomies : procédé de Fontan ; procédé de Witzel. — III. Gastroentérostomie. — IV. Résection annulaire de l'estomac. — V. Gastrectomies. — VI. La duodéno-jéjunostomie. — VII. Chirurgie du côlon droit : appendicectomie; colopexie en équerre. — VIII. L'hémicolectomie droite ; l'iléo-sigmoïdostomie. — IX. Chirurgie du côlon gauche : décollement colopariétal anus iliaque gauche. — X. L'amputation abdomino-périnéale du rectum.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 octobre 1933. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 22 mars 1933, à 9 heures, au Parc des Expositions, porte de Versailles, Paris (XVe).

Sont seuls autorisés à s'inscrire en vue de prendre part à ce concours les élèves externes qui étaient inscrits au concours de l'internat en médecine ouvert le 11 octobre 1932, sous la réserve qu'ils ne se trouvent pas exclus du concours ou du droit d'y prendre part.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 12 heures et de 13 à 17 heures, depuis le mercredi 1er mars jusqu'au mercredi 8 mars 1933 inclusivement. (Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre recommandée).

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Nécrologie. — Docteur E. Brun, de Paris, 15, rue Réaumur, décédé à l'âge de 75 ans. — Docteur Dartevelle, d'Hautmont (Nord). — Docteur Etienne Duhem, de Vannes, stomatologiste. — Docteur Fournier, père, de Boiscommun (Loiret), décédé dans sa 82e année. — Docteur Gardère (Mme), de Paris, 2, rue Jeanne-d'Arc prolongée (XIIIe), décédée à l'âge de 32 ans. — Docteur Robert Istria, de Paris, 48, rue Tolbiac (XIIIe). — Docteur Arthur Lecène, du Havre, 46, boulevard de Strasbourg. — Docteur Max Manon, de Toulon, décédé dans sa 41e année. — Docteur Morin, de Chatellerault (Vienne). — Docteur Pierre Pissot, de Robert-Espagne (Meuse). — Docteur Decrolly, professeur de psychologie à l'Université de Bruxelles, décédé à l'âge de 61 ans. — Docteur Gabriel Anton, professeur de psychiatrie et de neurologie à l'Université de Halle (Allemagne), décédé à l'âge de 75 ans. — Professeur Ernst Pfeiffer, président du Service de santé de Hambourg, décédé à l'âge de 62 ans. — Professeur Oscar Samter, de Kœnigsberg, directeur de la clinique chirurgicale de l'hôpital de cette ville, décédé à l'âge de 75 ans. — Sir William Taylor, de Dublin, premier président du collège royal des chirurgiens d'Irlande, décédé à l'âge de 62 ans. — Professeur Frank Billings, de la Northwestern University, de Chicago. — Docteur S. Neno, président de l'Association médicale japonaise. — Docteur Jane Elizabeth Woterston, d'origine écossaise, décédée dans le Sud de l'Afrique, où se déroula sa carrière médicale, à l'âge de 87 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Les stérols irradiés en thérapeutique, par le Docteur Germaine Dreyfus-Sée. Un volume in-8 de 68 pages, 6 francs. (Collection *Les Thérapeutiques Nouvelles*). Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, VIe.

Les indications des stérols irradiés, la place exacte qu'ils doivent occuper dans l'arsenal thérapeutique sont des notions actuellement bien établies. Loin de remplacer les autres modes de traitement, ils sont de nature au contraire à les compléter heureusement.

Il importe donc pour le médecin de savoir choisir parmi les innombrables produits qui lui sont offerts, ceux qui sont susceptibles d'être utiles à son malade, et il est également indispensable pour lui de connaître les données qui devront déterminer telle ou telle combinaison thérapeutique.

Traité de médecine homœopathique synergique, par le Docteur Ponzio. Nouvelle édition revue, complétée et augmentée des Pathogénésies complexes. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris. Un volume franco broché : 6 fr. 50.

Nombre de médecins sont aujourd'hui désireux de se faire, par l'expérience clinique, une opinion précise sur la valeur thérapeutique de cette méthode médicale. Le « Traité de Médecine Homœopathique synergique » par le Docteur Ponzio, avec sa pharmacopée limitée à 155 médicaments, leur permettra d'essayer la méthode homœopathique avec une série de remèdes *aux indications bien déterminées* et de contrôler ainsi sa valeur thérapeutique en évitant les hésitations et les tâtonnements du début.

Le Petit jardin (*Hortulus*), de Walahfrid Strabus, abbé du Monastère de Reichenau. Texte latin et traduction française précédés d'une étude sur la vie et sur les œuvres poétiques de l'auteur et accompagnés de commentaires, par le Docteur Henri Leclerc. Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Un vol. de 110 pages orné de 3 planches hors texte. Prix : 25 francs.

Après avoir retracé l'existence de Walahfrid Strabus qui, avant de devenir abbé du monastère bénédictin de Reichenau, fut mêlé, comme précepteur de Charles le Chauve, aux événements les plus dramatiques de l'époque carolingienne, le Docteur Henri Leclerc étudie son œuvre poétique, œuvre dont l'*Hortulus*, poème de 444 vers consacré à la description

des simples de son petit jardin et dont la traduction, hérissée de difficultés, passait pour irréalisable, est la partie la plus marquante, celle qui offre le plus d'enseignements utiles à tous ceux qu'intéresse l'histoire des plantes médicinales. C'est de ce poème que M. Henri Leclerc a reproduit le texte, soigneusement collationné dans toutes les éditions publiées depuis le XVe siècle, en l'accompagnant d'une traduction rigoureusement exacte et de commentaires dont sa connaissance approfondie de l'histoire, du latin médiéval, des anciennes traditions thérapeutiques et de la botanique médicale fait une source de documents précieux pour les lettrés, pour les érudits, pour les médecins, pour les pharmacologistes et pour les naturalistes.

L'Ultravirus tuberculeux. *Nouvelles acquisitions sur la biologie du virus tuberculeux et sur la pathogénie de l'infection tuberculeuse*, par A. Fontès. (Un volume de 108 pages avec 5 planches hors texte en couleurs 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Le premier chapitre de cet ouvrage est consacré à l'exposé des expériences démontrant l'existence de la forme filtrante du bacille de Koch et à l'exposé des idées actuelles sur le cycle évolutif de ce germe.

Dans les chapitres suivants, l'auteur expose ce que nous connaissons du pouvoir pathogène des éléments filtrables. Ceux-ci sont loin de produire les lésions classiques ; il est très difficile de retrouver la forme acido-alcoolo-résistante bacillaire du virus tuberculeux, et c'est justement le Professeur Fontès qui eut le mérite immense d'inaugurer une nouvelle technique (celle des inoculations en série), permettant de retrouver ces formes. D'ailleurs, il existe encore dans cette étude des lésions produites par les éléments filtrables du bacille de Koch de nombreux points à éclaircir, et l'auteur parle avec juste raison des infections tuberculeuses latentes, occultes et inapparentes.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude de l'hérédo-infection tuberculeuse. Ici, encore, le Professeur Fontès, dès 1910, avait prévu qu'il devait exister une hérédité de la tuberculose, par le germe.

Dans les deux derniers chapitres de son livre, l'auteur expose nos connaissances actuelles et ses conceptions personnelles sur les formes granulaires des bactéries autres que le bacille de Koch. Il envisage, en particulier, le cycle évolutif des germes, leur mode de reproduction, la possibilité de diagnostic des maladies infectieuses en période d'incubation.

Une bibliographie très complète termine cet ouvrage.

Cinquante techniques chirurgicales, de Henry-Delagenière. Recueillies et rédigées par Yves Delagenière (du Mans). (Un volume de 316 pages avec 63 figures : 50 francs Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Henry-Delagenière a laissé une œuvre scientifique déjà classique en grande partie : tels l'usage du plan incliné en gynécologie, la méthode du pneumothorax chirurgical, les greffes ostéo-périostiques qui portent son nom, par exemple. Mais, chirurgien et opérateur encore plus que savant, il fut essentiellement un praticien, et a laissé comme tel, le souvenir de résultats particulièrement brillants.

Son fils, instruit par lui pendant plusieurs années avec le soin et la minutie qui le caractérisaient, a recueilli tous les détails de sa pratique journalière, la précision de sa technique, l'observation stricte du plus menu détail opératoire ou post-opératoire, ce qui lui a permis de faire paraître cet ouvrage.

A côté des précisions que l'on trouve à chaque page, le livre renferme des chapitres entiers sur des procédés très personnels à Henry-Delagenière tels le chapitre des gastrectomies, où l'on retrouve le procédé simple et sûr de la gastro-entérostomie à deux seuls fils circulaires ; le chapitre de l'amputation du rectum avec le si intéressant drainage sus-pubien entièrement sous-péritonéal, dit drainage en cheminée ; le chapitre de la prostatectomie périnéo-sus-pubienne, qui permet l'ablation large et sûre du cancer prostatique ; — tels encore les procédés de suture étanche avec drainage séparé latéral de l'abdomen, de désinvagination du boudin rectal sur les doigts de l'aide, d'hystéropexie chez les femmes âgées par fixation directe du corps utérin ; — telle l'incision pour la néphrectomie para-péritonéale, etc.

Yves Delagenière, qui a recueilli et rédigé ces procédés de technique, a voulu, « en publiant aujourd'hui ce livre, être utile aux *praticiens* de la chirurgie. »

Le kala-azar infantile, par Paul Giraud. (*La Pratique médicale illustrée*). Un vol. in-8° de 80 pages avec 12 fig. dans le texte et une planche en couleurs hors texte. Prix : 30 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans cette monographie, P. Giraud a condensé sous un petit volume toutes les notions indispensables pour bien connaître la maladie et lui opposer une thérapeutique efficace.

Dans un premier chapitre se trouvent exposées les notions épidémiologiques actuellement acquises au sujet du kala-azar ; notions encore incomplètes qui appellent de nouvelles recherches avec l'aide du laboratoire et de l'expérimentation.

Puis vient la partie clinique de l'ouvrage où les symptômes sont analysés avec précision et groupés suivant leurs formes cliniques. Cette partie peut être considérée comme à peu près définitive, grâce à la grande expérience personnelle de l'auteur, qui a pu en réunir plus de 90 observations autochtones.

Le diagnostic est ensuite mis au point avec ses trois étapes indispensables : étape clinique, étape hématologique, recherche du parasite. Les techniques actuelles de ces divers examens, sont indiquées avec tous les détails pratiques nécessaires pour les réaliser.

Un mot d'anatomie pathologique permet de se rendre compte des lésions produites dans les divers organes par le parasite.

Le traitement, enfin, constitue un des chapitres les plus importants de ce travail qui peut être considéré comme la mise au point actuelle d'une question d'un très grand intérêt théorique et pratique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les dangers de la cystostomie chez les rétentionnistes distendus

par MM.

E. CHAUVIN et A. DEBBASCH

Professeur Assistant

de clinique urologique à la Faculté de médecine de Marseille

En présence d'un prostatique en rétention complète, quelle est la conduite à tenir ? Faut-il pratiquer un cathétérisme ou une taille ?

Il paraît aujourd'hui quelque peu ridicule de poser cette question, puisque une doctrine classique est à ce sujet établie et admise par tous. Cette doctrine une fois de plus a été exposée au Congrès d'urologie de 1927 à la suite d'une communication du Professeur Gayet ; et Pasteau l'a résumée en une phrase concise qui est devenue un aphorisme impérieux : « En cas de rétention avec distension et urines claires, ne jamais sonder, mais pratiquer sous anesthésie locale une cystostomie large ».

Cette conclusion, acceptée sans discussion, paraît avoir force de loi ; elle semble avoir établi de façon définitive les règles de notre thérapeutique... Règles purement théoriques cependant :

Les praticiens continuent à sonder les rétentionnistes et presque tous les malades que nous recevons dans nos services hospitaliers ont eu leur vessie préalablement vidée à la sonde.

Les spécialistes eux-mêmes, quoiqu'on en ait pu croire, n'ont jamais cessé absolument de sonder les prostatiques. La rétention complète comporte une solution d'urgence et les circonstances, dans bien des cas, peuvent s'opposer à ce que cette solution soit chirurgicale.

Les maîtres eux-mêmes avouent implicitement qu'ils usent du cathétérisme. Marion, avec son bon sens coutumier, est le premier à transgresser des règles trop absolues et il nous a fait donner par son élève, Maltese Le Roy, les détails d'application de sa sonde à demeure à débit ralenti. Dans le service de Legueu on considère les sujets trop âgés comme inopérables et on leur apprend à se sonder.

Ainsi tout le monde, théoriquement, admet en principe qu'il ne faut jamais sonder les prostatiques et qu'en cas de rétention la cystostomie d'emblée s'impose comme une règle absolue. Pratiquement, un certain nombre de rétentions complètes sont d'abord traitées par le cathétérisme. Pourquoi cette contradiction ?

C'est qu'il ne faut pas confondre une règle générale avec une règle absolue : si la taille constitue indéniablement le traitement de choix pour la grande majorité des prostatiques en rétention, tous les praticiens, tous les spécialistes, tous ceux qui réfléchissent, hésitent à pratiquer cette taille dans les cas trop graves, chez les sujets trop âgés ou trop amoindris, chez les distendus gravement intoxiqués et arrivés à la limite de leur résistance.

Chez les distendus azotémiques, la taille est une opération meurtrière. L'un de nous écrivait :

« Alors que la mortalité par prostatectomie second temps n'atteint que 6,3 % dans un service d'hôpital où des raisons sociales particulières (Marseille n'a pratiquement pas d'asile de vieillards) m'obligent à ne presque pas trouver de cas inopérables, la mortalité par cystostomie premier temps s'est élevée à près de 15 %.

« On pourra m'objecter que la cysto est une opération d'urgence pratiquée le plus souvent, dès l'entrée du malade, par l'interne de garde qui est peu au courant de cette chirurgie.

« Je veux bien que l'inexpérience de l'opérateur intervienne pour une part dans cette haute mortalité, mais la cysto n'en demeure pas moins une opération grave, anormalement meurtrière. »

A l'appui de ces chiffres, s'ils paraissent excessifs, nous pouvons citer d'autres statistiques ; Freyer en 1908 observe, à la suite de ses cystostomies, faites pour la simple extraction des calculs sans prostatectomie, une mortalité de 16,1 %. Waston donne des chiffres à peu près comparables : 2.303 tailles suspubiennes lui donnent 13,2 % de décès ; et si l'on ne considère parmi ses opérés que les sujets au-dessus de 50 ans, ce qui est le cas des prostatiques, la mortalité s'élève au chiffre énorme de 25 %. Plus récemment (1930) les statistiques de Swift Joly sont pleinement concordantes.

A quoi donc attribuer cette haute mortalité à la suite d'une intervention aussi insignifiante ? indéniablement à la brusque vidange de la vessie chirurgicalement ouverte et à la formidable poussée congestive que cette brusque vidange provoque sur tout l'arbre urinaire :

« On nous a appris à tous, dès nos débuts dans la pratique urologique, qu'il fallait vider une vessie distendue avec une extrême lenteur et d'infinies précautions. Les malades de ce genre, que l'on vidait d'un seul coup par un cathétérisme imprudent, étaient menacés des pires complications, parmi lesquelles les plus classiques étaient l'hémorragie *a vacuo* et l'insuffisance rénale aiguë.

« Et cette même vessie, qui ne doit pas supporter une vidange trop rapide par une sonde à béquilles no 16, devra se trouver fort bien d'une vidange immédiate, infiniment plus brutale, par une cystostomie que tout le monde s'accorde à conseiller large ? ! ! »

La chose serait vraiment invraisemblable et l'expérience clinique vient absolument confirmer les conclusions auxquelles nous pouvait conduire le simple bon sens :

Nous observons fréquemment l'hémorragie *a vacuo* après la taille ; et si sa fréquence n'a pas frappé les cliniciens c'est que, choquant après un simple cathétérisme, l'écoulement sanguin après une opération, même insignifiante comme la taille, se perd dans l'ensemble des suites opétoires et se trouve attribué le plus souvent à la plaie pariétale. C'est également parce que, dans une vessie ouverte et largement drainée, le sang s'écoule librement, sans séjourner, sans former de caillots, et ne provoque ni rétention secondaire ni réaction vésicale.

Plus fréquente encore que l'hémorragie, plus grave assurément, est après la cysto l'insuffisance rénale aiguë. Comme le disait Bonneau en 1924 : « La décompression brusque de tout l'appareil urinaire provoque une congestion intense hémorragique, et expose le rein à une sidération mortelle de sa fonction... Brusquement l'hyperpression de l'appareil urinaire tombe à zéro par l'ouverture permanente de la vessie. L'afflux vasculaire dans les capillaires intra-rénaux n'est plus bridé par l'hyperpression de l'urine sur l'autre face de l'épithélium des glomérules et des tubes contournés. Un flot de liquide s'échappe maintenant à travers le rein, détruisant sur son passage ce qui restait de la substance noble. Le filtre est pour

◆◆

ainsi dire crevé... Le rein a définitivement cessé de fonctionner ».

C'est ainsi que meurent plus de 10 % des cystostomisés distendus. Leur fin est due au trouble profond qu'apporte une brutale vidange dans l'équilibre fonctionnel instable d'un rein déjà profondément déficient. Ce trouble de la fonction rénale est démontré par les brusques variations de l'azotémie qui succèdent à l'acte opératoire :

Chez tous les cystostomisés, par des dosages de l'urée sanguine avant et après la taille, on peut vérifier à un degré variable cette action sur la fonction rénale de la détente vésicale.

Chez des sujets en bon état, rétentionnistes peu azotémiques, dont les organes ont conservé leur intégrité relative et peuvent supporter cette dure secousse fonctionnelle, les variations de l'azotémie sont peu marquées, mais elles se manifestent cependant de façon à peu près contantes :

Obs. I. — J... L., 60 ans, entré le 11 juillet 1925
Rétention complète d'urine chez un vieux rétentionniste chronique distendu.
Toucher : grosse prostate.
Le 23 juillet 1925 : azotémie, 0,45.
Le 23 juillet 1955 : cystostomie.
Le 25 juillet 1925 : azotémie, 0,51.
Le 29 octobre 1925 : prostatectomie.

Obs. III. — M. C. B..., 70 ans, entré le 15 novembre 1926.
Rétention d'urine chez un vieux prostatique.
Le 15 novembre 1926 : azotémie, 0,37,
Le 16 novembre : cystostomie.
Le 17 novembre : azotémie, 0,45.
Le 19 novembre : azotémie, 0,48.
Le 23 novembre : azotémie 0,39.
Le 11 décembre : prostatectomie.

Obs. IV. — M. M... H., 76 ans, entré le 10 mai 1929.
Vieux rétentionniste chronique distendu urinant par regorgement.
Examen : Globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic. Urines troubles.
Toucher : Prostate énorme mais de consistance souple et homogène.
Le 11 mai 1929 : Azotémie, 0,54.
Le 11 mai 1929 : cystostomie.
Le 17 mai 1929 : Azotémie, 0,75.
Décédé le 7 juin 1929.

Obs. V. — M. P... J.-H..., 74 ans, entré à le 9 août 1929.
Rétention complète d'urine chez un vieux rétentionniste.
A été sondé à son entrée à l'hôpital, et depuis est sondé en moyenne trois ou quatre fois par jour.
Le 29 août 1929 : Azotémie, 0,64.
Le 29 août 1929 : Cystostomie.
Le 7 septembre 1929 : Azotémie, 0,78.
Le 15 septembre 1929 : Azotémie, 0,20.
Le 5 octobre 1929 : Prostatectomie.
Le malade sort guéri le 4 octobre 1929.

Obs. VII. — M. V..., 72 ans, entré le 12 octobre 1930.
Rétention complète d'urine depuis six jours chez un vieux prostatique.
Le malade a été sondé plusieurs fois à Saint-Jean-de-Dieu.
Urines troubles.
Toucher : Prostate augmentée de volume. Plutôt molasse dans son lobe droit. Un peu plus dure au centre.
Le 10 octobre 1930 : Azotémie, 0,20.
Le 11 octobre 1930 : Cystostomie.
Le 21 octobre 1930 : Azotémie, 0,55.
Le 31 octobre 1930 : Azotémie, 0,40.
Escarre sacrée. Décédé le 11 novembre 1930.

Obs. XI. — M. G... E., 68 ans, entré le 20 avril 1932.
Rétention complète d'urine chez un vieux rétentionniste.
Toucher : Prostate nettement perceptible.
Le 22 avril 1932 : Azotémie, 0,18.
Le 23 avril 1932 : Cystostomie.
Le 28 avril 1932 : Azotémie, 0,38.
Le malade fait du purpura. Sort le 7 juin 1932, amélioré.
Rentre le 25 juin 1932 : Prostatectomie.
Le malade sort guéri le 31 juillet 1932.

Obs. XII. — M. B... L..., 72 ans, entré le 17 août 1932.
Difficultés à la miction depuis trois mois. Pollakiurie diurne et nocturne. Hématuries totales inconstantes.
Toucher : Prostate augmentée de volume, souple, lisse et régulière.
Le 20 août 1932 : Azotémie, 0,96. Sonde à demeure.
Le 29 août 1932 : Azotémie, 0,25.
Le 30 août 1932 : Cystostomie.
Le 8 septembre 1932 : Azotémie, 0,62.
Le malade sort le 18 septembre amélioré.

Une azotémie préopératoire satisfaisante n'est même pas un sûr garant de la façon plus ou moins heureuse dont sera supportée la taille : chez les grands distendus, chez les vieux rétentionnistes, même lorsque le dosage de l'urée sanguine donne avant l'opération un chiffre satisfaisant, il est à craindre cependant que la brusque détente de la taille ne vienne troubler gravement un régime rénal fort précaire malgré les apparences. Chez un de nos opérés, vieil urinaire en rétention chronique, malgré une azotémie préopératoire parfaite (0 gr. 30) des phénomènes d'insuffisance rénale suraigus ont emporté le malade en neuf jours :

Obs. VIII. — M. V..., 75 ans, entré le 30 mars 1932 pour rétention complète après une très longue période de rétention chronique. Vessie distendue. Prostate volumineuse.
Le 31 mars l'azotémie est à 0,30.
Le 2 avril cystostomie sous anesthésie locale.
Le 5 avril, trois jours après la taille, langue sèche, subdélire, état général mauvais. L'azotémie est à 1 gr. 40. Décès le 21 avril avec des signes d'intoxication urémique.

Dans un autre cas semblable, un distendu à reins mauvais, malgré une azotémie presque satisfaisante, a fait à la suite de sa taille des troubles urémiques tout aussi nets mais qui se sont plus heureusement terminés.

Obs. IX. — M. S..., 74 ans, entré le 22 avril 1932 est un vieux prostatique distendu qui fait actuellement de la rétention complète. Sa prostate a le volume d'une mandarine. Son azotémie est de 0,52.
Le lendemain, 23 avril, taille sous anesthésie locale.
Deux jours après, bien que l'azotémie soit encore au même chiffre (0,52) se manifestent les premiers troubles urémiques, langue sèche, hoquet.
Le 28, l'azotémie est à 1 gr. 10.
Puis progressivement les signes cliniques rétrocèdent, le hoquet disparaît, la langue redevient humide, l'état général meilleur. L'azotémie retombe à 0,33 le 5 mai.
Le 9 août, le sujet quittait l'hôpital en bon état.

Il faut donc se méfier des distendus et ne pratiquer chez eux la taille qu'avec une extrême prudence, même lorsque leur azotémie paraît encourageante.

A plus forte raison devons-nous hésiter chez les distendus azotémiques. Ici le choc de détente produit presque fatalement des troubles fonctionnels d'une extrême gravité sur des reins qui sont déjà hautement amoindris. Quelques observations rendent cette vérité évidente.

Obs. II. — M. C..., 70 ans, est un vieux rétentionniste qui se fait hospitaliser pour rétention complète récente. Sa prostate est grosse et dure. Son azotémie le 15 novembre est de 1 gr. 92.
Cystostomie le jour même sous analgésie locale.
Dès le lendemain l'azotémie est montée à 2 gr. 45.
Elle ira par la suite en baissant régulièrement pour tomber à la normale le 2 décembre et le malade pourra être par la suite prostatectomisé avec succès.

Obs. VI. — M. R. X..., rétention complète d'urines chez un vieux prostatique avec mauvais état général. Le 28 janvier, à son entrée, azotémie de 1 gr. 20.
Le lendemain, 29 janvier, taille sous anesthésie locale.
Le 1er février, c'est-à-dire trois jours, azotémie à 2 gr. 28.
Le 5, azotémie à 2 gr. 30.

Puis progressivement l'azotémie baisse tandis que se rétablit l'état général et que rétrocèdent les troubles azotémiques.
Le 10 février Az = 1,45.

Obs. X. — M. P... F., 70 ans, entre le 13 août 1932 pour troubles déjà anciens de la miction avec ischurie, pollakiurie intense et polyurie. Résidu de 450 gr.
Au toucher très grosse prostate régulière et souple.
Etat général mauvais, signes graves d'insuffisance rénale.
Cystostostomie le 24 août au matin.
Décès le soir du même jour, le sujet n'ayant uriné que quelques centimètres cubes d'urine.

Après la lecture de ces quelques observations, il paraît indiscutable que la brusque ouverture d'une vessie en rétention chronique entraînant une détente brutale de tout l'appareil urinaire, provoque dans le fonctionnement rénal des troubles graves, troubles d'autant plus marqués que le rein est déjà au préalable plus gravement lésé.

Chez les distendus en particulier, et surtout chez les distendus azotémiques, ce choc de détente entraîne le plus souvent une insuffisance rénale brutale, quelquefois passagère (obs. II), d'autres fois plus ou moins durable.

Cette insuffisance se traduit cliniquement par des hémorragies *a vacuo* et par les signes cliniques de l'intoxication urineuse : langue sèche, prostration, délire, diarrhée, hoquet, etc.

Le laboratoire la vérifie en montrant l'accumulation rapide et massive de l'urée dans le sang.

Chez les sujets peu résistants elle peut entraîner la mort par les troubles urémiques qu'elle provoque ; et c'est elle qui se trouve responsable, pour la plus grande part, de la haute mortalité consécutive à la cystostomie.

Nous voulons bien admettre que chez les rétentionnistes, considérés dans leur ensemble, la cystostomie large d'emblée peut être considérée comme une règle de conduite excellente, et notre intention n'est nullement d'en discuter ici les indications générales. Mais dans certains cas particuliers, lorsque l'on a affaire à des malades distendus, azotémiques, à reins déficients, cette cystostomie se révèle extraordinairement meurtrière. En pareils cas nous croyons avoir le droit de poser à nouveau la question : Que faire ?

Il paraît y avoir tout avantage à différer la taille grâce à la mise en place d'une sonde à demeure. Cette dernière permet au sujet de reposer, de reprendre des forces, d'éliminer ses produits toxiques et surtout d'habituer progressivement son rein à son nouveau régime de fonctionnement, la vessie vide.

Quelques jours plus tard, sans que le malade ait pu souffrir le moins du monde de ce léger retard, on pratiquera en toute sécurité, sur un sujet plus résistant, sans aucun choc de détente et partant sans dangers, une cystostomie anodine, alors qu'elle eût été peut-être mortelle quelques jours auparavant. C'est là une vérité que démontrera aisément l'expérience à tous ceux qui voudront la vérifier.

Les auteurs, surtout les jeunes auteurs, sont tous un peu comme l'autruche qui, au rapport des voyageurs, croit n'être plus vue dès qu'elle a caché sa tête de manière à ne pas voir : parce qu'ils taisent le nom de leurs devanciers, ils s'imaginent qu'on ne saura pas les trouver. » (P. Flourens. De la vie et de l'intelligence.)

« .....D'ailleurs, il n'est pas prouvé que le grec soit indispensable à un médecin de chef-lieu de canton... ». (Professeur Carnot. La réforme des Etudes médicales. *Paris Médical*, 19 novembre 1932.)

Une cause nouvelle d'intoxication saturnine professionnelle

Enquête dans une usine d'étirage et de tréfilage des aciers

Par MM. F. HEIM DE BALSAC et E. AGASSE-LAFONT

La prophylaxie des maladies professionnelles bénéficie chaque jour des progrès de l'hygiène industrielle, qui, d'une part arrive à faire disparaître certains procédés nocifs, que des méthodes inoffensives viennent supplanter ; et d'autre part, atténue le danger des procédés qui ne peuvent être suppléés, en leur appliquant des techniques perfectionnées. Malheureusement il serait vain d'espérer, sous cette double action, la diminution progressive, et, quelque jour même, la disparition complète de tel ou tel accident professionnel, car, à côté des dangers qui disparaissent, il en surgit constamment de nouveaux.

C'est ainsi qu'une nouvelle profession saturnine a vu le jour, du fait d'un perfectionnement de technique dans l'étirage et le tréfilage des aciers.

Une enquête récente, dans une usine où cette nouvelle technique est utilisée, nous a permis de connaître les conditions de ce travail, et d'étudier l'état sanitaire des ouvriers qui sont appelés à l'exécuter. En voici les résultats.

Exposé technique. — Le procédé de Dudzeele utilisé dans cette méthode, consiste à recouvrir les aciers d'une pellicule de plomb. Ce procédé a pour résultat de permettre l'étirage et le tréfilage des aciers sans l'adjonction de lubrifiant, et jusqu'à la limite extrême de leur écrouissage.

La possibilité d'étirage jusqu'à la limite d'écrouissage permet, d'une part d'économiser un certain nombre d'opérations de recuit et de décapage ; et, d'autre part, avec une technique appropriée, de livrer une matière plus saine et moins décarburée. Il permet également de pouvoir étirer certains aciers chargés de chrome, de nickel, de tungstène, etc., et qui, jusqu'ici, étaient inétirables par le procédé ordinaire de fabrication.

Les aciers, recuits et décapés par les procédés habituels, sont emmagasinés dans des bacs remplis d'eau acidulée au taux de 1/3000, afin d'éviter qu'ils ne se recouvrent de rouille en attendant leur passage dans le plomb.

Puis, ils sont plongés dans un bain, appelé « Bain de Dudzeele », faisant l'objet d'un brevet ; ce bain, qui est à la température ambiante, est à base de chlorure de zinc et d'ammoniaque. Les aciers y séjournent quelques minutes et sont mis ensuite dans un bain de plomb fondu, recouvert d'un fondant (chlorure de sodium et de zinc) afin d'éviter toute projection de plomb sur les ouvriers.

Lorsque les aciers ont atteint la température du plomb (le temps varie suivant le volume des barres) on les retire après un essuyage à la corde d'amiante.

Le bain de plomb est chauffé par des brûleurs de mazout. La température, qui oscille entre 320 à 350°, ne peut être dépassée sans inconvénient, car le fondant se calcine à 380/400° et empêche alors toute continuation du plombage. En outre, quand on dépasse la température de 350°, le plombage se fait très difficilement et très irrégulièrement.

Bien que les températures soient très facilement contrôlables par les ouvriers, deux pyromètres placés à chaque extrémité de la cuve servent de contrôle absolu par le service de surveillance.

Il y aurait illusion à admettre qu'à la température de 320-350°, le bain de plomb ne dégage pas de vapeurs plombiques, puisque l'un de nous a, antérieurement, démon-

tré qu'à des températures plus basses l'émission de vapeurs plombiques est décelable et dosable. Il y a donc prudence nécessaire à placer, comme il est fait dans l'usine par nous visitée, au-dessus de la cuve à bain de plomb, une natte aspiratrice, munie d'un ventilateur.

Ajoutons que l'éclairage, l'aérage et le cube d'air de l'atelier sont pleinement satisfaisants.

Les aciers, essuyés à la sortie de la cuve de plombage, sont mis à refroidir sur une aire inclinée, afin de permettre aux gouttes de plomb qui ont pu se former de tomber, par leur propre poids, avant refroidissement.

Les aciers refroidis sont livrés au personnel chargé de les étirer, de façon à faire subir à ces aciers un certain nombre de passes (de 4 à 20, suivant la composition du métal), et cela sans recuit ni décapage entre chaque passe comme par le procédé courant.

Les aciers, étirés aux cotes désirées, sont décapés de leur couche de plomb, qui est de l'ordre de 2 à 3 centièmes ; puis recuits, afin de leur enlever toute trace d'écrouissage ; enfin décapés de nouveau.

Les décapages se font dans un atelier spécial, dont l'aération est particulièrement étudiée dans ce but. On utilise surtout des bains froids d'acide muriatique à 10°. Mais on emploie aussi, en très faible proportion, et à très faible pourcentage, des bains d'acide sulfurique et d'acide nitrique pour les aciers spéciaux, bains froids pour éviter tout dégagement de vapeurs.

Dans cette usine la consommation de plomb était, au moment de notre enquête, d'environ 60 à 65 kilos par semaine.

Examen des ouvriers. — Le personnel de cette usine comprend environ 50 sujets. Sur ce nombre, 17 seulement étaient, au moment de notre examen, exposés à l'intoxication saturnine : les uns, peu nombreux (3) étant employés au plombage, journellement, depuis un an : les autres (14) occupés à différents travaux, et n'ayant par suite qu'un contact intermittent avec le plomb (le travail les exposant au saturnisme représentant environ 50 pour 100 de la totalité de leur travail) et cela depuis quelques mois.

Nous n'avons enfin à citer ici que pour mémoire les occupations diverses, plus ou moins nocives, mais sans danger de saturnisme des 37 autres ouvriers de cette usine : 4 sujets étaient exposés au contact avec les acides nitrique, sulfurique et surtout muriatique ; au contact avec la soude ; 25 enfin étaient fraiseurs, tourneurs ou occupés aux fours, à l'outillage, au cannelage (rabotage).

Les 17 sujets occupés soit au plombage, soit à l'étirage des tubes recouverts de plomb, soit au déplombage, sont tous des hommes, d'âge variable (24 à 61 ans), parmi lesquels cinq Algériens.

L'interrogatoire ne nous a montré dans leur passé qu'un seul cas de colique saturnine, probable, bien que le diagnostic ne puisse en être affirmé avec certitude étant donné le peu de netteté des symptômes, chez un ouvrier occupé d'une façon intermittente à l'étirage des tubes recouverts de plomb. Nous notons d'autre part un léger liseré chez deux ouvriers, l'un occupé au plombage, l'autre à l'étirage.

Quant à l'examen du sang, il a permis les constatations que voici. Au point de vue de la formule leucocytaire, elle est normale chez 14 sujets sur 17, soit dans la proportion de 80 % ; et l'on ne trouve une légère tendance à la mononucléose que dans 20 % des cas (de 40 à 60 éléments mononucléés sur 100 leucocytes, au lieu de la proportion normale de 33 pour 100).

En ce qui concerne la recherche si précieuse pour le diagnostic des globules rouges à granulations basophiles, elle a été nettement positive chez un ouvrier, employé au plombage depuis un an, et présentant un léger liseré. En outre chez deux autres, l'un s'occupant du plombage, l'autre de l'étirage, une recherche prolongée a permis également de découvrir quelques rares globules rouges granuleux. C'est donc, en réunissant ces trois cas, la proporportion de 20 pour 100 de cas positifs.

***

En conclusion on voit que, si l'on s'en tient au résultat de cette enquête, le danger de saturnisme dans l'industrie de l'étirage et du tréfilage des aciers serait peu à redouter, puisque nous n'avons relevé qu'un pourcentage faible de stigmates et d'accidents saturnins, les uns et les autres sous une forme très atténuée. Mais on peut se demander si l'innocuité apparente de cette industrie ne tient pas aux minutieuses précautions prises dans cette usine, dont il convient que ceux qui la dirigent soient félicités.

Il n'en reste pas moins qu'il y a là une nouvelle profession saturnine sur laquelle l'attention doit être attirée, car elle serait susceptible de provoquer les nombreuses manifestations, relativement bénignes ou plus ou moins graves du saturnisme, si les conditions dans lesquelles les ouvriers sont appelés à l'exercer n'étaient pas toujours aussi étroitement surveillées.

(Travail de l'Institut d'hygiène industrielle. Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris).

PSYCHIATRIE

Les réactions d'hémolyse et de floculation chez les malades mentaux

Par MM. Henri DAMAYE et Bernard POIRIER

Médecins des Asiles d'aliénés

En deux articles antérieurs, nous avons exposé les résultats obtenus par le Docteur Duvic, directeur du Laboratoire de sérologie et des Services d'hygiène de la Vendée, lors des examens de sang systématiquement pratiqués chez tous les entrants de notre Service de neuropsychiatrie, pour déceler la syphilis. Nous avons pu ainsi, grâce à notre éminent collaborateur, mettre en relief ce fait que si les réactions d'hémolyse et de floculation sont toujours positives chez les paralytiques généraux, elles le sont beaucoup plus rarement chez les autres malades mentaux. On en peut conclure que la syphilis *personnelle*, en fait de maladies mentales, produit surtout la paralysie générale. Contribue-t-elle à l'éclosion des autres psychoses ? On peut répondre avec certitude : d'une façon beaucoup plus rare. Chez les malades mentaux non paralytiques généraux, M. Duvic ne trouve que bien exceptionnellement positives les réactions d'hémolyse : Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulière (1). Mais, fait intéressant, ce sont les réactions de floculation, Meinicke et Kahn, qui se montrent plus ou moins partiellement positives, lorsqu'il y a positivité, chez des psychoses autres que la paralysie générale. Ces cas de positivité, en dehors de la paralysie générale, sont, répétons-le, relativement rares, dans le département où nous observons.

Du 1er janvier au 1er novembre 1932, M. Duvic a examiné le sang et parfois aussi le liquide céphalo-rachidien, chez

(1) Voir Damaye et Bernard Poirier. — Psychoses et syphilis, *Progrès Médical* du 5 septembre 1931. — Syphilis personnelle et psychoses. *Progrès Médical* du 22 octobre 1932.

128 entrants de notre service. Les résultats confirment absolument ceux déjà obtenus précédemment. Sur ces 128 nouveaux malades, 102 se sont montrés absolument négatifs, ce qui est énorme.

Parmi les 26 autres, il y avait deux paralytiques généraux : leurs cinq réactions furent positives. Positives également les cinq chez une agitée maniaque.

Voyons les 23 restantes. Elles se décomposent de la façon suivante :

a) *Deux* réactions d'hémolyse en partie positives : mélancolie anxieuse avec idées de persécution, psycho-neurasthénie fruste. Début de délire aigu jugulé par l'urométine. Hecht en partie positif.

Typhoïde à 4 ans. Un neveu interné. Mélancolie hypocondriaque et anxieuse. Obsessions. Idées de suicide. Impulsions. Tuberculose pulmonaire. Insuffisance mitrale bien compensée. Hecht et Desmoulière faiblement positifs.

b) *Six* floculations et hémolyses en partie positives : Débilité mentale. Délire mystique et mélancolique. Arrêt de développement congénital de l'avant-bras gauche. Meinicke. Kahn et Hecht en partie positifs.

Déséquilibre mental. Achats inconsidérés. Vols. Séjour aux colonies. Réflexes tendineux légèrement forts. Le 11 février. Meinicke et Kahn en partie positifs. Le 31 mars, Meinicke et Desmoulière en partie positifs.

Delirium tremens guéri par urométine et abcès de fixation. Epilepsie depuis l'âge de 16 ans. Idées délirantes. Lésion aortique bien compensée. Desmoulière, Meinicke et Kahn en partie positifs le 11 février. Le 31 mars, le Desmoulière seulement se montre en partie positif.

Idées délirantes de persécution. hallucinations auditives. Paludisme. Ex-infirmière des hôpitaux de Paris, mariée à un adjudant. A été à Madagascar. Le 6 mai, Meinicke et Kahn en partie positifs. Le 21 juillet, après réactivation, Meinicke, Kahn et Hecht en partie positifs.

Imbécillité. Maladresse motrice. Crises épileptiformes. Père mort d'angine de poitrine. Meinicke, Kahn et Desmoulière faiblement positifs.

Délire des persécutions, 66 ans. Kahn et Hecht faiblement positifs.

c) Enfin, *quinze* malades à floculations en partie positives :

Débilité mentale. Mélancolie dépressive et délirante. Insuffisance aortique. Muscles du membre supérieur très atrophiés depuis la première enfance. Meinicke et Kahn en partie positifs dans le sang. Avec le liquide céphalo-rachidien, dix jours plus tard tout est négatif.

Idées de persécution. Excitation. Surdi-mutité. Meinicke et Kahn en partie positifs. Dix jours plus tard, avec le liquide céphalo-rachidien tout est négatif.

Débilité mentale et déséquilibre. Très légère obésité. Petit souffle mitral. Vols. Meinicke et Kahn faiblement positifs.

Délire hallucinatoire de persécution. Convulsions dans l'enfance. Un peu de barbe et de moustache (femme). Mère nerveuse. Une sœur internée. Kahn faiblement positif.

Délire des persécutions avec légère névropathie. Meinicke et Kahn en partie positifs.

Alcoolisme. Agitation. Idées de persécution. Actes de violence. Kahn très faiblement positif.

Alcoolique. Persécuté, halluciné. Bacillose au début. Meinicke et Kahn très faiblement positifs.

Délire mélancolique et des persécutions ; agitation. Bacillose pulmonaire au début. Meinicke et Kahn en partie positifs.

Débilité mentale et déséquilibre. Mélancolie ancienne. Tentatives de suicide. Délire des persécutions avec interprétations. Meinicke et Kahn positifs.

Imbécillité. Hémiplégie spasmodique infantile. Meinicke positif.

Imbécillité et crises convulsives. Meinicke et Kahn en partie positifs.

Début de démence sénile. Lésion mitrale bien compensée. Meinicke positif.

Mélancolie anxieuse, idées de persécution, de suicide ; hallucinations. Insuffisance aortique bien compensée. Mère morte subitement d'une cardiopathie. Meinicke en partie positif.

Débilité mentale. Délire hallucinatoire, mélancolique et mystique. Erotisme. Arcades dentaires irrégulières. Meinicke en partie positif.

Délire hallucinatoire des persécutions. Bacillose pulmonaire au début. Meinicke et Kahn en partie positifs.

On voit, par cet exposé, que chez les psychosés ordinaires, non paralytiques généraux, ayant des réactions positives, ce sont celles de floculation qui le sont presque toujours, mais plus ou moins faiblement. Le Docteur Duvic a été frappé de ce fait, chez nos malades mentaux, où il la rencontre plus fréquemment que chez les malades des hôpitaux ou de la ville S'agirait-il de syphilis héréditaires ou très anciennes ? M. Duvic ne veut pas encore conclure. Il considère, en tout cas, les réactions de floculation comme plus sensibles, plus longtemps possibles que celles d'hémolyse, chez les sujets syphilitiques.

Chez les malades mentaux de notre région, la tuberculose personnelle est infiniment plus fréquente que la syphilis personnelle.

La méningo-encéphalite des psychoses toxi-infectieuses banales, pour être moins intense et d'évolution moins rapide que celle de la paralysie générale, est tout aussi diffuse, aussi généralisée. On y constate la neuronophagie et les dégénérations cellulaires aussi bien dans les régions psychomotrices que dans les lobes frontaux et ailleurs. Et pourtant, en ces psychoses ordinaires, malgré la généralisation méningo-encéphalique, il n'y a ni troubles moteurs ni troubles sensitifs. Comment expliquer ce fait, sinon en supposant que les éléments cytologiques moteurs et sensitifs de la cellule cérébrale ne sont pas atteints par les toxines des ultravirus ?...

Dans beaucoup d'épilepsies, vous avez également cette même et identique méningo-encéphalitique psychosante...

L'hypothèse de la pensée localisée à un lobe du cerveau n'est plus du tout soutenable. Toutes les cellules cérébrales doivent participer, en des proportions diverses peut-être, au mouvement volontaire, à la sensibilité consciente et surtout à la pensée. Mais précisément, ces méningo encéphalites psychosantes sans troubles moteurs ni sensitifs laisseraient supposer, dans chacune des cellules cérébrales, l'existence d'éléments cytologiques spécialisés en l'une ou l'autre fonction. Les toxines des ultravirus supposés des méningo-encéphalites psychosantes seraient peut-être électives des fins éléments psychiques ?... Ces questions ne recevront d'éclaircissements qu'avec les progrès de la bactériologie.

« On ne se représente pas communément la magie bienfaisante du rire, même s'il est d'abord forcé, aussi bien que la valeur tonique de l'optimisme...

Il faut rire pour être heureux et bien portant. Mais, dira-t-on, comment rire en ces temps que nous traversons où tout semble inquiétude et préoccupations graves ? Cependant, si l'on écarte les cas où la tristesse est le fruit d'une affection morbide de l'organisme, la plupart des individus sont sans joie parce qu'ils se laissent aller au découragement. Ce qui paralyse c'est le chagrin, l'appréhension de l'avenir, ce n'est pas la perte d'argent ou les ennuis, c'est le manque de confiance en vous-même et en la vie... Il faut se rappeler que, si le visage est l'expression d'un état d'âme, et si la physionomie reflète les variations de la pensée, on peut modifier son état d'esprit en modifiant l'expression de sa physionomie et en corrigeant son attitude. » (Docteur Pierre VACHET. — *La Psychothérapie par le rire*. REVUE DE PSYCHOTHÉRAPIE ET DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE, janvier 1933.)

♦♦♦

PHARMACOLOGIE

A propos des plantes stabilisées et du « Digitalis lanata »

Par **Em. PERROT**

De toutes parts, chimistes et pharmacodynamistes se préoccupent de cette plante intéressante dont on ne saurait dire encore quelle place lui est réservée dans la thérapeutique ; il nous a semblé, après la communication de M. DE BERSAQUES, de Gand (1), devoir exposer notre manière de voir pour compléter quelque peu ce que nous avons déjà publié sur le sujet et discuter certains points de son intervention.

Evidemment, la bibliographie de la digitale et de ses préparations est formidable ; mais cependant, on la trouve assez complète dans bon nombre de publications et il convient d'attribuer, dans les étapes successives, ce qui revient aux principaux chercheurs.

Contrairement à ce que pense M. DE BERSAQUES, en France et ailleurs, de nombreux auteurs ont depuis longtemps signalé que la digitaline cristallisée ne préexiste pas dans la plante ; nous avons même montré que ce glucoside y est combiné à un tanin et spécifié, dans la composition chimique, certains corps sur la nature desquels on s'était trompé.

En outre, certaines affirmations de M. DE BERSAQUES nous obligent à rappeler les études de notre laboratoire, sur la *Stabilisation des végétaux*, qui datent déjà de plus de vingt ans (2).

D'autre part, la Maison Dausse, qui a mis en pratique les résultats de ces travaux (3), a répandu à un nombre d'exemplaires très élevés les recherches de ses laboratoires. Dans plusieurs fascicules intitulés *Nos préparations galéniques* des années 1911, 1912, 1913, on trouve des indications copieuses sur l'origine du procédé PERROT-GORIS, et sur les *préparations galéniques de plantes fraîches stabilisées* : extraits fluides, extraits préparés spécialement et injectables, dits « intraits », poudres d'activité constante (4), teintures, etc.

Tous ces travaux, aussi bien ceux des auteurs précités que ceux des laboratoires industriels, sont passés sous silence par M. DE BERSAQUES.

C'est en partant des plantes fraîches stabilisées que MM. PERROT et GORIS et leurs élèves, ont préparé plusieurs stades de combinaisons de la caféine dans la noix de Kola, le Guarana, le Maté et c'est le 22 juin 1909 que M. GUIGNARD exposait à l'Académie de Médecine, au nom de ces auteurs, leur travail sur *La stérilisation des plantes médicinales dans ses rapports avec leur activité thérapeutique* (5), et qu'à la Société de thérapeutique, ils décrivaient « une nouvelle forme galénique des extraits physiologiques végétaux », que le temps a consacrée et qui est connue généralement sous le nom d'*intraits*.

En ce qui concerne la digitale, le docteur JOANIN, modifiant la méthode d'appréciation physiologique de FOCKE voyait également son procédé entrer dans la pratique pharmaceutique, pour la préparation de *formes galéniques de digitale, titrées physiologiquement* en partant soit de plantes séchées normalement, soit de plantes fraîches stabilisées (1), et la même firme industrielle décidait que toutes les préparations galéniques seraient dorénavant titrées physiologiquement et que les étiquettes porteraient la mention : « *Préparé avec la Digitale de valeur* = 3,0 ».

En 1912, revenant sur cette importante question, la même publication expose en entier, avec nombreux tracés, la méthode FOCKE-JOANIN, pour le titrage physiologique et la détermination de la valeur toxique d'un toni-cardiaque et passe en revue les préparations de digitale, de strophanthus, ces derniers étant obtenus avec des graines de valeur V = 5,0.

L'étude détaillée de l'intrait de digitale se trouve dans le fascicule II, de l'année 1912, avec tracés ; elle démontre son action toni-cardiaque, l'action hypertensive et l'action diurétique et souligne sa faible toxicité, son innocuité vis-à-vis du tube digestif, l'absence de toute hémolyse après l'injection intraveineuse et l'insignifiance des réactions cutanées après l'injection hypodermique.

Toutes ces remarques sont dues au Docteur JOANIN et par la suite, elles ont été poursuivies systématiquement dans les mêmes laboratoires sous la direction du Professeur agrégé H. BUSQUET.

Les remarques de M. DE BERSAQUES se trouvent ainsi rectifiées ou complétées.

Avec GORIS, nous avons répété à maintes reprises que la toxicité de la digitale ne pouvait être évaluée par sa teneur en digitaline cristallisée et que, toutes choses égales, elle est toujours plus faible. De nombreuses publications de ces auteurs et de leurs élèves ont parlé de combinaisons complexes tanno-glucosidiques ou alcaloïdiques qu'ils rencontraient dans certains végétaux ; ils ont insisté bien des fois, depuis plus de vingt ans, sur les modifications que produisent les actions diastasiques, hydrolysantes et oxydantes, dès que se manifestait l'état de déséquilibre intime produit par la mort du végétal.

Nous avons même préparé une sorte de « totum digitalique » dont les réactions sur l'organisme étudiées aussi par le Professeur agrégé BUSQUET, sont des plus curieuses et même inexpliquées ; ce sera sans doute, bientôt, l'objet de nouvelles publications.

Ce long préambule, pourtant bien écourté, nous a paru nécessaire pour situer la question et il est temps d'en venir au *Digitalis lanata*.

Nos premiers essais sur cette plante datent de juillet 1927, sur des échantillons offerts à la Droguerie par une firme autrichienne et envoyés par quelques-uns de nos collègues de Vienne.

Tout d'abord, il faut noter qu'à cette époque, on rencontrait dans le commerce, sous le nom de *D. ambigua* une drogue qui n'était autre que le *D. lanata* (2).

Le but poursuivi était d'en extraire de la digitaline en suivant le procédé du Codex français, mais on ne put obtenir qu'un centigramme, par kgr. de plante, d'un *glucoside digitalique*, que ses caractères et diverses observations dans les détails de la préparation ont fait apparaître comme *différent de la digitaline* cristallisée du *Digitalis purpurea*.

A la même époque, dans une communication verbale M. A. PETIT faisait savoir que, dès le 2 mars 1928, la firme Petit-Miahle était parvenue, dans ses laboratoires, et à notre insu, à extraire des mêmes feuilles, — grâce à un procédé particulier, qui n'est pas celui du Codex — 1 gr. par kgr. d'un

(1) P. DE BERSAQUES. — A propos de quelques médicaments cardiaques. *Bull. Soc. Thérap.* Séance du 26 novembre 1932.

(2) Em. PERROT et P. BOURCET. — Nouvelle méthode de dosage de la digitaline cristallisée. *C. R. Ac. Sc.* 1928, 186, 1201-1204. — P. BOURCET et G. DUGUÉ : Sur la digitine de Nativelle. *C. R. Ac. Sc.*, 1928, 186, 395-397. — G. DUGUÉ : Etude sur la digitine. *Thèse Doct. Université* (pharmacie) 1928. — P. BOURCET et A. FOURTON : Sur la nature chimique de l'acide digitalique. *C. R. Ac. Sc.*, 1928, 186, 1577-1578.

(3) Em PERROT et A. GORIS : La stérilisation des plantes médicinales dans ses rapports avec leur activité thérapeutique. *Bull. Ac. Médecine* 1909, 16, 381-390.

(4) Il est vraisemblable que la poudre stabilisée de digitale prendra place dans la rédaction du prochain Codex en préparation.

(5) Em. PERROT. — Une nouvelle forme galénique : les extraits physiologiques végétaux. *Bull. Soc. Thérap.* Paris 1909, 14. 517-524 et *Presse médicale* 1910 n° 60. — Em. PERROT : La présence des oxydases dans les matières premières végétales et l'influence qu'elle exerce sur les qualités des produits galéniques qui en dérivent. *C. R. XIe Congrès de Pharmacie*, Bruxelles 1918. — L. AUROUSSEAU : Action des vapeurs d'alcool sous pression faible sur les feuilles au point de vue de l'activité de quelques ferments. *Bull. Sc. Pharmacol.* 1920, 17, 320-327.

(1) Laboratoires Dausse : Nos préparations galéniques. *Bull. des Travaux*, Paris, 1911, 17e année, fasc. 1, p. 28-34.

(2) Em. PERROT, P. BOURCET et R. HAMET. — Une nouvelle digitale : le *Digitalis lanata*. *Bull. Sc. pharmacol.*, 1931, 38, 7-76.

produit cristallisé qui emblait bien être de la digitaline, mais qui n'avait que 4°1 de pouvoir rotatoire.

Nous devons dire aussi qu'en 1916, DAFERT et ENGLISCH ont annoncé que *D. lanata*, cultivé en Autriche, contient 0,393 de digitoxine par kgr. alors que le *D. purpurea* n'en donne que 0,214, mais sans définir plus exactement la digitoxine qu'ils avaient obtenue.

En 1918, GRAAF signale que l'activité du *D. lanata* est bien plus grande que celle du *D. purpurea*; or, ce n'est qu'en 1930, que SMITH découvre la digoxine, ayant un point de fusion de 265° et que MANNICH décrit les glucosides extraits du *D. lanata*, ce qui nous a obligés à signaler la présence de la *dilanine*, de point de fusion 182° (1), glucoside isolé depuis plus d'un an et dont nous avions suspendu l'étude provisoirement, pour diverses raisons.

Outre le produit signalé plus haut, extrait par A. PETIT du *D. lanata*, de pouvoir rotatoire + 4°1 et de point de fusion + 164°, cet auteur avait réussi à en extraire *six autres glucosides* bien cristallisés, de pouvoir rotatoire compris entre + 4°1 et + 5°3 et dont les points de fusion s'échelonnaient entre 164° et 212°.

La première impression qui se dégage, quand on examine les propriétés physiques des produits obtenus par ces divers auteurs, c'est que, partant d'une même matière, ils n'aient pas tous trouvé au moins un même produit, dans tous les cas, fût-il accompagné de divers autres. Allons-nous retomber dans les mêmes erreurs qui ont rendu inextricable, pendant presque tout un siècle, la question du *D. purpurea* ? Existe-t-il en réalité tant de corps différents dans le *D. lanata*, ou bien tous ces corps n'ont-ils pas été produits de toutes pièces au cours des manipulations nécessaires à leur extraction ? Proviennent-ils de différences opératoires au cours de la préparation ?

Or, l'on connaît l'excessive labilité des produits immédiats contenus dans la digitale fraîche ; aussi après les derniers travaux de JACOB, de WINDAUS et de la pléiade de chimistes qui se sont occupés de la digitale, on aurait pu croire que l'histoire de cette drogue était définitivement éclaircie et que la liste des produits qu'on en peut retirer était close.

Il n'en était pourtant rien et le travail de YOSHITO KOBAYASI (2) dans lequel sont décrits 20 glucosides différents retirés du *D. purpurea* devait nous enlever toute illusion à ce sujet.

Cet exemple récent, joint à celui plus ancien de KRAFT qui ne réussit à découvrir la *gitaline*, échappée à tous ses devanciers, que grâce à la modification radicale qu'il apporta à la technique utilisée exclusivement jusqu'alors, indique clairement, à notre avis, qu'il devient absolument nécessaire de partir, soit, d'une drogue récoltée et séchée dans les mêmes conditions, soit mieux, d'une plante *stabilisée*, ce qui permettrait de se mettre à l'abri des *modifications fermentaires* que peuvent subir les glucosides initiaux *au cours de la dessiccation* de la plante et ensuite de soumettre cette matière première à une technique d'extraction uniforme et *suffisamment ménagée*, qui mettrait ces mêmes glucosides à l'abri des brutalités chimiques des solvants, des réactifs et des conditions physiques auxquelles on est bien obligé d'avoir recours ; on pourrait s'inspirer, par exemple, des méthodes utilisées jadis par TANRET pour savoir si la digitoxine existe dans la plante fraîche ou de toute autre méthode dont l'expérience aura démontré l'efficacité.

C'est pourquoi, d'ailleurs, nous préconisons depuis si longtemps, pour toute recherche sur la composition chimique d'un végétal, la pratique de la s abilisation préalable (3), pratique que le plus souvent nous faisons réaliser par l'industrie à cause du manque de moyens de notre laboratoire et que même, le plus souvent, nous nous adressons à la forme « intrait » qui sert ainsi de matière première initiale pour cette étude.

(1) Em. PERROT et P. BOURCET. — Une nouvelle digitale le *Digitalis lanata*, *loc. cit.*
(2) *Jap. Journ. of medic. Sciences. Pharmacology*, 1930, vol. IV, n° 2, p. 49.
(3) Voir à ce sujet Fr. RUTISHAUSER : La Petite Pervenche (*Vinca minor* L.). *Thèse Doct. Un.* (Pharmacie), Paris, 1932.

Quant à la « lanadigine » (Pandigal de la Maison Beiersdorff), elle peut être un excellent médicament, mais il est difficile d'en discuter, puisque le produit est spécialisé et que son mode de préparation nous est inconnu.

Elle fait partie sans doute de ce groupe de substances glucosidiques produits du clivage moléculaire du complexe digitalique initial, qui est la caractéristique de la plante fraîche. C'est ce totum digitalique qu'il convient de pouvoir un jour isoler à un état de pureté suffisant pour que son action soit constante et nettement établie.

Nous pensons y consacrer encore de nombreux mois d'études et si les chercheurs ne veulent pas se servir de la plante stabilisée, il n'y a pas de raison pour que, de même que dans le *D. purpurea*, l'on ne découvre pas un jour des dizaines de corps, à modalités d'action différentes, sans que pour cela la connaissance de la composition chimique de la plante ait fait un pas réel vers la vérité.

FAITS CLINIQUES

A propos d'un cas d'aphasie croisée

Par le Dr M. SCHACHTER

On connaît peu de cas d'aphasie par lésion cérébrale droite chez les droitiers.

L'existence de ces cas, tout en étant assez rare par rapport aux autres aphasies banales, a néanmoins une importance qui, étant donné le problème du fonctionnement cérébral et de ses relations avec les localisations cérébrales, ne peut pas manquer d'attirer l'attention du médecin. Car, en effet, ces cas malgré leur petit nombre peuvent suffire pour jeter quelque scepticisme sur la valeur réelle des localisations cérébrales des hautes fonctions mentales.

Des auteurs comme Claude se sont demandé si suivant les individus et leurs possibilités d'acquisition mentale, il n'y avait pas de localisations cérébrales diverses. Avant cet auauteur Gowers et en France M. Pierre Marie ont mis en doute la légitimité de l'existence des centres corticaux préformés pour le langage.

Récemment, un auteur italien, Bruggia, a essayé de détruire dans un livre *ad hoc*, tout ce qui est resté de la légende des localisations cérébrales.

Les zones classiquement censées présider au langage sont pour M. Pierre Marie des centres qui se sont lentement adaptés pour cette fonction, de même que pour les autres mouvements appris : sports, etc. Chacun d'entre nous se crée un centre par suite de l'exercice, et c'est plutôt dans la zone pariéto-temporale gauche que, dans la règle, se forment ces centres.

Le motif de ce choix doit exister dans le fait que cette zone est plus précocement mûre pour toute fonction. En tout cas cette zone ne gardera pas absolument l'exclusivité de fonctionnement.

La possibilité de la formation par suite de l'exercice répété de centres corticaux ne nous apparaît pas trop théorique si l'on se rappelle les constatations physiologiques de l'école de Pavlov, avec les réflexes conditionnels.

Comme nous le disions plus haut, les cas d'aphasie avec hémiplégie gauche chez des droitiers sont rares et seulement peu de cas ont pu être réunis jusqu'en ce moment. En effet, dans le livre classique de Dejerine nous trouvons à ce propos seulement les cas d'Oppenheim, Peobrashewski, Senator, Kurt Mendel.

Plus récemment, de Lisi a revisé la même question, mais

est arrivé à la conclusion que la rareté de ces cas permet qu'on doute de leur existence.

En Roumanie, M. le Professeur Marinesco et ses élèves Grigoresco et Axente, ont publié dernièrement un cas tout à fait net d'aphasie croisée (dans la *Revue belge des sciences médicales*, n° 2, 1932). Nous le résumerons brièvement : il s'agit d'un homme de 62 ans, hémiplégique gauche en agitation psychique avec incohérence des idées, donnant l'impression d'un dément paralytique. Droitier, il est depuis un certain temps diabétique. Après une phase de fourmillements du membre gauche avec maladresse s'installent une difficulté de la parole, une hémiplégie gauche. La réaction de Wassermann est négative. La tension sanguine donne 20/7 ; le malade parle toujours sans liaison, lecture difficile, cécité verbale, écriture mauvaise, mémoire de fixation atteinte, hémianopsie latérale gauche, surdité verbale. En un mot : Aphasie de Wernicke.

Notre cas est le suivant : Il concerne lui aussi un droitier qui a fait une aphasie mixte avec hémiplégie gauche. Pas de diabète, pas de goutte, rhumatisme chronique ou toute autre maladie chronique. Il est âgé de 56 ans, marié, il a des enfants en bonne santé. Il y a environ huit ans, il a commencé à se plaindre de maux de tête très violents et se répétant fréquemment sous forme de gros accès avec vertige tout le temps de ces crises de céphalée. Il a consulté des médecins qui ont parlé d'une artériosclérose cérébrale et lui ont donné un régime qui ne fut pas suivi par le malade, négociant négligent.

Il a des antécédents éthyliques nets ; il est marchand de vins.

Sa marche est devenue assez difficile (ictus possible), mais il ne peut pas préciser quand celle difficulté de la marche a débuté. En tout cas cette difficulté de la marche date depuis environ cinq mois. Or, il y a trois mois, allant à sa boutique, il tomba dans l'inconscience, sans avoir présenté des signes moteurs, sensitifs ou sensoriels prémonitoires.

Les voisins l'ont rapporté chez lui, tout en étant dans le coma. Cet état comateux a duré 4-5 jours environ. On a pu constater alors une hémiplégie gauche avec une aphasie motrice et sensorielle. Le malade ne comprenait rien de ce qu'on lui disait et prononçait de temps à autre un mot inintelligible pour sa femme et ses enfants. Cet état a duré environ deux mois, puis il s'est beaucoup amélioré.

Disons ici que six jours après l'ictus dont nous parlons le malade auquel on a appliqué douze ventouses scarifiées et deux sangsues, a présenté encore une tension maxima de 25, mesurée plusieurs fois. On lui a donné en conséquence des hypotensifs qui ont abaissé la maxima à 19 environ. Actuellement, il s'agit d'un hémiplégique gauche qui doit être maintenu pendant la marche, car il a encore des céphalées, des vertiges légers. Laissé seul, il marche un peu et tombe à cause des vertiges qu'il éprouve.

Les réflexes rotuliens et les cubito-pronateurs sont faibles des deux côtés. Babinski spontané à gauche. La force dynamométrique est plus faible à gauche. La sensibilité est plus aiguë du côté gauche que du côté droit. Cela devient plus évident dans l'épreuve à la piqûre. La motilité oculaire est bonne sauf le regard en haut qui est nettement limité. Les réflexes photo-moteurs et l'accommodation sont normaux. Il y a une certaine incoordination dans l'épreuve de l'index sur le nez ; la diadocokynésie est défectueuse à gauche. Faible tremblement des deux mains.

La parole est encore difficile, le malade est désorienté dans le temps, la mémoire est nettement déficitaire, il lit très difficilement après avoir tenu le journal à l'envers. Il devine plutôt qu'il ne lit. Des ordres qu'on lui donne, il exécute certains et seulement après un temps assez notable. Parfois il ne comprend pas ce qu'on lui dit. Il rit et pleure facilement, n'a pas de troubles de la miction, de la défécation. La déglutition est correcte.

A l'examen tensionnel on trouve maintenant Mx. 19, Mn. 11. A l'aorte on entend un claquement valvulaire net.

Voilà en somme un cas d'*aphasie* chez un *hémiplégique gauche, hypertensif* depuis un certain nombre d'années. Comme élément étiologique nous sommes tentés d'incriminer dans ce cas l'éthylisme de notre malade. Cliniquement, ce cas n'est pas très différent de celui publié par les autres auteurs, spécialement, de celui de M. le prof. Marinesco.

Jusqu'ici c'est, comme nous l'avons vu, un cas qui mérite relation, étant donnée la rareté relative de pareils cas.

Pourquoi chez cet homme les centres du langage et de la perception des sons et des images ont été localisés dans le cortex droit ?

Est-ce en réalité la corticalité droite qui fonctionnait avec ces centres psychiques ?

Peut-être chez ce malade les centres psychiques sont à droite et la lésion siège à droite, et explique ainsi le tableau clinique que nous venons de décrire ?

Voilà autant de questions qui restent sans réponse.

Ce cas n'a nulle autre prétention que celle de poser de nouveau le problème de l'aphasie croisée.

NOTES DE GYNÉCOLOGIE

Premiers résultats du traitement des affections gynécologiques par « l'émanothérapie gynécologique » d'Ax-les-Thermes

En 1930, nous avons inauguré à Ax-les-Thermes, une méthode de traitement des affections gynécologiques au moyen des gaz thermaux sulfurés radio-actifs. Nous avons eu l'occasion, au cours de cette dernière saison thermale, de soigner plusieurs malades par cette nouvelle méthode. Des quelques observations recueillies, nous en avons retenu quatre particulièrement intéressantes.

Ce sont ces quatre observations, inédites jusqu'à ce jour que nous présentons.

* * *

Auparavant nous rappellerons le principe et les moyens d'application de « l'émanothérapie gynécologique ».

Nous entendons par émanothérapie gynécologique d'Ax-les-Thermes, une méthode de traitement qui consiste dans la projection sur la muqueuse utéro-vaginale de gaz radio-actifs émanés de sources sulfureuses hyperthermales.

Depuis déjà de longues années et avec un succès toujours croissant, notre distingué confrère et ami, le Docteur Bousquet, utilisait cette méthode dans les affections oto-rhino-laryngologiques.

En gynécologie, dans certaines stations on use de modes de traitement qui, par les buts auxquels ils aspirent, sont plus ou moins comparables à l'émanothérapie gazeuse boues à Saint-Amand, gaz à Plombières.

Il était tout naturel de penser qu'en réalisant pour la gynécologie, ce que le Docteur Bousquet avait créé pour l'oto-rhino-laryngologie, on arriverait à obtenir beaucoup plus simplement et de façon plus pratique les résultats cherchés avec les applications de boues de Saint-Amand et avec les gaz de Plombières.

Ax-les-Thermes, station sulfurée moyenne, radio-active, hyperthermale, aux indications classiques des cures sulfurées était particulièrement désignée pour les *cures sulfurées radio-actives des gynécopathies*. M. le Docteur Vignes nous apppend que ce sont les stations sulfurées moyennes, où la sulfuration se mesure par centigrammes, qui sont les plus favorables aux gynécopathies.

Dans son traité *Physiologie gynécologique et médecine des*

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire des antonymes ou contraires avec indication des synonymes, par M. RAMEAU et H. YVON. Un vol. in-16, broché, 15 francs. *Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux*. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (V^e).

Ce livre, dont l'intérêt n'est pas douteux, comble une lacune. C'est un répertoire des mots pour lesquels existent des mots de sens opposé ou contraire ; chacun des mots répertoriés est défini soit par une formule succincte, soit, le plus souvent, par des synonymes. En regard figurent les antonymes. Le lecteur trouvera donc dans ce recueil les ressources qui permettent d'exprimer toutes les nuances de la pensée avec le terme propre et précis que lui refuse sa mémoire. Particulièrement utile à tous ceux qui écrivent, ou parlent, ou enseignent, ce livre le sera encore pour les amateurs de mots croisés.

Les auteurs, quelque qualifiés qu'ils soient, n'ont pas eu la prétention d'avoir fait un ouvrage complet. Cependant ils ont pris de grandes précautions pour éviter les erreurs et les omissions. Grâce à un index contenant les mots cités comme synonymes ou antonymes, et placé en tête du volume, l'emploi du dictionnaire est extrêmement commode.

Anthologie des poètes français du XVIIe siècle, par André DUMAS. Un vol. in-16, broché, 12 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (V^e).

Cette nouvelle anthologie, qui, sous la forme commode d'un élégant volume de la collection Pallas, nous donne, en 496 pages d'un texte serré, la substance de toute une bibliothèque, va captiver tous ceux qui gardent encore l'amour passionné des belles-lettres. Pour de nombreux lecteurs, elle sera peut-être une révélation, les *poetæ minores* de notre plus grand siècle littéraire étant d'autant moins connus qu'ils sont comme éclipsés par nos grands classiques dont les chefs-d'œuvre sont dans toutes les mémoires.

Voulant donner une vue d'ensemble, aussi complète que possible, de la poésie française au XVIIe siècle, M. André Dumas, à qui ce choix de textes a été confié, ne s'est pas contenté de présenter en de vivantes notices, bourrées de faits précis et d'aperçus originaux, les sept ou huit génies incontestés qui sont l'honneur de notre littérature. Par des citations prises à de nombreux poètes, *précieux* et maniérés comme Voiture et l'abbé Cotin, verveux et *burlesques* comme Scarron et Saint-Amant, ou *indépendants* comme l'adorable Théophile, il montre que le grand siècle a pratiqué tous les genres, du plus frivole au plus sacré, qu'il eut même, plus qu'on ne croit, le sentiment de la nature, car presque tous ses rimeurs, abbés de cour ou francs bohêmes, après avoir madrigalisé dans les salons ou ripaillé dans les tavernes ont pris en pitié les joies du monde et aspiré à la paix des champs.

L'ordre chronologique qui a été adopté permet de descendre le cours d'un siècle comme on descendrait celui d'un fleuve, de surprendre la source des chefs-d'œuvre, de suivre d'un poète à l'autre l'évolution d'un genre vers la perfection, les efforts de la pensée qui cherche son expression définitive. On voit ainsi comment Hardy, Montchrestien, Mairet, Rotrou, Scudéry même, ont préparé Corneille, comment les salons et les cabarets, opposant la mièvrerie à la truculence, ont fini par susciter la grande école classique de 1860, qui, répudiant le jargon des halles autant que celui des ruelles, n'aima que le bons sens et la vérité.

Des 81 poètes tendres, subtils, tarabiscotés, bouffons ou grotesques dont on va lire les « morceaux choisis », il n'en est pas un qui ne soit curieux à quelque titre, même Laugier de Porchères, parce qu'il incarne le ridicule d'une époque, même Pradon, parce qu'il fut opposé à Racine ; il n'en est guère, parmi les ennemis de Boileau, qui n'ait ciselé quelque strophe heureuse ou aiguisé quelque fine épigramme, qu'on cite encore sans pouvoir en nommer l'auteur, et qu'on sera heureux de retrouver ici.

En somme, un livre instructif, varié, pittoresque et amusant, qui peut être mis dans toutes les mains.

Le Roman de Roncevaux, par M. François DUHOURCAU. Editions Excelsior, 27, quai de la Tournelle, Pari , V^e.

« Le Roman de Roncevaux », c'est-à-dire « La Chanson de Roland ». L'auteur regrette un peu que le premier nom, donné en 1832, il y a cent an , n'ait point prévalu dans les mémoires. Il présente au public français notre grand poème national en langue moderne et, *pour la première fois*, dans son cadre naturel : le site épique et légendaire de Roncevaux, au pays de Navarre. Les théories de Joseph Bédier, désormais classiques, qui font naître « La Chanson de Roland » des églises mêmes de Roncevaux et de celles qui se trouvaient sur « le vieux chemin antique » où passaient pèlerins de Compostelle et croisés d'Espagne, invitaient à envelopper « La Chanson » de la buée des souvenirs qui montent du val historique ainsi que de la route romaine qui le traverse, souvenirs déformés par l'indigène ou les religieux clunisiens desservant jadis la chapelle de Charlemagne et l'hospice de Roland, au port de Roncevaux. En même temps qu'il apporte des précisions nouvelles sur les origines, probablement clunisiennes, de la fameuse geste française issue de la Croisade en Espagne, puis aux Lieux Saints, l'auteur nous rend plus vivante et plus claire, dans sa traduction nouvelle mêlant l'ingénuité de l'ancienne langue en formation à la netteté de la langue achevée, cette épopée souveraine qui chante l'unité nationale et politique de la France, réalisée de concert par les premiers Capétiens et les abbés de Cluny. Charlemagne, roi des Francs, et ses preux y sont transposés par une intelligence et un cœur français du XIe siècle. Livre original d'histoire, de critique et de poésie tout ensemble, écrit à la gloire du Pays Basque, de la France et du premier de nos poèmes — le plus grand peut-être et le plus justement célèbre.

A l'assaut du Kangchenjunga (8.580 mètres), par le Docteur Paul BAUER. Préface de Henry DE SÉGOGNE, président du Groupe de Haute

Montagne (G. H. M.). Un vol. in-8 de la *Collection d'études, de documents et de témoignages pour servir à l'histoire de notre temps*, avec 23 photographies et 3 croquis, 16 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Aujourd'hui paraît l'édition française de l'ouvrage qui a obtenu la grande médaille d'or des Jeux Olympiques de cette année, à cause de son intérêt et de sa valeur sportive exceptionnels, le récit, par son chef, de l'expédition qui arriva dans l'Himalaya à la plus haute altitude terrestre jamais atteinte.

Les actions humaines ne tirent pas seulement leur beauté des résultats pratiques qu'elles obtiennent. Elles valent aussi par les leçons qu'elles renferment en puissance. Elles valent surtout par elles-mêmes et par l'esprit qui les anime.

Sous ce rapport, peu d'entreprises sont aussi dignes de notre admiration que celle-ci. L'absence de but pratique, le désintéressement des alpinistes, ne fait qu'en accroître la beauté, et la simplicité des moyens employés ne donne que plus de relief aux qualités morales dépensées. Jusqu'à l'échec final qui renforce la portée de cette œuvre où l'effort apparaît lui-même comme un but : l'effort pour l'effort.

Le Kangchenjunga avec ses 8.603 mètres d'altitude n'est pas seulement le troisième sommet du monde. La hardiesse de ses lignes, l'inclinaison de ses flancs, le développement de ses formations glaciaires, la menace des avalanches qui en résultent, les difficultés parsemées sur ses arêtes, constituent un système de défense qui rend la montagne quasi imprenable. Jusqu'à sa situation géographique en avant-garde de la chaîne principale qui l'expose à la violence des vents et le soumet à des précipitations continuelles.

C'est cette montagne que M. Bauer et ses compagnons osèrent affronter ! »

Voulez-vous vivre vingt ans de plus ? par le Docteur Malachowski. Préface par le R.-P. Sanson. Nouvelle librairie française, éd., Paris, 1933.

Ce livre est préfacé par le R.-P. Sanson, qui plaide ardemment pour que soit atténué le vieil antagonisme entre le médecin et le prêtre et qui se réjouit de voir leur collaboration plus étroite permettant de conduire la jeunesse vers une vie plus harmonieuse et plus riche dans tous les domaines.

Malachowski établit, tout d'abord que, depuis les mystiques orientaux jusqu'aux physiologistes modernes, tous les esprits sont tombés d'accord sur ce fait que la fonction respiratoire est de beaucoup la plus importante de l'organisme. L'auteur tient, surtout, à vulgariser cette idée, que si l'insuffisance respiratoire conditionne, dans la règle, l'évolution d'affections pulmonaires aiguës et chroniques, elle peut également être à l'origine d'affections hépatiques et digestives — dont on connaît le retentissement sur l'état général — par absence du « massage diaphragmatique » des viscères abdominaux. Et qu'inversement, une respiration méthodiquement établie est à la base de ce bien-être physique et moral, qui est la perception même de la force et de la santé.

Après avoir décrit le « type » respiratoire auquel il accorde la plus grande efficacité, la « respiration ondulée » avec profonde incursion diaphragmatique, l'auteur décrit sa méthode en deux paliers :

1° Le palier de redressement respiratoire, où le sujet est soumis à des exercices, actifs ou passifs, destinés seulement à augmenter la ventilation pulmonaire : respiration ondulée méthodique ; la « presse », appareil destiné à obtenir une respiration passive plus complète ; le « tapotage », méthode vaine de la réflexothérapie ;

2° Le palier de gymnastique musculaire, où, à des exercices d'une culture physique soigneusement étudiée et dosée, est associée la même méthode respiratoire dont elle constitue d'ailleurs l'élément capital.

Ainsi conçue, cette technique respiratoire extrêmement suggestive devient une véritable physioprophylaxie, dont la pratique quotidienne permet d'aborder chaque journée nouvelle avec un sang-froid et un optimisme de haute valeur sociale, en même temps qu'elle permet d'éviter la maladie, cette « échéance » dont le terme peut être reculé de vingt années au moins.

Henri Vignes.

The organs of internal secretion, par Ivo Geikie Cobb. (Baillière, Tindall and Cox, Londres, 1933.

Très intéressant volume de trois cents pages consacré à une bonne mise au point des possibilités de la thérapeutique par les extraits glandulaires, mise au point fondée plus sur l'expérience de l'auteur que sur la recherche bibliographique. Ce livre écrit en 1916 en est actuellement à sa quatrième édition, c'est dire qu'il répondait à un besoin pour les praticiens. L'auteur commence à étudier en détail la physiologie et la pathologie de la glande thyroïde, puis des glandes hypophysaires, surrénales, du pancréas, des glandes sexuelles, de l'épiphyse, du thymus, des organes génitaux. Cobb discute, ensuite, les rapports réciproques des glandes à sécrétion et du système nerveux avec toute la compétence d'un neurologiste et d'un psychiatre averti : les quelques pages consacrées à la démence précoce sont particulièrement suggestives. Enfin deux chapitres remarquables sont consacrés à l'obésité et à l'infantilisme.

Henri Vignes.

Pourquoi pleures-tu ? (pièce en trois actes), par Georges de Tournon. Marrimpouey, édit., Pau, 1932.

Georges de Tournon est le pseudonyme sous lequel se cache un pharmacien distingué, représentant d'une importante firme pharmaceutique dont les mérites thérapeutiques sont grands. C'est un lettré dont l'œuvre théâtrale est déjà importante. Sa nouvelle pièce simple et forte est d'une puissante sentimentalité et d'une belle charpente. Il faut en recommander la lecture à tous ceux qui ont le goût de la psychologie finement interprétée.

Henri Vignes.


PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication
NÉVROSTHÉNINE

femmes, nous lisons : « Les eaux sulfurées rendent de grands services au gynécologue, et plus particulièrement les sulfurées moyennes dont chaque litre contient du sulfure de sodium, dosé non par décigrammes, comme à Challes ou par milligrammes comme à Aix-les-Bains, mais par centigrammes... ».

Nous savons aussi que les gynécopathies sont heureusement influencées par la radio-activité et l'hyperthermalité. Un long passé clinique illustre pour Ax-les-Thermes ces assertions.

Ax-les-Thermes, enfin possède des sources gazeuses radio actives déjà employées, nous l'avons dit, pour l'oto-rhino-laryngologie.

De plus, Ax-les-Thermes, ces dernières années, a transformé complètement son outillage de cure, et, d'une façon toute spéciale son outillage de *cures gynécologiques*. Aujourd'hui l'*Etablissement du Couloubret*, dont les galeries de captage viennent d'être reconstruites entièrement sous l'habile direction de M. Roux, ingénieur-directeur de la *Compagnie des Thermes*, réalise l'établissement-type pour soins gynécologiques : cabines en voûte, revêtues de céramique et outillées avec tout le confort moderne pour les bains, les douches et les douches vaginales, à plus ou moins grande pression, à plus ou moins hautes températures, de plus ou moins grande quantité d'eau, type Luxeuil ou type Alquier. Il faut noter que l'eau des douches vaginales arrive directement dans la cabine et dans la baignoire sans subir le contact de l'air.

A Ax-les-Thermes, le *Vaporigène* du Docteur Bousquet utilise les gaz thermaux de la source Viguerie. Cette source qui est la plus uniformément sulfureuse de toutes les Pyrénées, possède un degré de sulfuration égal à 0,028 Na^2S, une horo-radio-activité qui classe Ax parmi les cinq premières stations radio-actives de France : 1.260,8 millicrocuries et 73° de thermalité.

Un compresseur est établi au griffon même de la source. Cet appareil recueille les gaz qu'une pompe refoule dans l'appareil distributeur, le *Vaporigène* situé tout à côté.

Grâce à l'obligeance de M. le Docteur Bousquet et à l'esprit d'initiative de la *Compagnie générale des Thermes d'Ax*, nous avons pu utiliser le compresseur et la pompe du *Vaporigène* et installer à proximité la cabine de cure pour les applications gynécologiques.

Les gaz refoulés par la pompe arrivent dans la cabine à une sorte de prise de courant outillée d'un thermomètre et d'un manomètre. Ils sont appliqués au moyen d'une canule-spéculum hermétique reliée à la prise de courant par un tube mobile. L'application se fait, la malade étant en position gynécologique, les gaz à 45°, sous pression légère (3 à 5 mètres d'eau.)

***

Dans les observations que nous publions aujourd'hui, il s'agit de quatre malades traitées de juillet à septembre 1930, que nous avons pu revoir de mars à juin 1931 et chez lesquelles nous avons pu constater la persistance des améliorations obtenues au cours du traitement. Nous ne faisons pas état, cette année, de quelques autres observations non encore vérifiées.

Première observation. — Mme M. C..., 40 ans. Pas de renseignements précis sur les antécédents héréditaires et collatéraux. Mariée depuis quinze ans. Mari en bonne santé. Pas d'enfants.

Etat général : Syphilis probable (son médecin traitant suit cette malade depuis de longues années, à ce sujet) ; dépression nerveuse ; surdité double.

Etat local : Réglée à 13 ans. Une fausse couche de trois mois il y a huit ans. Règles irrégulières. Depuis quatre ans quelques signes de métrite du col. Un petit fibrome latéro-utérin gauche, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Etat douloureux généralisé du petit bassin, mais principalement à gauche. A l'examen local : muqueuse du col rouge, douloureuse.

La malade vient à Ax-les-Thermes, envoyée par son médecin traitant, pour soigner sa surdité (*Vaporigène* du Docteur Bousquet) et en même temps suivre un traitement d'entretien pour les troubles douloureux du petit bassin. Les années précédentes cette malade a fait une cure à Néris et trois cures successives à Salies de-Béarn.

La cure de Néris n'a pas donné de résultat. Les cures de Salies ont amené la sédation passagère des phénomènes douloureux.

Prescription : une séance par jour, le matin, de *douche gazeuse radio active*, à 50°, sous pression de trois mètres d'eau. Avant la douche gazeuse un bain alcalin.

Après dix jours de traitement la malade a ses règles qui, cette fois-ci, pour la première fois depuis plusieurs mois, sont « venues sans aucun retard » selon la propre expression de l'intéressée.

Interruption du traitement pendant cinq jours.

Reprise du traitement, comme auparavant, mais avec des bains sulfurés moyens.

Un examen local révèle une sédation marquée des phénomènes douloureux à gauche.

La malade éprouve un réel bien-être et peut circuler sans fatigue.

Etat euphorique.

Même traitement pendant dix jours.

A la fin de la cure *l'examen local* révèle la disparition de toute douleur à la palpation et sédation de la congestion du col ; la malade nous quitte avec la sensation d'avoir obtenu une amélioration nette de son état, en tout cas avec la certitude de se trouver *aussi bien* localement après la cure émanothérapique d'Ax, qu'après la cure de Salies, avec cette différence qu'elle n'éprouve aucune fatigue et qu'elle se sent *tonifiée*.

***

Nous avons revu cette malade, en juin 1931. *L'amélioration obtenue à Ax, en 1930, a persisté.*

Deuxième observation. — Mme D..., 36 ans. Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à signaler. Mariée à 26 ans. Veuve depuis deux ans. Une fillette âgée de 8 ans.

Etat général : lymphatique, nerveuse, anémiée. Tendance à la neurasthénie. Quelques douleurs rhumatismales localisées dans les jambes.

Etat local : métrite chronique avec poussées aiguës périodiques, à l'occasion d'une fatigue, d'un effort quelconque ; points douloureux dans la fosse iliaque gauche, dans la région gastrique gauche, et au niveau de l'omoplate gauche.

A l'examen : col ulcéré, engorgé, museau de Tanche cicatriciel, leucorrhée abondante, état douloureux généralisé à tout le petit bassin, mais principalement à gauche, les annexes ne paraissent cependant pas touchées.

Vient à Ax pour soigner à la fois ses rhumatismes et sa métrite.

Prescription : pendant cinq jours bains alcalins et douches vaginales liquides à basse pression.

Ensuite bains sulfurés moyens et douches gazeuses vaginales, à 50° ; sous pression de trois mètres d'eau.

Légère fatigue pendant les trois premiers jours, pertes plus abondantes, urines limpides. Etat général bon, reprise de l'appétit. En dehors du traitement, la malade fait plusieurs heures de chaise-longue. Continuation du traitement sans modification jusqu'à concurrence de vingt jours.

A la fin de la cure, l'état général est bon et localement il y a eu notable sédation des douleurs. Les pertes sont quasi-nulles. La malade circule sans fatigue.

***

Nous avons suivi cette malade à Toulouse, de décembre 1930 à juin 1931. Il y a persistance de la sédation de la douleur.

Cependant, au dernier examen pratiqué en juin 1931, il semble qu'il y ait une légère poussée de métrite, mais sans douleur. La malade doit faire une nouvelle cure à Ax en 1931.

Troisième observation. — Mme R..., 38 ans. Mariée depuis dix ans. Mari en bonne santé. Pas d'enfants.

Etat général : Bon état général. Rien de particulier à signaler.

Etat local : Une fausse couche accidentelle il y a quatre ans a nécessité un curetage. Depuis cette époque la malade souffre ; congestion quasi-permanente du petit bassin avec métrite légère au niveau du col.

A l'examen, douleur au niveau des trompes, des deux côtés.

La malade qui, vendeuse dans un grand magasin, fait un travail assez pénible exigeant de longues stations debout, vient à Ax envoyée par son médecin.

Prescriptions : Douches gazeuses vaginales quotidiennes pen-

dant vingt jours, à 50° et trois à quatre mètres d'eau de pression. Chaise-longue.

Insensiblement les douleurs s'atténuent et à la fin de la cure la malade est quasi-entièrement soulagée.

***

Ce résultat heureux a persisté jusqu'en mars 1931. Une grippe nerveuse, à cette époque, a réveillé les douleurs et la malade doit revenir à Ax pour une nouvelle cure en 1931.

Quatrième observation. — Mme G..., 25 ans. Mariée il y a six ans. Veuve. Un enfant de 5 ans, en bonne santé.

Etat général : Relativement bon. Amaigrissement depuis trois mois.

Etat local : Deux fausses couches accidentelles, l'une il y a trois ans, l'autre il y a deux mois.

Métrite du col, avec ulcération large. Salpingite à gauche avec douleurs assez vives. Etat subaigu à l'arrivée à Ax.

Prescription : Pendant les huit premiers jours, en raison des phénomènes subaigus, repos absolu, compresses chaudes sur l'abdomen, bains alcalins et douches vaginales liquides à très basse pression.

Le huitième jour, légère sédation des phénomènes douloureux mais persistance d'une réaction inflammatoire au niveau des annexes à gauche.

A partir de cette date, bains sulfurés moyens et douches vaginales gazeuses à 50° et trois mètres d'eau de pression : pendant vingt jours.

La malade peut repartir d'Ax normalement. La réaction salpingo-ovarienne a nettement cédé. Légère douleur à la pression. Quelques pertes blanches.

***

En novembre 1930, une légère poussée subaiguë s'est manifestée à gauche et depuis tout est rentré dans le calme : la malade ne souffre plus et a pu reprendre le cours normal de ses occupations. En 1932 l'amélioration persiste toujours.

***

Dans l'exposé théorique que nous faisions, en 1930, de l' « émanothérapie gynécologique », nous écrivions :

« On connaît les effets des applications radio-actives locales : décongestion, résorption des infiltrats, action bactéricide et cicatrisante, action tonique stimulante de la fonction ovarienne et sédation remarquable de la douleur.

« D'où leurs indications : congestions utérines, lésions inflammatoires douloureuses (infiltrations péri-utérines, salpingites, reliquats d'interventions) : affections des muqueuses vulvo-utéro-vaginales (métrites, ulcérations, leucorrhées, dermatoses, prurits, névralgies pelviennes) ; troubles de la fonction ovarienne (aménorrhée, dysménorrhée, insuffisances, stérilité). »

Les premiers résultats acquis, au cours de ce premier exercice, sont des plus encourageants et vérifient d'une façon particulière, l'action bienfaisante des *gaz sulfurés radio-actifs sur l'élément douleur*, même dans un cas subaigu (obs. IV).

C'est un point important à retenir, pour l'instant. C'est un titre qui nous paraît devoir mériter, pour ce mode de traitement — complément rationnel des pratiques de la crénothérapie gynécologique. — l'attention du Corps médical.

Docteur Ismaël Girard,
Médecin consultant à Ax-les-Thermes
(Gynécologie).

« Anatole France a écrit quelque part que tout concours est une « inique justice » ; nous acceptons cette boutade parce que nous savons que ceux qui sont nommés à un concours, qu'il soit médical ou autre, ne le seraient pas tous s'ils devaient recommencer. » (F. Jayle. — Rapport présenté à l'Association amicale des Internes et anciens internes des hôpitaux de Paris).

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE

Rhumatisme

Dans le déterminisme des affections rhumatismales, on tend à restituer au bacille de Koch un rôle important.

Pour le rhumatisme articulaire aigu les données cliniques sont nettement défavorables à une assimilation avec la tuberculose.

Pour les rhumatismes chroniques une impression tout autre se dégage ; il faut d'ailleurs distinguer entre les formes. Les arthroses n'ont aucun rapport avec la tuberculose. La question ne se pose véritablement que pour les arthrites et polyarthrites inflammatoires ; il n'est pas rare de trouver chez le malade la preuve indéniable d'une contamination ; l'évolution souvent subfébrile, par poussées, lentement cachectisante, l'anémie, la maigreur, les succès de la chrysothérapie et parfois de la vaccinothérapie avec des antigènes tuberculeux ne sont pas en désaccord avec l'hypothèse d'une étiologie tuberculeuse.

Les recherches de laboratoire n'ont pas encore comblé les lacunes de l'observation clinique journalière.

Les observations de rhumatisme articulaire aigu, avec bacilloscopie ou inoculations positives du liquide articulaire ou pleural, concernent des formes, qui se distinguent de la vraie maladie de Bouillaud par divers caractères : mobilité moindre des fluxions articulaires, absence de déterminations cardiaques, salicylo-résistance, persistance d'une hydarthrose résiduelle plus ou moins tenace ou évolution vers une tumeur blanche. Les recherches récentes, qu'il s'agisse des inoculations pratiquées en France ou des ensemencements de Löwenstein, n'apportent aucun argument capable d'infirmer la notion classique de la dualité de la maladie de Bouillaud et de la tuberculose ; elles ont simplement servi jusqu'à ce jour à préciser les caractères du pseudo-rhumatisme articulaire aigu tuberculeux, ce qui est déjà fort important.

Malgré la plus grande vraisemblance clinique de l'étiologie tuberculeuse dans certaines polyarthrites subaiguës ou chroniques, les faits expérimentaux concluants demeurent exceptionnels. La constatation d'une bacillémie de sortie, provoquée par des infections, des chocs, montre la fréquence jusqu'ici insoupçonnée des migrations occultes du germe tuberculeux dans l'organisme, partant la valeur contingente de sa découverte dans les liquides pathologiques ou les pièces de biopsie.

Les faits vraiment probants nous seront fournis sans doute par certaines coïncidences cliniques, certaines successions morbides particulièrement éloquentes. Les travaux de ces dernières années ont à peu près établi, grâce à des preuves cliniques et expérimentales concordantes, l'existence de pseudo-rhumatismes articulaires aigus tuberculeux ; qu'un de ces pseudo-rhumatismes, dûment identifié, évolue vers la chronicité et on aura un exemple très probablement légitime de polyarthrite chronique tuberculeuse.

(F. Coste. Rhumatisme tuberculeux ou tuberculisé. *Gazette médicale du Sud-Ouest* 15 octobre 1932.)

Neurologie

L'existence du tabes hérédo syphilitique est actuellement démontrée d'une façon incontestable.

On peut dégager trois notions cliniques concernant le tabes hérédo-syphilitique de l'enfant :

1° Il est *anormal*. Les premiers symptômes sont soit des troubles de la vue (amblyopie), soit des troubles de la miction (incontinence d'urine) et non point les douleurs ni l'ataxie comme chez l'adulte ;

2° Il est *pauvre* cliniquement ; la forme monosymptomatique est la règle ;

3° Il est *lent*. L'évolution est particulièrement lente ; le tabes débute dans l'enfance, se stabilise, puis reprend.

Le tabes est doublement anormal, par la symptomatologie et par l'évolution ; il est d'autant plus anormal que le sujet est plus jeune.

Quant au tabes hérédo-syphilitique de l'adulte, rien ne le distingue cliniquement du tabes banal de la syphilis acquise, sauf son début entre 20 et 30 ans, au lieu des 40 de la syphilis acquise.

Les symptômes, notés lors du premier examen qui a permis

Révulsif Boudin

Liquide à base d'essence de crucifères sans cantharide ni croton



RÉVULSION INSTANTANÉE.
ACTION IMMÉDIATE.

S'APPLIQUE AU PINCEAU.
NE TACHE PAS.
N'ABIME PAS LA PEAU.

LABORATOIRES BOUDIN
9, AVENUE JEAN-JAURÈS
JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)

d'affirmer le diagnostic, sont par ordre de fréquence : douleurs fulgurantes 68 % des cas, ataxie 44 %, atrophie optique 44 %, troubles vésicaux 30 %, paralysies oculaires 18 %, crises gastriques 12 %, arthropathies 6 %.

Pour poser le diagnostic il faut éliminer les faux tabes d'une part, le tabes de la syphilis acquise d'autre part.

Parmi les faux tabes, il importe de considérer particulièrement, chez des sujets jeunes, la méningite syphilitique et la maladie de Friedreich.

Le diagnostic de méningite syphilitique est souvent fonction de l'interprétation des observateurs ; on conçoit la complexité des choses chez l'enfant ; le symptôme solitaire est rapporté à la méningite et on porte un diagnostic relativement favorable, en attendant beaucoup du traitement. Cette attitude est logique puisque la méningite syphilitique est bien plus fréquente que le tabes ; mais il convient de se méfier.

Le diagnostic différentiel avec la maladie de Friedreich est devenu classique depuis Charcot.

Pour éliminer la syphilis acquise il faut établir l'absence de contage, recherche toute théorique et même illusoire. Aussi est-il beaucoup plus important de chercher la preuve dans la constatation positive des signes de l'hérédo-syphilis.

(J. Chalier, H. Naussac et J. Boucomont. Le tabes hérédo-syphilitique. *Journal de médecine de Lyon*, 5 novembre 1932.)

Pédiatrie

Le stade latent du scorbut du nourrisson est peu connu malgré sa fréquence. La première modification apportée à l'organisme est la diminution de résistance aux infections, qui deviennent plus fréquentes et plus prolongées. La seconde marque la fin de la période latente ; elle commence par l'anorexie, continue par la pâleur, la faiblesse, l'arrêt de croissance et précède l'apparition des premiers symptômes extérieurs de l'avitaminose : les troubles de croissance et les dystrophies.

Les formes frustes constituent parfois la seule manifestation de la carence. Le symptôme le plus fréquent est l'hémorragie, qui affecte les localisations les plus variées ; son importance est considérable. L'anémie est également fréquente. L'œdème, les troubles cutanés, les troubles digestifs, la fièvre préscorbutique, les douleurs sont intéressants à étudier. Tantôt les formes frustes constituent tout le scorbut, tantôt elles ne représentent qu'une phase intermédiaire, la période de précarence, entre la phase latente et la phase de scorbut typique.

En présence d'un diagnostic aussi difficile on s'adressera en premier lieu à la radiographie ; aucun des signes constatés n'est pathognomonique, mais leur réunion permet un diagnostic de probabilité. Les notions étiologiques ont une valeur considérable. Enfin l'épreuve thérapeutique tranchera la question ; ce sont les meilleurs antiscorbutiques (jus d'orange, de citron, de tomates, de framboises) qui, par leur administration prolongée en quantité suffisante, finissent par avoir le dernier mot.

(Paul Bertoye. Le stade latent et les formes frustes du scorbut du nourrisson. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er novembre 1932.)

Radiologie

La radiologie joue un rôle très important dans le diagnostic des ulcères pyloriques et duodénaux.

Dans 73 cas d'ulcères pyloriques la radioscopie a permis de constater 34 fois des signes assez nets, mais pas de vrais symptômes directs à proprement parler, 33 fois des signes plus ou moins atténués, 16 fois enfin des signes à peu près ou même absolument nuls. La sténose radiologique du pylore ne peut être envisagée, même quand elle est certaine, que comme un signe de probabilité en faveur d'un ulcère vrai du pylore; parce qu'elle peut être due également soit à un ulcus prépylorique, ou même duodénal, soit bien plus rarement à une péripylorite. Il faut insister de plus sur la fréquence relative des signes radiologiques en aval, au-dessous du pylore, signes à distance de l'ulcère, qui se caractérisent surtout par des manifestations de stase duodénale.

65 documents radioscopiques d'ulcères duodénaux ont donné 7 fois des signes locaux positifs, 49 fois des symptômes de simple probabilité, 9 fois des constatations négatives. Deux syndromes radiologiques ont été principalement rencontrés : d'une part, avec une fréquence égale, une sténose pylorique très légère ou une sténose pylorique assez accentuée, d'autre part de l'hyperkinésie et de l'hyperpéristaltisme gastriques.

3 documents radiographiques d'ulcères pyloriques offrent une fois des signes de certitude (niche prépylorique avec rigidité du pylore et de l'antre), deux fois des signes de probabilité, constitués par de l'hyperpéristaltisme appréciable de façon constante sur les clichés successifs d'une part, par une périgastrite intense, avec étroitesse extrême de la région pylorique rendue presque invisible d'autre part.

Les observations radiographiques d'ulcères duodénaux offrent une très forte proportion de cas (10 sur 13) de signes positifs de certitude ou de quasi-certitude.

(Roger Cade. Sémiologie radiologique des ulcères pyloriques et duodénaux. *Journal de médecine de Lyon*, 5 novembre 1932.)

Obstétrique

La césarienne basse marque un progrès considérable en chirurgie obstétricale ; presque complètement inconnue en France il y a quelques années, elle est devenue une opération courante.

L'auteur donne sa statistique personnelle portant sur 25 cas.

Tumeur prævia........................	3
Avant le travail (poche des eaux intacte)..	13
De 1 à 10 heures de travail...............	3
De 12 à 24 heures de travail..............	2
Plus de 24 heures, application de forceps..	4

Mortalité : 0.

(Duval. Césarienne basse. Ses avantages sur la césarienne haute. (*Archives médico-chirurgicales de Normandie*, octobre 1932.)

Toxicologie

La mandragore a sa légende, son histoire et... son film. « Quel sacrilège de se servir d'une telle plante pour remplacer un plat d'épinards ! ». C'est cependant ce qu'a fait le sergent X du camp de El Hadjeb, en vue de corser l'ordinaire ; ayant récolté de cette « laitue sauvage », il a tenu à faire honneur à un plat que ses camarades trouvèrent amer.

Les malaises apparurent 3 heures plus tard. Le sergent est pris assez brusquement de vertiges, puis de nausées, bientôt suivies de vomissements ; la démarche est titubante.

Les vertiges sont supprimés par la position couchée. Le trouble fonctionnel le plus marqué consiste alors dans la sécheresse de la bouche ; la soif est ardente ; l'absorption des boissons s'accompagne d'un léger degré de dysphagie avec constriction de la gorge.

Les vertiges reparaissent dans la position assise ou debout ; ils s'accompagnent immédiatement de perte de l'équilibre ; la marche est difficile, le malade dit qu'il a « les jambes en plomb ».

La vision manque de netteté par suite d'une mydriase bilatérale très accentuée.

C'est le tableau à peu près complet d'une intoxication par une solanée vireuse.

A partir du lendemain les symptômes s'atténuent peu à peu, pour disparaître en cinq à six jours.

La plante incriminée a été identifiée comme *Mandragora autumnalis* par le directeur de l'Institut scientifique chérifien.

(Rault, médecin-chef du G. S. M. de Mogador. Un cas d'intoxication par la mandragore. *Maroc Médical*, 15 octobre 1932.)

Hygiène

« **Les jardins publics** ne sont plus uniquement choses d'ornementation ; ils ont un but utilitaire ». Ils donnent aux enfants des villes la luminosité nécessaire à leur organisme.

A Paris les jardins sont très fréquentés par les enfants ; beaucoup de squares sont aménagés avec la plus grande simplicité et c'est très suffisant. Il faut signaler l'asile en plein air, square où seuls les enfants sont admis ; exemple : le square Gilbert de Guingand, place du Cardinal Amette.

A Rouen les jardins sont remarquablement organisés et entretenus. Le Jardin des plantes donne la sensation de l'espace ; beaucoup de lumière, quelques beaux arbres. Le square de la rue des Capucins a une belle pelouse, réservée aux enfants, sur laquelle ils ont le droit de marcher et de jouer.

A Angers le jardin du Mail n'est pas très grand, mais il est très beau ; la luminosité est intense, l'ombrage léger et le séjour agréable. Le Jardin des plantes est peu fréquenté, parce qu'on s'y ennuie.

Les petites villes, dont le budget est limité, ne peuvent avoir des jardins fleuris et soignés ; le seul espace libre est le champ de foire.

(Charrier, d'Angers. Les jardins publics et les enfants. *Archives médicales d'Angers*, septembre et octobre 1932.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1933

La souillure des aliments exposés aux étalages. — *M. Ambroise Rendu* avait demandé à l'Académie de médecine son avis sur la question suivante :

« Les viandes, poissons et denrées exposés aux souillures des rues et aux contaminations de l'air peuvent-ils être cause de maladie pour le public ?... Le préfet de police vient de rappeler aux ménagères qu'elles doivent s'abstenir d'acheter des produits exposés à l'air libre. Cette ordonnance basée sur une ancienne décision du préfet a-t-elle un intérêt pour les consommateurs qui ont le souci de leur santé ? »

La Commission, dit M. Brouardel, estime qu'il est préjudiciable à la santé publique d'exposer à l'air et aux contaminations les denrées alimentaires ; la viande, notamment, est exposée aux souillures depuis les abattoirs jusqu'à la livraison au public. Certains aliments sont mangés cuits, il est vrai, mais si la cuisson tue les microbes, elle ne peut faire récupérer aux aliments leur état primitif et effacer les dégâts produits par les germes. Dans ces conditions, l'ordonnance du préfet de police reste toujours tout à fait justifiée.

Ce que la tuberculose coûte chaque année à la France. — *MM. Georges Brouardel* et *Jacques Arnaud* étudient la répercussion de la tuberculose en France au point de vue social et économique.

Se basant sur la statistique officielle, ils estiment que la mortalité tuberculeuse doit s'élever à 90.000 décès par an environ. Elle frappe surtout les hommes de 20 à 55 ans et les femmes de 16 à 35 ans, précisément à l'âge de leur plein rendement économique ; et c'est là la raison essentielle de sa gravité sociale.

A cette mortalité correspond une morbidité approximativement quatre à cinq fois supérieure.

MM. Brouardel et Arnaud établissent ensuite le bilan des pertes financières qu'entraînent mortalité et morbidité. Calculant le nombre d'années de travail perdues et prenant comme équivalent financier de l'année de travail, 10.000 francs pour l'homme et 6.000 francs pour la femme, ils estiment que la perte financière globale est chaque année d'une quinzaine de milliards de francs.

Le seul abaissement de notre mortalité et morbidité au taux des pays voisins nous permettrait de récupérer par an, près de huit milliards de francs.

Ces chiffres justifient l'importance chaque jour grandissante de la lutte antituberculeuse et de la généralisation de la vaccination préventive par le B. C. G.

La parthénologie. — *M. Jayle.* — Sous le nom de parthénologie (étude des maladies de l'appareil génital de la vierge), l'auteur propose d'ouvrir dans le cadre nosologique un nouveau chapitre dans lequel seraient coordonnées et particulièrement étudiées les affections si souvent méconnues, de l'appareil genital des fillettes et des jeunes filles. Les familles ne s'en occupent guère et les médecins eux-mêmes sont ordinairement mal documentés sur les causes, les symptômes et le traitement de ces maladies.

Il s'agit très fréquemment de malformations et d'un mauvais fonctionnement de l'ovaire. Si ce dernier est mieux étudié depuis quelques années, en revanche et contrairement à ce qui se passe pour les garçonnets, les malformations qui sont peu recherchées chez les vierges, alors qu'elles sont plus fréquentes que dans le sexe masculin.

La thérapeutique générale tient le premier plan, mais il existe aussi une thérapeutique locale, physiothérapique ou chirurgicale, qui, pour n'être pas faite, permet aux lésions de progresser sournoisement, si bien que la jeune fille aborde la vie de femme avec un appareil déjà malade. Après le mariage, l'affection continue et fréquemment augmente, amenant la stérilité ou compliquant la grossesse et l'accouchement.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie), en remplacement de M. Lejars, décédé. Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne M. Cunéo ; en seconde ligne *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Baumgartner, Lenormant, Marion, Ombrédanne et Félix Terrien. Adjoints par l'Académie : MM. Robineau et Fredet.

Au premier tour de scrutin, M. Cunéo a été élu par 62 voix sur 75 votants. M. Marion a obtenu 4 voix ; M. Lenormant 3 voix ; M. Baumgartner 2 voix ; MM. Fredet, Terrien et Ombrédanne chacun 1 voix. Un bulletin blanc.

Séance du 21 février 1933

Prophylaxie des infections thyphoïdiques et de la diphtérie par la vaccination associée dans le personnel des hôpitaux de Paris. Insuffisance de la rhino-vaccination antidiphtérique. — *MM. O. Crouzon, G. Loiseau* et *A. Lafaille* ont associé depuis 1930, la rhino vaccination antidiphtérique à la vaccination antityphoïdique appliquée depuis 1922 aux élèves de l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière. Le contrôle, par la réaction de Schick, de l'immunisation antidiphtérique par voie nasale leur a montré un très faible pourcentage d'immunisées, de 36 à 38 %, alors que la vaccination antidiphtérique par voie sous-cutanée, seule ou associée à la vaccination antityphoïdique, pratiquée depuis sept ans chez les infirmières visiteuses du Comité de défense contre la tuberculose donne de 96 à 99 % de sujets immunisés.

Ils insistent sur le nombre élevé d'adultes qui, dans les milieux hospitaliers sont réceptifs à la diphtérie : alors que l'opinion, généralement admise, estime ce nombre à 12 %, ils ont trouvé 64, 57, 55, 46 et 32 % de sujets ayant une réaction de Schick positive.

C'est dans les écoles d'infirmières que la prophylaxie des infections typhoïdiques et de la diphtérie par la méthode des vaccinations associées (G. Ramon et Chr. Zoeller) leur paraît la plus facile à appliquer. Chez des sujets en parfaite santé, cette méthode s'est montrée non seulement la plus efficace, mais encore d'une parfaite innocuité et l'association des deux vaccins élève très notablement le pourcentage des sujets immunisés par l'anatoxine seule.

L'obligation de cette méthode de prophylaxie paraît désirable dans les collectivités particulièrement exposées envisagées ici. Quels que soient les modes de vaccination employés, une réaction de Schick de contrôle devra être pratiquée six semaines après la fin de l'immunisation antidiphtérique pour permettre de déceler les rares sujets restés réceptifs et de compléter leur vaccination.

Production expérimentale d'antiferments chez l'homme. — *MM. Satory et Meyer.* L'introduction dans l'organisme d'extraits organiques non cristallisés crée dans le sang des antiferments spécifiques pour les organes à partir desquels les extraits sont fabriqués.

Les troubles généraux produits par le radium. — *MM. L. et R. Imbert.* En soumettant un cobaye à des applications continues de radium, même avec une assez faible concentration, la mort arrive dans un délai qui varie suivant la concentration, mais qui ne dépasse guère cinq à six semaines.

La mort est annoncée longtemps à l'avance par une diminution progressive de poids : l'animal arrive à perdre en moyenne 25 à 30 p. 100.

La mort se produit, dans un grand nombre de cas, par l'intermédiaire d'une lésion hépatique diffuse, semblable à une dégénérescence graisseuse.

Cette lésion hépatique paraît due, non point tant à une action directe des rayons sur le foie, qu'à une action généralisée à tous les tissus vivants ou à certain nombre d'entre eux et aboutissant à l'élimination par la foie de produits toxiques pour cet organe.

Curiethérapie des psychoses. — *M. L. Petit.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1933

Perforation utérine au cours d'un curettage. — *M. Pinson*, rapporteur *M. Okinczyc.* — Une anse grêle était visible au col utérin. Laparotomie. L'anse grêle était désinsérée. Résection intestinale. Hystérectomie. Guérison.

M. Proust a rapporté une observation analogue. Il croit que le traitement idéal est la résection de l'anse et l'hystérectomie.

Pancréas aberrant. — *M. Okinczyc* relate une observation de *M. Wertheimer*. Après des gastrorragies importantes, on intervient et on trouve une petite tumeur au voisinage de la grande courbure.

Ablation. Il s'agit d'un îlot pancréatique abberrant avec des traces d'inflammafion discrète. Guérison.

Invagination chronique. — *M. Boulay* (de Saint-Amand), *M. L. Bazy* rapporteur. Le diagnostic fut fait cliniquement dans les deux cas. Le premier cas concerne un jeune homme de 17 ans chez qui il réséqua une invagination iléo-iliale irréductible. Guérison.

Le deuxième cas concernait une invagination iléo-colique : résection du boudin avec iléostomie de décharge.

Tumeur fibreuse du poumon d'origine hydatique. — *M. L. Bazy* rapporte une observation de *M. René Bloch*. Weinberg et Casoni positifs; éosinophilie de 7%. A l opération. on tombe sur une tumeur qu'il incise ; on ne peut ramener de liquide.

L'examen histologique montra un tissu fibreux très dense avec des noyaux inflammatoires.

Compression du plexus cœliaque et paralysie intestinale. — *MM. Nazet* et *Kadruka* (de Genève), *M. Proust*, rapporteur. A l'autopsie, on trouva une infiltration sanguine qui entourait le plexus cœliaque. M. Proust n'est pas convaincu que la paralysie ait été due à la compression du plexus cœliaque.

Perforation d'ulcère du duodénum. — *M. Proust* relate deux travaux de *M. Duboucher* (d'Alger) et de *M. Déjardin* (de Bruxelles). M. Duboucher distingue les perforations de la gastro-duodénite ulcéreuse qu'il montre beaucoup plus graves que les perforations des ulcères banaux. Il croit qu'il serait peut-être intéressant d'adjoindre à l'opération une entérostomie de dérivation. Ce serait peut-être des cas où la résection serait indiquée.

Modes d'anesthésie. — *M. Proust* vient montrer les bienfaits de l'anesthésie locale, en particulier au cours de la thoracoplastie. Il emploie des solutions extrêmement diluées (1 pour 8.000).

M. Basset s'élève contre la condamnation de la rachianesthésie.

Vissage du col du fémur. — *M. Férey* (de Saint-Malo) a vu sept cas qu'il a traités avec succès.

M. Sorrel se demande si ces fractures, qui sont toutes des fractures cervico-trochantériennes, n'auraient pas aussi bien guéri par le simple appareil de Whitman.

M. Rouhier s'associe à cette remarque.

M. Basset demande, pour bien juger la réduction, une radiographie de profil.

Traumatisme cranien. — *M. Métivet* rapporte une observation où, cinq jours après l'accident, survinrent des accès épileptiques subintrants. Trépanation à la Cushing à deux jours d'intervalle, des deux côtés. Guérison très rapide.

M. de Martel préfère faire sauter l'arc postérieur de l'atlas et d'ouvrir à ce niveau la dure-mère.

M. Petit-Dutaillis dit qu'il faut savoir, avant tout, s'il y a blocage. Le mieux est de faire une ponction ventriculaire.

M. Lenormant est contre la trépanation systématique à la Cushing ; la ponction ventriculaire peut donner des renseignements et être curatrice.

M. de Martel croit qu'il faut tout d'abord faire la ponction lombaire, puis, si la situation ne s'améliore pas, lui faire l'opération d'Oddy.

Ulcère du duodénum. — *M. Pierre Duval* montre de fort belles radiographies sur lesquelles on voit, l'image en cocarde de l'ulcère de face.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 février 1933

A propos du diagnostic de la pleurésie médiastine. — *MM. Etienne Chabrol* et *Jean Cottet* rappellent la cause d'erreur que peut apporter au diagnostic de la pleuréeie médiastine l'existence de bronchectasies dans un foyer de pneumonie chronique donnant une image en équerre.

Chez leur malade, l'injection trachéale de lipiodol montra que la collection purulente était circonscrite et non pénétrée par la substance opaque. D'autre part au lendemain de la vomique, le triangle de l'ombre médiastine apparut avec un sommet nettement tronqué par un niveau horizontal, que surmontait une bulle transparente.

Il s'agissait bien d'un empyème circonscrit. Les auteurs soulignent dans cette observation l'allure sous-phrénique des accidents au début — le pus rejeté par vomique renfermait d'ailleurs une flore bactérienne de type intestinal — et la disparition quasi immédiate de l'expectoration et de la fièvre, à la suite de l injection de lipiodol.

M. Sergent a souvent observé l'amélioration de l'état général et la disparition de l'expectoration après l'injection de lipiodol au cours de certaines bronchorrées purulentes. Il pense que l'image radiologique observée par les auteurs est tout à fait caracteristique de la pleurésie médiastine.

Nouvelles observations d'épidémies de varicelle survenues après des cas de zona. — *MM Armand Delille*, *Fohanno* et *Gavois* rapportent l'observation d'une épidémie de varicelle, observée par le Docteur Fohanno dans une pension d'enfants isolée, aux environs d'Hyères (Var).

Quinze jours après un cas de zona, on observait 22 cas de varicelle sur 52 enfants ; ceux qui restèrent indemnes furent au nombre de 24 ; 6 autres enfants ne portaient pas mention sur leur dossier d'une varicelle antérieure.

D'autre part, dans le service du Docteur Armand-Delille, alors qu'il n'y avait pas eu de varicelle dans l'hôpital depuis plus de six semaines et aucun cas dans le pavillon d'enfants tuberculeux, l'apparition d'un cas de zona détermina seize jours après une varicelle.

Ces observations sont une nouvelle contribution à la question de l'identité des virus varicelleux et zonateux.

Syndrome génito-intestinal par périviscérite pelvienne. — *M. Edhem* (de Stamboul), adresse l'observation de plusieurs malades traitées pour entérite chronique alors qu'il s'agissait de sténose sigmoïdienne par périviscérite-salpingite.

Le traitement de l'affection génitale amena dans tous les cas la disparition de tous les troubles intestinaux.

Polynévrite sensitivo-motrice au cours du pneumothorax artificiel. — *M. Edhem* (de Stamboul), adresse l'observation d'un cas rappelant l'observation de MM. Lévy Valensi, Philibert et Lechaux, publiée à notre Société. Il s'agit d'une polynévrite sensito-motrice survenant en même temps qu'un épanchement au cours d'un pneumothorax artificiel pratiqué chez un jeune sujet atteint de tuberculose cavitaire du poumon droit. Le syndrome polynévrite régressa en même temps que le syndrome pleural.

Acrocyanose par insuffisance endocrinienne à prédominance hypophyso-surrénale. — *MM. Laignel-Lavastine* et *Katchoma* presentent une malade, âgée de 34 ans, atteinte d'acrocyanose constatée à l'occasion d'une crise d'insuffisance surrénale.

La cyanose date de l'enfance. Elle est très marquée à la face et aux extrémités où la tache blanche dure jusqu'à dix secondes.

La réaction locale à l'histamine est dissociée, comme M. Laignel-Lavastine l'a constaté dans les acrocyanoses essentielles (IIe Congrès de Médecine, 1932) :

La pression veineuse est un peu diminuée. Il y a une légère augmentation de la pression veineuse rétinienne avec spasme passager des artères et instabilité des calibre des capillaires de la conjonctive. La tension artérielle est très basse : l'indice oscillométrique est très faible et spontanément variable.

L'ensemble de réactions pharmaco-dynamiques traduit l'existence d'un déséquilibre de l'excitabilité neuro-végétative générale avec prédominance de l'excitabilité vagale.

Tous les examens du sang et des urines n'ont rien révélé, sauf un peu d'urobilinurie et une légère hypoglycémie.

Le point sur lequel les auteurs attirent l'attention est l'existence de signes radiologiques d'atteinte hypophysaire et les resultats concordants des examens interférométriques du sang.

La radiographie de la selle turcique montre que celle-ci est comblée par une masse d'apparence calcifiée qui dépasse en haut les limites de la selle turcique.

D'autre part, l'interférométrie montre une déficience endocrinienne générale, surtout marquée pour l'hypophyse et la surrénale.

Le traitement par la surrénale et l'adrénaline n'amène pas de changement de l'aspect interférométrique.

Par contre, après douze jours de traitement par la posthypophyse, on obtient des modifications considérables.

Il est à noter que l'amélioration interférométrique est accusée non seulement pour l'hypophyse, mais aussi pour la surrénale et l'ovaire.

Se basant sur ces constatations, ces auteurs voient se confirmer ainsi la théorie hypophysaire de l'acrocyanose.

D'autre part, ils incriminent l'hypophyse dans l'existence chez la malade de troubles ovariens très accusés.

Il se demandent si la déficience surrénale ne peut relever en partie de troubles hypophysaires.

Quant à l'étiologie, c'est vraisemblablement l'hérédo-syphilis qui a lésé le système endocrinien. La malade n'a pas de réflexe achilléen gauche. Son père est mort de paralysie générale, cependant le Bordet-Wasserman est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 février 1933

Présentation d'ouvrage. — *M. Georges Rosenthal* présente son ouvrage sur la *Rééducation des obstrués du nez*. Il insiste sur la nécessité de la respiration nasale, seule physiologique, seule anatomique.

Constipation chronique et spondylothérapie. — *M. Aubourg* présente un premier cas de constipation chronique datant de vingt-cinq ans, traitée, avec succès par des applications de négativation électrique sur le rachis avec l'appareil de Laville.

Cyclothymies. — *M. Auguste Marie* apporte quelque observations de cyclothymiques traitées par l'opothérapie chirurgicale ou l'extrait placentaire. Uu cas de ce dernier genre semble avoir donné quelques résultats encourageants.

M. Léopold-Lévi insiste dans ces cas sur l'autothérapie de la grossesse qu'il a signalée dès 1906. En ce qui concerne l'influence des greffes sur la cyclothymie, il insiste sur la nécessité de se défier des coïncidences et rapporte le cas de deux sœurs atteintes de maladie de Basedow et de cyclothymie qui, après avoir semblé améliorées par ce traitement, ont vu leurs accidents reparaître.

Traitement du phlegmon de l'amygdale par l'amygdalectomie. — *M. Louis H. Leroux.* Le phlegmon periamygdalien se forme entre glande et paroi pharyngee et fuse vers le voile. Sa tendance à la récidive nécessite l'exérèse de l'amygdale malade, pratiquée jusqu'ici à froid, mais qu'il est plus logique de faire en présence même de l'abcès, associant dans un même temps évacuation et drainage de la collection et prophylaxie efficace. Les craintes d'hémorragie et d'infection de voisinage sont illusoires en raison du rôle protecteur de la paroi même de l'abcès, et en pratique, l'intervention s'est montrée toujours possible et efficace, à condition de n'opérer que le côté malade et de s'assurer de la présence de la collection par la ponction exploratrice.

Le traitement par le bactériophage des anthrax, des furoncles et des abcès. — *M. Dupuy de Frenelle.* Pour utiliser le bactériophage, les antivirus et les bouillons vaccins, selon les règles de la biothérapie actuelle, M. Dupuy de Frenelle a fait fabriquer par Collin une seringue de 10 c. c. sur laquelle se monte une lame de poignard à double tranchant, fine et acérée. Dans le nervure médiane de ce poignard est une aiguille qui aboutit à sa pointe. Dans les zones vasculaires dangereuses, l'auteur utilise une lame de même modèle, mais à pointe et à bords mousses.

Luquet.

« Mais que de bruit sur les fraudes de ce concours ! On a crié que c'était l'abomination de la désolation. Et de bons apôtres, dans la Presse comme dans les milieux politiques, ont osé parler de l'atteinte portée à l'honneur du Corps médical et des dangers graves que pareilles mœurs faisaient courir à la Santé publique.

L'honneur du Corps médical ! Mais nous et les quelques 27.000 de nos confrères qui exercent leur profession en France et dans les Colonies, nous ne sentons pas, mais pas du tout, notre honneur compromis parce qu'une demi-douzaine de jeunes gens ont tenté de s'introduire par fraude, grâce à quelques complicités, dans le cadre de l'internat des hôpitaux de Paris ; pas plus que nous ne nous croyons déshonorés par les deux ou trois quarterons de médecins marrons qui ont relevé ou relèveront un jour de la police correctionnelle. Que les pharisiens de la Presse et de la Politique laissent notre honneur en paix, nous nous chargerons très bien de le défendre. » (Docteur Noir. A propos des fraudes du Concours de l'Internat. Le Concours Médical, 12 février 1933.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Sur un cas de gangrène diabétique

MM. Paoli et Salmon ont rapporté (Société de chirurgie de Marseille, 2 mars 1931) une intéressante observation de gangrène diabétique du pied chez un homme de 53 ans. Un traitement médical pré-opératoire (acécoline, insuline et vaccin) permit d'intervenir dans de bonnes conditions et l'amputation de cuisse fut bien supportée.

Sur le membre amputé les auteurs ont fait diverses recherches après injection des vaisseaux. Ils montrent que l'oscillométrie n'a pas indiqué l'état véritable de la circulation du membre. Elle montrait un déficit total (absence d'oscillations) alors qu'en réalité les vaisseaux étaient perméables. En particulier, toutes les artérioles étaient injectées, comme le montrent les radiographies pratiquées.

Ils ont pu par ce procédé, étudier la circulation des gros troncs nerveux du membre amputé et montrer que dans ce cas la vascularisation des nerfs était très réduite. Ils attribuent à ce fait un rôle certain dans le déterminisme et dans la localisation de la gangrène.

Les injections intramusculaires de salicylate de bismuth dans le traitement du lichen plan et des verrues

Les injections intramusculaires de salicylate de bismuth dans l'huile ont été employées avec succès par Grossman (*Arch. of dermatology a. syphil.* juillet 1932) dans 15 cas de lichen plan. L'A. fait une dizaine d'injections de 10 centigr., une par semaine. Les papules commencent à s'affaisser et à disparaître au bout de 6 à 7 injections. Lurie (*Arch. of dermatology a. syphilology*, juillet 1932) propose également les injections intramusculaires de salicylate de bismuth dans le traitement des verrues. L'A. qui faisait au début une injection intramusculaire par semaine de salicylate de bismuth — à doses variables suivant l'âge : 6 centigr. pour les enfants de 6 à 10 ans, 9 centigr. pour les enfants de 10 à 13 ans et 13 centigr. pour les adultes — fait actuellement une seule injection et attend. Régression ordinairement immédiate. Une nouvelle injection est faite lorsque la régression est arrêtée. Les injections suivantes sont faites à des intervalles de deux à trois semaines.

La bacillurie tuberculeuse

M. Arversenq, de Toulouse, rapporte (*Congr. fr. d'urologie*) trois cas de bacillurie tuberculeuse type, c'est-à-dire des cas d'élimination sans lésions, du moins infectieuses, de l'épithélium rénal.

Ces microbes de la tuberculose, charriés par le sang (bacillurie de sortie), peuvent s'éliminer par le rein, comme les autres microbes. Ils peuvent déterminer des lésions banales, anatomiques, fonctionnelles qui, à l'occasion d'une congestion traumatique, sécrétoire, *a frigore*, toxique, infectieuse, anatomique, peuvent devenir des tuberculoses rénales déclarées.

A propos du traitement du cancer de la prostate

Après avoir essayé tous les traitements proposés contre le cancer de la prostate et en avoir obtenu des résultats équivalant à de véritables désastres, M. Oraison, de Bordeaux (*Congrès français d'urologie*, 1932), en est arrivé à cette conviction que moins on touche à une prostate cancéreuse, mieux cela vaut. Il ne pratique la radiothérapie semi-pénétrante avec ou sans taille préalable suivant que le malade est rétentionniste ou non. Depuis qu'il a adopté cette manière de faire, il calme davantage les douleurs de ses malades et obtient une survie parfois très longue.

Prostatites subaiguës et chroniques, non blennorragiques et non tuberculeuses

M. le Professeur Hogge, de Liége (*Congrès français d'urologie*, 1932) attire l'attention sur la grande fréquence de ces affections qu'il compare aux amygdalites et dont les symptômes locaux subjectifs et objectifs prêtent à les confondre avec des urétrites non gonococciques et dont les signes généraux peuvent donner le change pour des états grippaux ou des infections variées.

Les relations complexes entre les prostatites et les phénomènes généraux auxquels elles donnent lieu ne sont pas toujours faciles à démêler et l'on n'y arrive que par l'observation rigoureuse des malades et des événements qui se succèdent.

Abandonnées à elles-mêmes, elles peuvent conduire au pros-


OUATAPLASME
du Docteur Ed. LANGLEBERT
Adopté par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies.
Pansement émollient, aseptique, instantané.
Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.
VENTE EN GROS : 10, Rue Pierre Ducreux, PARIS, et toutes Pharmacies.

tatisme précoce, aux dysuries séniles ou préséniles (prostatiques sans prostate), aux prostates et reins scléreux. Le traitement doit s'adresser avant tout à la cause. Le traitement local par des injections et lavages de l'urètre est dangereux. L'hygiène, la diète, les exercices physiques, l'usage rationnel du coït sont nos armes les meilleures. Comme adjuvant le massage méthodique de la glande, par séries courtes, et surtout les petits lavements froids ou glacés répétés plusieurs fois par jour.

Le Professeur Hogge engage les médecins à explorer systématiquement la prostate, sorte de protée d'où partent une foule de maux qui affligent l'humanité masculine.

Un cas de susceptilité pour la quinine ; difficultés de la désensibilisation

MM. F. Heckenroth et J. Raynal rapportent (*Comité médical des B.-du-Rh.* nov. 1932) l'histoire d'un paludéen sensibilisé dans sa jeunesse vis-à-vis de la quinine. La susceptibilité apparaît au cours du service militaire en Syrie ; la quininisation préventive provoque des accidents anaphylactiques. Le malade sujet au rhume des foins ne présente pas d'intolérance pour l'aspirine, l'antipyrine, le néovarsan, le cacodylate de soude, mais son intolérance à la quinine se manifeste aussi bien après ingestion, qu'injection de l'alcaloïde.

Il a été possible de le désensibiliser, par voie sous-cutanée d'abord, puis par voie buccale en 5 mois. Dose de début : 5 mgr. Le malade sensible avant la cure au 1/2 cgr. tolère actuellement 1 gramme et 1 gr. 25 de quinine pendant plusieurs jours consécutifs.

Cancer du côlon sigmoïde chez une jeune femme

MM. Friart et Rahier rapportent (*S. cl. des H. de Bruxelles*, 12 nov. 1932), l'histoire d'une jeune femme qui, d'abord, souffrait de diarrhée, de ballonnement abdominal et de fièvre légère. Après quelques semaines, ces symptômes légers furent remplacés par ceux d'une substruction. La laparotomie fait découvrir une tumeur située à 25 cm. de l'anus et dont la nature était maligne : adéno-carcinome. La symptomatologie et l'âge de la malade (20 ans), doivent faire retenir cette observation.

Intoxication picriquée par ovules gynécologiques (érythème scarlatiniforme, éosinophilie sanguine, sensibilité cutanée)

MM. Touraine, Solente et Ch. Ribadeau-Dumas (*S. Fr. de Derm. et de Syphl.* Nov. 1932), ont vu survenir, après application de deux ovules renfermant 0 gr. 15 d'acide picrique, une irritation locale intense suivie d'un érythème scarlatiniforme généralisé avec prurit violent et desquamation abondante. Il existait une éosinophilie sanguine de 9 pour 100 et, au dixième jour, l'urine renfermait encore de l'acide picrique.

Les différentes réactions cutanées ont montré la grande sensibilité de cette malade vis-à-vis de l'acide picrique, alors que des produits phénolés ne produisaient que des réactions minimes et que des composés nitrés, albumineux, etc ... restaient sans résultat. Les intra-dermo-réactions à l'acide picrique ont paru provoquer une véritable désensibilisation, car elles ont été rapidement suivies d'une diminution marquée du prurit et de l'érythème et d'une crise urinaire.

Régression de la syphilis et des chancres mous en 1932

Le nombre des syphilitiques soignés en 1932 à la clinique de la Faculté, à l'hôpital Saint-Louis, a diminué sensiblement : 425 au lieu de 540 en 1931. Pour les chancres mous, il en est de même : 154 au lieu de 267 en 1931. Cette régression fait suite à celle qui fut constatée en 1931. Elle est vraisemblablement due à la crise économique actuelle, disent MM. Gougerot et Burnier (*S. de dermat. et de syph.*, 12 janv. 1933), le chômeur sans argent mettant un frein à ses appétits sexuels.

L'éréthisme sexuel des tuberculeux

R. Ronce, dans sa thèse (*Th. de Paris*, 1933) consacrée à la Psychologie des tuberculeux pulmonaires, revient sur cette question et dit ceci dans ses conclusions : « Certains auteurs ont attribué aux tuberculeux une tendance à l'érotisme particulièrement marquée. Le fait nous semble loin d'être aussi manifeste qu'on a bien voulu le dire. Les facultés affectives du malade sont sans doute exagérées, mais à notre sens, ses tendances érotiques ne sont nullement exaspérées outre mesure ; elles sont celles de toute personne placée dans les conditions spéciales de vie que sont les siennes ».

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Un nouveau traitement des maladies infectieuses du système nerveux

La thérapeutique des maladies infectieuses et non spécifiques du système nerveux a été souvent et est encore l'objet de nombreuses théories. On a expérimenté de multiples traitements qui donnèrent parfois d'excellents résultats, mais qui, bien souvent aussi, furent inefficaces.

Ainsi ont été préconisés successivement la pyretothérapie (malaria et recurrento-thérapie, T. A. B.) les injections de lait, de soufre colloïdal, le vaccin antichancrelleux, les bromures, etc., etc..... mais en général tous ces traitements ont de sérieux inconvénients, qu'ils soient déprimants pour le malade par suite de réactions thermiques provoquées, que leurs injections soient douloureuses, ou bien enfin qu'ils se démontrent nettement insuffisants.

Cependant Von Economo a constaté que la médication iodurée ne présentait aucun de ces inconvénients et qu'en particulier l'iodure de sodium par voie injectable, existant dans le commerce sous forme de solution stabilisée à 5 % en ampoules de 10 et 20 c. c. (naïodine B) possédait une efficacité thérapeutique incontestable. C'est de ce produit dont nous nous sommes servis dans le traitement des maladies infectieuses du système nerveux non spécifiques : scléroses en plaques, maladie de Parkinson, encéphalites, névrites périphériques.

Les quelques observations que nous allons présenter ont été prises sur des malades que nous avons revus périodiquement depuis leur guérison ou leur amélioration. Nous avons laissé, à dessein, de côté les observations très intéressantes de malades traités trop récemment ou perdus de vue par nous depuis leur traitement.

Ajoutons que la méthode originale de Von Economo appliquée au traitement intensif des névrites, radiculites, encéphalites, etc... comporte l'emploi simultané de l'iodure et d'un lysat de staphylocoque et de prodigiosus, qui a été réalisé et préparé en France sous le nom de staprolysat sous forme d'injections intramusculaires indolores ne donnant ni fièvre ni réactions.

Pour réaliser cette thérapeutique intensive, on injecte d'abord la naïodine B *dans la veine* puis, immédiatement après dans le muscle, le contenu d'une ampoune numérotée de staprolysat intramusculaire.

Observation I. — Mlle Dup..., 37 ans, ménagère, *sclérose en plaques*.

Depuis 1923, sensation pénible de fatigue, de gêne fonctionnelle des membres, évoluant par poussées, durant quelques mois, puis s'atténuant. En 1928, vertiges, maladresse des mouvements ; le travail devient impossible.

Examen le 20 février 1929.

La raideur des membres inférieurs rend la marche difficile et tâtonnante. Tous les signes de paraplégie spasmodique, mais plus accusés à droite : clonus du pied et de la rotule, exagération des réflexes, signe de Babinski. Réflexes cutanés abdominaux abolis.

Réflexes tendineux vifs également aux membres supérieurs.

Pas de troubles de la sensibilité.

Dysmétrie plus nette aux membres du côté gauche. Adiadococinésie.

Tremblement intentionnel des extrémités.

Nystagmus dans le regard latéral droit.

L'œil droit converge mieux que le gauche.

Baisse légère de l'acuité visuelle.

P. L. W. négatif (ainsi que dans le sang).

Albumine 0 gr. 22.

Deux leucocytes.

Traitement le 4 février 1929. Première série de douze injections de naïodine B à 20 c.c. La série est à peine terminée que la malade peut se lever et marcher assez facilement. Elle aide sa fille à de menus ouvrages et, à sa grande surprise, n'a plus de tremblement, et ne laisse plus échapper les objets.

Les vertiges, la fatigue persistent encore quelque temps. Les réflexes demeurent vifs, cutané plantaire en extension à gauche. Le

nystagmus persiste. En somme, grande amélioration portant surtout sur les signes cérébelleux.

Deuxième série. Un mois après, les signes cérébelleux ont disparu. la fatigue revenue persiste encore quelque temps, la malade a repris ses occupations.

Revue le 13 juin 1930, la malade va bien, elle se plaint seulement, et par moments, de fatigue à la marche.

Observation II. — Ang..., 23 ans, étudiant Yougoslave. *Sclérose en plaques.*

Examiné le 4 mars 1929.

Début des symptômes, le 24 février 1929, par une sensation d'engourdissement de la jambe droite, avec fourmillements. Peu à peu faiblesse de la jambe gauche et douleurs à la base du thorax du côté gauche.

La marche est impossible, au moment de l'examen, les mouvements actifs nuls au membre inférieur gauche, difficiles à droite. Légère contracture.

Réflexes rotuliens vifs des deux côtés.

Réflexes achilléens : vif à gauche.

Extension de l'orteil bilatérale.

Trépidation épileptoïde des deux pieds.

Troubles de la sensibilité :

Anesthésie au tact et à la piqûre dans la moitié gauche du corps, remontant jusqu'à D2.

Anesthésie au chaud et au froid aux membres inférieurs, mais à gauche ces sensations provoquent une vive douleur.

Aucun signe cérébelleux net à ce moment.

Quelques troubles urinaires qu'on attribue à une cystite blennorragique récente

La radiographie de la colonne vertébrale ne révèle aucune anomalie.

Hecht, Wassermann et Calmette négatifs dans le sang.

Wassermann, Calmette, Takata, négatifs dans le liquide céphalorachidien.

Le 15 mars on institue un traitement pyretothérapique par le T. A. B. intraveineux, méthode Vincent.

Ce traitement semble accélérer tout d'abord l'évolution de la maladie : outre les signes déjà observés, on note des crampes, des fourmillements aux membres inférieurs et à la main droite.

Cutanés abdominaux abolis

Réflexes vifs et polycinétiques.

Nystagmus dans le regard latéral droit.

Secousses fibrillaires de la langue.

Gêne marquée de la parole.

Parésie faciale droite.

Cette aggravation dure jusqu'au 15 avril. A ce moment on établit un traitement à la naïodine B et les troubles commencent peu à peu à s'atténuer ; le 20 mai suivant l'amélioration est évidente.

Deuxième série de naïodine B.

Il quitte Paris le 14 juin 1929.

Examen à son départ.

La marche est normale

La force musculaire excellente.

Les réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs sont toujours un peu vifs.

Cutanés plantaires en flexion.

Le nystagmus latéral droit persiste.

La parole est redevenue facile.

Il persiste encore une bande d'hypoesthésie thermique à gauche de D6 à D10.

Malade revu le 30 mars 1930.

L'amélioration se maintient. Aucun trouble subjectif, sauf parfois un peu de pesanteur de la jambe droite.

Motilité normale. Il semble qu'il y ait une zone d'hyperesthésie légère dans la zone où, le 14 juin, il y avait anesthésie au chaud et au froid. Quelques secousses nystagmiques. Aucun autre trouble. En somme, guérison apparente.

Observation III. — M. Top..., Jean, 24 ans, boulanger. *Encéphalite.*

Soigné en 1924 pour encéphalite avec somnolence, tremblement.

Etat stationnaire jusqu'en juillet 1928. A cette époque reprise de la torpeur, les mouvements sont de plus en plus lents, la parole est embarrassée. Légers troubles mentaux.

Examiné en octobre 1928.

A la suite de quelques injections intraveineuses de naïodine B on voit la torpeur et les troubles mentaux disparaître, la parole est plus facile, les mouvements moins lents. Un peu de maladresse encore dans les doigts de la main ; néanmoins, il reprend peu à peu son métier.

En février 1929, une reprise de symptômes commande une deuxième série de naïodine B. Amélioration identique.

Depuis nous avons revu le malade en juin 1930. La torpeur semblait vouloir réapparaître Nous avons fait une nouvelle série de naïodine B et depuis pas de reprise de symptômes.

Observation IV. — Mme Vinc..., Marie, ménagère, 48 ans *Parkinson post-encéphalitique.*

A eu en 1921 l'encéphalite léthargique.

En 1923, elle constate qu'elle est atteinte d'un baillement presque continu, elle ne peut prononcer une parole sans bailler. Peu après, fin 1923, elle constate un tremblement dans le membre supérieur droit.

Fin 1928, après avoir subi de nombreux traitements, elle nous est envoyée et nous voyons une malade :

Facies complètement figé.

Parole lente.

Léger tremblement du membre supérieur droit.

Démarche compassée.

Enfin et surtout baillement continuel analogue à un tic

Le tremblement des membres supérieurs droit et gauche sont bien mis en évidence lors des mouvements volontaires.

Réflexes tendineux exagérés, surtout du côté droit.

Il faut noter aussi un léger exorbitisme.

Traitement à la naïodine B, 5, 10, 20, 30, 40 cc., repos cinq jours, puis on recommence, repos cinq jours et nouvelle série (intraveineuses).

Une huitaine de jours après les baillements semblaient diminuer d'intensité.

Reprise d'une deuxième série analogue à la première deux mois après. La malade voit son tremblement et ses baillements disparaître presque complètement En effet il lui faut des surprises vives ou des émotions pour que ces symptômes réapparaissent.

Troisième série, décembre 1928

Quatrième série, mars 1929

Revue en janvier 1930 La malade nous déclare être très bien, n'avoir plus ni baillements, ni tremblements intentionnels. Cependant, elle se plaint toujours de son facies figé et de la fixité de son regard.

Les observations ci-dessus démontrent que la naïodine B permet d'obtenir des résultats concluants. En effet le malade de l'observation III, à la suite de traitements préalablement institués, avait éprouvé une légère amélioration : celle-ci fut incomparablement plus nette et plus rapide à la suite du traitement institué par la naïodine B.

Ces quelques notes nous permettent de constater que la naïodine B est un agent thérapeutique remarquable dans les maladies infectieuses du système nerveux à leur début. Il faut toutefois noter que dans ce cas les résultats ne sont obtenus que lorsque les lésions, à leur début, sont récemment ou incomplètement fixées. Sur des lésions trop profondément ancrées, la naïodine B ne permet plus d'obtenir les mêmes résultats.

Pour traiter ces lésions et dans les cas rebelles, il est alors particuliérement efficace d'associer l'action de la naïodine B au traitement par les injections du vaccin neurotrope, le staprolysat.

De toute façon cependant le traitement par la naïodine B est à mettre en œuvre sans hésitation, car il permet tout au moins d'enrayer l'évolution des lésions cérébrales médullaires ou nerveuses.

Grâce à la naïodine B on peut en outre instituer un traitement ioduré, avec intensité maxima, car ce produit est remarquablement toléré et ses injections (intra-veineuses) complètement indolores, sont. dénuées de toutes réactions secondaires locales ou générales.

« Les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires comprennent actuellement 153 établissements, parmi lesquels on compte 31 sanatoriums d'altitude. Ils se repartissent ainsi :

77	sanatoriums publics ou assimilés.	13.585 lits.
37	— populaires agreés.	3.210 —
39	— privés	2.300 —
153		19.095 lits.

Si nous comparons cet armement antituberculeux avec celui dont nous avons publié la liste l'année dernière , on constate l'effort considérable qui a été réalisé au cours de la présente année ; il se traduit par l'organisation de 35 nouveaux sanatoriums, qui comportent une augmentation de plus de 6.000 lits. » (G. Poix. — Les sanatoriums privés pour tuberculeux pulmonaires. *Paris Médical*, 7 janvier 1933).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Autour de l'exposition rabelaisienne. — *M. Léon Daudet écrit dans l'*ACTION FRANÇAISE (18 février 1933) :

Combien sommes-nous en France, en dehors des érudits (une dizaine), qui connaissent sans doute Rabelais mieux qu'il ne se connaissait lui-même, combien sommes-nous de profanes à le lire et relire, par morceaux, une fois dans l'année ? Il est difficile de le conjecturer, car nous n'avons pas les listes des acheteurs des grandes et magnifiques éditions publiées de lui, ou à son sujet, surtout depuis une trentaine d'années. M. Lazare Sainéan, qui a écrit un beau livre sur l'*Influence et la Réputation de Rabelais*, et connaît la langue de la Renaissance, hélas ! appauvrie de nos jours, comme personne au monde, pourrait peut-être nous renseigner là-dessus. Atteignons-nous le millier ? J'en doute fort. Les femmes ne lisent pas Rabelais, qui fut, pour elles, si peu galant. Les médecins ne le pratiquent guère — du moins à ma connaissance — en quoi ils ont tort, car certaines de ses vues médicales vont très loin. Certains ecclésiastiques le connaissent fort bien, en raison même de ses débats avec les autorités ecclésiastiques de son temps et des déconvenues qu'il a données aux réformateurs, notamment à Calvin. De même que certains prêtres, cités dans les ouvrages spéciaux connaissent à fond Diderot, dont la nature présente certaines analogies avec celle de Rabelais, qui employa, pour la première fois le terme « Encyclopédie ». Restent les « gens dans les coins » de Flaubert, qui pratiquent et savourent Rabelais sans en parler, achètent ce qui le concerne et écoutent, à travers le silence de leurs rues provinciales ou de leurs routes campagnardes, le rire formidable, inextinguible — tenant de la bourrasque et de l'éclaircie — du grand Chinonais.

Le cher Rabelais n'était certes pas beau. Les quelques représentations — reproduites au catalogue — que nous avons de lui témoignent d'une assez pauvre bobine, barbue, moustachue, avec un nez de poivrot, parbleu ! et un regard assez inquiet. En dépit de sa « polygélasmie », en bon français, de sa rigolade censée perpétuelle, il vécut souvent en cachette, traqué par une foule d'ennemis puissants, qu'il dépiautait, avec sa plume, comme des lapins, sans les haïr, cela se sent, mais qui lui voulaient mal de mort. A chaque nouvelle publication d'un tome de sa « Comédie humaine », *Pantagruel* ou *Gargantua*, il était cafardé par la foule immense des Putherbe de froc ou de robe courte, par tous les petits Goyau goyautant de l'époque, qui détachaient *ad limina* coursiers sur coursiers, signalant les motifs de le griller par devant et par derrière, qui en effet, ne manquaient pas. Le Roi François avait commis à sa sauvegarde le cardinal du Bellay, qui, de temps en temps, le menait à Rome, convaincu qu'en voyant sa bonne face d'homme, et en écoutant ses propos, le Saint-Père lui-même accorderait indulgence. Mais à peine était-il revenu, que la cabale, à l'occasion de la nouvelle publication, aussi irrévérencieuse que les précédentes, recommençait. Il était de ceux que la réalité obsède au point qu'ils ne peuvent la taire et qui traduisent leur désillusion ou leur irritation, même au péril de leur liberté et de leur vie.

C'est ce côté de la biographie rabelaisienne que les érudits dont je parle n'ont fait encore qu'effleurer. Je ne crois pas du tout que Rabelais ait été un athée militant, et il dépasse le matérialisme de son temps de plusieurs coudées, car sa grossièreté même a la tête levée, et il sublimise jusqu'à l'ordure. Mais, enivré de science médicale, il croyait, comme ceux du temps, adonnés à la toute nouvelle dissection anatomique, trouver, dans le cadavre, le secret de la vie. Il y a cinquante ans, aux débuts de l'histologie, un chercheur comme Ranvier ou comme le père Charles Robin (le vrai, le seul) nourrissait des illusions de ce genre. Broca et Charcot s'imaginaient bien localiser le verbe, ce qui n'est pas plus comique que Descartes, cent ans après *Pantagruel*, localisant l'âme !

Un scandale qui s'évapore. — Questions :

L'enquête sur le scandale de l'internat n'est-elle pas, en fait, close ?

Les sanctions annoncées ne se bornent-elles pas à une petite demi-douzaine de pelés, de galeux, à qui on interdit de se présenter ?

A part cela, tout le monde est donc innocent ?

Et faudra-t-il faire une promotion spéciale de la Légion d'honneur pour les professeurs que l'on avait soupçonnés ?

Les premières révélations qui avaient été faites, officiellement, et qui parlaient de plus de cent copies frauduleuses, étaient donc mensongères ?

Après les questions, un dilemme :

Ou bien l'enquête a été une comédie, et l'on se moque à la fois de l'honnêteté et du public.

Ou bien il n'y avait qu'une demi-douzaine de brebis galeuses, et alors l'arrêté qui a annulé le concours doit être rapporté.

On ne comprendrait pas qu'une mesure aussi grave que l'annulation du concours de l'internat puisse être maintenue si l'on veut prétendre aujourd'hui qu'il n'y a pas de scandale. (*Le Quotidien*, 8 février 1933.)

L'Administration nous communique les dernières résolutions du Conseil de surveillance, qui confirment malheureusement tout ce que nous avons annoncé.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a continué hier matin l'examen des cas relatifs aux incidents du concours de l'Internat.

Ce Conseil a émis l'avis qu'il y a lieu d'écarter du prochain concours un certain nombre de candidats reconnus comme ayant violé la règle de l'anonymat.

On sait qu'il appartient à M. Mourier, directeur général, de prendre les décisions concernant ces cas.

Ainsi donc, c'est bien une demi-douzaine de candidats réputés malhonnêtes qui porteront un préjudice grave à l'ensemble de leurs camarades qui n'ont rien à se reprocher.

Quant aux professeurs complices de fraudes, il n'en est pas — et il n'en sera probablement jamais — question. (*Le Quotidien*, 10 février 1933.)

En consultation chez le docteur Destouches (Céline). *M. René Miquel, voulant connaître le Docteur Destouches, est allé le consulter à son dispensaire de Clichy et raconte sa visite dans* Je Suis Partout (18 février 1933) :

..... Dans la grisaille clichienne, la petite rue Fanny se flanque d'un bâtiment tout neuf et bien sympathique avec ses briques ocres et son soubassement de pierre : le dispensaire du Docteur Destouches. Une inscription émaillée sur une porte me renseigne : *Médecine générale tous les jours à 17 heures.*

Après les formalités d'inscription, une infirmière me remet un numéro d'appel. La consultation commence. Dans l'attente de mon tour, je m'assieds sur une des chaises de jardin qui meublent la salle. J'ai tout loisir pour examiner la clientèle du Docteur Destouches ; elle peut se diviser assez exactement en pauvres gens, sales gens, braves gens. Pourquoi l'écrivain ignore-t-il ces derniers ?

« Le 19 ! appelle une infirmière.

— Voilà ! »

Malade anonyme au torse nu, me voici donc devant le Docteur Destouches. En blouse blanche, assis devant son bureau le docteur écrit. Qu'écrit-il ? Des chiffres sur un chèque. Sans lever les yeux, d'une voix mi-rude, mi-douce, il m'invite :

« Asseyez-vous Monsieur, j'en termine. »

J'observe le visage aux paupières baissées. Rien ne frappe, ni dominantes, ni caractéristiques. Si l'œuvre de cet homme ne m'avait permis de pénétrer un peu de son âme, je ne trouverais même pas significatives les deux parenthèses dégoûtées qui encadrent une bouche normale. Seul, peut-être, le front, que rien ne sépare du crâne, paraît vaste.

« Que ressentez-vous, Monsieur ? »

Je me plains de maux vagues.

« Quel métier exercez-vous, Monsieur ?

— Peintre en bâtiment, dis-je au hasard...

— Sans doute, Monsieur, n'avez-vous pas de travail, de là des soucis, des ennuis ?...

— Il y a de ça... »

Mais le Docteur Destouches se lève, vient à moi, m'ausculte : il accomplit cette opération avec conscience. Puis son diagnostic établi, très près de moi, me dominant de la tête, dans une attitude d'hypnotiseur, il détache :

« Pas de vin, pas de café, pas de liqueurs, peu de pain — c'est mauvais le pain. Mangez des biscottes, Monsieur, et je vais vous faire une ordonnance ».

En me la tendant, deux minutes après, le Docteur Destouches ajoute :



« Avec cela, tout ira mieux. Revenez me voir dans huit jours... Au revoir, Monsieur ».

Et le père de Bardamu, dans l'attente du malade suivant, attire son carnet de chèques, saisit son porte-plume, le même peut-être qui truffa de m.... et de c.. un texte déjà assez fort en odeur.

Vous m'avez déçu, Monsieur Céline...

Car vous êtes bien élevé, Monsieur Céline, et fort poli.

Souvenirs bretons sur Flaubert. — *Les Nouvelles Littéraires.*

Quelques souvenirs étaient demeurés à Concarneau du séjour de Flaubert.

Comme, en 1924, nous interrogions le peintre concarnois Alfred Guillou : « Flaubert ? — dit-il — je me le rappelle vaguement. Grand, fort, la figure très rouge, il portait toujours une cravate plus rouge. » Auguste Dupouy qui est Concarnois (on connaît ses beaux travaux sur les pêcheurs bretons) se souvient aussi que son père lui avait parlé de la cravate rouge de Flaubert.

En 1908, le Docteur Lagriffe, médecin aliéniste à Quimper, prit l'initiative de faire apposer à Concarneau sur l'Hôtel Sergent (devenu Hôtel des Voyageurs) une plaque portant cette inscription : « En souvenir du séjour de Gustave Flaubert à l'Hôtel Sergent, en 1875. 27 avril 1908 ». La date de l'apposition de la plaque fut choisie à dessein ; car le 27 avril était la fête de saint Polycarpe, date à laquelle ses intimes avaient coutume de souhaiter sa fête. Comme le Docteur Lagriffe finissait son discours devant la plaque, une femme, portant la coiffe de Concarneau, s'approcha de lui et lui dit : « *Monsieur, je suis une des demoiselles Sergent ; je me souviens bien de M. Flaubert, il usait beaucoup de bougies.* »

Le Rabelais-Club. — *Les Nouvelles Littéraires.*

La première société de rabelaisants qui ait été fondée dans le monde, le fut non pas à Paris, mais à Londres : c'était le *Rabelais-Club*, qui dura de 1880 à 1889.

De nos jours, Ruydard Kipling considère Rabelais comme le premier de nos auteurs, et la Société des études rabelaisiennes compte parmi ses membres beaucoup de savants britanniques.

Montaigne et le vin. — *Journal des Débats (Henri d'Alméras).*

A propos du quatrième centenaire de sa naissance, le 28 février 1533, on étudiera Montaigne par bien des côtés. Il faut espérer qu'on ne négligera pas le côté en quelque sorte vinicole d'un écrivain qui fut le fils d'un marchand de vins, qui fut maire de Bordeaux, et qui, dans son domaine, posséda, j'aime à le croire pour lui, quelques vignes bien exposées au soleil.

Sans être un lecteur assidu de la Bible, à laquelle il semble avoir préféré les œuvres de Cicéron ou de Sénèque, il connaissait sans doute le passage où les saints livres affirment que « le bon vin réjouit le cœur de l'homme » et peut-être aussi celui de la femme, mais, personnellement, il ne paraît avoir usé que très discrètement d'une boisson si appréciée. Il trouvait très louable l'opinion de Platon qui interdisait aux enfants ce liquide trop généreux et il n'hésitait pas à déclarer que les vieillards doivent s'en abstenir résolument, sinon joyeusement, et que, même quand on est jeune ou d'âge mûr, on ne doit en boire qu'avec modération, et il ajouterait presque : le moins possible, mais il n'ose pas, étant du Midi.

En somme, ce sont les préceptes d'un homme qui n'avait pas une très bonne santé et qui fuyait les excès. Ceux des autres, malgré ses bons conseils, l'inquiétaient beaucoup moins. Dans un de ses voyages à la cour, pendant qu'il était maire, il trouva très naturel de recevoir vingt tonneaux de vin que lui expédiaient les jurats de Bordeaux pour faire des présents à de grands seigneurs favorables aux intérêts de la ville. Voilà bien, quoiqu'il s'agisse en l'espèce de tonneaux, ce quo'n peut vraiment appeler des pots de vin.

« Il y a eu de tout temps des charlatans. Il y en a aujourd'hui plus que jamais, et Dieu veuille que le nombre n'en augmente pas pour le salut public ». Cette phrase, écrite, il y a deux siècles et demi par Pierre Dionis, chacun de nous peut encore de nos jours la faire sienne, car ne s'est point réalisé le vœu du célèbre professeur de chirurgie au Jardin Royal.

(Lévy-Valensi. La médecine et les médecins français du XVIIe siècle. Un vol., 1933. J. B. Baillière, édit.)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

Fondé en 1873. — N° 9 LE NUMÉRO : 50 Centimes 4 MARS 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 1er mars. — M. BERNARD. Traitement des séquelles des contusions articulaires des entorses banales. — M. WEISSMAN. Contribution à l'étude de la maladie de de Quervain (endosynovite chronique sténosante).

2 mars. — M. DE GINESTET. Technique de la gastro-suspension par le procédé de Lambret. — M. BALTHAZARD. Contribution à l'étude de la bilharziose vésicale.

3 mars. — M. METZQUER. Des cataractes congénitales des animaux comparées à celles de l'homme. — M. UHRY. Les paralysies diphtériques. Etudes expérimentales anatomo-pathologiques et pathogéniques.

Lyon. — Le concours ouvert le lundi 20 février pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'est terminé par la désignation de M. le Docteur Henri Gardère.

Société française d'ophtalmologie. — Le quarante-sixième Congrès de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à Paris le 28 juin et jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par M. Morax sur les *Conjonctivites folliculaires.*

Une visite de la Cité universitaire, une promenade à la Vallée-aux-Loups et un banquet à Versailles auront lieu le mardi 27 juin.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général Docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (7e).

Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques. — *Cours de perfectionnement* (Pâques 1933, 1er mai au 15 mai), sous la direction de M. le Professeur Maurice VILLARET : La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 1er mai 1933, à 9 heures, à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), avec la collaboration de MM. Henri BÉNARD, Henry BITH, François MOUTIER, SAINT-GIRONS, L. JUSTIN-BESANÇON, WAHL, Jean BOURGEOIS et Roger EVEN.

Il aura lieu régulièrement : le matin, à 9 heures ; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 heures. Il comprendra trente-six leçons, et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit des malades et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice VILLARET et le Docteur Henry BITH, avec le concours du Docteur BRUNET.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'études hydrologiques sera organisé les 13, 14 et 15 mai, à Vichy, où auront lieu les deux dernières leçons du programme. — Les élèves de ce cours — et des autres enseignements de perfectionnement que la chaire d'hydro-climatologie thérapeutique organisera pendant l'année — et qui seraient désireux de participer à ce voyage, sont priés de s'inscrire à l'avance au Laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du séjour à Vichy. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Le droit d'inscription à verser est de 200 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Chaque année aura lieu un cours semblable à la même époque. Il sera complété par un autre enseignement de vacances, du 19 juin au 3 juillet 1933, portant sur la thérapeutique médicale et hydrominérale des maladies rénales, vasculaires et humoro-végétatives.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris (Ecole pratique).

Ligue française contre le rhumatisme (Secrétariat-trésorerie : 3, avenue du Président-Wilson, Paris.) — L'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le lundi 13 mars 1933, à 16 h. 30, au Musée social, 5, rue Las-Cases, à Paris (VIIe).

Ordre du jour : *a*) Réunion du bureau; *b*) réunion scientifique : la chrysothérapie dans le traitement des rhumatismes.

Cette assemblée générale sera précédée, le matin d'une réunion clinique (avec présentation de malades) qui aura lieu, à 10 heures, chez M. Grenet, à l'hôpital Bretonneau (2, rue Carpeaux).

Hommage au Docteur Dequidt.— Lundi 20 février a eu lieu au Palais d'Orsay, le banquet offert au Docteur Dequidt, inspecteur général des Services administratifs au ministère de l'Intérieur, à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur. Au cours du banquet lui fut remise une plaquette de bronze, œuvre du sculpteur Jean Martel, reproduisant ses traits et ses titres.

Le banquet comptant 150 convives fut présidé par M. Justin Godart, ancien ministre de la Santé publique et par M. Plytas, inspecteur général, représentant M. Chautemps, ministre de l'Intérieur.

Le Docteur Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, président du Comité d'organisation, commença la série des discours et donna successivement la parole aux médecins du Nord (Docteur Paul), aux Colonies de vacances (M. Vimard), aux Syndicats médicaux (Docteur Cibrie), à la Société de médecine publique (Docteur Dujarric de la Rivière), à la Presse médicale internationale (Docteur Landowsky), à l'Umfia (Docteur Dartigues), aux diplômes d'hygiène Professeur Rochaix), au Mouvement sanitaire (Docteur Briau), aux amis personnels (Docteur Molinéry), au Conseil municipal de Saint-Germain-en-Laye (M. Bonnin, maire), à M. le député Chatenay, à M. Plysac au nom de l'Administration.

Le tout couronné par une belle allocution de M. Justin Godart.

Cette manifestation en l'honneur d'un homme qui a dépensé sans compter son activité bienfaisante dans les domaines sociaux les plus divers a eu toute la réussite qu'elle pouvait espérer.

Union médicale latine.— Le dîner en l'honneur du vingtenaire de la Fondation de l'Umfia est fixé au mardi 14 mars, à 20 heures précises, au Palais d'Orsay, sous la haute présidence de M. le Ministre Georges Leygues, et sous la présidence de M. le Professeur Bezançon.

La liste des inscriptions sera close le 10 mars. Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au bureau de l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e).

Les journalistes médicaux. — *L'Association professionnelle des journalistes médicaux français* au cours de sa récente assemblée générale, a modifié comme suit son bureau pour 1933 : président, M. J. Noir ; vice-présidents, MM. P. Boudin (de Paris) et J. Camescasse (de Saint-Arnoult, Seine-et-Oise) ; secrétaire, M. A. Garrigues ; secrétaire adjoint, M. R. Molinéry ; trésorier, M. L. Mathé ; Conseil d'administration, MM. G. Duchesne (de Paris) ; J. Sarradon (de Marseille) et G. Lemoine (de Lille).

— *La Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français* a son bureau ainsi composé pour 1933 : président, M. G. Paul Manceau ; vice-président, M. J. Minet (de Lille) ; secrétaire, M. A. Bouland ; secrétaire adjoint, M. J. Crouzat ; trésorier, M. A. Garrigues ; administrateurs, MM. G. Duchesne ; M. Poumailloux et H. Signoret.

Nécrologie. — Docteur Antoine Barban, de Chazelles-sur-Lyon (Loire), décédé dans sa 75e année. — Docteur P. Dolbeau, de Neuilly-sur-Seine. — Docteur Georges Gateau, de Mordelles (Ille-et-Vilaine). — Docteur Jean Hutinel, de Paris, 7, rue Bayard (VIIIe), professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux. — Docteur Nicol, d'Auray (Morbihan), mort subitement au volant de son auto. — Docteur Privat, de Chaville (Seine-et-Oise). — Docteur Jules Solmon, de Cambrai. — Docteur Tassain, de Clichy (Seine). — Docteur Paul Vaudet, de Paris, 10, rue de Rivoli, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Bon-Secours, décédé à l'âge de 55 ans. — Docteur Vitoux, syndic de l'Association des journalistes républicains, rédacteur au *Petit Parisien*. — Docteur Edouard Julia, rédacteur au *Temps*.

« Ni *Code de déontologie*, ni *Ordre des médecins*, ni *Chambres de discipline* ne pourront donner une conscience à ceux qui n'en ont pas ou dont la conscience est en caoutchouc ». (Professeur Sergent. — *Conférence faite à la Faculté de médecine de Paris*, mai 1930.)

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique médicale. (Publiée sous la direction du Professeur M. Loeper). V. *Peau, syphilis et cancer*, par MM. M. Loeper, G. Milian, L. Bory, Cl. Simon, A. Sézary, Ch. Flandin, H. Gougerot, M. Villaret, G. Roussy, E. Schulmann, R. Proust, E. Peyre, H. Rubens-Duval, Th. Alajouanine. Un volume de 404 pages, 50 francs. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Les différents chapitres qui constituent ce cinquième volume de la « Thérapeutique médicale » du professeur Loeper bien qu'écrits par des auteurs et des spécialistes différents, et malgré leur diversité même, forment un tout homogène. Ils sont imprégnés tous en effet, d'une même idée directrice et tendent vers un même but : donner au médecin les éléments d'une thérapeutique simple, mais raisonnée où s'associent à la fois la *chimie*, la *physiologie* et la *pharmacodynamie*.

Maladies de la peau. — Elles sortent du domaine étroit où elles étaient enfermées pour entrer dans celui de la pathologie générale. Les voies de pénétration externe des agents irritants sont connues, les notions d'infection, les réactions cutanées par voie humorale, les répercussions générales, celles d'anaphylaxie et d'allergie, sont venues modifier nos conceptions pathogéniques, et aussi éclairer parfois les maladies générales et leur diagnostic. La « Glande cutanée » ne sert pas seulement à la sécrétion externe et à l'élimination, mais aussi à la sécrétion interne, endocrinienne. Les réactions s'associent à celles des autres glandes et en dépendent souvent.

La *syphilis* joue dans le déterminisme des affections nerveuses glandulaires et artérielles un rôle à ce point primordial, qu'il n'est pas une maladie d'organe où le traitement ne puisse être discuté. Les découvertes cliniques ont introduit des corps nouveaux, ignorés presque il y a quelques années et dont l'emploi s'est généralisé et imposé, réglé qu'il est par les réactions humorales. Mais les indications varient suivant qu'on doit prévenir ou guérir la syphilis, traiter un état aigu ou héréditaire, une détermination précoce ou tardive, une réaction diffuse ou une gomme, une localisation nerveuse ou artérielle.

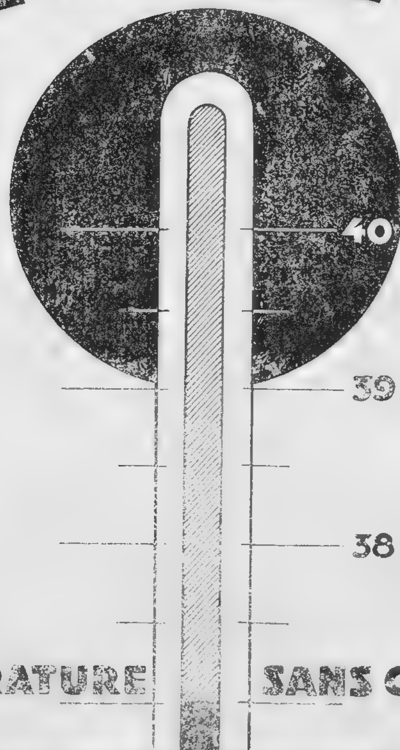
Le cancer. — Ces études sur les cancers montrent quels sont nos moyens thérapeutiques sur cette maladie, quelle est leur valeur, quels espoirs la chimiothérapie, la physiothérapie et la biothérapie ont fait naître, sur quelles bases nous pouvons actuellement fixer nos connaissances.

Précédemment publié : I. Maladies du tube digestif (1930), 50 francs — II. Aliments médicaments (1930) ; 45 francs. — III. Maladie du foie et des glandes endocrines de la nutrition (1931) ; 50 francs. — IV. Poumons et tuberculose. Un volume de 380 pages (1932) ; 50 francs.

L'Aérophagie et son traitement, par Félix Ramond et J. Dimitresco-Popovici, avec la collaboration de H. Dany. Un volume de 132 pages avec 10 figures (Collection médecine et chirurgie pratiques, no 58). 17 francs. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

C'est un syndrome morbide très complexe et très discuté. La notion de cette maladie date d'une époque lointaine, mais il faut arriver aux auteurs contemporains pour trouver, avec le développement de la radiographie, une étude d'ensemble sur la question.

C'est principalement à la description des auteurs français que la maladie doit son existence clinique. Le Docteur Félix Ramond n'y aura pas pour peu contribué, aussi son expérience clinique en la matière est-elle importante.


40
39
38

Ce petit livre écrit en collaboration avec le Docteur Dimitresco Popovici, de Bucarest, est une mise au point complète et pratique de cette affection fréquente. Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique.

Les fonctions gastro-duodénales. Moyens d'exploration, par J. Dimitresco-Popovici. Préface de Félix Ramond. Un volume de 250 pages, 28 francs. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

La continuité anatomique entre l'estomac et le duodénum fait que l'étude des fonctions de ces deux organes ne peut-être envisagée séparément.

De même en parlant des fonctions duodénales, on ne peut passer sous silence leur corrélation avec les fonctions hépatiques et pancréatiques ainsi que leurs voies d'excrétion. C'est pour ces raisons que dans cette étude sur l'ensemble des fonctions gastriques et duodénales, l'auteur a recherché également la valeur sécrétoire du foie et du pancréas et le mécanisme d'excrétion de ces organes.

Dans la première et la seconde parties sont rappelées les notions anatomo-histologiques nécessaires à toute étude physiologique pour aborder ensuite le développement des fonctions stomacales et duodénales. En dehors des opinions cliniques, l'auteur donne le résultat des recherches les plus récentes et de ses travaux personnels.

Il est arrivé en effet à mettre en valeur la fonction excrétante de la muqueuse de l'estomac et du duodénum, qui explique de nombreux faits de la pathologie générale et digestive ; et, d'autre part, il insiste sur l'importance du muscle duodénal dans le mécanisme du vidage de la vésicule biliaire.

Le duodénum tant au point de vue vidage qu'au point de vue infection des voies biliaires et pancréatiques, est la clef de la physiologie du carrefour sous-hépatique.

Dans un troisième chapitre, l'auteur fait une description des moyens d'investigation de ces fonctions gastro-duodénales : après une courte revue sur l'exploration radiologique, il donne les notions de l'exploration endoscopique (gastrocopie et gastro-photographie), ainsi que les résultats auxquels on est en droit de s'attendre.

Il s'arrête plus longuement sur l'exploration de la sonde gastro-duodénale, sur l'examen micro- et macroscopique, et spécialement sur l'examen chimique des liquides récoltés au niveau de ces organes.

Comme l'on ne peut faire de bonne clinique gastrique sans connaître à fond la physiologie si particulière de l'estomac, la lecture de ce travail écrit par un chercheur doublé d'un clinicien, sera d'un intérêt capital.

L'Ankylostomose, par Ch. Garin, J. Rousset et B. Gonthier. Un volume de 128 pages avec 56 figures, 36 francs. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Depuis plus de quatre ans, les auteurs de ce livre s'occupent d'une façon pratique de l'ankylostomose dans le bassin houiller de la Loire. Ils ont pris connaissance de la bibliographie considérable qui existe sur cette question, ils ont eu à résoudre au jour le jour des difficultés pratiques, ce qui les a amenés au cours d'une ober vation très étendue à récolter des faits nouveaux. Ils ont enfin sur certains points, expérimenté largement, en terrain neuf.

Dans la description clinique de l'ankylostomose, les auteurs ont donné une image aussi objective que possible de cette maladie : telle qu'elle peut être observée aujourd'hui dans les mines françaises et ils ont apporté quelques précisions dans son diagnostic.

Ils ont surtout innové dans le chapitre de la prophylaxie et dans celui du traitement. Le lecteur y trouvera l'exposé des méthodes qui leur ont permis d'obtenir rapidement une régression considérable de l'ankylostomose dans le bassin de Saint-Etienne.

Partout où règne cette maladie, et spécialement dans les pays chauds, a même technique pourra être appliquée avec le même succès.

Monatsschrift für Krebsbekämpfung. Mensuel. Abonnement : 3 mois : RM : 3 fr. 60 ; le numéro, RM : 1 fr. 40, J.-F. Lehmann, éditeur, Münich.

Cette nouvelle revue dont le premier numéro a paru en janvier comporte des articles originaux, des revues d'ensemble, des analyses des travaux parus dans le monde entier et une bibliographie très complète.

Traitement indolore des fractures, par le Docteur Blanchard. (Doin et Cie, éditeurs, 6, place de l'Odéon, Paris. Prix : 225 francs.)

Le traitement des fractures est encore dirigé d'après des formules surannées et à peine modifiées depuis un siècle. Toutefois, une réaction, à tendance chirurgicale, se fait jour depuis quelques années ; elle est beaucoup plus violente et hors de proportions avec les résultats obtenus.

Lauteur aborde résolument la question d'une façon différente de celle des livres classiques ; il supprime ces descriptions de fractures sous le parrainage d'un homme illustre, comme ne correspondant pas strictement à la vérité, car les types de fractures sont infinis.

Il ne parle pas d'appareils compliqués qu'on n'a jamais sous la main en temps opportun, de bibliographie encombrante et inutile.

Il étudie chaque lésion en particulier, variétés et sous-variétés mises en relief par des radios et des schémas : leur combinaison constitue pour une région donnée des centaines de types de fractures différentes.

Les procédés de réduction par une méthode personnelle rendent le traitement absolument indolore, sans anesthésie d'aucune sorte.

L'appareillage est simplifié et méticuleusement étudié.

La guérison est ainsi obtenue sans douleurs pour le patient, sans peine pour le praticien, dans 95 % des cas.

Cette méthode très simple est à la portée de tous.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du film à la classification radiologique de la tuberculose pulmonaire initiale

Par J. LAFONT

La radiologie pulmonaire est actuellement à un tournant dangereux (F. BEZANÇON).

Pourquoi la radiologie était-elle considérée jadis comme de valeur réduite dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début ? C'est, répond avec un délicieux humour W.-B. Davidson, pour deux raisons bien simples : il y avait d'une part la plaque (*the X-ray plate*), d'autre part le radiologiste (*the X ray man*) et cela suffit pour tout expliquer.

Il est évident que les hommes ont une foi solide dans le progrès puisqu'ils ne se sont point dégoûtés des daguerréotypes ; les médecins méritent d'être loués pour la constance avec laquelle ils ont eu recours à la radiographie ; en échange ils ont reçu des clichés indigents (*very poor*), dont on ne pouvait parfois même pas dire qu'ils n'étaient pas réversibles. Cela s'explique ; on photographie un poumon comme on photographie une personne ; c'est une question d'appareil, de technique et d'habileté. Un médecin n'est pas nécessairement un bon photographe, c'est certain ; mais il n'y a pas de motif sérieux pour qu'il ne le devienne pas. Les premiers appareils n'étaient pas parfaits, la technique était mal réglée. Il y a une question capitale de métier manuel. Voilà pour la plaque, quant au déchiffreur et au traducteur de films, le X-ray man, nous le retrouverons plus loin.

W.-B. Davidson a été l'un des premiers spécialistes qui ait accordé une importance capitale à la technique. Il a particulièrement insisté sur les points suivants : la distance qu'il porte à 6 pieds (1 m. 82), la puissance qu'il élève à 76 kilovolts sous 100 milliampères et le temps de pose qu'il abaisse à 1/10e et même à 1/20e de seconde. L'instantané offre des avantages considérables qui n'ont pas été suffisamment mis en relief.

Cette conception technique était également celle de Felice Perussia qui préconisait l'emploi d'appareils à grande puissance (*potentissimi*), de tubes à résistance spéciale, de la distance focale de deux mètres et de l'instantané à quelques centièmes de seconde ; c'est ainsi qu'on réussissait à obtenir les belles épreuves (*nitidi radiogrammi*) indispensables aux médecins. Le progrès était sensible sur les 80 centimètres réglementaires, le dixième de seconde et les quelque 30 à 40 milliampères de l'ampoule, qui correspondaient à la standardisation 1930 ; « naturellement, constatait mélancoliquement le radiologiste milanais, cette technique n'est pas la meilleure, bien qu'elle tienne compte des conditions dans lesquelles évolue habituellement la pratique des médecins phtisiologues ». L'avenir était aux grands instituts radiologiques, seuls capables de s'outiller à la moderne, sans tenir compte des frais supplémentaires.

Deux ans plus tard la question de la technique est reprise et développée, avec une ampleur sans pareille, dans un travail, qui marquera une date, le *Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire au début*, dû à la collaboration du brillant spécialiste de Montana, Jacques Stephani et de l'excellent radiologiste parisien, Maurice Marchal. Nous allons exposer en détail cette technique d'avant-garde, qui est destinée à influer profondément sur les conditions du diagnostic et même sur la conception des formes initiales.

***

Si la radioscopie est une exploration lumineuse qui s'éteint, le film est un document qui reste, se classe et s'étudie à loisir ; aussi importe-t-il qu'il soit, sinon parfait, du moins clair, net et complet ; affaire de bonne technique ; mais, avant d'exposer cette technique, il n'est pas inutile de savoir ce qu'on attend d'elle et de définir la bonne radiographie.

« Une bonne radiographie doit présenter une *répartition* égale, une *pénétration* suffisante, des *contrastes* permettant une lecture facile, une *finesse* suffisante, une grande *richesse* de détails et, enfin, des dimensions pas trop altérées... »

Parmi ces notions, dont quelques-unes sont nouvelles, la répartition est une impression d'ensemble ; le faisceau de rayons paraît s'être mal réparti, quand le film présente une inégalité des teintes générales ; le centre de la photographie, la région hilaire, semble trop traversé, tandis que les bords sont sous-exposés. Une bonne répartition se traduit au contraire par des contrastes égaux.

Les contrastes jouent un grand rôle ; une radiographie peu contrastée est mauvaise, parce qu'elle est difficilement lisible ; une radiographie trop contrastée est encore plus mauvaise, car les blancs ne contiennent plus de détails.

La finesse ou, si l'on préfère, la netteté est extrêmement importante, car seule elle permet une lecture correcte ; une radiographie floue est inutilisable.

La notion de richesse est basée sur l'anatomie radiologique pulmonaire normale. On considère un réseau principal, formé de grosses mailles irrégulières, et un réseau secondaire, composé de mailles fines, sensiblement égales entre elles. La netteté correspond à la visibilité des deux bords des mailles du réseau principal, la richesse à la visibilité du réseau secondaire.

La pénétration et la conservation des dimensions sont des notions suffisamment connues pour qu'il soit inutile de les définir.

Obtenir une bonne radiographie est une simple affaire de technique pour J. Stephani et M. Marchal ; il y a cependant plus qu'une simple technique, il y a une véritable méthode générale ; déjà les nombreuses publications personnelles de J. Stephani avaient jeté les bases essentielles de ce que nous considérons comme la doctrine radiologique de l'école de Montana.

La distance est le premier facteur qui commande la qualité d'un cliché ; pour peu que l'installation soit puissante, il faut prendre le chiffre de 2 mètres comme optimum ; les distances inférieures à 1 mètre donnent de mauvaises radiographies et ne peuvent donner autre chose. Une nouvelle méthode d'examen des films, pris à 6 pieds (1 m. 82) ou plus, a été préconisée par H.-G.-F. Edwards ; elle consiste à les examiner au négatoscope, à une distance de 15 à 20 pieds (de 4 m. 57 à 6 m. 09) en utilisant des jumelles possédant des lentilles de première qualité.

Le second facteur essentiel, un des plus discutés actuellement, est l'emploi des rayons durs, qui correspondent

aux tensions de 100 à 150 kilovolts. Leur avantage capital est de répartir au mieux le dessin et les images pulmonaires en ramenant tout sur le même plan ; grâce à la profondeur obtenue, on lit facilement tous les points du cliché et on possède une carte extrêmement fine du réseau secondaire, même aux endroits les plus transparents ; le dessin pulmonaire ressort tandis que les os deviennent de verre et que les muscles s'effacent. Au contraire les rayons mous (de 50 à 70 kilovolts) donnent une répartition détestable, des noirs trop foncés et des blancs trop flous ; leur seul avantage est de procurer une image bien contrastée. Par un artifice de technique, l'emploi de l'antidiffuseur, on augmente les contrastes de l'image dure, en supprimant les rayons diffusés par le corps du malade lui-même et, par suite, le voile dû à ce rayonnement secondaire.

Le troisième facteur, dont la valeur est capitale est le temps de pose. Le poumon n'est jamais complètement immobile, même en inspiration forcée, même en apnée ; il est de plus ébranlé par les battements cardiaques ; il est soumis au battement des artères pulmonaires, élément de flou aussi important que peu connu. Tout le poumon bat, toute la trame est en pulsation permanente ; plus le temps de pose sera bref, mieux on verra les réseaux artériels ; la valeur limite, au delà de laquelle il n'y a plus de gain de détails est de l'ordre du centième de seconde ; l'idéal est de se rapprocher de ce chiffre ; une image prise à 1/33e de seconde sera nécessairement supérieure à celle qui a été posée à 1/10e, car la diminution de durée n'améliore pas seulement le film, elle l'enrichit encore en révélant des détails du dessin pulmonaire.

Au fond le problème de la technique moderne se résume dans la suppression du flou et par suite dans la création et la mise au point de la radiographie instantanée, de l'ordre du centième de seconde.

Comment se présente l'avenir en radiographie ? Si l on adopte les principes si rationnels de l'école de Montana, on aboutit à cette conclusion que les progrès sont étroitement liés à un perfectionnement poussé et à une orientation nouvelle de la technique et que la qualité des films dépendra de la valeur des appareils.

Les rayons mous ont peu d'avenir, les rayons durs durciront encore. La machine la plus puissante développe théoriquement 125 kilovolts sous une intensité de 125 milliampères ; l'appareil de demain, plus poussé, atteindra 200 kilovolts et 200 milliampères, en attendant mieux. Les antidiffuseurs s'adapteront aux nouvelles tensions.

La minuterie gagnera de la précision en supprimant l'inertie des pièces en mouvement ; c'est là un progrès technique très difficile à réaliser ; l'appareil de R. Herdner, de Blois, donne le centième de seconde ; on obtiendra mieux encore.

La téléstéréoradiographie n'est pas encore au point ; les défauts des appareils actuels tiennent à l'intervalle trop grand (une seconde), qui s'écoule entre les deux prises de clichés ; la vue, bonne dans l'ensemble est médiocre dans les détails. Maurice Marchal a réussi à raccourcir dix fois l'intervalle avec son appareil à deux ampoules ; d'autres progrès techniques sont à prévoir.

***

W.-B. Davidson nous dit que l'homme aux rayons X (*the X-ray man*) nous conseille de ne pas chercher à interpréter les clichés misérables (*poor films*), mais que c'est ce qu'il fait lui-même et que cette interprétation constitue le plus clair de son travail. Il est bien évident que le film et le radiologiste sont en opposition et que ce qui manque à l'un doit être trouvé par l'autre. Le perfectionnement technique annule ce dernier et remplace l'interprétation par la lecture ; cette lecture doit être la même pour des médecins différents ; tel est le but à atteindre, mais, quels que soient les progrès obtenus ou à obtenir, il faudra, longtemps sinon toujours, se résigner à l'inévitable déchiffrement.

Avant d'étudier le poumon malade, nous devons connaître le poumon normal, simple question de bon sens. La surprise est grande de constater que le cliché normal est une rareté ; la radiographie montre régulièrement des poumons sains à la vérité, mais porteurs de traces d'infections anciennes et éteintes.

Quoi qu'il en soit et pour classer les connaissances actuelles indispensables à la lecture des clichés, J. Stephani et M. Marchal étudient successivement le dessin pulmonaire normal, les limites normales et le début pathologique.

Chez le sujet normal le dessin du hile et du poumon est formé essentiellement par l'artère pulmonaire et ses ramifications ; les veines pulmonaires sont peu visibles, les grosses bronches à peine reconnaissables. Le hile donne une image déliée, fasciculée et séparée de l'ombre cardiaque par une bande claire. Les ramifications principales de l'arbre hilaire constituent le gros réseau ; les vaisseaux, de plusieurs millimètres de diamètre, projettent une série de traits épais et bien calibrés, qui se coupent et se recoupent suivant des angles aigus. Le réseau secondaire, composé des petites ramifications, donne des mailles à variations individuelles très marquées.

Les arcs vasculaires, les images annulaires et curvilignes, les fausses cavernes abondent. « *On peut dire que l'image radiographique d'un poumon normal est composée pour la plus grande part de cercles et d'anneaux.* »

Il faut tenir compte, dans une large mesure, des images d'origine extra-pulmonaire. Une hyperextension de la tête donne un voile des sommets, dû en réalité aux plis du cou. L'angle inférieur de l'omoplate imite les formations annulaires de la trame. La *composition de lignes* de la courbure du sommet et de la première côte produit une fausse adhérence. Les noyaux d'ossification cartilagineux simulent parfois des foyers et les irrégularités du diaphragme (vagues de contraction, recoupements curvilignes, sinus multiples) font figure d'adhérences.

Le poumon sain porte, dans la majorité des cas, des cicatrices de lésions anciennes ; par définition, ou, plus exactement par opposition au normal, il a résolu favorablement la question de l'extinction ; le diagnostic devient rétrospectif : pleurite, scissurite, accident primitif sclérosé, calcifications hilaires, tramite localisée, etc.

Dans certains cas la radiologie se trouve en présence d'un diagnostic extrêmement difficile : celui de l'activité. Le poumon est-il encore bien portant ou est-il déjà malade ? Les petits îlots gris ou noirs des sommets sont tantôt des séquelles et tantôt des foyers ; les caractères radiologiques sont insuffisants pour se prononcer ; la clinique, surtout le temps et parfois les films en série montreront s'il s'agissait de la dernière flammèche ou de la première étincelle. Ce que nous disons des sommets s'applique également à la plèvre, aux ganglions, au hile, à la trame.

Le début réel de la tuberculose pulmonaire est le plus souvent indécelable par les procédés d'exploration actuels ; la radiologie ne fait pas exception ; elle ne révèle pas la présence des formations pathologiques élémentaires comme la bronchio-alvéolite. Dès que le film présente quel-

que chose d'anormal, on en est au stade de début apparent ; entre le début réel et le début apparent s'écoule un intervalle, qui représente du temps perdu et que permet de réduire tout perfectionnement technique ; si le début réel demeure mystérieux et insaisissable, le début apparent est au contraire tangible et se traduit par des aspects radiologiques, qu'il importe de connaître pour ne pas les laisser passer inaperçus, si l'on vise au diagnostic précoce.

***

La classification des formes de début de la tuberculose pulmonaire est la partie la plus originale et la plus importante de l'ouvrage de J. Stephani et M. Marchal, qui différencient seulement trois formes cliniques et radiographiques : les formes condensantes, les formes nodulaires et les formes diffuses, en se basant sur des considérations, dont la citation suivante montrera toute la valeur.

Ainsi comprise la tuberculose incipiente devient relativement simple, mais il convient cependant de faire... quelques réserves au sujet de cette simplicité apparente...

Nous savons que dans la très grande majorité des cas la lésion élémentaire de la tuberculose est le foyer intra-alvéolaire exsudatif, ou si l'on préfère la bronchio-alvéolite en foyers isolés. Ceci est vrai pour les formes condensantes et pour la majorité des formes nodulaires. Dans ces cas nous connaissons la lésion élémentaire pour l'avoir prise sur le vif et nous savons de quoi se compose exactement ce que nous voyons sur le film. Pour les formes fibreuses... il n'en va plus de même. Nous connaissons les formes diffuses cliniquement et radiographiquement, mais nous ignorons quelle est leur lésion élémentaire...

La classification que nous adoptons dans cette étude se justifie de la manière suivante :

Cliniquement, la très grande majorité des tuberculoses du poumon débutent par une condensation mal limitée située dans la région moyenne et supérieure, c'est-à-dire respectant le sommet et parfois même la partie interne du champ pulmonaire. Les clichés radiographiques, aussi bien que l'examen clinique, nous indiquent qu'il s'agit d'une densification du poumon à ce niveau et... nous serons autorisés à comparer grossièrement ces formes à la pneumonie franche, mais à une pneumonie qui tendrait souvent d'emblée vers l'hépatisation grise et l'ulcération. Il va sans dire, d'autre part, qu'en prenant les définitions au pied de la lettre, on pourrait objecter à notre description... que toute affection pulmonaire commence par une condensation... En réalité, notre définition doit être comprise de la façon suivante :

Les lésions pulmonaires formées le plus souvent d'un mélange d'exsudat et de congestion, qu'elles revêtent l'allure de lobites, d'hémilobites ou d'îlots broncho-pneumoniques, se trouvent toujours, en définitive, créer une surface hépatisée supérieure à ce qui reste de surface aérée, ceci évidemment dans la plage pulmonaire considérée. Au contraire, les deux autres formes, soit respectivement les miliaires et les fibreuses diffuses font l'inverse, c est-à-dire que le volume pulmonaire condensé représente constamment la plus petite partie de la totalité du champ pulmonaire. Dans les deux cas l'inspection du film, ainsi que parfois même l'auscultation, rendent bien compte de ces deux états respectifs.

Ces trois formes comprennent quelques subdivisions, qui n'ont d'ailleurs le plus souvent qu'une importance secondaire. La pathologie de la condensation initiale est régie par les trois formes : apicale, lobaire et infiltrat précoce (*Frühinfiltrat* des Allemands). Le cadre des formes nodulaires contient la granulie classique d'Empis, les formes fibreuses nodulaires, certaines bronchio-alvéolites, les formes acino-nodulaires des Allemands, une très grande partie des anciennes typho-bacilloses de Landouzy, une partie enfin des bacillaires latents de Burnand. Les formes diffuses correspondent aux formes fibreuses progressives : tramite de Bezançon et Braun, périlobulite de Sergent.

Cette classification des formes de début nous semble des plus solides et des moins discutables, puisqu'elle s'appuie sur le terrain solide de la radiologie sans faire abstraction des données précieuses de la clinique ; elle constitue essentiellement une bonne base de départ.

Le même début est en effet commun à des formes dont les orientations sont divergentes et les évolutions opposées. Tel infiltrat précoce aboutit indifféremment, du moins en apparence, à la résolution, à l'induration ou à la caséification, à la phtisie productive ou exsudative. Telle tramite avortera et telle autre deviendra une lobite. La classification de Montana nous fait penser au plan d'une gare, tête de ligne, avec ses trois voies principales et ses aiguillages multiples ; c'est net, c'est clair, c'est précis.

Les nombreuses directions possibles expliquent et justifient dans une certaine mesure les nombreuses classifications des formes de la tuberculose pulmonaire dans leur évolution ultérieure Ornstein, Ulmar et Dittler en citent 31, sans compter la leur. Les auteurs italiens, Felice Perussia, de Milan et Gino Laschi, de Bologne, sont d'avis que la classification dualistique d'Aschoff est celle qui cadre le mieux avec la radiologie.

F. exsudatives → caséification → ulcération
F. productives → sclérose → calcification

Ce n'est évidemment qu'un schéma, mais n'est-il pas curieux de constater qu'il constitue une transposition moderne des fameux trois degrés et que les tentatives actuelles de classification des formes de la tuberculose pulmonaire se font sous le signe de la simplification ?

***

Que faut-il conclure de ce qui précède et quelle influence ces conclusions sont-elles susceptibles d'avoir sur la pratique phtisiologique ? C'est ce que nous allons tenter de voir et de dégager.

Tout d'abord il apparaît comme évident que l'appareillage courant, normal même, est insuffisant pour la simple raison que l'on fait mieux. Le matériel puissant que l'on commence à construire, le matériel plus puissant que l'on construira demain nous donneront d'une part la pénétration, d'autre part l'instantanéité. Nous avons trop tendance à nous leurrer de mots ; nous parlons sans cesse de radiographie instantanée sans réaliser que le dixième de seconde n'est pas un véritable instantané, puisqu'il n'élimine pas le flou produit par les organes en mouvement. Seul compte le centième de seconde et le vrai centième, bien mesuré.

Nous apprendrons donc à nous méfier de tous les films qui n'ont pas été obtenus par les appareils à grande puissance ; nous ne tiendrons aucun compte des clichés obtenus avec les appareils de cabinet, qui donnent des images *sans aucune valeur* pour le diagnostic précoce (ce sont J. Stephani et M. Marchal qui l'affirment et appuient cette affirmation de raisons sérieuses).

Nous tâcherons de nous défaire (ce sera plus difficile) de notre goût artistique, de notre prédilection pour les *belles* radiographies, bien contrastées, obtenues avec les rayons mous. Une bonne radio est préférable ; elle plaît moins à l'œil, mais elle est plus riche en détails précieux.

L'avenir rapproché semble être à l'instrumentation à voltage élevé, d'un prix également élevé et d'un maniement réservé à des techniciens. A l'ère de diffusion succède celle de la concentration. Quels que soient les frais et les difficultés entraînés par cette réduction de nombre des postes, il semble que les avantages de cette évolution constituent un progrès considérable pour l'obtention d'un diagnostic précoce, qui constitue le temps le plus important.

Qu'on le veuille ou non, nous assistons à une véritable

crise du diagnostic phtisiologique et nous ne sommes pas seuls de cet avis. Braeuning prétend que 80 % des tuberculoses sont diagnostiquées seulement à la phase d'expectoration positive ; il a même créé le terme de *tuberculosis inappercepta* pour caractériser ces formes initiales de tuberculose pulmonaire qui restent longtemps, trop longtemps méconnues ; il compte essentiellement sur la radiologie pour faire un diagnostic plus précoce ; les progrès de l'appareillage et de la technique semblent susceptibles de réduire le domaine de la *tuberculosis inappercepta.*

Tout gain de temps dans l'établissement du diagnostic se traduit par l'avantage considérable de la mise en œuvre des moyens thérapeutiques avec un retard moindre. Les progrès de la technique permettent le traitement précoce, suite logique du diagnostic précoce ; il semble que la chimiothérapie soit particulièrement adoptée à cette période initiale, tant par son efficacité que par sa simplicité ; son action sera d'autant plus puissante qu'elle sera utilisée plus près du début de la rupture d'équilibre entre l'attaque bacillaire et la défense organique.

La radiologie actuelle permet de suivre l'évolution morbide aussi bien que les progrès thérapeutiques ; une technique supérieure donnerait mieux sans donner plus ; il ne semble pas en particulier qu'elle nous facilite l'établissement du pronostic ; la classification des formes de début la plus parfaite ne nous autorise pas à prévoir l'évolution. C'est dans les réactions biologiques que nous puisons les renseignements les plus précis concernant l'avenir : déviation de la formule d'Arneth, sédimentation des globules rouges ; cette dernière, la plus simple, ne nécessite d'autre matériel qu'un tube à essai et reste à la portée du praticien isolé.

Tout progrès technique, actuel ou futur, de la radiologie est donc destiné à avoir un retentissement direct sur les résultats de la lutte contre la tuberculose pulmonaire ; la tendance à la diffusion des petits postes bon marché a constitué dans l'ensemble un recul, puisqu'elle réunissait tous les éléments de l'insuccès : appareillage inférieur, technique médiocre, spécialisation nulle ; l'avenir est nettement en faveur des superpostes, maniés par des spécialistes, qui seront des photographes encore plus que des médecins, dee lecteurs plutôt que des interprètes. Ces installations modernes, forcément coûteuses, seront tout d'abord assez rares ; le diagnostic précoce semble donc lié en définitive à la construction en série et à l'abaissement des prix pour le moins autant qu'aux perfectionnements techniques.

BIBLIOGRAPHIE

1. F. Bezançon. — Préface du *Diagnostic radiologique*, etc. Cl. J. Stephani et M. Marchal. — 2. Braeuning. Das rechtzeitige Auffinden der Lungentuberkulose und die *Tuberculosis inappercepta. Klinische Wochenschrift*, 5 mars 1932. — 3. W.-B. Davidson. — Early X-ray. Early Diagnosis. *New England Journal of Medicine*, 30 octobre 1930. — 4. H.-G.-F. Edwards. — A new method ford studying chest films. *Radiology*, septembre 1931. — 5. R. Herdner. — Les grands instantanés en radiographie. L'exactitude dans leur mesure. Un compteur précis gradué en 1/100 de seconde. *Journal de radiologie*, février 1930. — 6. J. Lafont. — La crise du diagnostic phtisiologique. *Progrès Médical*, 7 mars 1931. — 7. Gino Laschi. — La frequenza e la distribuzione delle diverse forme anatomo-pathologiche di tuberculosi polmonare in base al quadro radiologico. *Revista di Patologica e Clinica della Tubercolosi*, 31 janvier 1932. — 8. George G. Ornstein, David Ulmar et Edgar-Leon Dittler. — A clinical classification of pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, mars 1931. — 9. Felice Perussia. — La tubercolosi polmonare nel quadro radiologico. *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, 31 août 1930. — 10. Jacques Stephani et Maurice Marchal. — Le diagnostic radiologique de la tuberculose au début. N. Maloine, Paris. 1932.

CLINIQUE MÉDICALE

Les alcaloses pathologiques (1)

Par le Docteur R. TURPIN

Médecin des Hôpitaux

Toutes les fonctions de nos organes ne peuvent s'exercer harmonieusement, que si la réaction du milieu dans lequel ils baignent est remarquablement fixe. Cette réaction du milieu influence non seulement le jeu des viscères, mais la vie même des cellules. Et Claude Bernard entrevoyait déjà l'importance de cet équilibre physico-chimique des humeurs, quand il écrivait « La fixité du milieu intérieur est la condition de la vie libre et indépendante ».

Parmi ces caractères, la réaction du milieu est une des constantes les plus importantes.

On sait depuis longtemps que le sang et les tissus sont alcalins ; on sait aussi que l'urine et les tissus morts sont acides. Mais les recherches poursuivies dans le cours de ces quarante dernières années ont développé dans des proportions considérables nos connaissances relatives aux réactions des liquides organiques ; elles nous ont permis de préciser leurs limites physiologiques, d'analyser leurs variations pathologiques, de leur opposer un traitement rationnel. Nous connaissons mieux maintenant l'« alcalose » physiologique, les « alcaloses pathologiques » et leurs traitements.

***

Faraday, étudiant l'électrolyse, constata que sous l'influence du courant électrique, les constituants d'un électrolyte, tel que le sulfate de cuivre, étaient dissociés en ions qui, suivant le signe de leur charge électrique, se portaient les uns vers l'anode, les autres vers la cathode. Vers 1887, Arrhennius étudiant les pressions osmotiques inaugurées par Pfeffer, constata que la pression osmotique n'est pas due à la concentration totale des molécules d'une solution, mais à la concentration des ions libérés. Dès lors, pour employer un langage simple, une solution aqueuse de NaCl n'est plus considérée comme une solution de molécules de NaCl, mais d'ions Na et d'ions Cl libérés. Et ceci nous amène à la notion moderne si importante *d'alcalinité* et *d'acidité ioniques.*

D'après la théorie de la dissociation électrolytique, en effet, acides et bases interviennent dans les réactions chimiques, non par leurs molécules intactes, mais par les ions qu'émettent ces molécules. Alors que les méthodes antérieures de la chimie analytique ne dosaient que la masse absolue des molécules acides ou alcalines, acidité ou alcalinité de titration, les méthodes modernes s'efforcent de mesurer l'acidité ou l'alcalinité ioniques qui interviennent seules dans les phénomènes de la vie à la mesure de la quantité absolue des molécules acides ou alcalines. Toute solution aqueuse, telle qu'un liquide organique, contient à la fois des ions acides H^+ et des ions alcalins OH^-. Le produit de leur concentration demeurera le même $(H^+) \times (OH^-) = K$, que la solution soit acide par prépondérance des ions hydrogène ou alcaline par prépondérance des ions hydroxyl.

Dans un milieu neutre, tel l'eau pure qui est très légèrement conductrice, les ions H^+ et OH^- dissociés sont

(1) Leçon faite au cours complémentaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris (Professeur Loeper).

en nombre égal. Mais les concentrations ioniques des liquides biologiques sont très faibles. Elles s'expriment en énonçant la valeur C_H de leur concentration en ions H^+ par litre. Par exemple (1), le calcul démontre que le C_H d'une urine acide à 18° peut être égal à $5{,}4 \times 10^{-6}$. Dans un but de simplification, Sorensen a proposé de remplacer d'une manière générale cette notation du C_H par celle du pH qui est l'exposant de la puissance de 10 qui exprime la valeur du C_H. Si nous reprenons l'exemple ci-dessus choisi :

$$C_H = 5{,}4 \times 10^{-6} \text{ on peut écrire :}$$

$$C_H = 10^{\log. 5{,}4 - 6} = 10^{0{,}73 - 6} = 10^{-5{,}27} \text{ d'où pH} = 5{,}27$$

***

La réaction du sang, étudiée à l'aide de la méthode électrométrique des chaînes gazeuses, est très légèrement alcaline, mais rigoureusement constante. Les oscillations physiologiques ne s'étendent en effet que de pH 7,32 à pH 7,39, et les moindres perturbations dans le sens de l'alcalinité ou de l'acidité entraînent rapidement des troubles mortels. L'alcalinité ionique du sang influence le jeu normal de nos viscères, le rythme respiratoire, les contractions cardiaques, le péristaltisme intestinal. les phénomènes de l'hématose, car la dissociation de l'oxyhémoglobine serait d'autant plus facile que la concentration du liquide sanguin en ions H^+ est élevée. L'organisme, pour ne point périr, doit donc maintenir intacte cette concentration du milieu intérieur. Pour atteindre ce but, il dispose d'un double système de régulation : sanguine et viscérale. Il conviendrait d'ajouter le rôle des tissus, mais il est trop imparfaitement connu pour retenir notre attention.

***

Le système régulateur sanguin dispose de « *substances tampons* ». Grâce à elles, il peut amortir immédiatement les effets nuisibles d'un apport exagéré d'acides ou de bases dans l'intérieur même de la masse sanguine. Un système tampon est réalisé par la coexistence dans un mélange d'un acide faible et de son sel alcalin, acide acétique par exemple et acétate de soude. L'acide acétique est un acide faible parce que dans une solution normale au dixième, il n'est dissocié que dans la proportion de 1,36 %. L'acide chlorhydrique est un acide fort parce que dans les mêmes conditions il est dissocié dans la proportion de 84 %. Un acide ou une base en solution sont donc forts ou faibles suivant le degré d'ionisation de leur molécule : on comprend immédiatement la valeur du système tampon. Si on ajoute au mélange acide acétique-acétate de soude de l'acide chlorhydrique, cet acide déplace l'acide acétique de son sel alcalin, et il n'émet que peu d'ions acides nouveaux puisqu'il est un acide faible. Si on ajoute une base forte elle se combine à l'acide faible, ce qui n'entraîne la disparition que de peu d'ions acides.

Le sang dispose de plusieurs systèmes tampons : acide carbonique et bicarbonates alcalins ; phosphates acides et phosphates bibasiques ; matières protéiques. Les protéines sont en effet des substances ampholytes, c'est-à-dire des corps qui possèdent à la fois des fonctions acides et basiques. Dans un milieu très acide la dissociation de leur fonction acide est bloquée et leur fonction alcaline au contraire est libérée. Dans un milieu très alcalin, le fait inverse se produit. Et à la limite, c'est-à-dire pour une valeur déterminée du pH du milieu où elles se trouvent, les deux fonctions sont également dissociées. On appelle ce pH pour lequel il n'y a pas de déplacement dans le champ électrique, le point isoélectrique. Or, le point isoélectrique des protéines du plasma est d'environ 4,8 à 5,5. Dans le milieu sanguin, légèrement alcalin, elles se comportent comme des acides faibles et avec leurs sels (protéinates de métaux alcalins et alcalino-terreux) elles constituent un système tampon.

(1) Cet exemple est tiré de l'ouvrage de Lambling.

Les globules rouges interviennent encore dans ce système régulateur, car ils contiennent divers protéinates dont des hémoglobinates. Hamburger a constaté que sous l'influence d'une élévation de la pression partielle du gaz carbonique dans le système plasma-globule rouge, le chlore diffuse du plasma vers le globule rouge et que ce phénomène est réversible. Ainsi le métabolisme du chlore apparaît lié à l'équilibre acido-basique et les variations du rapport $\frac{\text{Cl globulaire}}{\text{Cl plasmatique}}$ normalement égal à 0.5 peuvent servir à exprimer l'état d'équilibre acido-basique. Mais couramment on l'exprime par la valeur du pH qui, à l'état physiologique, varie de 7,30 à 7,40 et par la valeur des bicarbonates du plasma, dénommée réserve alcaline, exprimée en volumes d'acide carbonique p. 100 à 0° 760 mm. Cette réserve alcaline varie de 52 à 65. Chez l'être vivant ce système des tampons est complété par l'intervention des viscères, avant tout les reins et le poumon.

***

J.-S. Haldane et Priestley ont eu le grand mérite de découvrir que *le rythme respiratoire* était réglé par la tension de l'acide carbonique dans le sang artériel. Leurs études sont minutieusement exposées dans le beau livre que J.-S. Haldane a consacré à la « Respiration ». Elles ont été complétées par celles de Boycott et Haldane qui montrèrent que le rythme de la ventilation pulmonaire dépendait de la teneur en ions H^+ du sang, elle-même en grande partie fonction des ions libérés par l'acide carbonique. Sous l'influence d'une élévation du pH, le centre respiratoire stimulé, active la ventilation, active l'élimination de l'acide carbonique et diminue par conséquent la teneur du sang en ions acides. A la fin de cette ventilation, la tension du CO^2 alvéolaire est plus basse qu'au départ. Ce phénomène est réversible : la valeur de cette tension alvéolaire peut donc nous renseigner sur la valeur de la réaction du sang. Ce fait a été mis en lumière par les remarquables études de J.-S. Haldane. Il a montré que normalement la tension alvéolaire de CO^2 varie de 5,5 à 7 % d'un atmosphère. L'étude des variations de cette valeur nous renseigne d'une façon incomparablement plus précise sur la réaction du sang que celle du pH mesuré par la méthode électrométrique ou colorimétrique. En effet une élévation de 0.2 % dans la pression du CO^2 alvéolaire et du sang artériel suffit à doubler la ventilation alvéolaire au repos, ce qui correspond à une différence de pH sanguin de 0.012. Or, une telle différence ne peut être mesurée avec certitude avec nos moyens de contrôle du pH, alors qu'on peut apprécier une différence encore plus faible du CO^2 alvéolaire.

***

Le *rein* entre en jeu lorsque l'accumulation dans le sang d'excès d'acides ou de bases amorti par les tampons, dépasse certaines limites. L'acidité urinaire variera suivant la quantité de substances à éliminer. Le rein soutirera donc au sang une urine tantôt fortement acide, riche en phosphate acide de soude, tantôt faiblement acide ou même alcaline, contenant des bicarbonates. Mais ce n'est pas tout. Le rein possède un rôle d'épargne : il serait en effet capable d'élaborer de l'ammoniaque. Or, quand la circulation amène au niveau des reins des acides normaux ou pathologiques, ceux-ci sont à l'état de sels de soude. La cellule rénale les décomposera en bases qui, récupérées, serviront à reconstituer la réserve alcaline et en acides qui, grâce à l'ammoniaque, seront éliminés sous forme de sels ammoniacaux car la cellule rénale ne peut éliminer des acides libres. Suivant qu'il y a acidose ou alcalose, la teneur de l'urine en sels ammoniacaux augmente ou diminue. L'action du rein est comparable à celle du poumon, mais encore plus délicate.

Ce rôle du rein dans l'élaboration de l'ammoniaque est une acquisition récente due à Nash et Benedict. On

◆◆◆

admettait auparavant que le foie intervenait dans l'équilibre acido-basique en réglant le débit de l'ammoniaque dans le sang, le rein éliminant ensuite des sels ammoniacaux formés.

L'*intestin* joue lui aussi un rôle probable en éliminant les corps alcalins sous forme de phosphates alcalins insolubles.

***

Cet exposé laisse entrevoir l'extraordinaire complexité et l'extrême précision de ce mécanisme régulateur acido-basique. Il suppose d'innombrables réactions. Parmi celles-ci, un rôle de premier plan est occupé par celles qui font intervenir l'acide carbonique. Or une formule très simple, due à Henderson et Hasselbach exprime la relation qui existe entre la concentration en ions H du sang d'une part, et sa teneur en acide carbonique et en bicarbonates d'autre part, $H^+ = K \frac{CO^3H^2}{CO\ NaH}$

Le rapport est environ de 1/20 et la valeur de K de 7,94 dix millionièmes. Cette formule permet de déduire les différents types de perturbation de l'équilibre acido-basique. Du seul point de vue de l'alcalose nous ne retiendrons que celles qui diminuent la concentration en ions H^+. Ce sont donc les causes qui abaisseront le numérateur, ou celles qui élèveront le dénominateur. Le numérateur CO^3H^2 peut être abaissé par la ventilation pulmonaire que réalise une respiration profonde et prolongée dans l'épreuve de l'hyperpnée : c'est une alcalose gazeuse. Le dénominateur CO^3NaH peut être augmenté par l'absorption de fortes doses de bicarbonate de soude : c'est une alcalose non gazeuse.

Une autre forme est déterminée par la déperdition excessive d'acides minéraux liée aux vomissements de la sténose pylorique. Nous allons envisager les caractères cliniques et physico-chimiques de ces trois formes d'alcalose pathologique.

L'*alcalose gazeuse* est la conséquence de *l'hyperpnée*. Cette épreuve consiste à faire dans le décubitus dorsal des inspirations aussi profondes que possible, suivies d'une expiration forcée. Les signes consécutifs sont d'autant plus rapides que le rythme respiratoire est plus accéléré. Ces mouvements brassent les cavités alvéolaires, les débarrassent de leur CO^2 et déterminent l'élimination alvéolaire de l'acide carbonique du sang. Tout d'abord apparaissent des signes subjectifs : fourmillements des extrémités, puis trémulation légère et transitoire des paupières et rapidement s'installe la *tétanie*. Les mains sont légèrement fléchies sur l'avant-bras, les doigts s'étendent serrés les uns contre les autres, le pouce se place en adduction forcée vers la paume de la main creusée en gouttière ; cette attitude réalise l'aspect dénommé « en main d'accoucheur ».

En même temps que ces signes qui apparaissent dix à quinze minutes après le début de l'expérience on note le signe du facial total et bilatéral, le pédospasme souvent intense au point de rendre intolérable le port des chaussures, l'exagération des réflexes, le clonus du pied et de la rotule. La contracture des muscles de la face donne au sujet un aspect figé. Les fentes palpébrales sont rétrécies, la contracture de l'orbiculaire des lèvres ébauche le signe en museau de carpe : d'où gène de la parole. Un quart d'heure après le début de l'expérience, ces différents signes sont des plus nets. Le mouvement volitionnel est d'autant plus entravé que la rigidité musculaire est plus marquée. En outre le sujet éprouve une sensation d'engourdissement, de contracture au niveau des membres, souvent douloureux au point qu'il faut interrompre l'expérience. Enfin on note une diminution du pouvoir d'attention et de la conscience. Seuls certains sujets entraînés peuvent poursuivre plus longtemps l'expérience. Si l'hyperpnée est suspendue les contractures s'atténuent, les signes régressent peu à peu. On peut noter un tremblement rapide, de la sudation, de la polyurie.

Ce syndrome clinique s'accompagne de modifications de l'excitabilité neuro-musculaire et de modifications physico-chimiques.

Les premières consistent dans une augmentation de la chronaxie du nerf et du muscle, parallèle à l'intensité des signes cliniques et des perturbations physico-chimiques du milieu sanguin.

Les secondes dans l'élévation de l'alcalinité sanguine. Dans une des expériences poursuivies avec Ch.-O. Guillaumin nous avons constaté

Avant	pH : 7,35 RA : 6,4	Cä...... 21,7
Pendant	pH : 7,51 RA : 54,7	Cä...... 17,5
Peu après l'arrêt de l'hyperpnée.	pH : 7,.5 RA : 60,4	Cä...... 18,2

Il est possible de calculer les valeurs du Cä (calcium ionisé) à l'aide des chiffres précédents, ce qui permet de faire intervenir parmi les causes de cette tétanie la chute du taux de Cä. Cette tétanie par hyperpnée est le plus bel exemple qu'on puisse trouver de la tétanie avec hyperalcalose sanguine. On peut ajouter qu'elle s'accompagne d'une diminution de la pression veineuse et surtout d'une diminution considérable de l'oxygène tissulaire, d'un accroissement de la teneur du plasma en Cl, en albumine, d'une augmentation de la capacité de saturation de l'hémoglobine par l'oxygène (effet Bohr).

Parallèlement à ce déséquilibre sanguin, les urines deviennent alcalines par augmentation des bicarbonates, le taux de l'NH^3 urinaire diminue, des corps acétoniques peuvent apparaître dans les urines. On observe enfin, bien entendu, une chute de la tension du CO^2 alvéolaire, car cette hyperventilation lave en quelque sorte les alvéoles de leur contenu avec un air atmosphérique dont la teneur en CO^2 est infime, de 0,03 à 0,04 %. Yandell Henderson a constaté sur l'animal qu'en maintenant trop longtemps cette respiration forcée on provoquait des dommages irréparables, mortels, malgré l'inhalation de CO^2.

Alcaloses non gazeuses. — Elles peuvent être réalisées par un apport exagéré de bases, ou une déperdition excessive d'acides.

La première éventualité fut réalisée par une expérience de H.-W. Davies, J.-B.-S. Haldane et E.-L. Kennaway. Ces auteurs notèrent les effets consécutifs à l'absorption de 30 à 57 grs. 50 *de bicarbonate de soude*. Ce furent des modifications sanguines : élévation de 18 vol. % de la réserve alcaline ; des modifications pulmonaires : élévation de la tension du CO^2 alvéolaire de guère plus de 1 % : des modifications urinaires : diurèse modérée, excrétion de CO^3NaH dans l'urine, s'élevant à 7 gr. 3 par heure et diminution ou disparition de l'ammoniaque urinaire.

Donc tout le mécanisme régulateur s'efforce d'économiser l'acide carbonique et de détruire ou d'éliminer le bicarbonate. Au cours de cette expérience, aucun signe clinique, hormis l'irritation du tube digestif, n'apparut. Il est possible que les variations du pH sanguin aient été trop faibles pour modifier l'excitabilité neuro-musculaire. Il convient en effet d'ajouter qu'en clinique humaine, Healy vit apparaître chez six malades, après administration rectale de doses trop élevées de bicarbonate de soude, des signes de tétanie mortels dans quatre cas.

L'*alcalose provoquée* par une déperdition exagérée d'acides est réalisée par les *vomissements de la sténose du pylore*. Normalement la sécrétion gastrique, chaque jour, soustrait les deux tiers du chlore de sang. Il en résulte une élévation de l'alcalose physiologique avec élévation du CO^2 alvéolaire (Dodds) corrigée rapidement par la vague alcaline urinaire et la sécrétion pancréatique alcaline, puis plus tard par la réabsorption intestinale de l'HCl sécrété plus haut.

Si cette réabsorption ne s'effectue pas en raison de vomissements ou d'un obstacle à l'évacuation du chyme, l'alcalose s'installe avec diminution du taux des chlo-

rures, élévation de la réserve alcaline et le syndrome clinique corollaire de tétanie gastrique.

***

Tels sont les trois types expérimentaux et cliniques qui schématisent l'alcalose. Quels sont les états morbides qui peuvent être rattachés à ce trouble humoral ?

La *tétanie*, dans bien des cas, est contemporaine d'alcalose. Ce sont tout d'abord des tétanies par hyperpnée pathologique observées chez des sujets dont le rythme respiratoire avait été troublé par une encéphalite léthargique. Ce sont des tétanies parathyréoprives. Dans bien des cas on a constaté, à l'examen des tétanies post-opératoires humaines ou expérimentales, une hyperalcalinité du sang pendant la période prémonitoire de l'accès tétanique. Ce sont aussi, plus inconstantes, des tétanies infantiles, manifestes, non opératoires. Ce sont enfin certaines tétanies par ingestion ou injection immodérées de sels alcalins ou les tétanies gastriques. Dans tous les cas que j'ai étudiés, les variations du taux de calcium ionisé, les variations de la chronaxie du nerf et du muscle sont de même ordre que celles que j'ai exposées à propos de la tétanie par hyperpnée.

D'autres *troubles nerveux* sont contemporains d'alcalose ; les épileptiques essentiels purement convulsifs ont selon Bigwood, un pH sanguin très élevé. Cette variété d'alcalose rentrerait dans un groupe d'alcalose décrit, après Cullen, par cet auteur et caractérisé par ce fait que les fluctuations des valeurs de CO^3H^2 et de CO^3NaH ne seraient pas parallèles. Cullen a observé ce même type de dysrégulation au cours des anesthésies générales au chloroforme ou à l'éther. L'alcalose a encore été trouvée chez des anxieux (L. Lavastine et R. Cornelius) et d'une façon générale, au cours des états vagotoniques.

Un groupe important d'états morbides contemporains d'alcalose est celui des *anoxémies*. Ce groupe englobe à la fois l'anoxémie du mal des montagnes, des insuffisances cardio-pulmonaires, des hémorragies profuses, des grandes anémies, de l'intoxication oxycarbonée, l'anoxémie du shock chirurgical, des affections pulmonaires : asthme, emphysème, bronchite, pneumonie, intoxications par gaz de combats.

Il importe de savoir que les sujets offrent une résistance individuelle très variable aux effets de l'anoxémie. Chez la plupart cependant, tant que le déficit d'O^2 ne dépasse pas 75 %, les signes sont peu apparents. Cette anoxémie détermine de l'alcalose par le mécanisme de l'hyperpnée. On sait que le mal des montagnes s'accompagne en outre de la cyanose, de la céphalée, de l'obnubilation progressive des fonctions neuro-psychiques, de l'impression d'asphyxie surtout nocturne, d'une augmentation du rythme respiratoire et cardiaque qui entraîne une déperdition d'acide carbonique. Il en résulte une alcalose avec diminution de l'excrétion urinaire des acides et de l'ammoniaque et l'urine devient alcaline.

D'autres états hyperalcalosiques ont encore été décrits. Les uns concernent les *fonctions rénales* : néphrite par alcalose de Kœhler, Hardt et Rivers ; lithiase rénale car l'alcalose favorise la formation des calculs phosphoriques ; infections urinaires par le colibacille ou l'entérocoque qui se développent activement dans les urines hypoacides et surtout alcalines; les autres concernent les *fonctions digestives*. En outre des faits précités (tétanie gastrique) on peut rappeler en effet que, d'après A. Bauer, la médication acidifiante serait un moyen d'action efficace contre les oxyures. L'ingestion de chlorure d'ammonium en privant les parasites et leurs œufs des combinaisons de magnésium qui leur sont indispensables, contribuerait à leur destruction. Enfin les sujets hyperalcalosiques seraient plus exposés aux phénomènes de choc, aux accidents de sensibilisation, d'anaphylaxie ; la médication acidosante activerait la cicatrisation de leurs plaies.

Cet exposé suffit à montrer la diversité des états cliniques contemporains d'alcalose. Aussi il est un peu artificiel d'essayer avec certains auteurs (L. Kast, V. Myers et H. Schmitz), de dégager un syndrome clinique d'alcalose caractérisé par : la tétanie souvent, la céphalée, la lassitude, nausées et parfois vomissements et fièvre.

A cette énumération des états morbides liés à une exagération de l'alcalinité sanguine physiologique, on doit ajouter l'alcalose corollaire d'un régime trop abondant en végétaux. On sait depuis longtemps, et même à ce fait se rattache une expérience bien classique de Claude Bernard, qu'un *régime végétarien* (par l'abondance des acides organiques combinés à des bases qu'il introduit dans l'organisme) alcalinise les urines et diminue leur teneur en ammoniaque. La destruction dans l'organisme des sels d'acides organiques introduits par ce régime, aboutit en effet à une abondante formation de carbonates. Les pédiatres connaissent bien l'influence de cette alcalinité des urines sur l'incontinence nocturne et le premier temps de la thérapeutique de l'énurésie est la suppression, au repas du soir, des soupes de légumes et des fruits.

***

Quelles sont, d'après les considérations qui précèdent, les thérapeutiques dont sont justiciables ces états ? Il est possible, conformément à l'exposé pathogénique de distinguer des *thérapeutiques par inhalation* et *par ingestion*.

La *thérapeutique par inhalation* doit en théorie restituer à l'organisme l'acide carbonique dont il est privé par une hyperpnée pathologique, sans omettre que l'anoxémie accompagne plus ou moins cette alcalose. Une façon assez pratique de déterminer cette acidose gazeuse consiste à faire respirer un sujet dans un espace limité contenant un pourcentage défini d'air suroxygéné. L'expiration enrichit progressivement ce milieu en CO^2 et il est possible de suivre les effets cliniques et humoraux de l'expérience. Il est bien évident que cette inhalation de CO^2 aura pour effet d'entraîner une diminution de l'alcalinité du sang. En effet, si nous reprenons la formule : $H = K \frac{CO^3H^2}{CO^3NaH}$, nous constatons que si on respire CO^3H^2 le numérateur s'élève et la concentration en ions H^+ augmente, donc le pH s'abaisse. Parallèlement le rythme respiratoire s'accélère, mais ce brassage ne peut abaisser la tension du CO^2 alvéolaire puisque l'air respiré est riche en CO^2. Ses effets sont donc inverses de ce qu'on peut attendre et le CO^2 alvéolaire risque plutôt de s'élever. Par ailleurs la réserve alcaline du sang s'élève, car l'acide carbonique se combine en partie, effet tampon, à la soude des humeurs. Enfin, si l'expérience dure assez longtemps le rein entre en jeu, et on note, ce qu'on pouvait attendre, une élimination d'acides combinés à la soude, une augmentation de l'acidité urinaire et une exagération de l'ammoniurie. Yandell Handerson et Haggard ont en outre observé une augmentation de la capacité du sang à se combiner avec CO^2, phénomène de défense qui tend à contrebalancer la diminution de l'alcalinité sanguine. Au cours d'une de nos expériences sur un sujet normal avec Ch.-O. Guillaumin, nous notions par exemple :

avant l'expérience :	pH du plasma	7,35
	R. A.	50.4
et après 7'20'' de respiration :	pH	7,32
	RA	59,3

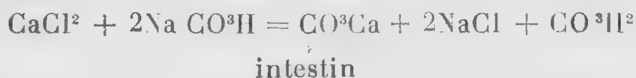
Avec le même collaborateur, j'ai étudié en 1924 les effets de ces inhalations sur la tétanie infantile latente, caractérisée par des signes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, dont un signe du facial. J'ai constaté chaque fois la disparition ou la diminution très marquée de ce signe après quelques minutes de respiration en milieu confiné. En même temps, nous notions une élévation de la réserve alcaline et une chute du pH.

***

Les *thérapeutiques acidosantes par ingestion* comportent avant tout un *régime spécial*. L'urine des carnivores est acide. Les matières albumineuses en effet contiennent de grandes quantités de soufre, de phosphore qui sont transformées dans l'organisme en acides sulfurique et phosphorique. Pour lutter contre cette acidose, le système régulateur se déclenche. Hasselbach a constaté que la tension du CO^2 alvéolaire s'abaisse, les urines éliminent plus d'acides et de sels ammoniacaux. Il semble que les épileptiques puissent souvent tirer bénéfice de ce régime acidosant. L'action acidosante du jeûne est par bien des côtés analogue à celle du régime carné. Le jeûne provoque une chute de la tension du CO^2 alvéolaire (Higgins) qui précède l'acétonémie. Or, il est intéressant de remarquer que cet acidose de jeûne a pu faire disparaître des accidents de tétanie infantile ; cette éventualité a été relatée en particulier par Anderson et Graham, par Mlle de Geus. Mais le régime carné offre des inconvénients et ne peut être appliqué de façon suivie. Aussi a-t-on utilisé l'ingestion d'acides, chlorhydrique, phosphorique ou de produits acidosants dont le chlorure de calcium et surtout le chlorure d'ammonium.

Les effets de *l'ingestion d'HCL dilué* ont été analysés sur le lapin en 1877 par F. Walter. Cet expérimentateur a constaté que sous l'influence de ce produit la respiration de l'animal était très accélérée. Cette hyperpnée de l'acidose devait plus tard donner sa véritable signification à la dyspnée de Kussmaul, notée dans l'acidose diabétique. Walter remarqua en outre sur le chien, que l'ammoniaque urinaire augmentait et que cette augmentation pouvait doubler, tripler même la normale. On a constaté plus tard que cette acidose abaissait la réserve alcaline du sang. Mais si l'acide chlorhydrique et l'acide phosphorique sont parfaitement capables en thérapeutique humaine de corriger l'alcalinité urinaire et de faire disparaître les troubles corollaires, leurs effets acidosants sont très inférieurs à ceux du chlorure de calcium et du chlorure d'ammonium.

J.-B.-S. Haldane, R. Hill et J.-M. Luck ont constaté que *l'ingestion de chlorure de calcium* élève le rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3NaH}$. En effet, la réaction suivante se produit :



$$CaCl^2 + 2Na\,CO^3H = CO^3Ca + 2NaCl + CO^3H^2$$

intestin

Par ailleurs les urines deviennent plus acides, l'excrétion de l'ammoniaque et des phosphates augmente. Pour que cet effet acidosant apparaisse, il importe d'employer de très fortes doses de chlorure de Ca : 30 gr. par jour en moyenne dans l'expérience de ces auteurs.

L'influence du *chlorure d'ammonium* n'est pas moins nette. Au cours d'une de nos expériences, avec Ch.-O. Guillaumin, nous avons pu constater que l'ingestion de 5 gr. de chlorure d'ammonium par un sujet bien portant provoquait une acidose manifeste. Avant :

pH 7,35
R.A. 65,2

Quarante minutes après l'ingestion : pH 7,32
R.A. 59,5

Donc chute du pH, chute de la R.A., en même temps que s'élève l'excrétion urinaire des acides, de l'ammoniaque et des phosphates. La réaction en cause semble être la suivante :



$$2\,NH^4Cl + CO \rightleftharpoons CON^2H^4 + H^2O + 2HCl$$

La transformation en urée d'une partie du chlorure d'ammonium libère de l'HCl.

Nous avons pu constater encore que 8 gr. de chlorure d'ammonium jugulaient une crise de tétanie parathyréoprive à son début, et parallèlement abaissaient les valeurs exagérées de la chronaxie du nerf et du muscle.

On ne saurait trop insister sur la valeur pratique de ces notions. Le médecin doit savoir dépister toutes les variations de l'alcalinité normale du milieu sanguin ; il doit rattacher à leur véritable cause des signes d'alcalose ou d'acidose, ne pas mettre sur le compte de troubles cardiaques certaines modifications du rythme respiratoire qui ne sont que le reflet d'un trouble acido-basique du sang. En traitant la véritable cause de tels accidents, il obtiendra des effets souvent remarquables et il accomplira une œuvre utile.

BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages ci-après groupent les principaux sujets envisagés dans cet article :

Respiration by J.S. Haldane. *New Haven, Yale University Press*, 1922.

La tétanie infantile par R. Turpin. Masson et Cie, éditeurs, Paris 1925.

L'équilibre acido-basique, par F. Coste. *Presse Médicale*, pp. 768-810-844, 1925.

Acidose et alcalose, par M. Labbé et P. Neveux. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1928.

La réserve alcaline, par L. Ambard et F. Schmid. O. Doin, éditeur, Paris, 1929.

L'alcalose. *Le Journal Médical Français*, juillet 1930, tome XIX, n° 7.

PSYCHIATRIE

Le délire aigu compliqué

Par Henri DAMAYE et Bernard POIRIER

Médecins des asiles d'aliénés

Le délire aigu est une affection fébrile assez commune, parmi les psychoses des asiles et des services de neuropsychiatrie. Envisagé dans l'ensemble de ses cas, c'est une vaste catégorie aux formes mentales polymorphes et aux degrés d'intensité très divers.

On observe des cas très graves, température à 40°, et au-delà, langue rôtie, faciès infectieux très marqué, mais on voit aussi des cas moins graves, tout au moins à leur début, où la température est moins élevée, où l'état général paraît beaucoup moins inquiétant. Méfions-nous toujours cependant de ces psychoses fébriles qui semblent bénignes, car la température peut s'élever rapidement et l'affection peut prendre, en deux ou trois jours, un caractère de haute gravité. Dans notre service de neuro-psychiatrie arrivent, de temps à autre, des délirants mal alimentés chez eux, dont la température oscille entre 37°5 et 38°. Toujours nous faisons à ces malades 1 gr. 25 d'urométine intraveineuse pendant plusieurs jours. Chez nombre de sujets, ce traitement suffit, sans abcès de fixation, à juguler l'infection, à supprimer la fièvre et à prévenir ainsi un caractère de gravité toujours redoutable. Nous faisons ainsi avorter, de temps à autre, un délire aigu grave, chez des entrants hospitalisés avant la période d'état de la terrible psychose.

Nous ne reviendrons pas sur l'évolution et le traitement du délire aigu classique. René Beauchesne, médecin de la marine, élève du professeur Abadie, a fait de la question une remarquable et excellente étude, très utile aux psychiâtres d'hôpitaux et d'asiles (1).

(1) René Beauchesne. — Les formes de début du délire aigu primitif. *Thèse de Bordeaux*, 1930. Chez Gabriel Beauchesne, éditeur, Paris, 117, rue de Rennes.

BIBLIOGRAPHIE

Fièvre boutonneuse. *Fièvre exanthématique du littoral méditerranéen*, par D. Olmer et Jean Olmer. Un volume de 106 pages avec 10 figures. (Collection médecine et chirurgie pratiques, n° 57), 17 francs. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Décrite pour la première fois à Marseille, par D. Olmer en juin 1925, d'abord considérée comme une affection intéressante mais rare et difficile à classer, la fièvre exanthématique a été, par la suite, l'objet de très nombreuses publications, elle a été signalée dans les régions les plus diverses, son expérimentation a été très poussée ; aussi, moins de sept ans après sa première description, nous en connaissons parfaitement les caractères cliniques, nous avons sur son étiologie et sur sa transmission, des notions précises et nous pouvons maintenant la situer dans le cadre nosologique.

La fièvre exanthématique a été signalée d'abord à Marseille et ses environs, puis dans tout le midi de la France enfin et surtout le littoral méditerranéen (Espagne, Maroc, Algérie, Egypte, Syrie, Grèce, Tripolitaine, Cyrénaïque) qu'elle déborde parfois (Portugal, Roumanie, Soudan égyptien).

Ce petit livre s'adresse donc en premier chef à tous les médecins de ces contrées, ils y trouveront exposée la physionomie de la maladie et l'étude précise de ses caractères chimiques, étiologiques, épidémiologiques expérimentaux.

Le terrain cancéreux et cancérisable. *Physiologie pathologique du cancer, action biologique des radiations*, par René Reding. Un volume de 589 pages avec 17 figures : 50 francs . (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

L'existence et la valeur pathogénique du terrain cancérisable sont actuellement établies sur des bases expérimentales certaines.

Il reste à donner à cet état de réceptivité une définition objective, à préciser à quelles lésions anatomo-pathologiques et à quels troubles humoraux correspond ce terme en un mot, à faire la physiologie pathologique du cancer.

Cet ouvrage contient la description systématique des altérations humorales qui différencient un cancéreux d'un homme normal et met en évidence le caractère pathogénique ou secondaire de chacune des altérations constatées. L'action biologique des radiations sur le milieu humoral y est spécialement étudiée.

Tableau de l'art français des origines à nos jours, par Gabriel Mourey. I. *Moyen âge*, illustré de 32 planches en héliogravure. Un volume in-8° broché, 15 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris. . (5e)

L'auteur a vécu dans la familiarité des œuvres d'art et des artistes. Il se défend d'être un technicien et ce n'est point aux techniciens qu'il s'adresse. Pour lui, l'art est surtout l'expression de la vie ; et cette expression ne cesse de vivre. « Une belle chose mortelle passe, a dit Léonard de Vinci, non une belle chose d'art ». » C'est pourquoi, dit Gabriel Mourey, une magnifique et formidable concentration de vie et d'humanité est enfermée entre les murailles et sous les toits de verre de nos musées, entre les portiques des temples grecs et sous les portails et dans les vaisseaux des cathédrales ». Ces œuvres d'art expriment non seulement la pensée, les rêves, les illusions, les espoirs de ceux qui les créèrent, mais aussi l'âme, la pensée, la vie de tous ceux qui les contemplèrent. Gabriel Mourey s'est proposé de tracer un tableau de l'Art français. Son ouvrage se composera de quatre volumes. Le premier est consacré au Moyen-Age où l'architecture tient la place éminente et suffirait à elle seule à magnifier cette époque à laquelle justice est enfin rendue ; mais ni la sculpture, art français par excellence, ni la peinture, ni les Arts décoratifs ne sont oubliés. L'auteur caractérise excellemment toutes ces formes d'art et en montre la puissance, l'harmonie, l'unité.

Revue des cours et conférences, paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Le numéro : 4 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 février : G. Cohen : Préhistoire littéraire de la France (II) : Du latin au roman. — Charles Cestre : Alexis de Tocqueville, témoin et juge de la civilisation américaine (II) : Sa vie et vue générale sur son œuvre (*suite*). — H. Hanser : La vie économique européenne du milieu du XVIe siècle au milieu du XVIIe siècle (III, : Le renversement des valeurs sociales : l'avènement du mercantilisme. — A. Feugere : Jean-Jacques Rousseau (II) : La première conversion. — H. Hannette : La légende de « la Morte vivante » (VII). — Henri Bornecque : Tite-Live (V) : Les sources, souvenirs. — R. Guignard : Romanciers allemands contemporains (X) : Wassermann : Les romans d'Etzel Andergast.

Classiques Delagrave. — Viennent de paraître : Cinna, notice et notes par M. Cordier. — Polyeucte, notices et notes par M. Heulluy. — Esther, notices et notes, par Jean Dumarçay. Chaque volume in-16, illustré de 8 reproductions photo, relié pleine toile : 5 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot.

Cette collection, bien présentée, plaira à tous ceux qui aiment à relire nos grands classiques.

Le travail du bois à la ferme, par R. Champly. Un volume 206 pages 78 figures. Broché, 13 francs. Librairie Agricole de la « Maison Rustique », 26, rue Jacob, Paris (6e).

Les explications claires et surtout précises que donne l'auteur, en les accompagnant de 78 gravures qui contiennent plus de 200 dessins, permettent réellement à chacun de réussir ces travaux du bois avec l'outillage rudimentaire qu'on trouve dans toute ferme.

Le délire aigu peut être primitif, éclater d'emblée ou s'installer insidieusement, chez un sujet à hérédité chargée, ayant ordinairement des mentaux ou des nerveux dans son ascendance. Ou bien le délire aigu apparaît au cours d'une schizophrénie ou d'une psychose mélancolique ou d'un état maniaque. Généralement, ces malades se nourrissaient très mal et présentaient un état physique très défectueux.

Ou bien encore le délire aigu se déclare chez un individu plusieurs fois interné pour un accès délirant apyrétique et qui, chaque fois, avait guéri. On a la surprise de voir rentrer le malade, délirant encore, mais cette fois, avec de la fièvre et des symptômes d'infection.

Nombre de délirants, à hérédité très défectueuse ordinairement, arrivent lentement à un délire aigu terminal, après de longues années de surmenage, d'éthylisme, d'alimentation insuffisante, de maladies infectieuses diverses. Ces sortes de délirants aigus arrivent à l'asile en état d'épuisement physique, avec des viscères dégénérés et se trouvent ainsi très défavorables à la thérapeutique.

Des délires aigus guéris peuvent récidiver, après plusieurs années : le malade s'étant, de nouveau, chez lui, exposé aux mêmes causes.

De loin en loin, un paralytique général nous arrive en état de délire aigu. Il faut traiter de suite le délire aigu et ensuite on s'attaque à la paralysie générale. Ces cas sont loin d'être désespérés : nous avons guéri presque tous ceux qui vinrent en notre service.

Nons voyons aussi le délire aigu chez des épileptiques. Là non plus ce n'est pas désespéré et l'on guérit très bien.

Disons, à propos du délire aigu chez les épileptiques, qu'une fois nous eûmes la surprise d'en constater les lésions chez un dément épileptique mort de cachexie par tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, la méningo-encéphalite psychosante banale était à liquide intra-crânien rosé, à pie-mère très congestionnée, légèrement ecchymotique avec petites suffusions sanguines capillaires en deux ou trois points. Cliniquement, ce délire aigu terminal, chez un cachectique très affaibli, avait passé inaperçu, tant sa symptomatologie fut atténuée et fruste.

Le délire aigu, on le voit déjà par ces exemples, se déclare en des circonstances cliniques assez diverses et son étude complète ferait l'objet d'un très long travail. Il tient une place énorme dans la pathologie mentale aiguë. Le terrain méningo-encéphalique préparé et prédisposé tient une place extrêmement importante en son étiologie : sa pathogénie, et sa thérapeutique sérologique appartiendront au bactériologiste de carrière.

Un tuberculeux pulmonaire de trente-quatre ans, à la période de ramollissement, dont trois frères et sœurs étaient aussi tuberculeux, nous est entré en état de délire aigu à forme d'agitation maniaque délirante et hallucinatoire. Père de cinq enfants, cet homme en avait perdu un autre vingt-quatre heures après la naissance. L'hémoculture, pratiquée par le Dr Duvic, directeur du Laboratoire départemental d'hygiène, se montra négative. L'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien fut également négative. On ne fit pas d'abcès de fixation. Ce malade fut traité par les injections de liposeptine de Lemoine et ensuite par l'urométine intraveineuse, parce que notre provision de liposeptine était épuisée. Mais la liposeptine se montrait aussi très efficace. Le malade guérit du délire aigu en une quinzaine de jours. On traita ensuite sa tuberculose pulmonaire par la viande crue, les arsenicaux et l'iode. En état d'amélioration progressive il fut admis, grâce au Dr Duvic, dans un sanatorium pour achever sa guérison.

Il est des cas bâtards de délire aigu chez des buveurs invétérés où l'on peut dire tout aussi bien delirium tremens. On observe tous les intermédiaires, entre le délire aigu et le delirium tremens.

Délire aigu et delirium tremens sont des méningo-encéphalites, vraisemblablement a ultravirus, ne se traduisant cliniquement que par des symptômes mentaux et quelques-uns vago-sympathiques : langue et lèvres sèches facies infectieux, mydriase, troubles digestifs...). Ainsi que nous l'avons exposé en de nombreux travaux, ces affections graves sont justiciables de la médication anti-infectieuse (électrargol, urométine, uroformine, septicémie, liposeptine... Abcès de fixation, sérum artificiel, jus de viande crue... Strychnine... Sérum anti-infectieux). Dans les cas graves où le streptocoque est supposé révélé par l'hémoculture, le sérum de Vincent peut se montrer efficace.

Quand la température du délirant aigu ou du delirium tremens est redevenue normale, on fait une série de cacodylate de soude, et la guérison mentale s'effectue ainsi très souvent, avec une bonne alimentation.

VARIÉTÉS

IMPRESSIONS D'AMÉRIQUE

La Médecine d'aujourd'hui et de demain

On ne peut pas, après un séjour de quelques semaines passées dans la vie médicale de New-York, ne dégager qu'une seule impression, tant sont variées les choses que l'on voit, tant elles se présentent sous de multiples formes et tant elles sont pleines d'intérêt et de nouveauté.

Le monde médical américain semble avoir fait son éducation plus dans d'autres pays qu'en France. C'est peut-être ce qui frappe avant tout un Français venant aux Etats-Unis. Il doit cependant moins en être attristé que désireux d'en tirer une leçon.

L'Américain aime s'instruire et il faut bien dire, à notre désavantage, que trouvant à première vue plus à apprendre ailleurs et dans des conditions peut-être plus faciles, il semble avoir porté son affection ou fixé ses goûts sur d'autres pays. Ceux-ci lui paraissent en effet animés d'un esprit de jeunesse, curieuse et active, dont nous ne lui donnons pas assez l'apparence. Et puis ces hommes, nés et vivant dans un pays de mécanique, sont instinctivement attirés vers la médecine qui pourrait satisfaire leur idéal de résoudre par des formules, par des chiffres, par des barêmes, toute la variété infinie des maladies. C'est pourquoi leur attraction semble les porter, de prime abord, vers les moyens matériels, plus peut-être que nous, formés et habitués à tout faire par nous-mêmes. Aussi n'est-on pas surpris de voir avec quels soins, avec quelle prodigalité, ils ont construit ces édifices énormes aux multiples étages, où chaque étage à lui seul pourrait en résumer plusieurs. Il faut réellement admirer leur amour de faire sans cesse mieux pour se donner à eux-mêmes et pour donner à leurs visiteurs éventuels, la certitude que rien ne peut exister de comparable à ce qu'ils font. C'est vraiment merveille que de voir, même avec un œil critique, ce qu'est un grand hôpital américain. Je sais bien que l'hôpital ne comporte pas là-bas la même signification que chez nous. L'hôpital est, en Amérique, l'endroit où l'on soigne par les mêmes moyens, mais dans des conditions différentes, des malades de toutes catégories. Entre la salle commune et la chambre particulière, il ne m'a pas semblé cependant qu'il y ait en réalité une grande différence de soins ; car dans cette grande démocratie qu'est l'Amérique, on ne fait aucune distinction entre celui qui a et celui qui n'a pas.

Lits identiques et combien pratiques, s'élevant ou se descendant par segments ou en totalité, avec leur table mobile permettant au malade de prendre ses repas ou d'écrire dans

les meilleures conditions de facilité. Chaque lit a son appareil de T. S. F. et j'ai vu dans un établissement la nouveauté de l'oreiller T. S.F. permettant à un malade d'entendre lui seul, sans gêner ses voisins. Petits détails, si l'on veut, mais dont l'ensemble forme le grand tout du maximum de confort et de distraction qui se doivent aux malades.

Le médecin se réserve, par ailleurs, intelligemment, le temps de suffire à sa besogne. J'en ai vu qui ne quittaient pas de la journée leur hôpital ; j'en ai vu beaucoup d'autres en consacrant une partie à ceux qui y sont hospitalisés, une autre à ceux qui viennent les consulter du dehors. Economie de temps considérable ; et pour le malade lui-même, facilité inouïe d'avoir dans le même établissement le résultat des examens les plus divers et qui se feront sur place. Dans l'un des hôpitaux les plus importants de New-York, il existe un service, qui vraiment peut servir de modèle dans son principe comme dans sa réalisation. Tout médecin de la ville ne faisant pas partie des confrères de cette institution a toute la latitude d'y envoyer, « à la section des recherches », qui que ce soit de ses clients, en vue de lui faire faire les différents examens qu'il lui est impossible de pratiquer lui-même. Ceux-ci, quels qu'il puissent être, se trouvent accomplis dans les conditions de rapidité les plus grandes. Le malade, qu'il ait été hospitalisé ou non pendant la durée nécessaire à ces recherches, retourne à son médecin, muni de tous les documents qu'il a demandés et qu'il conserve. On comprend quel sentiment de sécurité gardent les malades dans leurs services d'hôpitaux. Que de déplacements leur sont évités, pénibles et coûteux, et qui les obligent chez nous à se rendre souvent d'un laboratoire à l'autre. Combien d'autre part, les médecins sont à l'aise pour asseoir rapidement et sûrement un diagnostic raisonné !

Malgré cette attirance, pour ainsi dire instinctive, qui pousse le médecin américain à s'adresser d'abord à la recherche biologique avant de commencer un traitement, j'ai été heureux de sentir et de constater combien il se voit entraîné également vers la clinique. On a l'impression que, déçu peut-être par les résultats du laboratoire ou comprenant que dans certains cas tout au moins, ceux-ci ne peuvent tout donner, l'examen même du malade l'attire et le retient de plus en plus. Dans plusieurs hôpitaux j'ai écouté avec le plus grand intérêt la lecture d'observations de malades et me suis cru reporté alors dans un hôpital de Paris, à une présentation faite au Chef de service par le meilleur de ses élèves. Un des plus éminents médecins de New-York disait à son auditoire que la base même de la médecine devait toujours être, *aujourd'hui plus que jamais, la clinique* et j'ai pu me rendre compte à Baltimore, dans cette excellente école du John Hopkins hospital, avec quel soins était fait l'examen du malade et dans les meilleures conditions pour lui.

Il est infiniment agréable de vivre, ne fussent que quelques heures, dans ce que j'appellerai volontiers la grande famille médicale américaine. Tous ces hommes et ces femmes, Chefs de Service, élèves de différents grades, vivent leur vie professionnelle sur un pied d'égalité complet. Le Chef ne parle ni en premier ni en dernier : il parle quand le moment lui semble venu de jeter un mot dans la discussion. Il n'est certainement pas formalisé, vexé ou froissé quand un jeune étudiant prend la parole après lui pour ne pas être entièrement de son avis. Ce nivellement complet de tous ceux qui s'intéressent à la médecine, cette camaraderie d'hommes de tous âges, de tous grades, est une des choses qui m'ont le plus impressionné. Si l'élève reçoit beaucoup de son maître ou de ses maîtres, il n'est pas dit que le maître lui-même ne gagne pas beaucoup à causer ainsi familièrement avec ses élèves. Et ils sont tous groupés autour du lit du malade comme ils se rencontreront quelques instants après dans la grande salle à manger de l'hôpital, toujours si accueillante pour les étrangers. Une chose frappe encore, c'est l'intérêt que tous les médecins semblent prendre à ce que le maximum possible soit fait pour le malade, dans le domaine matériel. A cet égard les nurses semblent infiniment supérieures, et pour des raisons que je ne veux pas discuter ici, à nos infirmières quelles qu'elles soient. Les services de cuisine sont particulièrement soignés, la nourriture est agréablement présentée et toujours chaude.

Le malade est véritablement le but du médecin et de la médecine.

J'ai enfin assisté à New-York et dans trois hôpitaux différents, à la réunion médicale hebdomaire de chacun d'eux. Il n'y a pas grande différence entre ces réunions-là et celles qui se tiennent dans nos sociétés scientifiques, parisiennes ou autres. Cependant, la discussion des cas m'y semble plus étendue. Dans l'une d'elles, j'ai admiré la projection en couleur sur l'écran, des pièces d'autopsie, sujet de la discussion.

Il y a cette différence, sans doute, entre la médecine américaine et la médecine française, que chez nous nous sommes partis de la clinique pour entrer dans la voie du laboratoire et des recherches. Il semble qu'en Amérique le point de départ ait été exactement l'opposé. Si le sentiment que j'ai vu très nettement dessiné, là-bas, de l'importance de la clinique, se dessine davange encore et s'accentue, il parait indéniable que dans quelques années, la médecine américaine ira à pas de géant, aidée et soutenue qu'elle est par des moyens matériels formidables, que malheureusement nons ne pouvons qu'envier.

Et puis, on sent chez tous ces hommes un amour de leur profession ; on mesure chez ces étudiants, sains, musclés, de bonne humeur, travaillant avec sérieux, avec foi, avec ardeur, qu'ils comptent sortir bientôt et à leur avantage de leur « dépression ». Il suffit pour s'en convaincre de visiter l'Académie de Médecine de New-York. Cette fondation s'appellerait en France « la maison du médecin ». Construction importante, sans être colossale, où se trouvent une salle avec scène, d'autres destinées aux réunions de Syndicats ou de Sociétés Savantes, des salles de lecture confortablement aménagées — très luxueusement pour nous — contigues à une bibliothèque riche de près de deux millions de volumes et recevant chaque mois mille trois cents journaux et revues. Là rentre qui veut, étudiant ou médecin ; il s'y installe dans un bon fauteuil, comme il le ferait dans son club. J'ai admiré aussi à la bibliothèque de John Hopkins à Baltimore, l'aménagement dans les étages de petites chambres, non munies de téléphone — ce qui est à noter — où chacun peut venir, pendant un temps non limité, travailler dans le silence et l'isolement, une question qui l'intéresse. Il trouve à portée de sa main, tout ce qui lui sera nécessaire.

Je ne dirai rien de la cordialité que j'ai rencontrée auprès de tous les confrères américains et dans tous les hôpitaux où il m'a été donné d'aller. Ces médecins qui vivent entre eux en amis vous reçoivent en ami. C'est pour cela que l'impression première que l'on a du premier contact avec la médecine américaine est une impression de sympathie et qu'elle laisse après elle un sentiment d'amitié.

M.-E. BINET (de Vichy).

« Un matin de l'année 1812, le pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, sur le point de terminer ses études médicales aborda Alibert et lui demanda un sujet de thèse. Le maître aimait à plaisanter : « *Vous vous appelez Galès, répondit-il en souriant, étudiez la gale.* » Ces mauvaises plaisanteries, dit Raspail en relatant le mot d'Alibert, portent toujours malheur.

Galès étudia la gale. Il rechercha, dans les éruptions symptomatiques de cette maladie, la présence du parasite décrit depuis longtemps par les naturalistes. Il le découvrit de nouveau, parvint à le montrer à d'illustres savants et acquit ainsi une notoriété subite, qu'il se hâta d'exploiter dans un but intéressé.

Dix-sept ans plus tard, Raspail porta contre lui de graves accusations, qui restèrent sans réponse et qui n'ont cessé de peser sur la mémoire du premier pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. » (L. BRODIER. — Jean-Chrysanthe Galès, pharmacien de l'hôpital Saint-Louis. (17 ..... 1854). *Paris Médical*, 21 janvier 1932.)

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Dermatologie

Les lésions cutanées dues à des **piqûres d'insectes venimeux**, d'araignée, revêtent parfois un aspect si étrange, qu'elles donnent lieu à une question de diagnostic embarrassante, ainsi que le montrent trois observations rapportées par les auteurs. Les renseignemente fournis par le malade ne mettant pas toujours sur la voie, on pense à tout, et il arrive qu'on porte un diagnostic inexact, tel que celui de charbon. L'importance pratique, pronostique et thérapeutique de ces faits est grande. Va-t-on injecter du sérum anticharbonneux ? Va-t-on détruire par le thermocautère ou faire des injections iodées si douloureuses dans l'œdème local ? Au premier abord, la piqûre venimeuse ressemble en effet à la pustule maligne : antécédent de piqûre, rapidité d'accroissement, escarre molle, collerette de vésicules, œdème rouge, douloureux, mais l'absence des phénomènes généraux doit faire hésiter et la recherche de la bactéridie de Davaine est négative ; l'évolution favorable confirme, les malades guérissent sans sérum, sans traitement local intense, on évite l'angoisse du pronostic du charbon, et un traitement pénible et douloureux. A noter cependant que le diagnostic différentiel est très difficile dans les cas de charbon apyrétique, ainsi que le montre une observation rapportée par Milian.

Au chapitre du diagnostic différentiel du charbon, il ne faut donc pas oublier la piqûre venimeuse.

(Gougerot et Ragu. Faux charbons par piqûres venimeuses. *Paris Médical*, 21 janvier 1933.)

La dibromoxymercurifluorescéine (D. O. M. F.), découverte pendant la guerre par H.-H. Young et White, est un composé mercuriel, contenant 26 % de Hg, possédant un pouvoir antiseptique très puissant, une toxicité extrêmement faible, un pouvoir pénétrant considérable dans les tissus ; c'est un produit peu irritant On l'utilise en gynécologie, en urologie, en dermatologie, tant par voie interne (*per os* et en injection intraveineuse) qu'en applications externes. En France, ce médicament n'a pas encore la notoriété qui lui est reconnue depuis longtemps à l'étranger. Il peut être employé utilement dans certaines affections cutanées :

En badigeonnage de la peau pour remplacer la teinture d'iode : solution à 1 ou 2 pour 100.

Dans les *infections de la peau* (perlèche, folliculites, furoncle, anthrax) : solution à 5 p. 100.

Dans le *traitement des furoncles et des anthrax*, la solution D.O.M.F. à 5 p. 100 donne des résultats excellents, en procédant comme il suit ;

On applique la solution sur la lésion et largement à sa périphérie. Après avoir décapité le furoncle, on introduit dans sa cavité un fin stylet monté de coton imbibé à 5 p. 100 ; on le laisse en place quelques instants. Ne jamais exprimer le furoncle. Renouveler tous les jours ces applications *intus* et *extra*, une seule fois par jour, jusqu'à cicatrisation complète. L'introduction du médicament dans le furoncle est fort bien supportée par le malade. Au début, alors que l'inflammation est aiguë, on peut adjoindre les pansements humides chauds.

Dans les *pyodermites*, les badigeonnages quotidiens avec la solution à 1, 2 ou 5 p. 100, la pommade à 1 p. 100, réussissent fort bien. Après avoir fait tomber les croûtes, on fait sur chaque élément, détergé des sécrétions purulentes, un attouchement appuyé à l'aide d'un porte-coton monté et imbibé de la solution antiseptique. On n'oubliera pas de badigeonner les moindres anfractuosités et la périphérie de la lésion (badigeonnage de la peau saine sur une largeur d'un travers de doigt). Si les lésions sont étendues et profondes, placer un pansement sec et stérilisé après onction des lésions à la pommade. L'application (badigeonnage ou pommade) se fait une seule fois par jour.

Dans le *chancre mou* on peut conduire le traitement de la façon suivante : le premier jour on fait une application *loco dolenti*, d'une solution de D. O. M. F. à 5 p. 100. en insistant plus particulièrement sur les bords et les zones de décollement de l'ulcération. Le lendemain, nouvelle application. Après ces deux cautérisations, stérilisation en général complète des lésions, qu'on traitera comme des plaies banales jusqu'à cicatrisation complète. On peut toutefois, pendant un ou deux jours encore, appliquer sur le chancre mou une solution *faible* de D.O.M.F. à 1 p. 100.

Après chaque application on peut recouvrir la plaie d'un peu de vaseline neutre (pour éviter l'adhérence du pansement) et d'un léger pansement stérilisé. En cas de chancrelle vaste, on pourra prolonger l'action bactéricide de la cautérisation initiale par une application de pommade à 1 p. 100. Ne pas associer à ce traitement les poudres antiseptiques, ne pas multiplier sans raison les applications. La simplicité de ce traitement, l'indolence de l'application, l'efficacité rapide, plaident en faveur de cette thérapeutique du chancre mou.

(J. Gaté et P. Cuilleret, de Lyon. Quelques applications thérapeutiques de la dibromoxymercurifluorescéine en dermatologie. *Paris Médical*, 21 janvier 1932.)

Système nerveux

Le nombre des observations se rapportant aux **complications nerveuses des fièvres éruptives**, et publiées dans les journaux médicaux ou communiquées à des Sociétés savantes, s'accroît de plus en plus. *La varicelle* n'a pas été une des dernières parmi les maladies éruptives de l'enfance à se voir accusée de ces complications nerveuses : encéphalitiques, névritiques ou autres, considérées jusque-là comme exceptionnelles.

Toutes ces localisations encéphalo-myélitiques ou névritiques d'un virus varicellique, sur la nature duquel on discute encore beaucoup, ne sont pas toujours absolument légitimes ni aussi réelles qu'elles ne le paraissent. A la lecture de beaucoup d'observations, touchant ce sujet, on s'aperçoit aisément que toutes ne sont pas complètement hors de conteste, et que certaines d'entre elles sont même très douteuses au point de vue de cette particulière étiologie.

Deux observations que rapportent les auteurs, montrent qu'il n'y a aucun doute que la varicelle puisse s'accompagner de troubles oculo-moteurs ; mais une autre observation qu'ils rapportent longuement montre également que, dans la pratique, une grande justesse s'impose avant de conclure à l'action seule du virus varicellique.

« En présence des complications nerveuses encéphalo-myélitiques ou névritiques des fièvres éruptives à virus indéterminé, telles que la varicelle, on doit, avant de conclure à l'action seule de ce virus et d'en attendre une issue favorable, éliminer en premier lieu la syphilis, et cela par tous les moyens mis à notre disposition : analyse du sang et du liquide céphalo-rachidien, épreuve du traitement spécifique, etc. »

(V. Gillot, Ch. Sarrouy et P. Dupuy d'Uby. *A propos des complications nerveuses de la varicelle. La Presse médicale*, 9 novembre 1932.)

Le diagnostic de « paralysie ascendante aigu » ne présente aucune difficulté. Il s'impose au médecin le moins averti. Cependant, la paralysie de Landry n'est qu'un syndrome. Il faut lui attribuer une étiologie et ici commence le véritable travail. *Le syndrome de Landry qui éveille immédiatement l'idée de poliomyélite doit, immédiatement aussi, éveiller l'idée de rage.* Les paralysies consécutives aux maladies infectieuses (diphtérie, variole, rougeole, pneumonie, etc.) et aux intoxications (oxyde de carbone, plomb, arsenic) étant écartées, on pensera donc simultanément, en présence d'une paralysie ascendante, à la rage et à la maladie de Heine-Medin. On conçoit combien, selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre de ces deux affections, le pronostic et le traitement diffèrent. Avec toutes les précautions de mise en pareil cas, on recherchera les rapports qu'au cours des semaines ou des mois précédents le sujet a pu avoir avec des animaux enragés ou suspects. L'interrogatoire du malade doit absolument être dirigé dans ce sens, car jamais de lui-même il n'établira une relation de cause à effet entre un état paralytique et une morsure ou des lèchements sur des écorchures. Même une enquête négative (fait de Knutti) ou l'existence d'une épidémie (épisode de la Trinité) ne doivent pas permettre d'éliminer la rage de façon absolue et d'affirmer l'existence de la poliomyélite. A l'autopsie, on prélèvera des fragments de corne d'Ammon pour la recherche de corps de Négri ; on ensemencera le système nerveux central afin de mettre en évidence les Eberth, streptocoque, pneumocoque, staphylocoque signalés dans certaines observations (quelques-uns de ces germes peuvent être de simples microbes de sortie). Surtout, on pratiquera, avec une émulsion du bulbe, des inoculations non seulement au lapin, puisque sa résistance au virus poliomyélitique est contestée mais encore au cobaye et, si possible au chien. Ces deux animaux étant complètement réfractaires à la maladie de Heine-Medin, les inoculations donneront une certitude et permettront de restreindre encore davantage le domaine de la maladie de

Landry dite essentielle ou primitive, domaine que la poliomyélite a déjà réduit de façon si sensible.

(P. Remlinger. *La paralysie ascendante aiguë de Landry : ses rapports avec la rage. La Presse médicale*, 24 décembre 1932.)

Il existe manifestement un **syndrome encéphalo-méningé de la neuro-mélitococcie.**

« Apparaissant d'ordinaire tardivement, souvent très tard, débutant quelquefois précocement, il se présente toujours avec une physionomie particulière, qu'on ne retrouve dans aucun des syndromes neurologiques connus jusqu'ici. Cet ensemble est si caractéristique même, que nous estimons que sa constatation autorise à suspecter, sinon à affirmer, l'intervention de la mélitococcie, même en l'absence de données anamnestiques, même en l'absence de contrôle sérologique.

Complet, il se présente avec les éléments suivants : des phénomènes paroxystiques ; un syndrome clinique permanent ; un syndrome biologique rachidien, ce dernier faisant partie aussi des manifestations extra-cérébrales de la neuro-mélitococcie (médullaires, radiculo-névritiques).

A. Phénomènes paroxystiques. — Leur allure autorise à penser qu'ils sont sous la dépendance de *spasmes vasculaires cérébraux*. Ils réalisent le plus souvent des troubles paresthésiques prédominants aux membres supérieurs, à la langue et à la face, avec ou sans parésie, avec ou sans dysarthrie, avec ou sans aphasie ; quelquefois des poussées de migraine, des troubles visuels, des attaques comitiales ; exceptionnellement des mouvements anormaux (myoclonies, hémichorée).

Ces symptômes peuvent apparaître seuls ou associés diversement entre eux. Ils s'accompagnent de céphalée, de nausées, de vomissements, quelquefois de manifestations délirantes, fréquemment d'une poussée fébrile.

B. Syndrome clinique permanent. — 1° *Etat mental* particulier : asthénie psychique, indifférence affective, diminution de la mémoire, euphorie.

2° *Syndrome labyrinthique* : vertiges, troubles de l'équilibre, bruits auriculaires subjectifs, surdité uni ou bilatérale.

3° *Discrétion des signes méningés cliniques* : les troubles subjectifs se réduisent à de la céphalée, quelques nausées, parfois de la diplopie ; la traduction objective de la participation des méninges est nulle (pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, pas de modification du fond d'œil).

Le contraste entre cette tolérance et l'importance des signes méningés biologiques est particulièrement digne de remarque.

4° *Absence d'un syndrome neurologique caractérisé*, en dehors de la constatation assez fréquente d'un signe de Babinski uni ou bilatéral, sauf dans quelques cas particuliers d'association avec une complication nerveuse extra-cérébrale (médullaire ou radiculo-névritique).

C. Syndrome rachidien biologique. — *Importante réaction cyto albumineuse du liquide, avec prédominance de l'hyperalbuminose, souvent énorme* : xanthochromie fréquente ; réaction de Wright positive dans le liquide dans un des deux seuls cas où elle ait été recherchée. »

(L. Rimbaud et M. Janbon. Le syndrome encéphalo-méningé de la neuro-mélitococcie. *La Presse médicale*, 14 janvier 1933.)

Les complications médullaires des leucémies sont de connaissance récente et paraissent très rares. En France on n'en connaît que deux observations : celle de Beaudoin et Parturier parue en 1910 dans la *Revue neurologique*, et celle publiée récemment à la Société française d'hématologie par L. Cornil et D. Olmer. A l'étranger diverses observations ont été rapportées.

« Le *diagnostic* se pose de deux façons différentes. Dans un premier cas on a affaire à une leucémie qui est diagnostiquée et l'application de la complication médullaire est facile à rattacher à sa cause.

Dans un autre ordre de faits la leucémie ne s'était pas encore manifestée cliniquement. Le diagnostic étiologique de cette complication est extrêmement difficile, en dehors bien entendu de la constatation exceptionnelle de myélocytes dans le liquide céphalo-rachidien. Il faudra cependant penser à la leucémie, la rechercher par un examen clinique complet et surtout par un examen du sang. Il faudra y penser, surtout, ainsi que le dit Critchley, « en présence d'une paraplégie soudaine quand elle aura été précédée de douleurs, qu'elle s'accompagne de pâleur, de température et qu'elle survient chez un sujet jeune ». Nous souscrivons à l'opinion de Critchley en faisant cependant des réserves sur ces deux facteurs : température et jeune âge du sujet qui parfois, nous l'avons vu, peuvent être en défaut. »

(Jean Olmer et J. Alliez. Les complications médullaires des leucémies. *La Presse médicale*, 31 décembre 1932.)

Chirurgie

Hystérectomie abdominale totale ou subtotale ? « Il n'est jamais trop tard pour parler encore d'elle ! ». Pour la dixième fois, je dois remonter sur la brèche ! Il le faut d'autant plus que l'attaque vient de plus haut ! C'est Forgue, cette fois, le chirurgien sans reproche, le savant sans défaillance, l'infatigable travailleur, c'est lui qui vient allumer la mine au rempart. Et c'est encore moi qui vient essayer de mettre le pied sur la mèche. Je suis bien en retard. Mais j'étais loin de France, quand a paru, ici même, le bel article qu'il a consacré à défendre encore une fois l'hystérectomie totale contre la subtotale.

Et c'est parce que je suis convaincu que cet article, à cause même de sa haute valeur, consacre une erreur grave que j'entreprends encore de le discuter, de le réfuter même, si j'en suis capable, et de défendre ainsi la bonne cause, celle de la simplicité chirurgicale, et aussi de la vie d'un nombre de malades dont nul ne peut faire le compte.

. . . .

Alors ! Alors j'en reviens à ce que j'ai toujours dit, et à ce que je dirai jusqu'au bout : l'hystérectomie totale, plus longue, plus difficile, plus hémorragique, plus dangereuse pour l'uretère, pour la vessie, moins aseptique que l'hystérectomie subtotale, est plus grave ; elle ne peut pas ne pas être plus grave.

Mais même à gravité égale, la subtotale garde la supériorité de conserver le col, de laisser un vagin normal, et surtout d'être une opération infiniment plus simple.

J'ai essayé pendant toute ma vie de simplifier la chirurgie, et en particulier la chirurgie utérine.

Je crois que les efforts que j'ai faits dans ce sens n'ont pas été inutiles. Je pense que les règles de technique que, depuis plus de trente ans, je me suis efforcé de faire connaître, ont rendu service à beaucoup de chirurgiens, et ont permis de sauver un grand nombre de femmes.

Ce n'est pas au moment où j'arrive au bout de ma carrière que je modifierai mes idées et que j'accepterai de voir compliquer à plaisir une opération que depuis si longtemps, je me suis efforcé de rendre de plus en plus simple. »

(J.-L. Faure. Hystérectomie abdominale totale ou subtotale. *La Presse Médicale* 14 janvier 1933.)

Biologie

Dans l'état actuel du langage médical, il **est impossible de donner du mot allergie une définition qui mette d'accord tous les auteurs** — fort nombreux — qui l'ont employé dans leurs écrits ; car la signification qui lui est attachée varie dans des proportions considérables.

Il est également difficile de s'entendre quand on veut préciser les *rapports de l'allergie et de l'immunité*.

« Théoriquement, on peut concevoir ou qu'il n'y a aucun rapport entre les deux processus, ou bien, au contraire, qu'ils sont de même ordre et peuvent se transformer l'un dans l'autre, par étapes. Les deux opinions ont été soutenues et bien d'autres, avec des variantes, et la place nous manque pour une discussion qui présenterait quelque intérêt, mais ne saurait aboutir à des conclusions fermes.

Peut-être peut-on proposer pour le moment, la manière de voir suivante :

La pénétration d'un antigène (ou réactogène) dans un organisme peut ne déterminer chez celui-ci aucune modification réactionnelle : c'est l'état d'anergie, ou mieux d'anallergie. Le plus souvent il y a modification des possibilités réactionnelles, c'est-à-dire allergie.

Mais cet état allergique peut lui-même être de deux ordres : ou bien il s'exerce à l'égard de plusieurs antigènes, il s'agit d'une réaction non spécifique, réaction ou allergie de groupe ou biophylaxie de Tzanck (et tout récemment le Prof. Bezançon a insisté sur la fréquence, en la nosologie actuelle, de ces réactions non spécifiques), ou bien, au contraire, il s'agit d'une réaction spécifique qui peut s'exercer dans deux sens, hypersensibilité (intolérance ou anaphylaxie) ou accoutumance (immunité). Cette manière de concevoir l'allergie n'est pas pleinement satisfaisante, en particulier parce qu'on peut voir coexister chez le même sujet les phénomènes d'hypersensibilité et ceux d'immunité (notamment en matière de tuberculose, comme on y a insisté récemment au Congrès de La Haye-Amsterdam), mais elle permet de schématiser des notions assez complexes qu'on peut résumer ainsi :

Antigène pénétrant dans l'organisme :

Absence de réaction : anergie ou mieux anallergie.
Réaction : *allergie*.

Réaction non spécifique, biophylaxie.
Réaction spécifique.
Réaction hypersensibilité (anaphylaxie, intolérance).
Réaction hypersensibilité accoutumance, immunité.

(Fr. Saint-Girons. L'allergie en médecine. *Le Bulletin Médical*, 28 janvier 1933.)

Thérapeutique

Trois cas de fistules anales rebelles, ont cédé rapidement à des injections de **sérum anti-colibacillaire**, jointes à des instillations *in situ*, de ce même sérum. Il a suffi d'une seule série d'injections de sérum anti-colibacillaire de Vincent, réalisant une dose massive (120 c.c. dans deux observations, et 140 c.c. dans la troisième), pour que la cicatrisation s'annonce d'une manière indiscutable et se poursuive ensuite régulièrement et rapidement.

La guérison est survenue en trois semaines environ et se maintient depuis huit mois. La réaction présentée par les trois malades a été très différente : dans deux cas elle a été absolument insignifiante et s'est bornée à une élévation thermique banale, avec plaque érythémateuse au lieu de l'injection.

Dans le troisième cas, une poussée urticarienne importante étant apparue, on fut obligé d'interrompre le traitement, mais assez tard heureusement pour que celui-ci ait produit son effet.

(Docteur Charpy. Trois cas de fistules anales traitées par les injections et les instillations de sérum anticolibacillaire, *La Clinique*, janvier 1933. B.)

Varia

Il faut retenir la possibilité d'une dacryoadénite au cours de la scarlatine. En éliminant d'autres affections qui peuvent y ressembler : ostéite orbitaire, abcès furoncle, phlegmon de l'orbite, on évitera de pratiquer une incision intempestive.

(A. Favory. La dacryoadénite aiguë au cours de la scarlatine. *La Médecine*, janvier 1933.)

***

Chez le nourrisson, le diagnostic de mastoïdite n'est pas toujours facile, tout au moins au début de l'oto-mastoïdite. Cela tient à deux causes : la première, c'est que l'otite moyenne du nourrisson reste assez longtemps *latente* en raison de la brièveté et de la largeur relative de la trompe d'Eustache dans le tout jeune âge. L'infection de la caisse se draine aussi beaucoup plus facilement que chez l'adulte. La deuxième est la présence d'accidents gastro-intestinaux qui en l'absence de signes otitiques nets peuvent égarer le diagnostic.

(Docteur Ardouin, de Parthenay. La mastoïdite du nourrisson. *La Médecine*, janvier 1933.)

***

L'hydrorrhée nasale est une manifestation locale d'un trouble général. A l'heure actuelle, il semble que la plupart des rhino-hydrorrhées appartiennent à une des deux catégories suivantes :

1° Certaines hydrorrhées ont une origine anaphylactique, au même titre que le coryza spasmodique.

2° D'autres hydrorrhées nasales paraissent dues à un trouble du fonctionnement rénal.

Cette insuffisance du fonctionnement rénal n'est pas forcément liée à des lésions du rein. Elle peut être due à la quantité insuffisante des liquides qui traversent le filtre rénal. C'est l'histoire de ces jeunes femmes qui ne boivent pour ainsi dire plus, sous prétexte que cette pratique les fait maigrir.

(Docteur E. Feldstein. Les nez mouillés. Pathogénie et traitement de l'hydrorrhée nasale. *Journal des Praticiens*, 14 janvier 1933.)

***

Le bactériologisme intensif avait, un moment, débordé les cadres que lui assignait la clinique et il avait prétendu tout renouveler. Il a mis en évidence le germe pathogène, il l'a décelé, identifié, coloré, cultivé, inoculé, facilitant ainsi l'étude de la maladie, apportant ainsi une admirable clarté sur le facteur étiologique animé, mais s'il a révolutionné l'hygiène, permis à la clinique un essor merveilleux, il a trop longtemps oublié Raulin, démontrant l'influence des moindres variations du milieu sur la vitalité et la propriété des germes ensemencés. Il a trop longtemps nié le terrain sur lequel devait germer la graine.

(Pr. J. Vires. Rapports de la clinique humaine et des sciences fondamentales. *Journal des Praticiens*, 11 juin 1932.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Circulation

Les problèmes, qui s'attachent à l'hypertension artérielle, sont d'un très grand intérêt.

Si la pathogénie est encore controversée, on est généralement d'accord pour admettre que l'âge du sujet est pour beaucoup dans le développement de ce trouble.

Dans la grande majorité des cas l'hypertension est accompagnée d'une hypertrophie plus ou moins marquée ; toutefois il n'est pas absolument rare que l'hypertrophie fasse défaut, même dans les cas où il existe une hypertension fort élevée.

Ni l'accentuation du deuxième bruit de l'aorte ni le pouls tendu ne sont des symptômes invariables ; de même qu'on peut très bien trouver le second bruit accentué sans qu'il y ait de pouls tendu et inversement. Dans la statistique de l'auteur, qui comprend dix-huit hommes et trente-deux femmes, on trouve de l'accentuation dans vingt-trois cas, un pouls tendu dans vingt-quatre cas, de l'arythmie dans six cas.

L'hypertension se complique fréquemment d'hémorragies cérébrales. Chez dix-huit malades on constata des attaques, suivies de parésies. Tous avaient une pression systolique très forte, de 200 millimètres ou plus ; un seul n'avait que 170.

L'épistaxis se rencontra chez trois malades seulement ; dans un cas l'abondance eut pour conséquence une anémie très intense, le chiffre de l'hémoglobine étant tombé à 36 pour 100.

Chez quatorze malades il y avait une absence complète de symptômes subjectifs ; quatre ne purent donner aucun renseignement utile. Les autres présentaient surtout de la céphalée et des vertiges.

(Fr. Vogelius, de Copenhague. Etudes sur l'hypertension artérielle chez des sujets âgés. *Acta Medica Scandinavica* 29 août 1932.)

Tuberculose

Un essai de classement des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses du jeune adulte a été tenté par R. Jeanneret et F. Fame.

Le *premier groupe* représente très vraisemblablement la modalité de la primo-infection tuberculeuse.

Il s'agit de tuméfaction importante des groupes hilaires ou prétrachéo bronchiques, avec existence simultanée d'une ombre radiologique, expression d'un processus exsudatif dans une zone quelconque du tissu pulmonaire.

Dans un *deuxième groupe* on place les malades chez lesquels on met en évidence des adénopathies trachéo-bronchiques, mais chez lesquels l'examen clinique montre l'intégrité apparente des poumons.

Le *troisième groupe* comprend les malades chez lesquels on découvre simultanément l'existence d'adenopathies trachéo-bronchiques et souvent cervicales et de lésions parenchymateuses indéniables, avec présence d'expectoration bacillifère.

(R. Jeanneret et F. Fame, de Leysin. Essai de classement des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses du «jeune adulte». *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 juin 1932.)

Rhumatisme

La sédimentation globulaire permet de suivre l'évolution du rhumatisme et d'en confirmer la guérison.

La vitesse varie proportionnellement à l'infection.

Si cette épreuve donne parfois des résultats prêtant à erreur, elle finit toujours par concorder avec la clinique, en permettant la découverte de l'élément secondaire, cause de la déviation.

La technique de Linzenmeyer est simple, facile, rapide ; le malade lui-même peut surveiller la sédimentation de ses globules.

Six observations montrent ce que l'on peut tirer de la vitesse de sédimentation dans la pratique.

(Sylvio Leblond. Sédimentation globulaire. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, mai 1932.)

Les méfaits de l'alcool dans le rhumatisme sont mis en relief dans les deux observations suivantes :

1° M. B..., courtier, célibataire ; âgé de 51 ans, a été un bon vivant et avoue lui-même des excès éthyliques notables. Les

effets ne pouvaient manquer de se montrer. Il y a une douzaine d'années, il constate au cours de ses tournées une gêne dans les articulations des membres inférieurs. Lentement, mais sûrement, ses articulations se déformaient et s'enraidissaient une à une. Puis vinrent les crises aiguës. Les genoux gonflèrent. L'anémie augmenta considérablement. Il reconnut lui-même qu'il était temps de modifier son régime... Il avait été amené absolument impotent, ne quittant pas son lit, les genoux ankylosés à angle droit, toutes articulations endolories... Après sept mois de traitement, il marche, un peu appuyé sur une canne, prêt à reprendre son travail.

2° M. H..., courtier en vins, âgé de 60 ans, a évidemment les défauts de sa profession. C'est un excellent représentant pour la vente des vins, mais il proclame volontiers que sa marchandise est bonne... Vers l'âge de 30 ans, il souffrait déjà de diverses articulations... Les crises se multiplient et les raideurs articulaires se multiplient de plus en plus... Le cas n'était pas simple. L'homme était un peu obèse, avait le teint couperosé, de la tachycardie, de l'irrégularité myocardique, une tension artérielle augmentée... Il subit avec courage le traitement physiothérapique et de plus une mobilisation des genoux sans narcose... Il sortit guéri, marchant allègrement et reprenant son commerce.

L'alcool diminue la résistance à l'infection, à la fatigue, au froid ; il devient un des facteurs les plus nocifs du rhumatisme. Les statistiques montrent que les professions exposées aux abus de l'alcool (hôteliers, garçons de café, représentants en vins, brasseurs) payent un tribut élevé au rhumatisme.

(I. Gunzburg. Alcool et rhumatisme. *Annales de Médecine Physique et de Physio-Biologie,* 1932, fasc. 6.)

Ophtalmologie

La céphalée d'origine oculaire intéresse tous les médecins, parce que le mécanisme visuel est au moins partiellement responsable dans environ 40 % des cas de céphalée chronique et 75 % des cas de céphalée frontale chronique.

Dans la pratique ophtalmologique on compte 52 % de céphalées réflexes, 35 % de toxiques et 13 % de mécaniques.

La pathogénie de ces céphalées n'est pas élucidée et aucune théorie n'explique tous les cas.

La cause la plus fréquente de la céphalée d'origine oculaire est le trouble réflexe dû à une anomalie de réfraction, qui modifie l'accommodation et fatigue l'œil.

L'astigmatisme détermine des céphalées plus sérieuses et plus fréquentes que tous les autres troubles de réfraction : hypermétropie, myopie, presbytie. Un quart de dioptrie d'astigmatisme produit plus de symptômes subjectifs qu'une dioptrie de myopie.

(Chas. A. Bahn, de New-Orleans. Headaches of ocular origin. *New-Orleans Medical and Surgical Journal* septembre 1932.)

Stomatologie

L'importance de la pyophagie est considérable en médecine générale.

L'infection du tube digestif et des glandes annexes intéresse tout particulièrement la gastro-entérologie.

Un grand nombre de cas d'intoxication générale à étiologie souvent obscure sont provoqués et entretenus uniquement par la pyophagie.

Il est donc indispensable de vérifier l'état de la bouche et de reconnaître la présence de la pyophagie, qui relève principalement de la pyorrhée alvéolo-dentaire et accessoirement des fistules dentaires et des gingivites suppurées.

(F. Watry. Des dangers de la pyophagie. *Scalpel,* 20 août 1932.)

Aphorismes

Toutes les formes parasitaires dérivent de formes saprophytiques, qui se sont habituées au parasitisme, de sorte qu'on peut établir de véritables arbres généalogiques (B. Galli-Valerio, de Lausanne).

Les vieilles théories humorales des Anciens sont en partie réhabilitées par l'endocrinologie, qui représente le *dernier cri* de la médecine (Antonio Ventura, de Troia).

J. LAFONT.

« Le hasard est un grand maître et je crois donner un bon conseil aux jeunes en les engageant à se laisser conduire, dans une certaine mesure, par les événements, c'est ce que j'ai fait et je ne m'en repens pas. » (Professeur MARION. Leçon inaugurale.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1933

Le radiodiagnostic des calcifications de l'aorte abdominale. — *MM. Ledoux-Lebard, Garcia-Calderon* et *Eliopoulos* rapportent leurs observations relatives aux calcifications de l'aorte abdominale et à leur mise en évidence radiologique.

Alors que les calcifications des segments thoraciques et tout particulièrement de la crosse ont été souvent et bien étudiées et sont d'observation journalière, les calcifications du segment abdominal sont à peine signalées par les radiologistes.

Les auteurs montrent qu'elles sont cependant assez fréquentes et peuvent être bien mises en évidence, dans un grand nombre de cas, avec une technique appropriée (radiographie de profil).

Leur diagnostic peut présenter un réel intérêt pour dépister l'angor abdominal et éclairer l'origine de certains phénomènes douloureux ou de certains troubles circulatoires parfois éprouvés par les malades.

Des radiographies montrant quelques exemples de ces calcifications sont projetées.

Le dépistage du Kala-Azar — *MM. d'Œlsnitz* et *Faure-Brac.* — 1° Le dépistage précoce des leishmanioses ne peut se faire ni par l'examen clinique ni par l'examen cytologique du sang.

2° La recherche des parasites dans leurs localisations organiques est assez aisée chez le chien (foie, rate, moelle osseuse, lésions tégumentaires) mais ne peut être généralisée chez l'homme (ponction splénique) en raison de ses inconvénients possibles.

3° Les recherches directes ou indirectes (culture sur milieu spécial) des parasites dans le sang n'ont pas donné jusqu'ici pour le Kala-Azar autochtone des résultats permettant de juger leur valeur.

4° La réaction au formol est un moyen de dépistage simple, facile, à la portée de tous les praticiens, mais qui, chez l'animal comme chez l'homme comporte la possibilité de résultats erronés dans un dixième des cas.

5° La réaction aux sels d'antimoine (Chopra et Gupta) a l'avantage d'être d'une appréciation plus nette, d'apparaître dès le début de la maladie et de ne comporter que des causes d'erreur facilement évitables. Elle paraît être jusqu'ici un procédé d'identification tout à la fois assez simple et suffisamment constant.

Essai du pouvoir zymosthénique in vitro de certaines eaux minérales sur le ferment glycolytique du sang. — *MM. Loeper, Mougeot et Aubertot.* — Le dosage du glucose au début et après 24, 48 heures dans des mélanges d'eau, de sérum et de glucose en proportions constantes fournit la preuve d'un pouvoir activant de certaines eaux minérales sur le ferment glycolytique. Tel est surtout le cas de Montmirail, de Royat (Saint-Mart) et de Saint-Nectaire (Gros Bouillon). D'autres ne sont guère plus activantes que l'eau de Seine. Enfin quelques-unes apparaissent comme paralysantes car la glycolyse s'y opère sensiblement avec la même lenteur que dans l'eau distillée.

Le transfuseur électrique. — *MM. Victor Pauchet* et *Bécart.*

Correction de la ptose cutanée cervico-faciale par accrochage pariéto-temporo-occipital et résection cutanée. — *M. Claoué.*

Election de deux correspondants étrangers (1re Division (Médecine). — Classement des candidats : En première ligne : MM. Egas MONIZ (Lisbonne), et de BECO (Liége).

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. BALDWIN (de Saranac Lake, U. S. A.), BENSIS (d'Athènes), DANIÉLOPOLU (de Bucarest) HASKOVEC (de Prague) et ROCH (de Genève).

MM. E. MONIZ et de BECO sont élus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1933

Traumatismes craniens. — *M. Auvray* estime que la ponction lombairé est un moyen utile de diagnostic et de thérapeutique. L'intervention n'est indiquée qu'en cas d'échec des ponctions lombaires et en présence de signes de compression.

Arthrite suppurée à streptocoques. — *M. Mauclaire* étudie les indications de la ponction évacuatrice dans les arthrites purulentes à streptocoques. Cette méthode suffit rarement et l'arthrotomie est souvent nécessaire. Les injections de vaccins ou de bactériophage aident à la guérison.

Abcès des muscles. — *M. Mauclaire* a observé un cas de myosite du quadriceps d'origine gonococcique vraisemblable.

M. Métivet insiste sur l'allure de tumeur de nombre de myosites.

Anesthésie. — *M. Chevassu* a étudié les effets des anesthésiques sur le rein et sur la tension artérielle et met en évidence les avantages du balsoforme.

M. Richard estime que chaque anesthésique a ses indications particulières.

M. J.-L. Faure a obtenu d'excellents résultats du mélange de Schleich.

Méningite à streptocoques. — *MM. Basset, Ameline* et *Mialaret* rapportent un cas de méningite streptococcique après fracture du crâne. Le malade guerit rapidement après injections intrarachidiennes et intraveineuses de sérum streptococcique.

M. L. Bazy apporte un cas personnel analogue.

M. Lenormant croit que les infections à la suite de fractures fermees sont beaucoup plus rares qu'on le dit classiquement.

Echinococcose de la ceinture pelvienne. — *MM. Okinczyc* et *Moulonguet* présentent deux cas d'échinococcose des os du bassin observés par M. Lecène.

Reproduction expérimentale de l'ostéose parathyroïdienne. — *M. Bréchot* montre des radiographies de *M. Pergola* faites sur des lapins soumis à des injections périodiques de parathormone.

M. Lenormant rappelle certains travaux sur cette question.

Présentation de pièces. — *M. Heitz-Boyer* montre une pièce de testicule avec infarctus sous torsion.

M. Chevassu demande si la syphilis n'est pas en cause.

Séance du 22 février 1933

Arthrite suppurée à streptocoques. — *M. Mauclaire* apporte deux nouvelles observations.

Torsion de rate surnuméraire. — *M. Okinczyc* a observé un cas personnel.

Ramisection lombaire pour maux perforants plantaires. — *M. Mauclaire* rapporte deux observations de *M. René Bloch* (de Paris). Une ramisection unilatérale a amené une disparition momentanée des lésions.

M. Ombrédanne a trois fois enlevé le mal perforant et fait une autoplastie à l'italienne ; guérison complète les trois fois.

Perforation spontanée d'une cystite tuberculeuse. — *M. Proust* rapporte une observation de *M. Duncombe* (de Nevers) et une autre de *M. Desjacques*. Les deux malades sont morts après l'opération, celle-ci ayant été trop tardive.

Hernie épigastrique étranglée. — *M. Proust* relate une observation de *M. Delannoy* (de Lille).

Kyste hydatique du tibia. — Observation de *M. Curtillet* (d'Alger) rapportee par *M. A. Mouchet*. Le kyste était fistulisé, trépanage large et formolage. Guérison.

M. Gernez rappelle un cas où l'aspect radiographique était très different du cas précédent. Il rappelle aussi un autre cas où il a fait une humérectomie totale.

M. Thiéry relate un cas où la lésion a conduit à l'amputation.

M. Lance se demande si l'aspect radiographique un peu particulier ne tient pas à l'ostéomyélite surajoutée.

Contusion rénale grave. — *M. Gosset* rapporte une observation de *M. Funck-Brentano*. Le sujet avait eu une contusion rénale gauche et c'est un mois après qu'une nouvelle hématurie obligea à l'intervention ; cystostomie et quarante-huit heures après devant une nouvelle hémorragie, une néphrectomie. Guérison.

M. Sorrel trouve singulier une hémorragie secondaire un mois après le traumatisme.

M. Maisonnet montre que la lésion en cause est généralement un infarctus du rein.

M. Charrier a vu un malade qui a fait un hématome périnéal dix-huit jours après le traumatisme.

A l'intervention, on trouva une lésion du pédicule. Guérison. L'infection lui a paru jouer un rôle dans la genèse des accidents.

M. Michon a observé un cas analogue. Il croit aussi que l'infarctus est à l'origine de l'hémorragie secondaire.

Varices. — *M. Hartmann* approuve pleinement la méthode de l'arrachement sous-cutanée.

M. Alglave défend la saphénectomie aussi bien dans les varices symptomatiques que dans les varices essentielles. A son avis, les injections sclerosantes ne donnent que des résultats momentanés.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février 1933

Effets favorables de la diathermie du foie sur l'évolution d'une cirrhose ascitogène. — *MM. d'Œlsnitz, Paschetta, Liotard* et *Mlle Gautschi* (de Nice) rapportent l'histoire d'un sujet éthylique âgé de 57 ans, chez qui apparurent successivement un œdème considérable des membres inférieurs, puis un epanchement ascitique progressif avec signes d'insuffisance hépatique et grave atteinte de l'état général.

Au moment où l'importance de l'ascite imposait une ponction évacuatrice les auteurs, s'inspirant de la thérapeutique proposée et essayée avec succès par MM. Pagniez, Plichet, Loutsch et Marchand, firent la même tentative et soumirent le malade à la diathermie du foie.

Malgré que l'état des téguments ne permit pas de faire plus de quatre applications diathermiques, on assista à une rapide résorption des œdèmes et de l'ascite en même temps qu'à une amélioration parallèle des fonctions hépatiques et de l'état géral, résultats se maintenant et s'accentuant spontanément depuis deux mois en dehors de toute autre action thérapeutique.

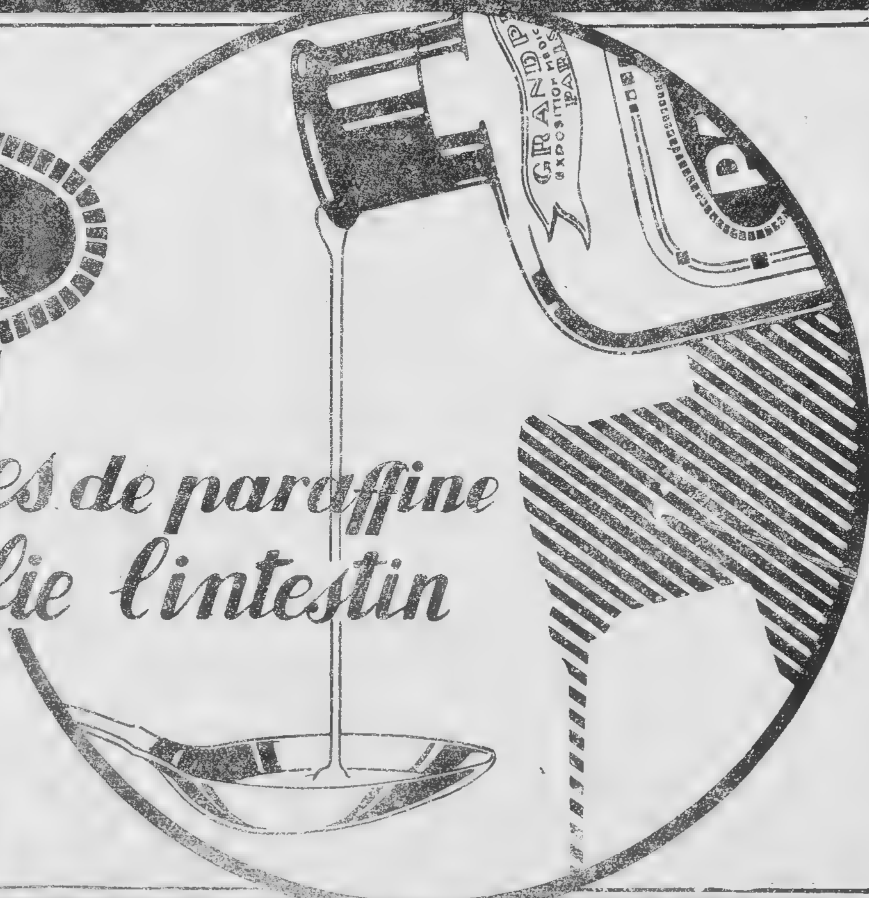
Un nouveau cas autochtone de Kala-Azar de l'adulte rapidement guéri par le traitement stibié. — *MM. d'Œlsnitz* et *Mlle Gautschi* (de Nice) signalent l'apparition croissante de leishmanioses viscérales de l'adulte nées sur le littoral méditerranéen français. Ils soulignent les signes cliniques caractérisant le Kala-Azar de l'adulte et le distinguant de celui de l'enfance : faible degre de l'anémie, pigmentation cutanée et surtout existence de rémissions trompeuses pouvant simuler la guérison.

Les auteurs discutent la valeur de différentes épreuves biologiques (formol-leucogélification, réaction de Chopra, dosage des albumines du sang) spécialement en ce qui concerne leurs rapports chronologiques avec l'activité ou la cessation de l'infection parasitaire et la possibilité d'y trouver une confirmation de la guérison clinique.

Rein unique congénital très hypertrophié avec néphrite dans un cas de septicémie pneumococcique. — *MM. Théodore Dumitresco* et *Demètre Dumistresco* (de Bucarest).

Nécrose pulmonaire lobaire avec collapsus pulmonaire, bronchectasie et thrombose de l'artère pulmonaire. — *MM. Ameuille* et *Mézard* ont observé un tuberculeux qui presentait une caverne lobaire du lobe supérieur du poumon droit, quelques foyers nodulaires discrets dans le poumon gauche.

Ce malade, suivi de très près à l'auscultation et à l'examen radiologique, fait soudainement une condensation complète des lobes inférieur et moyen droits, avec matité, opacité radiologique massive, et en même temps rétraction des côtes et



attraction du médiastin du côté de l'opacité, de telle sorte que le cœur était passé tout entier à droite de la colonne vertébrale.

Pensant à un collapsus pulmonaire aigu, ils ont exploré la bronche qui s'est montrée parfaitement perméable, le lipiodol injecté a même montré l'existence de grosses dilatations moniliformes des bronches inférieures.

La mort n'est survenue que quatre mois après cet incident qui ne s'était marqué par aucun trouble fonctionnel et aucune modification de l'état général.

A l'autopsie, on a trouvé une mortification totale des lobes inférieur et moyen, sans infiltration alvéolaire, avec destruction totale de la paroi bronchique, oblitération par endovascularite des vaisseaux qu'elle renfermait.

Les auteurs ont d'abord cherché la cause de cette mortification dans une oblitération de l'artère pulmonaire qui était complètement perméable, ainsi que les veines pulmonaires. Les bronches étaient également perméables, mais ils ont pu constater une thrombose par endartérite de l'artère bronchique satellite de la bronche souche inférieure droite.

Cette artère thrombosée adhérait fortement à un ganglion discrètement tuberculisé du groupe bronchique et sur les coupes on a trouvé des follicules tuberculeux dans la capsule ganglionnaire, entre le ganglion et l'artère.

Ils pensent que cette observation peut jeter quelque jour sur l'étiologie possible des bronchectasies et sur la possibilité de vascularites importantes au contact de ganglions tuberculeux.

Sur les paralysies diphtériques expérimentales (avec projections). — ***MM. Robert Debré, G. Ramon*** et ***Pierre Uhry.*** — En injectant dans les muscles du cobaye ou du chien de la toxine diphtérique insuffisamment atténuée par le formol, on réalise une paralysie expérimentale en tous points analogue à la paralysie humaine : forme localisée au point d'inoculation et rétrocédant, forme localisée à tendance extensive, syndrome de Landry ; toutes les variétés peuvent être réalisées suivant la dose de toxine injectée. Des dosages d'antitoxine du sérum effectués sur des enfants atteints de paralysie ou sur les animaux ont montré le développement de ces accidents, malgré la présence de fortes doses d'antitoxine : l'antigène produit à la fois la paralysie et l'immunité. L'examen anatomo-pathologique des cas expérimentaux et humains a permis de constater l'absence de lésions centrales, la constance des lésions des nerfs périphériques, confirmant ainsi la dénomination de « polynévrite ».

L'étude thérapeutique de ces accidents paralytiques faite sur un important matériel expérimental démontre l'action préventive absolue de la vaccination par l'anatoxine et des injections de sérum faites dans les toutes premières heures, l'action curative nulle de la sérothérapie même à dose massive ou associée à la chloroformisation, à la pyrétothérapie ; d'autres essais effectués avec des melanges toxine-antitoxine, l'urotropine, le salicylate de soude, le tétrophan, la stovaïne, les colorants sont restés aussi inopérants.

Le traitement des algies cancéreuses par le venin de cobra. — ***MM. Laignel-Lavastine*** et ***N.-T. Koressios*** présentent les observations de six malades atteints de neoplasies et atteints d'algies très vives nécessitant l'emploi de la morphine. Ils ont traité ces malades par des doses élevées de venin de cobra (un dixième de milligramme). Ils concluent :

1° Le venin de cobra possède un pouvoir analgésique très puissant. Il permet de supprimer la morphine chez des cancéreux inopérables. Son action est plus durable que celle de la morphine. Il suffit d'une injection tous les huit à dix jours pour maintenir le malade sans douleurs.

2° Employé aux doses d'un dixième de milligramme, il provoque, dans la plupart des cas, des phénomènes de réactivation passagère de la douleur, suivis de sédation. Cette réactivation témoigne de l'excellence du produit thérapeutique.

3° Les effets secondaires du venin sur les divers appareils exigent de la prudence dans son emploi. Des associations medicamenteuses sont à rechercher afin de pallier à ces inconvénients.

Michelle Zagdoun-Valentin.

« Notre pays tient toujours la tête de la prophylaxie antivariolique. » (Meillière. — *Acad. de Méd.* Séance du 3 janvier 1933.)

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Contribution à l'étude des troubles endocriniens chez l'homme. (Pillière de Tanouarn Alain, thèse, Paris, 1932).

Les troubles endocriniens qui surviennent chez la femme à l'aurore et au déclin de la vie génitale, à la puberté et à la ménopause, si elles ne revêtent pas chez l'homme une forme aussi précise, n'en existent pas moins et sont dignes de toute l'attention du médecin.

C'est, tout d'abord, la pathogénie de ces troubles que l'auteur étudie, pour en déduire une thérapeutique rationnelle.

L'hypo-orchidie se manifeste chez l'adolescent par un arrêt de développement, une certaine mollesse, « c'est un sujet vieux avant l'âge, gardant soit l'aspect enfantin, soit le caractère féminin, avec voix de femme ou d'enfant ». Il est parfois obèse, avec hypo-génitalisme et sans instinct sexuel.

Chez l'homme, entre 50 et 60 ans, on observe parfois des bouffées de chaleur comme chez la femme, des troubles cardio-vasculaires : tachycardie, extra-systoles, augmentation de la tension artérielle. Les troubles veineux sont fréquents : hémorroïdes, phlébites, parfois des troubles de l'estomac. Les accidents rénaux sont fréquents : polyurie, pollakiurie. Enfin, le caractère change, l'homme devient nerveux, irritable, impressionnable ; c'est une véritable *ménopause masculine*. Le testicule seul n'est pas déficient dans ces accidents généraux ; toutes les glandes endocrines participent à la production de ces troubles.

Pillière de Tanouarn montre la part importante qui revient au lobe antérieur de l'hypophyse dans les troubles de la puberté.

De cette déficience glandulaire découle un trouble sérieux du métabolisme basal avec ralentissement des échanges. C'est surtout le métabolisme du calcium et du phosphore qui est modifié. On trouve également un pH du sang normal avec diminution de la réserve alcaline.

Ces troubles endocriniens sont sous l'influence du système neuro-végétatif. M. Pillière de Tanouarn étudie longuement ce système neuro-glandulaire de la vie végétative. Le tonus vago-sympathique est troublé, l'équilibre rompu et il en découle une série de troubles aujourd'hui bien connus.

De ces notions pathogéniques, l'auteur déduit les principes d'un traitement rationnel qui devra agir sur le tonus vago-sympathique, sur le métabolisme minéral, sur les glandes déficientes, sur le système cardio-vasculaire, sur l'état général.

L'auteur donne sa préférence à deux composés qui répondent à ces exigences, l'Androcalcion E. (pour la puberté masculine) Androcalcion H. (pour la ménopause masculine).

L'*Androcalcion E.* contient : du *lactate de calcium* qui agit sur le système vago-sympathique, du *glycérophosphate de magnésium* qui agit sur l'état général, de l'*iodaseptine*, sur le cœur, les fonctions endocriniennes, les défenses organiques (foie, rein), du *lobe antérieur d'hypophyse*, sur la taille et le développement général, de l'*extrait orchitique*, sur le développement génital.

L'*Androcalcion H.* contient du *lactate de calcium* qui agit sur le tonus vago-sympathique, du *phosphore* sur l'état général et sur les algies, du *magnésium*, sur le métabolisme et l'état général, de la *théobromine*, sur le fonctionnement rénal et les troubles circulatoires, de l'*iodaseptine*, sur les vaisseaux et le cœur (hypotenseur, tonique cardiaque), de l'*extrait orchitique* sur la déficience glandulaire.

Se présentant sous forme de dragées d'un dosage rigoureux et d'une conservation parfaite, on ordonnera de prendre 4 dragées trois fois par jour.

On fera une série de dix jours de traitement ; dans les cas rebelles, on fera plusieurs séries séparées par un repos de dix jours.

Les résultats obtenus par M. Pillière de Tanouarn à l'hôpital Saint-Denis ont été rapides et constants : chez l'adolescent, il a constaté une augmentation de la taille et développement physique et intellectuel ; chez l'homme âgé, une sédation rapide des troubles cardio-vasculaires : le cœur est tonifié et la tension abaissée ; les troubles généraux, l'affaiblissement psychique, cèdent très rapidement. Toutefois, on devra souvent continuer le traitement pendant plusieurs mois pour éviter les rechutes.

Ce travail constitue une excellente étude de ces troubles endocrino-sympathiques, moins bien connus jusqu'alors chez l'homme que chez la femme.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Devoirs des élèves envers les malades. — *Extrait de la première leçon de clinique chirurgicale de M. le Professeur Grégoire* (PARIS MÉDICAL) :

Commencez dès maintenant votre rôle moral auprès des malades. Vous aurez à le mettre en pratique toute la durée de votre carrière.

Ayez d'abord l'attitude. Je ne vous dis pas de porter comme les médecins d'autrefois, la redingote noire et la cravate blanche. Soyez assurés cependant que si l'habit ne fait pas le moine, quand on est moine il faut avoir un habit. Si vous voulez prendre de l'autorité sur les autres, il faut une certaine tenue, une certaine attitude qui en impose, et le premier témoignage que vous en deviez donner est le respect du sentiment que chacun possède de sa propre dignité.

Malade ou non, tout individu a un souci profond de sa personnalité et il faut savoir le ménager. Quelle que soit la situation qu'il occupe dans l'échelle sociale, tout homme, chez nous, à certains points de vue, se considère sur le même niveau que son voisin quel qu'il soit. Il a depuis si longtemps entendu parler d'égalité, il a si souvent vu ces mots en grosses lettres sur les monuments qu'il a fini par croire qu'après tout cet état de choses était réalisable. Pour affirmer cette absence de différence, il a commencé par uniformiser le costume. Il y a quelques années encore le chapeau haut de forme, le mou et la casquette classaient assez bien les individus et établissaient entre eux comme des catégories, en sorte que, dans la foule, chacun prenait son rang spontanément et faisait connaître par avance son niveau social. Ces différences apparentes elles-mêmes se sont effacées, l'ouvrier peut côtoyer le bourgeois, le savant, l'industriel ou le commerçant, le désœuvré l'homme occupé, sans que l'un puisse avoir quelque raison de prendre le pas sur l'autre.

Ce sentiment intime que possède tout Français d'être quelqu'un, vous le trouverez à tous les âges.

« Dites toujours *vous* à un malade, même à un enfant, me dit un jour le grave professeur Lannelongue dont j'étais l'externe et qui m'avait entendu tutoyer un gamin de quatre ans. — Comment, même à quatre ans ? — Même à quatre ans. J'en ai éprouvé moi-même la nécessité et j'en ai été si contrit que je n'ai jamais recommencé. J'examinais un petit garçon que conduisait sa mère. Il refusait de répondre : « Tu ne sais pas parler ? — Oui, quand on me dit vous ; je ne vous tutoye pas... moi. » Depuis ce temps, le professeur Lannelongue disait « vous » même à des nourrissons.

C'est ce même respect de la dignité des autres qui interdit de fumer, de discuter, de parler haut dans les salles de malades. Le règlement le leur interdit bien pendant les heures de service : comment ceux-ci n'interpréteraient-ils pas le droit que vous prendriez de le faire comme un signe de dédain ou de supériorité ?

Ce sentiment instinctif des nuances que chacun possède chez nous a certainement contribué à rendre proverbiale la politesse française, et cela depuis longtemps. Il est certain qu'il y a deux cents ans et même trois, le peuple de France a été le plus policé de l'Europe, peut-être même du monde entier. La politesse à l'époque du grand Roi fut poussée jusqu'au raffinement. Louis XIV lui-même, le Roi-Soleil, ne s'effaçait-il pas pour laisser passer les chambrières, simplement parce qu'elles portaient jupon. Je pense que les raisons qui ont conservé cette réputation sont devenues plus profondes. Elles dépassent les formules pour atteindre le sentiment. Etre poli, c'est sans doute savoir saluer, mais, c'est avant tout, pour nous, éviter ce qui pourrait blesser, même simplement chagriner. C'est pratiquer cette réserve nécessaire qui rend aux autres la vie plus agréable. C'est une affaire de compréhension et de nuance et c'est ce qui faisait dire à Lord Chesterfield : « Un Français qui joint à un fond de vertu, d'érudition et de bon sens les manières et la politesse de son pays, atteint la perfection de la nature humaine. »

Pour nous, médecins et chirurgiens, qui côtoyons de si près le peuple et ses misères, la politesse doit être une forme de la bonté.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux Français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

N'est-ce pas une manière d'incorrection que de laisser attendre de 9 heures à midi une femme qui vient demander un certificat ou réclamer un pansement ? Avez-vous songé que, pendant qu'elle reste patiemment assise sur son banc, son ménage n'est pas fait, ses gosses pas lavés jouent dans la rue, que le mari va rentrer du travail pour trouver l'assiette vide, parce que la femme n'aura pas pu revenir à temps pour préparer le repas. Dans la famille des petites gens, à la ville comme à la campagne, la femme représente le centre et le bons sens. L'homme, occupé manuellement, réfléchit moins. La femme absente, c'est le désordre. Allez un de ces jours au musée du Luxembourg voir le tableau de Raffaelli, intitulé *le Veuf*, et vous me driez si la figure de cet homme ne fait pas douloureusement saisir le rôle de la femme au foyer. Il n'a plus d'intérieur, il vit au cabaret ; mais c'est tout de même un brave homme, il n'a pas abandonné sa fillette, et pendant qu'il noie sa tristesse dans le vin, la petite, sagement assise devant la table, s'est endormie la tête sur ses avant-bras.

Sans la bonté, a écrit quelque part Paul Rabier, la médecine serait une branche des Pompes funèbres. Chez ceux qui ne voient dans notre profession qu'un métier comme un autre et dans la maladie une sorte de denrée dont il faut tirer le profit maximum, le commerce du malade détermine une sorte de dégoût et une augmentation de leur sécheresse de cœur. Chez ceux qu'intéresse avant tout la science, la maladie plus que le malade, chez ceux qui ont embrassé cette carrière pour des raisons de famille ou de situation , l'indifférence est à peu près complète. Ceux qui s'intéressent à la fois à la maladie et au malade ne doivent pas trouver ailleurs qu'en eux-mêmes la satisfaction d'avoir fait leur possible. Il ferait preuve d'une bien médiocre philosophie, le médecin qui serait surpris de l'indifférence ou même de l'ingratitude de certains. Il montrerait par là qu'il n'aurait pas compris, comme j'ai tâché de vous l'exposer, que le malade est un désaxé.

Cependant, vous aurez parfois des preuves touchantes de reconnaissance, et j'ai vu mon maître Poirier ému jusqu'aux larmes devant un bambin qui lui apportait un bouquet de deux sous en lui disant : « Je vous donne ces fleurs parce que vous avez sauvé maman. »

Laissez-moi vous dire cette jolie histoire que conte Félix Lejars et vous verrez qu'il existe des témoignages de gratitude aussi émouvants qu'imprévus et que la bonté fait parfois des miracles.

C'était un grand nègre martiniquais. Il ne savait pas un mot de français. Dans un moment de cafard, il s'était coupé la gorge, un matin, sous ses draps. Il attendait patiemment la fin libératrice. Il eut un mouvement de révolte lorsque, couché sur la table d'opération, il comprit qu'on allait le soigner, le sauver peut-être et l'arracher à son rêve de délivrance. Un soir, plusieurs semaines après l'opération, il leva sa longue main et la mit sur celle de Lejars pendant que celui-ci lui parlait sans être compris, et il sourit. Il était guéri et repartait au front.

« C'était un soir d'hiver, dit Lejars, je venais de commencer ma contre-visite au triste éclairage du gaz. J'aperçois un grand soldat en tenue de campagne qui s'avance du fond de la salle. Il s'arrête à six pas, joint les salons, salue : « Merci », dit-il. Je le reconnus alors, c'était mon nègre. Il s'était habillé, il avait appris un seul mot de français et il venait me le dire, militairement. Je lui rendis son salut, je m'approchai de lui et je l'embrassai. Je sentis qu'il tremblait et qu'il était bien un pauvre homme comme moi. » Gardez le souvenir de cette histoire, il vous dira à la fois l'intérêt que Lejars portait à ceux dont il avait assumé le traitement. Il vous rappellera aussi l'influence heureuse que peut avoir un peu de psychologie sur la guérison de ceux qui se confient à nous.

Vous pénétrer de ces idées lumineuses et fécondes comme la vérité, vous préparer à ce rôle de science et de charité qui sera le vôtre, c'est aujourd'hui votre devoir social. Vous y aider de toutes nos forces, réserver à cette tâche le meilleur de notre temps, de notre activité, de notre expérience, c'est le nôtre.

C'est à mon prédécesseur dans cette chaire que j'emprunte cette phrase magnifique, vraie hier comme elle sera vraie demain. Les devoirs du maître et de l'élève restent toujours les mêmes depuis qu'il y a des hommes et qu'ils pensent.

Les œufs devant l'Académie de médecine. — *Dans le* LYON MÉDICAL (12 février 1933) *M. le Professeur Cazeneuve commente ainsi le débat qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine* :

Les œufs ont eu leur incident à l'Académie de médecine. Chanteclerc en a ressenti quelque frisson. Et la célébrité de l'œuf de Christophe Colomb en a pâli.

Voici les faits :

Le président de la *Société Centrale d'Aviculture*, qui réunit sous son égide les *Aviculteurs français* et la *Société Nationale d'Aviculture*, et qui, c'est là son rôle, protège et veut développer la production de la basse-cour, exprimait, en octobre dernier, le désir de connaître l'avis de l'Académie de médecine sur la *valeur nutritive des œufs pour la nourriture des malades, des vieillards et des enfants*. Ce désir, exprimé par lettre, a été transmis par le ministre de la Santé publique à l'Académie.

Le premier sentiment qu'on éprouve, — je le confesse — devant cette question est que la vente des œufs doit être en souffrance. La crise des œufs doit sévir tout comme la crise du blé, la crise du vin, et aussi, la crise de notre porte-monnaie. Car, enfin, il peut paraître superflu de solliciter l'avis de la docte Compagnie médicale pour annoncer au public que les œufs frais sont un excellent aliment pour ceux qui les digèrent, grands ou petits, malades ou gens bien portants. L'estampille scientifique demandée à l'Académie de médecine par la Société centrale d'Aviculture ne m'apparaît pas nécessaire pour m'engager à savourer un œuf sur le plat au beurre d'Isigny. Mais puisque la Société d'Aviculture a cru devoir poser la question, je m'étonne que l'Académie de médecine n'ait pas voulu accorder sa signature, sur la proposition du respecté Prof. Hayem, à une vérité d'hygiène alimentaire, ou mieux, au rapport très scientifique établi par le Docteur Lesné au nom de la commission spéciale choisie par l'Académie parmi ses membres.

J'avoue ne pas comprendre les scrupules de M. Hayem.

Le remarquable rapport de M. Lesné fait, en effet, toutes les réserves utiles concernant la fraîcheur des œufs, la nourriture anormale des poules, enfin l'intolérance de certaines personnes pour les œufs qui leur déterminent des accidents cutanés.

Or, je lis dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, que le Prof. Hayem, « après avoir exposé à ses collègues les inconvénients qui résulteraient pour l'Académie de voter les conclusions d'un rapport, dont l'unique résultat serait de favoriser des intérêts particuliers, déclare qu'il n'est pas utile de répondre à la question posée par le président de la Société centrale d'Aviculture. »

Franchement, ce n'est pas aimable et guère encourageant pour une société composée de membres très honorables et dont le président — par ironie des choses — fait partie du Conseil supérieur d'hygiène.

Je m'empresse d'ajouter que le vote demandé par M. Hayem

a été sanctionné par une demi-douzaine de membres présents, alors que le plus grand nombre des académiciens causaient dans l'atrium de questions n'ayant nul rapport avec les œufs ou l'art de préparer l'omelette.

Pour ma part, je suis aux regrets que l'Académie n'ait pas voté le rapport tout à fait intéressant et d'une portée scientifique impeccable, qui était une réponse toute naturelle à la demande de la Société centrale d'Aviculture, qu'on ne peut raisonnablement accuser d'une arrière-pensée de réclame charlatanesque.

Toutes nos associations agricoles sont dans leur rôle en cherchant à écouler les produits du sol ou les produits de l'élevage, tout comme l'Académie de médecine est dans le sien à répondre à toutes les questions d'hygiène qui lui sont posées. Elle n'a pas craint de condamner, à l'unanimité de ses membres, l'addition au pain de certaines substances chimiques dites « améliorants ». Pourquoi se refuse-t-elle à voter un remarquable rapport élaboré dans son sein, que le *Bulletin de l'Académie* a reproduit et qui, au su et vu de tout le monde, est une réponse courtoise et parfaite à des préoccupations agricoles légitimes ?

Comme le médecin praticien ne peut séparer, dans ses prescriptions thérapeutiques, le régime alimentaire du médicament, il me saura gré, je crois, de reproduire ici les judicieuses conclusions sur la valeur nutritive des œufs, adoptées par la commission de l'Académie, composée de MM. Cadiot, Martel, Labbé, Lapicque et Lesné, rapporteur.

Voici ces conclusions :

« 1° L'œuf est un aliment dont la valeur nutritive est incontestable et qui convient, sauf exceptions, aux enfants, adultes et vieillards ;

« 2° Le jaune d'œuf renferme des matières grasses, de la lécithine, du cholestérol, des nucléoprotéines riches en tryptophane, une forte proportion de phosphore et de fer assimilables, et des sels de soude, de potasse, de chaux et de magnésie. Le jaune d'œuf est particulièrement riche en vita-stérines liposolubles (facteur A de croissance et facteur D antirachitique), et en vitamines B et B' de croissance et antinévritique ; il renferme, de plus, une certaine quantité de vitamine G antipellagreuse ;

« 3° Le blanc d'œuf est exclusivement composé de substances albuminoïdes, d'eau et de sels. L'ovalbumine est riche en acides aminés , et notamment en lysine et tryptophane, indispensables à l'équilibre de la nutrition et à la croissance ;

« 4° L'œuf ne possède toutes ces qualités que s'il est frais, et s'il provient de poules correctement nourries et vivant le plus possible en plein air. L'alimentation et l'aération des animaux ont une influence des plus nettes sur la composition de l'œuf, sur ses qualités nutritives, et particulièrement sur sa teneur en vitamines ;

« 5° On peut introduire de façon progressive l'œuf dans l'alimentation du nourrisson entre le neuvième et le douzième mois, et même plus tôt chez les enfants qui digèrent mal le lait, et chez certains hypotrophiques. Le jaune d'œuf sera essayé tout d'abord bien cuit et incorporé à une bouillie ou une purée. L'œuf bien cuit est, en effet, toujours mieux toléré que l'œuf cru :

« 6° Cet aliment est parfois contre-indiqué chez les hépatiques et chez les malades qui présentent des troubles gastro-intestinaux (entérocolite, appendicite chronique) ou des manifestations cutanées (eczéma, strophulus, prurigo) ; mais, en prenant certaines précautions, l'œuf, même dans ces cas, finira par être toléré et sera utile dans le régime ;

« 7° Il existe, rarement, il est vrai, des cas d'intolérance plus ou moins absolue. Cette sensibilisation congénitale ou acquise, particulièrement pour le blanc d'œuf, se manifeste, parfois dès la prise d'une quantité minime de cet aliment, par l'apparition d'eczéma, d'urticaire, de strophulus, d'œdème de Quincke, d'asthme. Ces accidents, en général légers, peuvent revêtir exceptionnellement la symptomatologie de la grande anaphylaxie. Dans la plupart des cas, on peut désensibiliser ces malades par la méthode des petites doses d'œuf très cuit progressivement augmentées. »

Tout médecin averti ne peut qu'approuver ces conclusions de la commission, précédées d'ailleurs de considérations motivées qui figurent au *Bulletin de l'Académie*.

L'incident que je viens de rapporter, n'empêchera nullement la mère pondeuse de chanter son œuf, demain comme hier, alors que l'Aurore aux *doigts de rose* — comme parlait Homère — décore l'horizon.

« Il est étrange que le nom de Laennec n'ait pas jusqu'ici franchi les bornes de notre milieu ; en dépit de la commémoration du centenaire en 1926, des manifestations publiques comme des témoignages scientifiques sa renommée n'a pas conquis la foule ; les solennités les plus éclatantes et les plus officielles comme les éloges les plus discrets et les plus qualifiés ont laissé la masse indifférente, et Laennec continue à être frustré de la popularité qui seule consacre les gloires. » (Prof. Léon BERNARD, *in* préface : Laennec, par le Dr Henri Duclot, 1 vol. Flammarion, édit.).

FONDÉ EN 1873. — N° 10 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 11 MARS 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies .... 40 fr.
Étudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Étranger 1re zone .... 70 fr.
Étranger 2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

LES VITAMINES DU LAIT

● Les études les plus récentes sur la teneur vitaminique du lait ont donné les résultats suivants :

● Les vitamines A et B, se trouvant en quantité suffisante dans le lait, n'ont pas besoin d'être administrées séparément. La vitamine D s'y retrouve également, mais en faible quantité, et c'est pour obvier à cette carence que les Docteurs prescrivent l'huile de foie de morue.

● La vitamine C se trouve en quantité négligeable dans tous les laits (encore que le Professeur Lavialle de la Faculté de Strasbourg en ait démontré la présence dans le lait concentré non sucré)* et la méthode classique pour remédier à cette pénurie, quel que soit le lait donné à l'enfant, est l'absorption de jus de fruits.

* *Nous nous ferons un plaisir de vous adresser, sur demande, le compte-rendu des travaux du Professeur Lavialle.*

● Dans ces conditions, la question des vitamines ne préoccupe plus le praticien ; et l'ancienne prévention contre les laits stérilisés pour l'alimentation infantile disparaît rapidement devant leurs nombreux avantages et en particulier devant ceux que présente le lait concentré non sucré stérilisé Gloria.

● Gloria est du lait rigoureusement pur, de vaches normandes ; rien ne lui a été ajouté ; rien ne lui a été enlevé, sinon une partie de son eau naturelle.

● Gloria a été homogénéisé, pour permettre une plus complète action des sucs gastriques par la fragmentation de ses globules gras.

● Gloria a été scientifiquement stérilisé en boîtes closes : il est exempt de tout germe.

● Gloria a acquis, du fait de son homogénéisation et de sa stérilisation combinées, une remarquable digestibilité qui lui permet d'être infiniment mieux toléré que le lait de vache cru, bouilli ou pasteurisé.

● Toujours frais, nutritif et pur dans sa boîte hermétique, Gloria se trouve partout et son prix le rend accessible à tous.

● Telles sont les raisons pour lesquelles Gloria a pleinement droit à la confiance des praticiens et des praticiennes. Vous ne lui refuserez pas la vôtre.



LAIT GLORIA Sté Anme — **48, Rue Ampère, PARIS**

Provenant de troupeaux sélectionnés vivant toujours en pâturage en plein cœur du pays normand, le lait non sucré Gloria est concentré, homogénéisé et stérilisé sur place à Carentan (Manche).

Il est en vente partout. La petite boîte de 170 grammes se recommande spécialement pour l'alimentation infantile, sa contenance étant facilement consommée dans une journée et ne laissant ni perte ni déchet.

NOUVELLES

Clinique médicale propédeutique (Hôpital de la Charité. 7, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 3 avril au samedi 8 avril 1933 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet. Cottenot. Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques. — Lundi 3 avril, 9 h. 30, M. le Professeur Sergent : Principes généraux et techniques du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 4 avril, 11 heures, M. le Docteur Mignot : Médiastin (tumeurs et kystes). — 15 heures, M. le Docteur Turpin : Diaphragme. — 17 h. 30, M. le Docteur Bordet : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 5 avril, 11 heures, M. le Professeur Sergent : Trachée et bronches. — 15 heures. M. le Docteur Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 6 avril, 11 heures, M. le Docteur Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur Pruvost : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur Kourilsky : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 7 avril, 11 heures, M. le Docteur Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Docteur Durand : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 15, M. le Docteur Durand : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 8 avril, 11 heures, M. le Docteur Durand : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur Sergent . Tuberculoses pulmonaires chroniques.

Programme des exercices pratiques. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 1/2 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur Couvreux).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Anatomie pathologique. — *Séances de diagnostics anatomo-pathologiques appliqués à la clinique*. — Le Professeur G. Roussy, avec la collaboration de MM. Leroux, Oberling et Huguenin, agrégés, continuera durant le semestre d'été la série de ces démonstrations commencées en février dernier.

Ces séances de démonstrations qui sont accompagnées de présentation de pièces, de projections de microphotographies et de préparations histologiques, s'adressent à tous ceux qui désirent connaître les services que peut rendre l'examen histo-pathologique dans l'exercice de la profession médicale.

Elles ont lieu à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique, tous les jeudis à 16 heures.

Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer. — Le Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer se réunira à Madrid (Espagne) du 25 au 30 octobre 1933.

Ceux qui désirent faire une communication doivent adresser le sujet de cette communication et en faire parvenir avant le 1er août 1933 un résumé, dactylographié (avec une copie) d'une page *in octavo* (400 mots environs). Tous les résumés, sous forme de livre, seront remis aux congressistes, à l'ouverture du Congrès.

D'après les règlements du Congrès , la lecture d'un mémoire ne pourra excéder quinze minutes ; dans le cas où les communications seraient trop nombreuses, une Commission spéciale limitera leur nombre et réduira la durée de la lecture.

Toutes les communications reçues à la date indiquée, seront publiées *in extenso*, une fois célébré le Congrès.

Les cinq langues officielles du Congrès sont : allemand, anglais, espagnol, français, italien.

Les rapports devront être remis *in extenso* avant le 1er juillet 1933 au secrétaire général, ce qui permettra de publier le Livre des Actas et de le remettre aux congressistes à leur arrivée à Madrid, pour qu'ils puissent l'étudier ; on évitera ainsi une grande perte de temps, *en ne lisant aux séances que les résumés des rapports*.

Ceux qui désirent prendre part au Congrès, sont priés de s'adresser au secrétaire général, Docteur Julio Bejarano, Atocha, 104, Madrid.

Diplôme de médecin sanitaire maritime. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 30 et 31 mars 1933.

S'inscrire auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Marseille.

Médecins inspecteurs des écoles. — A la suite du concours ouvert le 12 décembre dernier, en vue du recrutement de médecins inspecteurs pour les écoles du département de la Seine, les candidats dont les noms suivent ont été classés par le jury :

MM. Lefèvre, Dublineau. Mlle Dreyfus-Sée, M. Lièvre, Mlle Blanchy, M. Dérot, Mlle Papaïoannou, MM. Delalande., Benoist, Mme Ardoin-Linossier, Mlle Pithon, M. Desoille, Mme Cheinisse-Wertheimer. MM. Boltanski, Launay, Ducas Bourgeois, Garnier, Mme Dollfus-Odier, Mlle Choquart, Mme Anchel, M. Delthil, Mme Abraham, Mlle Maas, MM. Marx, Poulet, Mlle Crémieu, MM. Ragu, Pannier, Diriart, Hervier, Mlle Lecoq MM. Lejard, Marty, Le Baron, Turmann. Meulle, Horowitz, Mlles Bizou, Besson, Mme Wahl-Bernard, MM. Even, Albot, Mme July, MM. Sacaze, Lafourcade, Mme Delthil, MM. Vuillame, Lichtemberger, Lelourdy.

Le 7e Bal de la médecine française. — Le septième bal de la médecine française, donné dans les salons de l'hôtel Continental, le 27 février, a remporté un succès complet.

De nombreuses personnalités y ont assisté : le colonel Garin, représentant le Président de la République ; M. Camille Blaisot, ancien ministre de la Santé publique ; le Médecin général ins-

pecteur Cadiot, représentant le général Gouraud ; les Docteurs Armbruster et Merlin, sénateurs ; M. Victor Bucaille, syndic de la ville de Paris ; MM. Lobligeois et Massart, conseillers municipaux ; les médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Lévy ; les Professeurs Jean-Louis Faure, Marcel Labbé, Lenormant, Rouvière, le Professeur Martin, d'Angers ; les Docteurs Ravaux, Halbron, Crouzon, Tixier, Lian, Carrié, Picot, Huber, Georges Labey, Deniker, Le Lorier, médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux ; Bourguignon, Paul Aimé, radiologistes des hôpitaux ; Leclainche, de l'Institut Pasteur ; Moulin, maire du Ve ; Henri Labbé, Jayle, Dartigues, Bandelac de Pariente, de l'Umfia ; Montlaur, Rivière, Antoine, Desprez, Mainot, Raymond Letulle, Sadoun, Cambiès, Duquet, etc.

La Confédération des Syndicats médicaux était représentée par son président, M. le Docteur Dibos, venu exprès de Mont-de-Marsan, l'Association générale des médecins de France par MM. Chapon, Lutaud, Julien Noir ; la Presse médicale par MM. Talamon ; la Chambre syndicale des produits pharmaceutiques par M. Gaston Roussel.

Son Comité de patronage était représenté par Mme Dastre, Mlle de Frécheville, Mme la Comtesse de Bryas, Mme Jean-Louis Faure, Mme Lardennois, et Mme Auguste Marie.

Le Comité de la F. E. M. était au grand complet : le Docteur Siredey, président de la Société ; vice-présidentes : Mme Jayle et Marcel Labbé, Docteur Darras ; secrétaire général : Docteur Abel Watelet ; secrétaire : Mme Veillard ; trésorier : Docteur Crouzon ; archiviste : Mme Thoinot ; membres du Comité : Mmes Berruyer, Aimé, Mlle le Docteur Blanchier, Mme Bourguignon, Mmes Carrié, Desprez, Dopter, Dujarric de la Rivière, Maurice Fabre, Gutmann, Lapeyre, Raymond Letulle, Mainot, Mlle le Docteur Majerczac, Mme le Docteur Montlaur, Mme le Docteur Noël, Mmes Victor Pauchet, Paul, Mme le Docteur Queyrat, Mme Antoine, Boureau, Gambiès, Duquet, Robert de Gennes, Heitz, Henri Labbé, Leclainche ; MM. les Docteurs Chéron, Deniker, Huas, Edouard de Pomiane, Sadoun.

La fête comportait, outre le bal, une représentation artistique des plus réussie, au cours de laquelle furent applaudis : le Groupe artistique alsacien, Mlle Francine Heuschel, le délicieux Baby-Jazz de la « Boîte à Joujoux » le Chef indien Os-ko-Mon, dans ses danses, Mme Dolorès de Silvera dans ses chansons espagnoles, Mlle O. Soutzo, pemière danseuse de l'Opéra, remarquable de grâce, et M. Moyscenko, des ballets russes ; M. Trofimoff, le baryton soliste de l'Opéra de Kiew, le très spirituel chansonnier Georges Chepfer.

Grâce à la générosité des Laboratoires Bottu, Le Brun, Cortial, Leprince, Lescène, Reaubourg, Albert Rolland, Ronchèse, Sabatier, un fort joli programme illustré par Georges Villa a pu être édité et vendu au profit de l'Œuvre. D'autre part, les Laboratoires Astier, Boucard, le Laboratoire biologique de médecine, la Chambre syndicale des produits pharmaceutiques, Choay, Comar, Darrasse, Debat, l'Expansion chimique, Famel, Houdé, Odinot, Oberlin, Plantier, Robin, Roussel et Rogier, ont accordé leur large subvention annuelle à la Société F. E. M., que de son côté, M. Gaston Menier n'oublie jamais.

Le souper organisé par le Docteur de Pomiane et Mme Henri Labbé, servi par des jeunes filles du monde médical en costume de soubrettes 1830, fut un régal gastronomique et un enchantement visuel pour les 250 convives qui y prirent part. L'orchestre des quatorze virtuoses russes du Prado compléta de ses accords tour à tour vibrants et mélancoliques l'harmonie parfaite d'élégance et d'entrain qui en fut la caractéristique.

Grâce à la générosité du Syndicat du commerce des vins de Champagne, les vieilles marques champenoises furent appréciées à leur juste valeur.

Le bal se déroula jusqu'à 5 heures du matin dans la gaîté sans défaillance de toute une jeunesse ravie et entraînée par deux orchestres remarquables : le Jazz Maurice Maire et l'orchestre Séguinoti.

Le modèle aimablement offert par la Maison Toutmain, a été tiré en tombola le soir même du bal après le défilé très élégant des mannequins.

Le résultat de cette fête magnifique organisée par la F. E. M. permettra de donner aide et protection à des orphelins et à des veuves de médecins en détresse. Que ceux qui n'ont pu s'y rendre envoient leur obole, 95, rue du Cherche-Midi ; ils feront œuvre de bien.

Hommage au Docteur Durand-Fardel. — Les membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris et ceux du Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques de France ont décidé d'offrir au Docteur Durand-Fardel, à l'occasion de ses cinquante ans d'exercice professionnel une médaille due au talent du Professeur Paul Richer, membre de l'Institut.

Le minimum de souscription a été fixé à 50 francs donnant droit à une réplique en bronze de la médaille qui lui sera offerte fin mars prochain. La date exacte de la remise sera communiquée ultérieurement.

Les souscriptions sont reçues par M. Arnette, trésorier, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e), soit en espèces, soit par chèque bancaire, siot par versement à son compte de chèque postal Paris 194-53.

Voyages au Maroc. — Le voyage d'études au Maroc comprendra *deux circuits* : il s'effectuera en 2e classe sur le bâteau et par groupe de cinq en voitures particulières de grand tourisme au Maroc.

Séjour dans les meilleurs hôtels. Embarquement le 5 avril, sur le paquebot *Anfa*.

Groupe A (de Marseille à Marseille). Mercredi 6 avril : départ de Marseille à 11 heures pour Casablanca ; vendredi 7 avril : Ceuta, Tanger, visite durant l'escale ; samedi 8 avril : Casablanca arrivée le matin, départ après le déjeuner pour Marrakech, arrivée dans la soirée ; dimanche 9 avril : séjour et visite ; lundi 10 avril : séjour libre ; mardi 11 avril : départ pour Taroudant, Taroudant, arrivée dans la soirée ; mercredi 12 avril : séjour de la ville et visite ; jeudi 13 avril : départ de Taroudant, dans la matinée pour Mogador, via Agadir ; Mogador, arrivée dans la soirée ; vendredi 14 avril : séjour et visite, déjeuner, départ pour Safi ; samedi 15 avril : arrivée dans l'après-midi à Safi ; dimanche 16 avril : visite, départ le matin pour Mazagan ; lundi 17 avril : visite, déjeuner et départ pour Casablanca, départ à 16 heures pour Marseille ; mardi 18 avril : arrivée vers 7 heures.

Prix : médecins et universitaires, 3.400 francs ; étudiants, 3.000 francs.

Groupe B : même itinéraire jusqu'au 9 inclusivement que le Groupe A. A partir du lundi 10 avril : départ après-midi pour Casablanca ; mardi 11 avril : Casablanca, arrivée dans la soirée ; mercredi 12 avril : départ pour Rabat dans la matinée ;

Rabat, séjour et visite ; jeudi 13 avril : départ pour Fez dans l'après-midi ; Fez, arrivée dans la soirée ; vendredi 14 avril : Fez, visite et après-midi excursion à Meknès ; samedi 15 avril : visite et départ le soir pour Tanger ; dimanche 16 avril : arrivée à Tanger et embarquement à destination de Marseille ; lundi 17 avril : en mer ; mardi 18 avril, arrivée à Marseille vers 7 heures.

Prix : médecins et universitaires, 3.700 francs ; étudiants, 3.300 francs.

Trois bourses d'étudiants de 200 francs et deux de 100 francs seront affectées à chacun des deux circuits.

S'inscrire chez le Docteur Henri Netter, 104, boulevard Saint-Germain, Paris (6e) (Chèque postal 895.22) avant le 20 mars, en versant 1.500 francs.

Nécrologie. - Docteur P. Aubry, de Nantes. — Docteur Jacques Fournié, de Paris, 4, rue Babylone (VIIe), oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Péan. — Docteur Louis Lapeyre, de Tours, professeur à l'Ecole de médecine, chirurgien des hôpitaux. — Docteur Jacques Maire, de Saïgon, radiographe. — Docteur Alexandre Pelte, d'Hénin-Liétard (Pas-de-Calais), décédé à l'âge de 47 ans. — Docteur Perros, de Sens (Yonne), mort victime du devoir professionnel. — Docteur F. Hallett, chirurgien (Grande-Bretagne), décédé à l'âge de 73 ans. — Docteur Georges Thomas, Beatson (Grande-Bretagne), connu pour ses recherches sur le cancer. — Docteur Seifert, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Wurtzburg (Bavière), décédé à l'âge de 80 ans. — Docteur Moll, pédiatre, professeur à la Faculté de médecine de Vienne. — Docteur Ignacio Bueno de Miranda, de Sao Paulo (Brésil), membre de l'Académie nationale de médecine de Rio-de-Janeiro. — Docteur Annibal Theodary, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Bucarest.

« ..... Nous ne devons pas oublier que c'est le bon chanoine à la cathédrale de Reims, Jean Godinot, qui en 1740 par une donation a rendu possible la création du premier hôpital spécial pour les cancéreux ». (Prof. Gosta Forssell, de Stockholm, La lutte sociale contre le cancer. *La science médicale pratique*, 15 décembre 1932.)

BIBLIOGRAPHIE

La gymnastique des tout petits, par Doris Reichmann. Traduit de l'allemand, par le Docteur P. Gauthier-Villars. Un vol. in-4° de 57 p., 71 fig. : 20 francs. Librairie-imprimerie, Gauthier Villars, 55 quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

Il est opportun pour ceux qui s'occupent de gymnastique d'en étendre les bienfaits aux tout petits.

Le propre de la gymnastique est de donner par des exercices judicieux et réglés, tirés des mouvements naturels du corps, une éducation physique générale qui permette facilement au sujet une tenue correcte, une bonne utilisation de ses organes respiratoires, des mouvements libres et assurés.

Prendre comme point de départ les mouvements spontanés du corps tel est le but, le point essentiel du travail avec les nourrissons ; la collaboration consciente de l'élève faisant ici complètement défaut, ce qui importe c'est, en premier lieu, de rendre ses mouvements spontanés tels qu'ils le fortifient et activent ses échanges, puis, par des mouvements contraires aux premiers, d'éveiller en lui la force d'opposition. C'est ainsi que le travail musculaire aura sa plus grande efficacité.

Manuel de curiethérapie, par Léon Imbert et Raymond Imbert. Un volume de 216 pages avec 21 figures. 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Actuellement, nombre de médecins procèdent à des applications de radium en dehors des centres. Le but de ce livre est d'exposer à leur intention l'état actuel de la curiethérapie. — Les notions générales ont été réduites au strict nécessaire, par contre on trouvera des développements suffisants et pratiques sur : le radium et ses propriétés, la technique générale de la curiethérapie, les applications cliniques, et les traitements curiethérapiques qui forment les trois grandes divisions de l'ouvrage.

Les courants de haute fréquence en gynécologie, par A. Laquerrière et D. Léonard. Un volume de 138 pages avec 25 figures. (Collection médecine et chirurgie pratiques, n° 52). 18 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'électrothérapie gynécologique ne se borne pas à l'usage des seuls courants de haute fréquence, aussi les spécialistes qui doivent demander à cette branche de la thérapeutique tout ce qu'elle veut donner sont familiarisés avec l'emploi du galvanique, du faradique, de l'ionisation, etc.

Mais c'est surtout sur les courants de haute fréquence qu'ont porté les innovations dans ces dernières années ; comme ces innovations sont très importantes, il a paru utile aux auteurs de publier ce petit livre.

On n'y trouvera que ce qui se rapporte d'une façon précise aux mala-

dies des organes génitaux de la femme à l'exception des notions générales concernant la physique des courants à haute fréquence, l'instrumentation nécessaire à leur production, l'ensemble de leurs actions physiologiques et de leurs effets thérapeutiques que l'on trouvera traitées dans la plupart des ouvrages cliniques.

Ce livre a pour but de faire connaître les méthodes les plus modernes, susceptibles de donner des résultats pratiques incontestables avec indication des techniques et leurs applications.

Chirurgie de la main. *Plaies, infections, chirurgie réparative*, par Marc Iselin. Préface de Ch. Lenormant. Un volume de 340 pages avec 111 figures, 55 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage est le deuxième de l'auteur sur le même sujet ; en 1928, il avait fait paraître un petit livre succinct, accueilli avec beaucoup de faveur, car c'était le seul, dans la littérature mondiale, qui traitait l'ensemble des questions relatives à la main : plaies, infections, réparation.

Dès lors, le Docteur Iselin n'a cessé d'accumuler des matériaux. Ce livre est basé sur son expérience personnelle, portant sur des centaines d'observations de toutes les variétés de blessures et d'infections, variétés beaucoup plus nombreuses que les classiques, tant français qu'étrangers, ne les décrivaient ; c'est ainsi qu'il ne reconnaît *pas moins de vingt et une espèces différentes d'infections de la main et des doigts*, chacune ayant sa localisation anatomique propre, ses signes à elle, et ses incisions particulières — qu'on ne l'accuse pas « d'avoir compliqué une question pourtant bien simple » parce que cette question n'est pas simple du tout, témoin les soins interminables et les mutilations disproportionnées que voient trop souvent les médecins des compagnies d'assurances et les experts près les tribunaux.

Encyclopédie par l'image. *Géographie de la France.* Texte d'Ernest Granger. 105 illustrations. Un vol. in-8°, sur papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

Depuis le traité de Versailles et la récupération de l'Alsace-Lorraine, la France est, après la Russie, le plus vaste des Etats européens. Elle couvre, en effet, dans ses limites nouvelles, 550.986 kilomètres carrés (Espagne, 498.000 ; Allemagne, 468.716 ; Suède, 448.000 ; Pologne, 388.000 ; Archipel britannique, 311.504 ; Italie, 310.000).

Dans ce nouveau fascicule de l' « Encyclopédie par l'image », M. Ernest Granger nous en donne une géographie magnifiquement illustrée et divisée en quatre parties : I. Vue d'ensemble ; — II. Les grandes régions françaises ; — III. Géographie humaine ; — IV. Géographie économique.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 28 février 1933 : Pierre Moreau : Les origines littéraires de la France contemporaine (I) : L'ordre moral. — Aimé



Puech : Etude littéraire de quelques dialogues de Platon (III) : Le Protagoras. — Jean Cousin : Rhétorique latine et classicisme français (I) : Introduction : Rhétorique et naissance du classicisme. — Charles Cestre : Alexis de Tocqueville, témoin et juge de la civilisation américaine (III) : De quelques défauts d'esprit et de méthode. — Henri Hanser : La vie économique européenne du milieu du XVIIe siècle (IV) : Les débuts de l'Empire anglais. — H. Hannette : La légende de la « Morte vivante » (VIII). — P. Servien : Problèmes d'art et langage des sciences (VI). — R. Guignard : Romanciers allemands contemporains : (XI) : Les romans de Kaf ka (*fin*).

Gymnastique corrective des déviations vertébrales, par Henri Diffre, professeur au Cours supérieur d'éducation physique de Paris, 6 francs. Berger-Levrault, édit., Paris.

Un volume clair, précis, bien illustré, d'un prix minime, et qui contient l'essentiel de ce qu'il faut savoir pour *dépister*, *comprendre* et *corriger* les déviations vertébrales : tel est le dernier en date des ouvrages de vulgarisation du Docteur Diffre, le créateur des cours de culture physique par T. S. F. de Radio-Paris.

Il était difficile de mieux faire et nous ne sommes pas loin de penser que des ouvrages de cette sorte soient aptes à rendre beaucoup plus de services que les volumineux traités plus scientifiques et..... moins accessibles.

D'abondantes illustrations éclairent un texte à dessein condensé et le format du livre lui-même contribue à en faire un *vade-mecum* indispensable pour les médecins, pour les parents, pour les éducateurs.

De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, par le Docteur Jacques Lacon. Un volume in-8° de 380 pages. Le François, éditeur, Paris 1932.

Comme l'indique le titre la paranoïa est une maladie de la personnalité. Et fort prudemment, l'auteur commence par définir celle-ci en rejetant les hypothèses ou les explications sans certitude et en indiquant les éléments connus. Or, comme le souligne l'auteur, pour définir un symptôme, il importe d'établir ses relations avec la personnalité.

Et partant de cette nature, la psychogenèse de la paranoïa est solidement étudiée : une observation analysée longuement et complètement (le cas Aimée) sert de point de départ à des développements d'un puissant intérêt. Voici le résumé des conclusions de l'auteur qui diffèrent de beaucoup d'opinions actuelles. La structure mentale de la paranoïa apparaît comme alogique, bien loin d'être raisonnante : on peut décrire, comme on l'a fait pour la mentalité primitive, ses formes originales, qui n'excluent pas l'objectivité. L'interprétation paranoïaque dès lors ne s'isole plus de la gamme des *expériences* paranoïdes, et l'on peut révéler dans la psychose paranoïaque des troubles de la perception et de la remémoration jusqu'ici méconnus. Une telle conception permet d'expliquer l'incidence des facteurs organiques dans les poussées évolutives que présentent ces phénomènes, sans qu'on s'engage dans les contradictions de l'automatisme mental.

L'étude *behaviouriste* de la psychose, ou objectivation du comportement du sujet, révèle le rôle générateur du délire, que jouent les pulsions, les unes manifestes, comme l'homicide, les autres reconnues par les seuls chercheurs psychanalystes, comme l'homosexualité ; c'est qu'elles sont unies par un lien d'équivalence aux *idéaux collectifs*, où elles s'intègrent normalement et qui sont la base et la mesure des structures mentales normales et anormales. C'est bien, en effet, à ces intégrations insuffisantes des activités socialisées que Janet a décrites sous le titres de psychasthénie, que se rapporte la structure psychologique prédisposante à la psychose, arbitrairement définie jusqu'ici. Une telle conception modifie la médecine sociale et la prophylaxie de la psychose, et même son pronostic qui doit admettre des *catharsis* curatives au moins spontanées. En conséquence, l'auteur situe le phénomène de la psychose dans l'ordre objectif et causal qu'on doit reconnaître pour propre à la personnalité : cet ordre il essaie d'en donner les critères objectifs. Le *phénomène de la personnalité*, sans préjudice de sa complexité biologique, se définit : 1° dans l'ordre positif, par sa signification simple par rapport à l'histoire du sujet, c'est-à-dire à ses réactions au milieu humain, milieu social éminemment ; 2° dans l'ordre gnoséologique, par le caractère *compréhensible* de sa causalité, caractère lié à l'existence de la communauté humaine, source des liens de *participation*, et à l'essence de la communauté mentale, identique au progrès dialectique de l'être.

De cette relativité essentiellement sociale des phénomènes de la psychose, l'idée apparaît bien dans le titre choisi par l'auteur pour le nouveau type clinique ici décrit : la *paranoïa d'auto-punition*. Monographie et doctrine forment en 170 pages le corps de l'ouvrage. Il est précédé d'une revue générale, qui en 150 pages donne un exposé complet et systématique des descriptions et théories de la paranoïa depuis Kraepelin jusqu'aux toutes contemporaines, et où apparaît particulièrement le progrès des conceptions allemandes, tant dans l'ordre de la psychogénie qui s'y conçoit comme réactionnelle, que dans l'ordre de l'organicisme qui sait y rester d'une grande pureté méthodique.

Dans un appendice de 60 pages, on trouvera un exposé doctrinal de la nouvelle méthode qui se pose comme générale pour l'investigation des psychoses. On y situe sa relation avec les efforts initiateurs de la psychanalyse ; on y ébauche l'appareil d'une énergétique psychologique ; on marque la cohérence de la doctrine avec l'anthropologie du matérialisme historique et le nouveau réalisme de la connaissance.

Le Docteur Lacon est un jeune, mais dans cet ouvrage figure une maturité d'esprit et une connaissance parfaite des faits psychologiques qui permettent de préciser pour notre confrère une carrière brillante et utile à la science psychiatrique.

Dr Paul-Boncour.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tuberculose oculaire et chrysothérapie

Par le Professeur **Félix TERRIEN**

Les résultats heureux de la chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire, consignés par le Professeur Léon Bernard dans de nombreuses communications et tout récemment encore, à l'Académie de médecine dans sa séance du 29 novembre 1932 nous ont incité à réunir les quelques rares observations qu'il nous a été donné de suivre, d'affections oculaires traitées par ce moyen.

Nous rapportons ici quatre cas d'affections du globe de l'œil : scléro-kératite, irido-scléro-kératite, irido-choroïdite, choroïdite, vraisemblablement d'origine tuberculeuse, ayant résisté à tous les modes habituels de traitements et qui furent très améliorés par l'emploi des sels d'or.

Ces faits nous ont paru dignes d'être retenus car nous n'avons guère trouvé dans la littérature d'observations semblables. Cette thérapeutique, en effet, ne semble guère avoir été essayée par les ophtalmologistes. Le travail le plus récent et le plus complet sur ce sujet, celui de Winkler-Prins, fait à la Clinique du Professeur Zeemann, à Amsterdam, en 1928, est purement expérimental.

L'auteur, après avoir déterminé chez le lapin des lésions tuberculeuses du segment antérieur de l'œil, a traité celles-ci par des instillations ou par des injections intraveineuses de sanocrysine sans pouvoir, en raison du petit nombre d'animaux traités, porter un jugement précis sur la valeur thérapeutique de la sanocrysine dans la tuberculose oculaire. Winkler-Prins arrive à cette conclusion que cette substance, contrairement à l'opinion émise tout d'abord par Mollgaard, ne paraît présenter pour l'œil aucun danger, à condition, bien entendu, de commencer toujours par de faibles doses. Elle a paru influencer favorablement l'évolution de l'affection et l'auteur conseille d'y recourir dans le cas où le traitement habituel n'a pas donné d'amélioration.

Nous inspirant de ces données et devant l'innocuité relative des sels d'or pour le globe oculaire, il nous a paru intéressant, dans les cas où l'état général du sujet le permettait, de recourir à cette thérapeutique (1).

Voici ces quatre observations :

OBSERVATION I. (Dr RENARD.) — *Tuberculose scléro-cornéenne.* — Mme B... Marie, âgé de 25 ans, entre dans le service de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 18 août 1932 pour des troubles visuels remontant à plusieurs années, qui se sont exagérés depuis quelque temps, se traduisant en ce moment par une scléro-kératite de l'œil droit d'apparence tuberculeuse. Voici cette observation recueillie par mon chef de clinique, le Docteur Dollfus.

L'affection de l'œil droit aurait débuté il y a trois ans, après la naissance d'une fille. A ce moment l'œil devint rouge ; la malade ressentit des douleurs assez vives, la vision diminua beaucoup et un traitement hydrargyrique fut institué ; on fit deux séries de douze injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre pour chaque série, associées à des injections d'acétylarsan, tandis que le traitement local se réduisait aux applications chaudes, aux instillations du collyre à l'atropine et à l'emploi de la pommade au protoxyde jaune d'hydrargyre.

En dépit de ce traitement, poursuivi pendant dix-huit mois, on n'observa aucune amélioration et la vision allait toujours diminuant ; en même temps apparaissait un trouble cornéen diffus para-central et les poussées de sclérite se montraient plus intenses.

La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée à plusieurs reprises, était demeurée toujours négative.

Antécédents. — La malade dit n'avoir jamais eu de maladies graves, si ce n'est depuis l'enfance des adénites cervicales dont on retrouve encore la trace. Elle a eu en 1926 un garçon qui est mort à l'âge de deux ans. Un mois après l'accouchement survinrent aux jambes, de nombreux abcès ayant laissé des cicatrices un peu dépigmentées.

En 1929 nait une fille et c'est à la suite de cet accouchement que survinrent les troubles oculaires, se compliquant de dysménorrhée. L'enfant se porte bien.

L'examen général, pratiqué à l'hôpital Tenon par Mme Odier-Dollfus, n'a pas révélé de tuberculose pulmonaire en évolution, mais l'auscultation a montré une calcification du sommet droit avec des séquelles de pleurite à la base droite. L'examen radiographique révèle une adénopathie crétacée.

État actuel. — L'œil droit, douloureux à la pression, montre une injection périkératique, extrêmement accusée avec photophobie marquée.

On voit dans le segment inférieur du globe, à la partie inféro-externe, deux tuméfactions sclérales, de la grosseur d'un gros pois, siégeant directement en bas, au voisinage de la partie médiane du cul-de-sac inférieur de la conjonctive, en regard du méridien de VI heures et une autre plus en dehors, en regard du méridien de VIII heures.

La région sclérale, intermédiaire au limbe scléro-cornéen et à la tuméfaction, présente une teinte jaune-roussâtre. Ces tuméfactions sont dures, douloureuses à la pression. La conjonctive qui les recouvre est peu mobile à leur niveau, assez adhérente et très injectée.

Toute la moitié inférieure de la cornée est le siège d'une kératite interstitielle très saturée avec un gros foyer d'infiltration jaunâtre para-central.

L'examen au moyen de la lampe à fente montre une infiltration vasculaire interstitielle de presque toute la surface de la cornée. V = 0,1.

L'œil gauche montre aussi une légère injection périkératique avec douleurs de moyenne intensité à exacerbations nocturnes. La cornée paraît normale.

Toutefois l'examen au moyen de la lampe à fente montre de fins précipités sur la membrane de Descemet, ce qui explique la légère diminution de l'acuité visuelle qui, de ce côté est égale à 0,8. L'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune altération du fond de l'œil.

Le 19 août 1932, mon chef de clinique, le Docteur A. Dollfus, s'inspirant des résultats heureux obtenus quelquefois par l'autohémothérapie, en présence de certaines infections plus ou moins torpides, injecte sous la conjonctive, au voisinage de la tuméfaction inférieure, un centimètre cube du sang retiré au sujet.

Le résultat étant demeuré nul et, ayant remarqué à l'œil gauche au-dessus du limbe scléro-cornéen, en regard du méridien de XI heures, une petite zone d'infiltration jaunâtre, on pratique le 23 août une première injection intraveineuse de cinq centigrammes de crisalbine.

La malade accuse dès le lendemain des douleurs. Les tuméfactions sclérales inférieure et extérieure sont en régression manifeste, moins volumineuses et moins jaunes. En même temps la cornée s'éclaircit.

Par contre apparaît sur la cornée gauche, à sa partie supérieure, au voisinage du limbe, une petite ulcération en coup d'ongle ; on instille le collyre à l'atropine et application de pommade jaune.

Trois jours plus tard on pratique une nouvelle injection intraveineuse de cinq centigrammes de crisalbine, et les jours suivants, l'amélioration continue. Les urines, soigneusement examinées, ne révèlent aucune trace d'albumine.

Aussi le 27 août on fit une troisième injection de cinq centigrammes de sel d'or. Mais le soir même, nous constatons une poussée d'urticaire généralisée à tout le corps, à l'exception de la face, et malgré l'absence de fièvre nous décidons de cesser les injections de crisalbine.

On se borne à recommander l'usage de l'iode, du sirop iodotannique, du phosphate de chaux et la malade quitte l'hôpital très améliorée le 20 octobre. Elle fut revue régulièrement et l'amélioration se maintient.

Lors de notre dernier examen, le 28 novembre 1932, l'injection prikératique avait totalement disparu, de même que les deux téuméfactions sclérales, qui laissaient seulement une petite tache

(1) F. TERRIEN. — *Bulletins* de l'Académie de médecine, 31 janvier 1933.

ardoisée. L'infiltration parenchymateuse de la cornée avait également disparu ; mais il persistait en regard du champ pupillaire de petites infiltrations cornéennes, d'où la diminution de l'acuité visuelle qui était seulement de deux dixièmes tandis qu'elle était de 0,9 à gauche.

L'origine tuberculeuse des lésions scléro-cornéennes ne peut guère être ici mise en doute, en présence des antécédents et des symptômes révélés par l'auscultation et par l'examen radiographique.

Ces altérations oculaires, très accusées à droite, ébauchées à gauche, qui remontaient à trois ans et n'avaient pas cédé aux traitements habituels, s'améliorèrent très rapidement après trois injections intraveineuses de crisalbine, bien que ce traitement ait dû être interrompu, du fait d'une poussée d'urticaire généralisée à tout le corps. Celui-ci d'ailleurs, disparut très rapidement.

Observation II. — *Irido-scléro-kératite.* — Mme Alice D..., 42 ans, 17, rue Parmentier, à Noisy-le-Sec, vient consulter mon chef de clinique, le Docteur Renard, pour la première fois le 25 mars 1932 pour une nouvelle poussée inflammatoire de l'œil gauche.

Il s'agit en effet d'un œil douloureux par crises depuis plusieurs années ; la malade a subi divers traitements dont aucun n'a semblé l'améliorer.

A l'examen : La cornée se montre infiltrée par places. En certains endroits, il s'agit de taies anciennes, reliquats sans doute de poussées antérieures. En d'autres points ce sont des placards interstitiels richement vascularisés, prédominant à la périphérie cornéenne. Aucune lésion superficielle.

Sur la sclérotique sur le rayon de IX heures, à deux millimètres du limbe scléro-cornéen, on voit un petit nodule de 3 mm. de diamètre environ, blanc-jaunâtre soulevant la conjonctive. Autour de ce nodule la sclérotique, très vascularisée, présente un aspect violacé. Enfin, l'iris est parsemé de vaisseaux bien visibles, et la pupille, irrégulière, rétrécie, est encombrée d'exsudats. La tension de l'œil est un peu abaissée.

Il s'agit en somme d'un processus inflammatoire d'irido-scléro-kératite, réduisant la vision à la perception des mouvements de la main et s'accompagnant de douleurs vives oculaires et périoculaires.

L'état général est altéré par suite des douleurs ; la malade est pâle, un peu amaigrie.

L'œil droit est normal et présente, après correction de la réfraction, une acuité de 8 à 9/10.

Nous ne relevons aucune affection grave dans les antécédents de la malade. Son mari a été réformé pour bronchite chronique dite « banale », et elle a perdu une fillette il y a quelques années, de méningite après une coqueluche.

Une réaction de Wassermann est négative et un examen général nous donne le résultat suivant : aucun signe du tuberculose évolutive ni de stigmate grossier de tuberculose pulmonaire sclérosée. Une radiographie confirme ces résultats cliniques.

Enfin le 19 avril, on fait pratiquer une réaction de Vernes dont voici le résultat :

Séro-diagnostic de (sérum normal)	= 0
Séro-diagnostic de	= 26

alors que le (sérum normal donne 15 au maximum).

Un traitement par l'iode à doses progressives, associé au traitement local (compresses chaudes, atropine), poursuivi jusqu'au mois de juillet, améliore légèrement l'état oculaire, sans que cependant on puisse parler de guérison car le nodule scléral n'a pas diminué ; il est même devenu un peu plus volumineux.

Le 10 août 1932 la malade revient, avec une violente rechute. Sa cornée est entièrement infiltrée ; l'iris est en pleine réaction et la vision est réduite à la seule perception lumineuse. L'œil est douloureux à la pression et la malade accuse de vives douleurs.

En présence de l'intensité des symptômes locaux, en l'absence de tout stigmate de syphilis, la réaction de Bordet Wassermann étant demeurée négative, celle, au contraire de Vernes, à la tuberculose s'étant montrée nettement positive, il était permis de songer à semblable étiologie.

Aussi la malade est alors adressée par le Docteur Renard au Dispensaire Léon Bourgeois au docteur Mayer en vue d'un traitement par les sels d'or. On fit tout d'abord trois injections intraveineuses de crisalbine, les deux premières à cinq centigrammes, la troisième à dix centigrammes ; après la quatrième injection à 0,10, la malade revient le 14 octobre 1932 et nous constatons une amélioration considérable.

Le nodule scléral est presque résorbé. Il n'y a plus aucun phénomène aigu de kératite ou d'iritis ; l'injection périkératique a disparu et la malade commence à distinguer de gros caractères d'impression.

Par contre, il existe une éruption de type urticarien généralisée sur tout le corps : visage, membres, tronc. Celle-ci d'ailleurs disparaît en quelques jours mais on cesse néanmoins le traitement aurique par voie intraveineuse.

Cette malade a été revue tout récemment par le docteur Renard. Il n'existe plus trace de lésion sclérale ; l'iris est calme ; l'infiltration cornéenne se résorbe peu à peu et la cornée recouvre sa transparence.

Il n'y a eu aucune poussée inflammatoire, l'œil est absolument blanc, et l'acuité visuelle se relève progressivement.

Un renseignement tout récent capable d'éclairer la pathogénie de cette irido-kératite vient d'être fourni au Docteur Renard : un nouvel examen médical du mari a montré que la « bronchite » banale mentionnée plus haut était en réalité une tuberculose pulmonaire qui nécessita même l'envoi dans un sanatorium où le sujet est encore à l'heure actuelle. On peut donc rapporter, avec la plus grande vraisemblance, cette irido-cyclite torpide de la femme à la contagion du mari, infection strictement localisée au globe oculaire et dont on put obtenir la guérison totale après plusieurs années par quatre injections intraveineuses de sels d'or.

Il s'agit en résumé dans cette observation d'une irido-scléro-kératite unilatérale, ayant toutes les apparences d'une irido-kératite tuberculeuse, due vraisemblablement à une contamination maritale, le mari étant soigné dans un sanatorium pour tuberculose pulmonaire. Cette irido-scléro-kératite, qui avait été traitée sans succès pendant plusieurs années par les moyens habituels, guérit à peu près complètement après quatre injections intraveineuses de sel d'or.

Observation III. — *Choroïdite torpide avec toubles vitréens.* — Mlle H..., âgée de 50 ans, demeurant 30, rue Vavin, vient consulter à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 19 novembre 1931 pour la sensation de mouches volantes qu'elle ressent déjà depuis deux ans des deux côtés, mais plus accusée à droite, surtout en ce moment.

L'acuité visuelle, après correction d'une myopie légère, est de cinq dixièmes à gauche (0,5) et seulement d'un dixième à droite.

L'examen du globe oculaire gauche ne révèle rien d'anormal. Par contre l'examen ophtalmoscopique de l'œil droit, dont l'aspect extérieur est normal, montre de nombreux corps flottants du vitré et le fond d'œil est a peine visible ; on distingue cependant des exsudats blanchâtres dans le segment supérieur de la rétine.

Le fond de l'œil est normal et l'examen au moyen de la lampe à fente ne montre aucune trace de précipités cornéens.

Rien à noter dans l'examen général actuel et dans les antécédents si ce n'est l'existence d'hémoptysies survenues cinq ans auparavant ; la malade aurait été soignée à ce moment pour tuberculose pulmonaire.

La radiographie du poumon, pratiquée le 29 octobre 1932, ne montre pas de signes de tuberculose en évolution mais seulement quelques calcifications et une coupole diaphragmatique irrégulière. Les urines sont normales, ne renferment ni sucre, ni albumine. L'urée sanguine est de 0,35. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Néanmoins, en outre du traitement local, constitué par des applications chaudes fréquemment renouvelées, on prescrit des injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre. On fit en une année quatre séries de douze injections chacune, avec, dans l'intervalle, des traitements à base d'iode et au gambéol, sans amélioration appréciable de l'acuité visuelle de l'œil droit.

De temps à autre la malade accusait une recrudescence des troubles visuels. A l'un de ces moments, le 5 juillet 19[illegible], l'acuité visuelle de l'œil droit était seulement de 1/50 et le fond de l'œil inéclairable. Un traitement plus intensif par les injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre, par l'iode et par les frictions au gambéol n'amène aucune amélioration.

Après un léger éclaircissement, l'ophtalmoscope montre de larges exsudats rétiniens blanchâtres semblant se diriger vers le pôle postérieur du cristallin.

Les réflexes pupillaires sont normaux et les cornées parfaite-

ment transparentes. On constate en outre une très légère exophtalmie et un peu d'augmentation de volume du corps thyroïde.

L'examen des poumons par le Docteur Dollfus Odier n'ayant révélé aucun signe clinique ni radiologique de tuberculose en évolution et l'examen du sérum pratiqué par le Docteur Vernes à l'Institut prophylactique s'étant montré normal, on décide de recourir à un traitement aurothérapique.

La malade entre à la salle Daviel le 15 novembre 1932. Les urines, examinées à nouveau, s'étant montrées parfaitement normales, on pratique le 19 une première injection intra-veineuse de cinq centigrammes de crisalbine, puis successivement tous les quatre ou cinq jours une nouvelle injection de cinq centigrammes.

La malade reçoit ainsi cinq injections parfaitement supportées, sauf la troisième qui entraîne dans l'après-midi l'apparition de lypothymies et de petites syncopes. Néanmoins la malade, dès la troisième injection disant voir sensiblement mieux, le traitement fut continué. A sa sortie de l'hôpital, le 13 décembre 1932, après cinq injections de crisalbine, la malade ayant reçu en tout vingt centigrammes (la première et la deuxième injections ayant été seulement de deux centigrammes) l'acuité visuelle était remontée à près de quatre dixièmes à droite et à sept dixièmes à gauche. Les milieux oculaires de l'œil droit étaient beaucoup plus transparents et permettaient de voir des exsudats blanchâtres, disposés tout le long de la veine rétinienne inférieure.

En résumé, il s'agissait chez cette malade d'une choroïdite torpide et diffuse, caractérisée par des troubles et des flocons du corps vitré de l'œil droit, avec exsudats blancs des veines rétiniennes. Cette choroïdite, qui se compliquait de calcifications hilaires anciennes bien visibles à la radiographie, d'antécédents hémoptoïques, sans qu'on puisse déceler aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise, fut très améliorée par cinq injections de crisalbine alors qu'un traitement mercuriel intensif n'avait amené aucun résultat.

Observation IV. — *Irido-cyclite tuberculeuse.* — Il s'agit d'une femme de 32 ans qui venait consulter le Docteur Cerise pour une affection du globe oculaire droit remontant à quelques mois et se présentant avec tous les caractères d'une irido-cyclite tuberculeuse. L'acuité visuelle était très diminuée, inférieure à un dixième et l'examen objectif montrait une irido-cyclite torpide, sans douleurs appréciables, avec injection ciliaire peu accusée mais nombreux précipités blanchâtres disséminés sur toute l'étendue de la membrane de Descemet. Déjà bien visibles par l'examen au moyen de l'éclairage oblique, ils se traduisaient à l'examen au moyen de la lampe à fente par un semis de précipités de dimensions très variables, les uns très fins, n'atteignant pas, à ce grossissement la dimension d'une petite tête d'épingle, les autres en plus grand nombre, beaucoup plus gros et visibles à l'œil nu. Cette coloration blanchâtre et ces dispositions des précipités, assez volumineux, répandus sur toute l'étendue de la Descemet, sans être un signe caractéristique de tuberculose, en constitue cependant un élément très important, et sa constatation doit éveiller, croyons-nous, l'idée d'irido-cyclite tuberculeuse beaucoup plus souvent qu'on ne le fait.

En plus de ces précipités cornéens la chambre antérieure se montrait trouble, l'iris assez fortement infiltré et on voyait à la face antérieure de cette membrane quatre nodules caractéristiques, ayant toutes les apparences des nodules tuberculeux.

Le champ pupillaire était grisâtre et l'examen ophtalmoscopique, en raison des troubles concomitants du corps vitré, laissait à peine deviner le fond de l'œil. Le tonus oculaire était sensiblement normal.

L'examen du poumon avait révélé chez cette jeune femme quelques lésions hilaires crétacées qui pouvaient être mises sur le compte de lésions tuberculeuses anciennes.

En présence de ces symptômes et tous les modes habituels de traitement, sans oublier les injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre, essayées à tout hasard (malgré que la réaction de Bordet-Wassermann fût demeurée négative), étant demeurées inefficaces, on eut recours au vaccin de Vaudremer dont nous avons retiré, avec mon chef de clinique le Docteur Veil, quelques résultats heureux à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Celui-ci ne s'étant pas montré plus efficace on décida alors de recourir à la crisalbine.

Trente injections intraveineuses de crisalbine, à 0,5 centigrammes par centimètre cube, à raison d'une par semaine amenèrent une disparition à peu près complète des lésions. Le globe oculaire avait recouvré son aspect normal, la cornée et la chambre antérieure étaient redevenues parfaitement transparentes, et lorsque je revis pour la dernière fois la malade avec le Docteur Cerise, c'est à peine si l'on pouvait constater dans le champ pupillaire quelques rares synéchies postérieures avec de rares et fins précipités sur la face postérieure de la cornée.

L'ophtalmoscope montrait un fond d'œil presque normal, à peine voilé par de très légers troubles vitréens.

L'acuité visuelle oscillait entre trois et quatre dixièmes et le champ visuel était normal. Tonus normal.

En résumé il s'agissait ici d'une irido-choroïdite torpide avec précipités nombreux et blanchâtres sur la membrane de Descemet, synéchies postérieures, milieux oculaires très troubles, acuité visuelle très diminuée, qui avait toutes les apparences d'une irido-cyclite tuberculeuse. Tous les traitements habituels demeurèrent impuissants et seules les injections intraveineuses de crisalbine (jusqu'à trente injections) amenèrent une guérison définitive.

Que conclure de ces résultats ? C'est tout d'abord l'innocuité relative de l'injection des sels d'or chez nos malades. Deux, il est vrai, ont présenté après trois injections de cinq centigrammes chaque, une éruption urticarienne généralisée ; une autre, après la troisième injection, quelques lipothymies, mais aucune complication grave capable de faire regretter d'avoir eu recours à cette thérapeutique. Elle semblait ici d'autant plus permise qu'on ne constatait aucun signe de tuberculose pulmonaire en évolution et que l'examen de l'état général se montrait satifaisant.

Les résultats dans ces quatre observations ont justifié l'emploi de l'aurothérapie et montré qu'on ne devra pas hésiter à recourir à semblable thérapeutique, dans tous les cas où l'on a quelques raisons de soupçonner l'origine tuberculeuse d'une affection oculaire. Il en était ainsi dans nos quatre observations.

La coexistence de lésions tuberculeuses anciennes décelées par la radiographie, la notion chez l'une de nos malades d'hémoptysies antérieures, d'adénites cervicales chez les autres, l'absence par contre de tout stigmate de syphilis héréditaire ou acquise, les résultats négatifs fournis par les examens sérologiques et l'inefficacité d'un traitement mercuriel intensif, enfin l'aspect un peu particulier des lésions oculaires présentées chez ces quatre malades permettaient de rapporter à la tuberculose l'origine de l'affection.

Sans doute ce diagnostic étiologique ne peut être ici le plus souvent étayé, ni par l'examen microscopique, ni par les multiples épreuves de laboratoire applicables à nombre d'autres localisations tuberculeuses. Les différentes réactions tuberculiniques en usage n'apportent guère plus de précisions, la cuti-réaction se montrant positive chez la plupart des sujets et ne permettant aucune conclusion sur la nature de la lésion oculaire.

A côté des formes classiques de tuberculoses iriennes et irido-ciliaires, se traduisant par l'apparition de tubercules ou de proliférations ne laissant par leur aspect morphologique, leur configuration et les lésions de voisinage qu'elles entraînent, aucune place au doute, il est un grand nombre d'autres manifestations cliniques, de symptomatologie plus atténuée, ne s'accompagnant d'aucun signe manifeste local ou général de tuberculose, et dont à cause de cela le diagnostic étiologique demeure hésitant.

Un grand nombre de ces iritis et irido-cyclites torpides, indolores, ne s'accompagnant d'aucune réaction appréciable, à peine d'un léger degré d'injection périkératique, se traduisent seulement par une diminution plus ou moins accusée de l'acuité visuelle, par un aspect terne de la mem-

◆◆◆

brane irienne, par la présence de précipités blanchâtres plus ou moins nombreux et de dimensions variables sur la membrane de Descemet.

Le diagnostic, en pareil cas, demeure toujours plus ou moins indécis, devant l'impossibilité des inoculations et de la recherche du bacille. Toutefois, après élimination des causes habituelles les plus fréquentes d'iritis, tout d'abord de la syphilis, puis du rhumatisme, de la goutte, des infections focales, peut être aussi du colibacille, certains facteurs tels l'âge relativement peu avancé du sujet, la vascularisation de l'iris, parfois même la présence d'un très léger degré d'hypopyon, l'évolution essentiellement torpide des lésions, enfin l'habitus général du malade devront faire penser à une origine tuberculeuse. Les heureux effets du traitement viendront à l'appui de ce diagnostic causal.

Peut-être s'agit-il dans nos observations moins d'une action véritablement spécifique que modificatrice, mais le résultat s'est montré appréciable dans ces quatre cas et la médication nous parait devoir être recommandée dans des formes semblables.

En suivant la technique des petites doses recommandées par le Professeur Léon Bernard, en surveillant soigneusement l'état pulmonaire et rénal du sujet, on peut éviter les accidents généraux graves et il ne semble pas qu'il y ait lieu de redouter des réactions focales vives et des accidents locaux.

Sans doute Mollgaard a insisté sur les dangers que peut faire courir à une tuberculose oculaire provoquée par l'injection de cultures de bacilles tuberculeux le traitement par la sanocrysine en instillations ou en injections intraveineuses. Il a entraîné quelquefois une destruction totale du globe oculaire.

Lundsgaard et Noceti ont noté, le second après injection sous-conjonctivale, des réactions en foyers très vives qui montrent combien il importe d'être prudent. On a observé aussi des réactions sur l'œil sain à la suite d'injections intraveineuses répétées de sanocrysine, réactions caractérisées par une rougeur et une augmentation de la sécrétion conjonctivale, pouvant aller jusqu'à une véritable sécrétion purulente, avec œdème des paupières.

Nous n'avons pas retrouvé ces incidents dans nos observations. Nous nous sommes limité d'ailleurs aux injections intraveineuses, laissant de côté les instillations et les injections sous-conjonctivales qui, dans un cas de kératite tuberculeuse, donnèrent une aggravation entre les mains de Noceti (1).

Les instillations de la solution de crisalbine à 5 % n'ont guère donné de résultats et, longtemps prolongées, elles ont quelquefois déterminé des altérations cornéennes. Nous avons pu chez le lapin provoquer, après une trentaine d'instillations, de larges ulcérations superficielles de la cornée qui disparurent d'ailleurs assez vite avec la suppression du médicament.

Mieux vaut donc éviter ces instillations, en raison du danger d'ulcération cornéenne et sans doute aussi de la difficulté de pénétration du toxique dans des tissus infiltrés.

Abramowicz a eu recours, il est vrai, à l'ionisation et a obtenu par ce moyen dans l'œil normal une capacité de pénétration bien plus grande que celle retirée de l'instillation ou de l'injection sous-conjonctivale (2). Mais les états inflammatoires de l'œil diminuent, on le sait, la conductibilité du courant et il faudrait tenir compte ici de l'augmentation toujours relativement considérable de la quantité d'albumine dans l'humeur aqueuse qui doit s'opposer davantage encore à la pénétration.

Pour toutes ces raisons nous nous sommes limité aux injections intraveineuses et le bénéfice retiré nous a paru mériter d'être rapporté.

(1) Noceti. — La sanocrysine dans la tuberculose de l'œil. *Revue méd. améric. latine*. Année 1911, n° 129, p. 1586.

(2) Abramowicz. — De l'introduction dans l'œil de la sanocrysine à l'aide de l'ionisation. *Archives d'Ophtalmologie*, 1927, p. 48.

La pyrétothérapie des épididymites gonococciques

Par **Charles RICHET** fils et **Jean FACQUET**

Dans la conduite du traitement des épididymites gonococciques, à côté de la médication banale, du repos général et local, on a le choix à l'heure actuelle entre de très nombreux procédés : vaccinothérapie et sérothérapie spécifiques ; chimiothérapie, notamment par la trypaflavine ; injections locales d'argent colloïdal ; protéinothérapie (en particulier injections de lait), etc., etc... Chacune de ces méthodes compte, à côté de résultats probants, un pourcentage d'échecs assez élevé de sorte que le succès reste en somme, avec ces méthodes, assez aléatoire. La meilleure preuve est le nombre considérable de médications employées et des nouveaux traitements chaque jour proposés. Nous avons utilisé nous-mêmes divers procédés et nous avons remarqué que les cas heureux étaient justement ceux où nous déterminions une élévation importante de la température. Au contraire les médications non pyrétogènes, spécifiques ou non, nous ont semblé douées d'une action faible ou nulle.

L'élévation de la température semble donc une condition essentielle du succès.

Des remarques cliniques anciennes viennent appuyer cette donnée. On sait que l'élévation thermique brutale qui marque le début de l'épididymite gonococcique entraîne l'arrêt de l'écoulement urétral. Par ailleurs, les anciens auteurs avaient observé que la survenue d'une maladie infectieuse grave, notamment de la fièvre typhoïde, guérit la blennorragie.

S'appuyant sur cet antagonisme réel ou supposé, bacille d'Eberth-gonocoque, l'un de nous avait soigné, il y a longtemps déjà, les épididymites gonococciques par le vaccin T. A. B. (voie sous-cutanée) avec de bons résultats.

Nous autorisant des remarques précédentes, nous avons traité systématiquement par la pyrétothérapie les épididymites gonococciques qu'il nous a été donné d'observer pendant une année à l'hôpital Ambroise Paré. Notre expérience porte sur treize cas. Les résultats excellents que nous avons constamment obtenus nous incitent à signaler la méthode.

Des divers médicaments pyrétogènes, c'est le vaccin antichancrelleux (Dmelcos) qui, injecté par voie intraveineuse, nous a paru dans le traitement des épididymites gonococciques être le plus régulier. Il donne en effet une fièvre assez élevée atteignant ou dépassant 40° (exceptionnellement 41°) et de durée assez longue. La température reste au-dessus de 39° pendant deux à huit heures en moyenne. De plus, la hauteur et la durée de la poussée fébrile sont sensiblement constantes chez tous les sujets et au cours d'injections successives, à condition toutefois d'augmenter progressivement les doses, la dose initiale étant de 225 millions de germes.

Certes, d'autres auteurs ont dû l'utiliser avant nous, puisque nombre de protéines bactériennes ou autres ont été mises en œuvre pour guérir les orchites : aussi voulons-nous insister ici seulement sur la valeur de la pyrétothé-

rapie: le vaccin antichancrelleux étant simplement un moyen de la réaliser.

Nous avons observé soigneusement les phénomènes locaux et généraux consécutifs à l'injection de ce vaccin. *Or, chez tous les malades, l'évolution est identique et quasi-schématique.*

Pendant la période de latence (deux à trois heures) qui suit l'injection, puis, pendant la période d'ascension fébrile (quatre heures en moyenne), on n'observe aucune modification locale. Celles-ci s'amorcent à l'acmé de la fièvre, se poursuivent pendant toute la durée de la descente fébrile (six à douze heures) et cessent lors du retour de la température à la normale.

Mais ces quelques heures ont suffi pour amener un changement considérable.

La douleur disparaît presque complètement. Le sujet qui accusait une sensation pénible d'étranglement intrascrotal ne souffre plus, même si on enlève la planchette ou le suspensoir. La sédation de la douleur est toujours un phénomène des plus nets.

Parallèlement, l'état local se transforme. La masse scrotale en quelques heures diminue considérablement de volume, souvent de moitié. La rougeur vive des téguments s'estompe ou disparaît complètement, la chaleur locale diminue. Enfin l'examen, pratiqué maintenant sans douleur, montre que l'épididyme est aisément distingué du testicule et beaucoup moins tuméfié qu'auparavant. Naturellement il ne revient pas de suite à sa forme et à son volume normaux et présente le plus souvent deux noyaux indurés l'un à la tête, l'autre à la queue, celui-ci plus volumineux, englobant l'anse épididymo-différentielle.

La température ultérieure est également influencée par l'injection pyrétogène. Dans certains cas, les plus rares, le sujet était apyrétique et le reste, une fois épuisé l'effet de l'injection pyrétogène. Plus souvent il existait un état fébrile. Après la poussée thermique provoquée, la température tombe en général brutalement au-dessous de 37°, puis se stabilise tantôt à la normale, tantôt un peu au-dessus, mais à un niveau plus bas qu'elle n'était antérieurement.

En somme, *l'injection pyrétogène détermine une sédation très rapide et très marquée de phénomènes inflammatoires.* Après cette première injection, deux éventualités sont possibles Le plus souvent, l'épididymite reste un temps stationnaire puis on assiste à la régression lente et progressive de tous les symptômes. D'autres fois une reprise de l'inflammation se manifeste qui sans aboutir à l'état antérieur, entraîne cependant la réapparition de la douleur, de la fièvre et des phénomènes locaux.

Aussi, dans tous les cas, convient-il de pratiquer une seconde injection 48 à 72 heures après la première, ce qui suffit le plus souvent à déterminer la guérison complète. Sur treize malades une troisième injection n'a été nécessaire que dans quatre cas.

Sédation de la douleur en vingt-quatre heures au lieu de deux à quatre jours, guérison en six à huit jours, au lieu de dix à quinze, tels sont les grands avantages du traitement.

Lorsque l'épididymite coexiste avec une urétrite aiguë, l'effet de la pyrétothérapie n'est pas le même sur l'une et sur l'autre des deux localisations. La poussée thermique diminue l'écoulement, mais seulement de façon temporaire et celui-ci se reproduit constamment lors de l'abaissement thermique. Les injections secondes ont la même action également éphémère. Aussi l'urétrite survit-elle à la guérison de l'épididymite, et rend possible la récidive (un cas). La pyrétothérapie, telle que nous la réalisons est efficace dans le traitement de l'épididymite mais non dans celui de l'urétrite. Ceci n'est point pour nous étonner. Une pratique assez étendue de la pyrétothérapie nous a montré en effet que cette méthode a une action plus marquée sur les suppurations inflammatoires fluxionnaires que sur les suppurations constituées.

* * *

Plusieurs détails d'ordre pratique nous paraissent indispensables à indiquer. Le traitement doit être institué dès l'apparition de l'épididymite quel que soit le degré de l'élévation thermique. Cependant, si la température dépasse 39°5, ce qui n'est pas exceptionnel, il convient d'attendre quelques heures.

Les injections doivent être faites à doses progressives, à quarante-huit heures ou trois jours d'intervalle. Elles ne sensibilisent pas le sujet.

Le traitement ne comporte aucun danger. Les principales contre-indications sont d'ordre général : âge avancé du sujet, tare rénale, insuffisance cardiaque. Le vaccin antichancrelleux ne doit pas être employé chez les sujets ayant antérieurement présenté un chancre mou. Ceux-ci peuvent en effet être sensibilisés et l'injection risque de provoquer chez eux, comme nous l'avons vu une fois dans le traitement d'une arthrite, non pas une simple poussée fébrile passagère, mais une véritable maladie, l'élévation de la température persistant plusieurs jours.

* * *

Le terme de pyrétothérapie, sous lequel nous désignons le traitement des épididymites gonococciques par le vaccin antichancrelleux, nécessite une justification. Celle-ci repose sur les deux propositions suivantes :

1° *Toute substance* capable de déterminer une forte fièvre, *donne à élévation thermique égale les mêmes résultats que le vaccin antichancrelleux.* C'est ainsi que l'on pourrait employer l'électrargol, le propidon, l'huile soufrée à 5 %, le vaccin T.A.B., les injections de lait, etc... Mais, par la régularité et la constance de l'élévation thermique, le vaccin antichancrelleux est le produit de choix.

On peut se demander si ce n'est pas grâce à la fièvre élevée qu'elle provoque que la vaccination locale par la porte d'entrée a donné entre les mains de Basset et Poincloux de si bons résultats et si la même raison n'explique pas le succès de certains vaccins spécifiques très riches en germes.

2° *Les substances non pyrétogènes mêmes spécifiques nous paraissent sans effet clinique.* Il en est ainsi, d'après notre expérience, de la plupart des vaccins spécifiques introduits par voie sous-cutanée et du sérum antigonococcique injecté par voie intra-musculaire.

* * *

Quel est le mécanisme d'action de la pyrétothérapie dans l'épididymite gonococcique ?

La pyrétothérapie agit-elle sur le microbe en diminuant sa virulence ou sur l'organisme infecté en augmentant sa faculté de résistance ?

L'action de la chaleur sur les cultures de gonocoque est bien connue. Le microbe, remarquablement sensible aux écarts de température, est tué en douze heures par une température de 39°, en six heures par une température de 40° (Luys). Si l'on admet, ce qui est loin d'être prouvé, que le microbe se comporte de la même façon dans l'organisme et sur les milieux de culture, une élévation marquée de la température doit, sinon tuer le microbe, du moins altérer profondément sa virulence et il est possible qu'une fièvre de 40°, maintenue pendant six heures stérilise l'organisme (en admettant encore que le testicule soit à la même température que les organes centraux). Mais une telle éventualité est rarement réalisée.

Nous croyons que l'élévation thermique peut diminuer la virulence du gonocoque, mais nous faisons toutes réserves sur sa destruction *in vivo*.

Les faits sont plus complexes. La faculté d'obtenir par la pyrétothérapie des résultats très intéressants dans des maladies infectieuses subaiguës relevant de microbes moins fragiles que le gonocoque induit en effet à penser que les réactions produites dans l'organisme par la poussée fébrile ont une importance capitale.

Ces réactions sont très mal connues et rien ne dit qu'elles soient identiques aux réactions produites par les autres modes de pyretothérapie (diathermie par ondes courtes, en particulier). Nos recherches encore inédites mettent en évidence quelques faits d'ordre négatif.

Les injections de vaccin antichancrelleux n'activent pas de façon notable la leucopoïèse. Le plus souvent elles ne modifient pas le taux des globules blancs, pas plus que celui des plaquettes ou des globules rouges. Dans certains cas cependant, on observe une élévation du nombre de globules blancs, mais une élévation très faible. L'élévation la plus forte que nous ayons obtenue sur un grand nombre d'examens a été de 6.000 à 16.000 et, le plus souvent, la leucocytose ne dépasse guère 12000. D'autres produits moins pyrétogènes (électrargol, huile soufrée à 5%) sont au contraire plus fortement leucopoïétiques. La supériorité du vaccin antichancrelleux sur ces derniers produits permet d'avancer que l'efficacité des médicaments pyrétogènes est indépendante de l'action leucopoïétique qu'ils possèdent ; le traitement par le Dmelcos est donc avant tout une méthode pyrétothérapique.

Par ailleurs, les injections de vaccin antichancrelleux aux doses que nous avons injectées, ne déterminent pas de choc hémoclasique. Ni dans les minutes qui suivent l'injection, ni au moment des frissons qui précèdent l'élévation thermique, on n'observe de signes d'hémoclasie, nous n'avons constaté, en effet, ni hypotension artérielle, ni troubles de la coagulabilité sanguine, ni leucopénie (nous n'avons pu rechercher l'indice réfractrométrique du sérum). Pour conserver la propriété des termes, l'appellation de médication de choc ne doit donc pas être appliquée au traitement des épididymites gonococciques par le vaccin antichancrelleux.

Nous avons observé par ailleurs les modifications produites par la pyrétothérapie sur l'intradermo-réaction au vaccin antigonococcique. Quand celle-ci est pratiquée quelques heures avant l'injection pyrétogène, elle est fortement positive en cas d'épididymite gonococcique ; mais alors, pendant l'élévation thermique, les phénomènes inflammatoires dermiques de la papule déjà formée, s'atténuent en même temps que les phénomènes inflammatoires épididymaires.

Bien que le mécanisme d'action en soit encore mal élucidé, la pyrétothérapie dans le traitement des épididymites gonococciques doit être considérée dès à présent comme une méthode très efficace.

Les ruptures du tendon distal du biceps brachial

Par BENOISTE-PILLOIRE et R. GOURDON
du Sanatorium de Kerpape

Les ruptures du tendon inférieur du biceps brachial sont exceptionnelles. Nous relatons ci-dessous l'observation d'une telle lésion opérée avec notre aide en 1926 et revue depuis lors à différentes reprises.

Le 27 mars 1926, E. S..., âgé de 46 ans, ouvrier dans une fonderie de Paris, déplaçait avec un de ses camarades un gros bloc de fonte. Ce dernier lâchant sa prise brusquement, E. S... fit instinctivement la tentative de le supporter seul. L'avant-bras étant en flexion, supination. Immédiatement douleurs très violentes au pli du coude, impotence et tuméfaction considérable de la région. La lésion fut considérée et traitée primitivement comme une violente contusion. Nous examinons le blessé trois semaines après l'accident : c'est un homme très robuste, habitué aux travaux de forces, particulièrement musclé. Plus de douleurs spontanées ; la tuméfaction de la région a considérablement diminué. Dans l'extension de l'avant-bras, le relief formé par le ventre musculaire du biceps est très haut situé sur le bras. Il ne se déplace que très peu dans les différents mouvements de l'avant-bras. On ne sent plus la corde du biceps au pli du coude, mais à trois travers de doigt au-dessus, on perçoit une masse mobile dans le sens transversal du volume d'une petite noix se continuant avec le corps musculaire du biceps dans sa partie supérieure.

Il s'agit à n'en pas douter d'une rupture méconnue du tendon du biceps au voisinage de son insertion radiale. Le malade est opéré deux jours plus tard (opérateur le Docteur Bailleul, aide Benoiste). Il s'agit d'une véritable désinsertion du biceps au ras de son insertion au radius. La masse mobile précédemment signalée au-dessus du pli du coude est constituée par la tranche d'arrachement avec hématome en voie d'organisation (examen anatomo-pathologique).

Il est impossible d'étirer suffisamment le muscle pour réinsérer le tendon sur sa surface d'implantation. On tente une greffe tendineuse. Un tendon de veau est implanté d'une part sur la tubérosité bicipitale dont l'abord est assez difficile, d'autre part suturée sur une longueur de deux centimètres au tendon du biceps. Il est là fixé, dans une gaine complète formée par le tendon préalablement incisé dans le sens longitudinal, l'avant-bras ayant été placé en demi-flexion. Plâtre. Wassermann négatif. Les suites opératoires furent normales et le malade autorisé à faire des petits mouvements au bout de huit à dix jours. Il reprenait son travail début juillet, soit quatre mois environ après l'intervention.

Il a retrouvé très rapidement son activité passée et, en janvier 1927, se livrait exactement au même type de travail. Sans doute le tendon de veau paraît s'être légèrement élongé et le ventre du biceps reste un peu haut placé. Toutefois l'action du biceps n'est pas douteuse dans les énergiques mouvements de flexion de l'avant-bras et la supination persiste quoique diminuée de force et pénible. En toute franchise cependant, nous ne pensons pas que la récupération presque intégrale puisse être considérée uniquement comme le résultat de l'intervention et nous croyons à une suppléance notable du brachial antérieur.

Les ruptures du tendon distal du biceps sont rares. Le premier cas est signalé par Sallefranges en 1887. Loos sur 66 observations de rupture de biceps ne cite que trois exemples portant sur le tendon inférieur. Riedinger (1903), Wiesman (1906), Rocher (1913), Schmidt, Kerschner (1928), en relève chacun un cas. Jeaneney en cite deux exemples en 1929. Il faut y ajouter les deux observations de Quibal et Ortscheidt en 1930, celle de Harry Platt en 1931 et la nôtre ce qui fait au total quinze cas.

Il s'agit en général de sujets très vigoureux, habitués à des travaux de forces, à muscles courts, ne présentant aucune tare organique. Toutes les observations concernent des hommes et dans deux cas seulement, ils avaient plus de 60 ans.

Nulle part il n'est fait allusion à l'existence d'une cause infectieuse prédisposante telle que typhoïde, variole. Aucune des constatations opératoires n'a signalé rien qui puisse être interprété comme une gomme spécifique, ainsi que cela s'est vu dans les ruptures du triceps sural. Dans certains cas, dans le nôtre, le Wasserman a été négatif. Pas de rupture spontanée. Le traumatisme a été imprévu, violent et, cette violence même légitime l'importance des dégâts anatomiques. Les ruptures enfin ont toujours été de cause indirecte, c'est-à-dire qu'elles se sont produites sans l'intervention d'une violence extérieure au niveau du lieu de rupture.

On a établi un certain parallélisme entre les ruptures de la longue portion, dans sa partie intra-articulaire et les désinsertions du tendon inférieur. Certains auteurs ont pensé que, de même que des ostéophytes peuvent évider et user le tendon de la longue portion, de même il pouvait exister des altérations inflammatoires chroniques de la bourse séreuse bicipitale « ramollissant le tendon, le rétractant, facilitant son détachement ». Riedinger, Loos, Ledderhose, ont défendu cette théorie. Boeper a interprété comme telles les irrégularités osseuses constatées longtemps après le traumatisme chez certains de ces malades.

Si tant est qu'elles existent, ces causes prédisposantes locales sont infiniment plus rares que dans les ruptures de la longue portion. Il n'est pas fait mention de telles lésions dans les constatations opératoires récentes. Kerschner a bien montré avec quelle prudence il faut interpréter les irrégularités constatées longtemps après le traumatisme. C'est aussi l'opinion de Maisonnet dans

son rapport à la Société de Chirurgie de 1930. Lorsqu'en effet la rupture s'est faite au ras de l'insertion du radius il ne s'agit pas d'une rupture simple comme elle pourrait se produire un centimètre plus haut. Il s'agit en réalité d'un mélange du ruptures et d'arrachements s'accompagnant de décollements périostiques minimes. Ce sont ces décollements périostiques causés par le trauma, par les manœuvres opératoires qui sont susceptibles de donner lieu à des hyperostoses. Ces hyperostoses sont traumatiques et ne doivent pas être interprétées comme des témoins d'ostéo-arthrites déformantes.

Enfin, jamais il n'a été constaté de telles ruptures à la suite d'un effort minime ou de rupture en apparence spontanée comme le fait a été signalé au niveau de la longue portion. Rupture du tendon distal et rupture du tendon de la longue portion s'opposent l'une à l'autre par leur mécanisme. De façon imagée, l'une est une rupture de force, celle du tendon distal, l'autre est une rupture de faiblesse, d'usure, celle de la longue portion.

Ainsi l'intensité du trauma suffit à expliquer l'importance de la lésion surtout si l'on y ajoute la notion des « attitudes » et la notion de la « surprise ». Baungartner, Braine, Fortin ont insisté sur le rôle de la contraction violente, imprévue, incoordonnée du biceps distendu. Ils ont aussi attiré l'attention sur le rôle défavorable de certaines attitudes, la rupture se produisant surtout lorsque le biceps se contractant associe à sa fonction primordiale de fléchisseur celle de supinateur de l'avant-bras. Les considérations que ces auteurs appliquaient à la rupture de la longue portion conservent toute leur valeur dans le cas qui nous occupe. Il est alors permis de penser « que la force développée au lieu d'être normalement répartie sur toute l'épaisseur du tendon, peut à un moment donné se trouver entièrement supportée par un certain nombre de fibres seulement qui se déchirent amorçant la rupture. Il y aurait suivant l'opinion ancienne de Gübler, un défaut de synchronisme entre les muscles synergiques, entre les parties d'un même muscle. Notre malade avait antérieurement supporté des fardeaux plus lourds. L'avant-bras était en flexion supination. Il expliquait son accident par la « surprise » résultat de la déficience imprévue et subite de son camarade de travail. C'est aussi dans ses grandes lignes, l'histoire du malade de Kerschner. La notion « surprise » nous paraît toutefois plus importante que l'attitude et cette impression résulte de l'étude des deux observations de Guibal.

Comme y a insisté Maisonnet, il s'agit le plus souvent d'une véritable désinsertion. Dans un seul cas, il y eut rupture véritable à 1 centimètre au-dessus du pli du coude. On voit même parfois une attitude semblable s'accompagner tantôt de rupture de la longue portion, tantôt de désinsertion du tendon distal. La lecture des observations publiées ne nous a pas permis d'élucider les raisons qui règlent le niveau de la rupture. Enfin il n'a été signalé ni de rupture itérative, ni de rupture simultanée des deux tendons inférieurs du biceps.

Nous serons brefs sur la symptomatologie. Lorsque comme Ortscheidt on a la chance d'examiner le blessé peu de temps après l'accident, les signes caractéristiques sont nets. Le malade a ressenti au pli du coude lors de la rupture, soit la sensation d'un coup violent et sec, soit la sensation d'une déchirure. Tuméfaction rapide en ce point diffusant vers le bras et l'avant-bras. L'impotence est souvent absolue, toujours très marquée. On ne sent pas la corde du tendon. Le globe musculaire est haut placé sur le bras. La contraction du biceps détermine une ascension de cette masse sans action du reste sur la motilité de l'avant bras.

Dans les jours immédiats qui suivent le trauma, le diagnostic peut être plus difficile. Kerschner attache une grosse importance à l'intensité de la tuméfaction du pli du coude et de l'avant-bras. L'hématome cause de cette tuméfaction peut être assez considérable pour entraîner de grands troubles de la circulation avec cyanose, œdème de la main, diminution du pouls. L'impotence du coude est absolue, l'avant-bras immobilisé à angle obtus. C'est en raison de l'hématome, des troubles qu'il entraînait que Kerschner intervint aussitôt. En l'absence de fracture il doit, dit cet auteur, faire penser à une rupture du tendon inférieur du biceps.

Dans les constatations tardives, trois semaines ou un mois après la rupture, la symptomatologie est nette. La résorption partielle de l'hématome rend la palpation plus aisée. Notion de trauma, relief haut situé de la masse charnue du biceps ramassé en boule, absence au pli du coude de la corde du tendon sont les signes capitaux. La constatation enfin d'un cordon à l'extrémité inférieure grossièrement renflée en massue, mobile dans le sens transversal le complète. Déjà à ce moment, la flexion du coude a été récupérée, mais elle est très diminuée de force.

Le diagnostic de la rupture du tendon distal du biceps ne présente donc en réalité aucune difficulté. Il suffit d'y penser. Il repose sur les commémoratifs sans doute, mais surtout sur les signes physiques dont le plus important nous paraît être l'ascension du globe musculaire du biceps et son peu d'action sur la motilité de l'avant-bras.

Peut être serait-il possible de réaliser objectivement cette rupture par la radio comme Quénu et Stoyanovitch ont pu le faire pour les ruptures du triceps sural.

Abandonnée à son évolution naturelle et étant donné la rapide rétraction du muscle, une réparation spontanée nous semble impossible. « Les extrémités du tendon rompu ou relâché, ne se peuvent jamais parfaitement rejoindre (Ambroise Paré) ».

L'impotence qui en résulte peut cependant être minime en raison de la suppléance importante apportée par le brachial antérieur dans la flexion.

Etant donné toutefois la simplicité de l'intervention, la facilité de l'accès, il y a lieu de conseiller toujours un traitement propre à permettre au maximum les possibililités de réparations anatomiques et physiologiques. Ce traitement ne peut évidemment être que chirurgical. Il peut être immédiat ou tardif.

Immédiat : Rien ne le distingue du traitement classique des ruptures tendineuses, lorsque la rupture siège dans la continuité du tendon, à 1 cm. de son insertion radiale.

Dans le cas de rupture-désinsertion, plusieurs procédés ont été employés. On a d'abord fixé la surface cruentée du tendon à la tubérosité radiale par une couronne de fils d'appui. La technique en est assez complexe en raison de la musculature habituelle de ces malades, de la vascularisation de la région et la proximité du radial. Aussi Kerschner s'est-il contenté en 1928 « d'enclouer » la tranche du tendon sur la tubérosité. Guibal a fait ressortir que l'implantation cherchée ne peut être faite à son point exact d'insertion ; qu'elle est réalisée sur la partie antérieure de la tubérosité radiale, alors qu'elle devrait porter pour être idéale sur la moitié postérieure de cette tubérosité pratiquement inaccessible. Schmidt s'était du reste contenté quelques mois avant de transplanter simplement le tendon du biceps le plus bas possible sur les fibres longitudinales du tendon du brachial antérieur. Harry Platt en 1931, fait passer le tendon dans un tunnel creusé à travers l'extrémité supérieure du radius et dit avoir obtenu une guérison parfaite sans préciser cependant si son malade a récupéré la supination. Dans le premier des cas rapportés par Guibal et Ortscheit, il persistait quelques trousseaux fibreux au niveau de la tubérosité bicipitale. Ils réunirent alors par quelques fils non résorbables ces éléments fibreux aux éléments du tendon. Dans le second cas, ils se bornèrent à fixer le tendon au tendon du brachial antérieur à la manière de Schmidt. Ces deux procédés nous paraissent résumer la ligne de conduite à tenir dans le cas d'intervention rapide, suture directe, lorsqu'il y a rupture-désinsertion, suture au tendon du brachial antérieur en cas de désinsertion pure.

Lorsque le blessé n'est opéré que quelques temps après le trauma la question ne se pose plus de réimplanter le

tendon en son insertion première. La rétraction est beaucoup trop marquée pour permettre un tel allongement du muscle. Même en fléchissant l'avant bras ce rapprochement est impossible. Le serait-il que des difficultés techniques rendraient cette insertion pratiquement réalisable.

Deux procédés ont été employés : 1° greffe de tendon animal allant de la tubérosité radiale au muscle allongé le plus possible ; fixation du tendon bicipital le plus bas possible sur le brachial antérieur.

C'est à ce dernier procédé que nous donnons la préférence parce que plus simple dans sa technique, plus sûr dans ses résultats.

Malgré leur imperfection anatomique, les résultats obtenus par les différentes techniques signalées ont été satisfaisants en ce sens que tous les blessés au bout de quelques mois ont pu reprendre leur travail et l'ont exercé rapidement avec la même habileté, la même activité. Les deux malades de Guibal ont repris au bout de quatre mois environ leurs occupations (manœuvre) sans aucune incapacité. Cette même puissance de flexion de l'avant-bras des deux côtés n'est pas toutefois le critérium absolu d'une restauration fonctionnelle complète. Dans aucune observation il n'est fait d'allusion à la récupération de la supination active. On sait par ailleurs avec quelle facilité le brachial antérieur peut suppléer au bout d'un certain temps d'adaptation à la déficience du biceps en ce qui concerne la flexion. Notre malade en est un exemple. L'assurance d'une restauration fonctionnelle parfaite doit donc être basée sur la morphologie régionale (hauteur, développement du corps charnu), l'étude de la force de flexion, celle de la supination.

Toutes les ruptures du tendon distal du biceps étudiées sont survenues à l'occasion du travail. Elles donnent donc droit en France tout au moins à l'application de la loi du 9 avril 1898. Nous ne reviendrons pas sur la question des prédispositions étudiée par ailleurs. Au reste, même en admettant leur possibilité Balthazard et Duvoir ont nettement montré qu'elles ne pouvaient intervenir. La loi a un « caractère transactionnel et forfaitaire ». Elle ne tient pas compte de l'état antérieur. Du fait seul que la rupture a eu lieu « par le fait ou à l'occasion du travail », qu'elle résulte d'un accident au sens médicolégal du terme, elle donne au blessé des droits aux indemnités prévues par la loi.

De même que «l'accident seul importe pour donner droit à l'indemnisation, de même la diminution de l'aptitude au travail est seule prise en considération sans qu'intervienne l'importance des dégâts anatomiques. Il y a lieu dans de telles circonstances : 1° de prolonger assez longtemps (quatre mois environ) la période d'incapacité temporaire afin d'éviter que des contractions musculaires intempestives ne viennent annihiler ou amoindrir le résultat obtenu ; 2° d'accorder à la consolidation une indemnité largement en rapport avec la réduction d'aptitude au travail. Une revision ultérieure permettra dans la suite de diminuer le taux d'indemnité. Il semble qu'il faille, en ce qui concerne le tendon distal, tenir compte des considérations qu'émettait P. Thiery, à l'occasion des ruptures de la longue portion. « L'incapacité qui en résulte m'a toujours paru minime, soit que le muscle récupère spontanément une partie de ses fonctions, soit qu'il y ait suppléance par le brachial antérieur ». De fait les malades d'Orstchied et Guibal ont guéri sans incapacité permanente et notre malade n'a qu'une réduction de 5 %.

Les ruptures du tendon distal du biceps s'opposent en résumé à la rupture de longue portion par leur plus grande rareté, par ce fait aussi qu'elles sont des ruptures de force alors que les secondes ne sont que des ruptures par usure. Elles s'en rapprochent par ce fait que l'une et l'autre sont d'un excellent pronostic, le blessé conservant une aptitude fonctionnelle normale ou proche de la normale.

BIBLIOGRAPHIE

SALLEFRANGES. — Thèse de Paris, 1887.
LOOS. — *Beitragez Klin Chir.*, 1901.
RIEDINGER. — *Munnchner nied Wack*, 1903.
WEISMANN. — *Beitragez Klin Chir.*, 1906.
LEDDERHOSE. — *Deutsch Qeitsch f. Chir.* 1909.
FIÉVEZ. — Thèse de Paris, 1912.
ROCHER. — *Gaz. Hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 1913.
FORTIN. — Thèse de Paris, 1928.
SCHMIEDEN. — *Qentr. F. Chir.*, 1928.
KERSCHNER. — *Qentr. F. Chir.*, 1928.
JEAMENEY. — *J. méd. de Bordeaux*, 1929.
GUIBAL et ORTHEID. — Soc. de Chirurgie (rapporteur Maisonnet), 1930.
HARRY PLATT. — 1931.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Rhumatisme

L'activité rhumatismale chez l'enfant se mesure au mieux par l'emploi de la réaction de sédimentation des globules rouges ; la méthode employée est celle de Westergren ; les chiffres sont ceux des deux premières heures.

Chez les enfants de 8 à 16 ans, après une période de traitement, quand le rhumatisme est guéri ou au moins calmé, la réaction de sédimentation est toujours basse, fréquemment au-dessous de 10-20 ; les résultats 4-10 ou 5-8 sont extrêmement satisfaisants et pas très rares.

Dans les cas de rhumatisme actif les résultats sont élevés, la sédimentation est rapide et l'on peut s'attendre à trouver 40-80. Ces résultats ne présentent pas un grand intérêt clinique, car le rhumatisme manifeste suffisamment son activité ; il faut d'autre part se donner beaucoup de peine pour savoir si le cas 42-80 est beaucoup plus grave que le cas 39-75. Les petites différences peuvent être dues aux variations de température de la chambre, à une légère erreur de dilution. Il y a cependant des différences de gravité indiscutables entre 60-92, 30-60 et 5-13.

Les résultats les plus intéressants sont ceux qui sont compris entre 35-68 et 10-23, bien que les sujets soient en apparence dans une période de non-activité, comme l'indiquent la température normale, le pouls normal et l'absence de tout signe d'activité. Dans ce groupe figurent de nombreux cas, qui ont eu récemment du rhumatisme ou en présentent encore de légers symptômes ; ils réclament soit un traitement soit une surveillance et toujours du repos. Au-dessous de 10-23, c'est au contraire la convalescence définitive, c'est le retour à la vie normale.

La réaction de sédimentation n'est nullement spécifique ; elle permet de suivre la marche du rhumatisme.

(N. Gray Hill. The erythrocyte sedimentation rate in juvenile rheumatism. *British Journal of Children's Diseases*, juillet-septembre 1932.)

Circulation

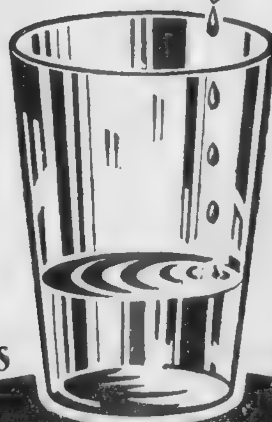
La nature des souffles cardiaques constitue un problème quotidien ; les recherches expérimentales de Teofilo Ortiz Y Ramirez, professeur de clinique médicale à Mexico, ont donné lieu à des constatations importantes :

1° Le déséquilibre vago-sympathique, provoqué par l'ésérine, la pilocarpine, le nitrite d'amyle, l'atropine, ne produit pas de souffles cardiaques.

2° L'adrénaline déchaîne, dans 60 % des cas, à la dose de six centièmes de milligramme par voie intraveineuse, un syndrome sympathicotonique accompagné d'un souffle systolique aortique.

3° Ce souffle systolique aortique peut acquérir tous les caractères propres aux souffles organiques : il occupe la systole en totalité ou en partie ; il est rude, intense et perceptible aux foyers classiques ; quelquefois il se propage aux vaisseaux du cou. Ce souffle adrénalique n'est pas parallèle à la tachycardie ; il peut même coexister avec la bradycardie. Il réapparaît à la suite d'efforts légers, une fois éteinte la poussée sympathicotonique expérimentale.

4° Il est très probable qu'une pathogénie, analogue à celle du souffle adrénalinique, se retrouve dans les souffles physiolo-



giques, inorganiques, émotifs, fébriles, éréthiques, dysendocriniens, puérils, etc.

(Teofilo Ortiz Y Ramirez. Les souffles aortiques expérimentaux et l'hyperadrénalinémie. *Archivos Latino Americanos de Cardiologia y Hematologia*, juillet- août 1932.)

Tuberculose

La tuberculose inflammatoire chronique doit être considérée comme une entité clinique bien différenciée, qui mérite de figurer dans les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. Telle est l'opinion fortement motivée de Raul Faria, de Lisbonne : des sept observations résumées qui figurent dans cette étude, nous extrayons la suivante qui est caractéristique.

O.M.S., 19 ans, célibataire ; fut toujours en bonne santé.

Elle a perdu ses forces depuis un an ; elle a eu des hémoptysies ; elle tousse, crache et a des douleurs dans l'hémithorax.

Le père est mort de tuberculose pulmonaire, comme la mère d'ailleurs.

L'auscultation révèle quelques râles fins au sommet gauche.

Cutiréaction positive. Wassermann négatif.

Radiographie : Infiltration bilatérale, s'étendant sur le tiers supérieur droit et la moitié supérieure gauche

Le processus a une tendance sclérosante, plus à droite qu'à gauche. Processus essentiellement productif-fibreux.

Dans la zone apicale gauche apparaît un processus exsudatif (Docteur Carlos Santos, fils.)

La malade a eu treize analyses d'expectoration négatives ; la recherche, après centrifugation et homogénéisation, l'inoculation au cobaye ont été également négatives en ce qui concerne le bacille de Koch.

Comment classer cette forme ?

On pourrait la considérer comme fibreuse, initiale ou latente, si la radiographie ne révélait pas l'existence de lésions à type exsudatif.

Des classifications cliniques et anatomo-pathologiques de la tuberculose pulmonaire, aucune ne donne satisfaction dans le cas actuel.

Les arguments, présentés par Raul Faria en faveur de la tuberculose inflammatoire, entraînent la conviction et sont susceptibles de déterminer un remaniement de la conception actuelle des formes de la tuberculose pulmonaire.

(Raul Faria. Tuberculose pulmonar inflamatoria. *A medicina Comtemporanea*, 10 juillet 1932.)

Le pneumothorax bilatéral est l'objet d'une étude, d'une grande portée théorique et pratique, faite en collaboration par le professeur agrégé de phtisiologie H. Orrego Puelma et les médecins de l'hôpital San José, G. Corbalan Trumbull et Rene Garcia V., de Santiago-du-Chili.

Trois observations ont été suivies, la première par H. Orrego Puelma dans sa clientèle particulière, les deux autres à l'hôpital San José ; en voici le résumé :

Obs. I. — E. D., 17 ans. Lésion ulcéro-fibreuse cavitaire gauche. Pneumothorax électif maintenu durant dix-huit mois jusqu'à guérison clinique. Apparition d'une lobite supérieure droite ; pneumothorax bilatéral simultané successif au début, pendant un mois, puis alterné par abandon du pneumothorax primitif, eu égard à la guérison clinique obtenue du côté gauche et maintenue près d'un an.

Obs. II. — Corina, 17 ans. Lésion fibro-caséeuse du tiers supérieur du poumon gauche, traitée par le pneumothorax artificiel, avec une amélioration clinique évidente ; après dix mois de collapsus bilatéralisation pneumonique, qui ne cède ni au repos ni à l'aurothérapie. Pneumothorax bilatéral, qui parvient à enrayer l'avance du nouveau processus exsudatif. Six mois après perforation spontanée du côté primitivement collabé, accident sans relation aucune avec les insufflations pleurales. Cette grave complication provoque le décès de la malade au dixième jour de son apparition. L'autopsie révèle la présence d'un petit foyer caseeux cortical ouvert dans la plèvre et provoquant la perforation. Les lésions primitives, de caractère cliniquement exsudatif, sont complètement cicatrisées après seize mois de collapsus.

Obs. III. — Isaias Valdès. Tuberculose exsudative du tiers supérieur du poumon droit. Collapsothérapie durant sept mois avec pneumothorax électif supérieur. Bilatéralisation à la fin de ce temps. Observation durant un mois. Progression des lésions malgré le traitement général et le repos au lit. Pneumothorax électif droit et total gauche avec adhérence pariétale qui empêche l'affaissement de la caverne. Opération de Jacobeus avec succès. Collapsus de la caverne quatre mois après cette intervention, avec une amélioration évidente subjective et objective depuis ce moment. Un an de traitement. Conditions actuelles favorables, permettant de porter un bon pronostic.

Le pneumothorax bilatéral est un procédé thérapeutique susceptible de donner de bons résultats, à condition d'en respecter les indications. La conduite de ce traitement est délicate. La méthode sera réservée aux malades qui offrent des chances de succès. Le pneumothorax double sera abandonné sans délai dans les cas d'aggravation, plus particulièrement à cause de la dyspnée permanente qu'il détermine.

(H. Orrego Puelma, G. Corbalan Trumbull et Rene Garcia V. Neumotorax bilateral. *Revista medica de Chile*, août 1932.)

Tube digestif

Dans l'entéro-cholécystite, c'est, en général, l'intestin qui a commencé.

Le gros facteur pathogénique est la stase cæcale chronique avec ses fermentations et ses putréfactions.

Les voies de passage peuvent être diverses : lymphatique, péritonéale par l'intermédiaire des adhérences, voie sanguine surtout.

Les germes sont des colibacilles souvent, mais de nombreux auteurs insistent sur la fréquence du staphylocoque et du streptocoque.

Le foie est donc lésé ; la vésicule est atteinte, plus ou moins tôt, plus ou moins fort ; l'atteinte se complique ou non d'une lithiase.

A partir de ce moment on assiste à un échange de mauvais procédés ; l'intestin continue à infecter la vésicule ; la vésicule détermine du spasme intestinal et entretient la colite.

La thérapeutique ne doit pas viser seulement la vésicule ; elle doit avant tout être adaptée aux conditions intestinales.

Dans de nombreux cas, le diagnostic de la participation vésiculaire est difficile et pourtant ce diagnostic est indispensable pour renforcer la thérapeutique intestinale par une thérapeutique vésiculaire. Il ne faut pas oublier que les signes observés sont autant de causes d'erreurs de diagnostic ; on prend fréquemment pour des symptômes de cholécystite des phénomènes qui n'en sont pas.

Les diagnostics complexes seront faits en se basant sur l'évolution, l'examen radiographique, le tubage duodénal.

(V. Jourdain. Rôle de l'intestin dans les affections vésiculaires. Leur retentissement sur le foie. *Scalpel*, 27 août 1932.)

Paludisme

Les syndromes toxiques d'origine paludique simulent fréquemment les syndromes toxiques d'origine tuberculeuse ; parmi quelques observations, recueillies à l'Hôpital militaire de Madrid par Valdès Lambea et le médecin capitaine Castro Hernando, nous en reproduisons une, que nous considérons comme un exemple d'une erreur de diagnostic relativement fréquente.

Un soldat de 20 ans entre dans le service avec le diagnostic de tuberculose. Il a des bronchites fréquentes qui ne l'obligent pas à garder la chambre et il a mené la vie courante jusqu'à l'année dernière, où il a une affection fébrile grave, sur laquelle on ne possède aucun détail et qui est guérie, du moins en apparence. Il a eu à diverses reprises du sang dans ses crachats. Il a depuis plus d'un mois des troubles digestifs : mauvais goût dans la bouche, inappétence, langue sale ; asthénie, céphalées, tendances à la syncope. Tousse et crache, mais assez peu. Sujet amaigri, pâle, tachycardique et hypotendu. A l'auscultation, râles ronflants et sibilants généralisés. Insuffisance nasale. Radiographie claire. Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. Vélocité de sédimentation : 80 millimètres. Lymphocytose légère ; fébricule ; la température n'atteint pas 38. Certains jours état apyrétique. Toutes les réactions agglutinantes donnent un résultat négatif. On recherche à plusieurs reprises l'hématozoaire sans le rencontrer. Cependant on diagnostique un paludisme probable et on institue un traitement énergique avec la quinine et le néosalvarsan. Amélioration immédiate ; disparition de la fébricule ; appétit, reprise du poids. La vélocité de la sédimentation tombe à 10 millimètres. Au bout d'un mois de traitement elle est seulement de 7 millimètres. L'aspect du malade est magnifique. Il sort de l'hôpital.

Le paludisme, à la période active, donne parfois des syndromes pleuro-pulmonaires apparents : épisodes broncho-pneumoniques plus ou moins intenses, bronchite, congestion pulmonaire, œdème pulmonaire. Les choses se compliquent quand le paludisme ne fait pas sa preuve et que certains symptômes font penser à la tuberculose ; quelques paludéens présentent effectivement des signes d'auscultation suspects : modifications du murmure vésiculaire, râles de broncho-alvéolite. Le mauvais aspect du sujet, le complexe toxique général simulent un processus tuberculeux.

(Valdès Lambea et Castro Hernando. Sindromes toxicos de origen paludico. Puntos de vista diagnosticos especialmente en relacion con los procesos fimicos. *Medicina Ibera*, 24 septembre 1932.)

Oto-rhino-laryngologie

La conception des otites a été rénovée par les travaux récents de Bezold, de Munich et de Siebenmann, de Bâle ; dans une étude, remarquable par sa clarté et sa précision, E. Thévoz, de Lausanne, expose leurs idées et montre le grand intérêt pratique des conclusions qu'on en peut tirer ; il est important en particulier de connaître les dangers des otites chroniques.

L'*otite catarrhale* n'est pas une otite, puisqu'elle ne comporte, au niveau de l'oreille moyenne, aucun phénomène inflammatoire quelconque ; elle doit prendre le nom d'*obstruction tubaire*, car elle est due à l'obstruction de la trompe d'Eustache. Loin d'être une affection anodine, elle doit être contrôlée et soignée avec exactitude, car elle est susceptible d'aboutir à cette complication grave qu'est le cholestéatome.

La classification des *otites aiguës* est un sujet très discuté ; il faut en finir avec les otites primaires, affectant des sujets sains, et les otites secondaires aux maladies infectieuses ou dyscrasiques ; en réalité l'otite primaire n'est en fait qu'une otite secondaire, puisqu'elle succède presque toujours à une infection plus ou moins légère des voies respiratoires supérieures et que la bactériologie ne fait aucune différence entre les deux formes classiques.

Il existe une *otite aiguë simple*, de pronostic bénin quant au tympan et à la fonction auditive ; elle ne fournit pas moins de complications mortelles (0,35 %) que la forme nécrosante. La mastoïdite ou empyème mastoïdien forme presque toujours la première des complications qui sont : l'abcès extra-dural, la thrombophlébite du sinus latéral avec méningite, la méningite purulente sans thrombose, les abcès du cerveau, la septicémie.

La seconde forme d'otite aiguë est l'*otite aiguë nécrosante*, caractérisée par des destructions plus ou moins étendues du tympan, de la muqueuse des cavités de l'oreille moyenne, des osselets ou des parois de la caisse, par les lésions cicatricielles qui en résultent et enfin par la possibilité du passage de l'affection à la chronicité. Elle débute comme la forme simple, continue par la nécrose, se complique sans étape mastoïdienne, évolue favorablement en laissant toutefois des séquelles (perforation tympanique).

L'*otite chronique* est caractérisée non par sa durée, mais par la persistance de la perforation du tympan.

L'*otite chronique simple* est caractérisée par la perforation tympanale proprement dite, le plus souvent centrale, qui conduit dans la partie moyenne ou inférieure de la caisse et n'intéresse ni la membrane de Shrapnell ni le rebord supérieur du cadre tympanal osseux. Bien traitée elle est généralement inoffensive, sans doute à cause de la facilité d'écoulement des produits d'inflammation de la muqueuse.

Il n'en est pas de même de l'*otite chronique cholestéatomeuse*, conditionnée par le siège (épitympanal) ou l'étendue (disparition totale du tympan) de la perforation. L'épiderme pénètre dans l'attique ou dans l'antre, qui sont des cavités presque closes ; les produits de desquamation s'y accumulent sous forme de lamelles, d'un blanc nacré caractéristique, qui représentent un excellent milieu de culture surtout pour les anaérobies. La fonte ostéomyélitique osseuse conduit toujours aux complications graves.

L'*otite tuberculeuse*, relativement fréquente, mais difficile à diagnostiquer, mérite une place à part entre les otites aiguës et les chroniques ; il faut savoir que, chez les enfants et surtout chez les petits, elle peut simuler en tous points l'otite aiguë banale.

Les notions précédentes, qu'elles soient nouvelles ou simplement reclassées, sont la base solide de la thérapeutique moderne, qui tend à se dégager de pratiques purement empiriques ; l'excellente étude de l'auteur suisse donne des directives précises qui ne peuvent manquer d'influer sur les résultats.

(E. Thévoz. A propos des otites, de leurs dangers et de leurs traitements. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 août 1932.)

Radiologie

La dilatation bronchique est fréquente, mais rarement diagnostiquée par suite de sa latence et de sa symptomatologie intermittente et atypique.

Les caractères radiologiques de la dilatation bronchique avec sclérose pleuro-pulmonaire se traduisent par la rétraction thoracique avec déviation de la trachée et du médiastin et par l'existence d'une ombre triangulaire paravertébrale qui reproduit l'image de la pleurésie médiastine postérieure ou par la constatation d'une ombre diffuse qui simule l'aspect radiologique de la pleurésie purulente de la grande cavité.

Dans tous ces cas l'examen radiologique simple est incapable d'établir un diagnostic certain, qui est du ressort de la lipiodo-radiologie. Cette dernière seule permet de reconnaître une bronchectasie sèche ou latente (dilatation-lésion) ou une bronchectasie suppurée (dilatation-maladie) ; elle assure le moyen d'éliminer les autres suppurations pulmonaires chroniques (abcès pulmonaire, gangrène pulmonaire, pleurésie purulente médiastine ouverte dans les bronches, pleurésie purulente de la grande cavité avec vomique nummulaire, etc.) Dans quelques cas le lipiodol paraît capable d'exercer en outre une heureuse influence thérapeutique.

D'après la conception classique la bronchectasie est la conséquence de la sclérose rétractile produite par les bronchopneumonies prolongées et les bronchites à répétition. La constatation radiologique fréquente de dilatations bronchiques latentes, sans histoire clinique antérieure, engage les auteurs modernes à considérer que la bronchectasie est ordinairement la lésion primitive (dilatation-lésion) et que les réactions inflammatoires chroniques, qui peuvent s'observer du côté de l'arbre bronchique, du parenchyme pulmonaire et de la séreuse pleurale, lui sont secondaires et acquièrent la valeur de véritables complications (dilatation-maladie). Sans nier qu'une pneumopathie chronique soit capable de produire une bronchectasie par sclérose rétractile, on doit admettre que, dans la majorité des cas, la dilatation bronchique préexiste et engendre la sclérose pleuro-pulmonaire.

(Raul F. Vaccarezza, de Buenos-Ayres. Aspectos radiologicos de la dilatacion bronquial con esclerosis pleuro-pulmonar. *Prensa Medica Argentina*, 10 mars 1932).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1933

Les statistiques et les maisons à cancer. — MM. *Auguste Lumière* et *Paul Vigne*. — Dans la séance de l'Académie du 22 novembre 1932, ces auteurs ont démontré, par des statistiques rigoureuses que les maisons à cancer n'existent pas.

Dans la séance du 7 février dernier M. Chaton a critiqué le système des statistiques en médecine, ne voulant faire état que des idées nées de telle observation particulière.

MM. Auguste Lumière et Paul Vigne démontrent dans leur nouvelle note qu'en médecine des statistiques rigoureusement établies sont indispensables pour aboutir à des conclusions aussi proches de la vérité que possible, qu'elles servent de base à l'évolution des doctrines médicales et aux progrès thérapeutiques solidement assis. C'est en rassemblant les faits dans toutes les conditions où ils se révèlent qu'on peut conclure en les rapprochant et en les groupant aux causes qui en sont l'origine.

De là la légitimité de la statistique en médecine dont les problèmes soulevés sont souvent très complexes.

On peut critiquer la façon dont certaines statistiques sont établies, mais le principe de la statistique ne peut être ébranlé.

Sur la vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G. administré par voie buccale chez les adolescents et les adultes non allergiques. — *M. Calmette*.

Etude anatomo-chimique des complications de la ponction du sinus maxillaire. — *M. Sebileau*.

A propos de la propagande scolaire en faveur du vin. — *M. Wetzel*.

Le Darmous (fluorose spontanée des zones phosphatées) pathogénie, prophylaxie.

Election de deux correspondants étrangers dans la IVe division. Sciences biologiques.

Classement des Candidats : En première ligne : MM. Belou et Demoor.

En deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Forssell, Hill, Hopkins, Houssay.

MM. Belou (de Buenos-Aires) et Demoor (de Bruxelles) sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mars 1933

Essai de traitement de la paralysie générale par le vaccin antirabique. — *MM. L. Cruveilhier, A. Sézary* et *A. Barbé*, se basant sur ce fait que le vaccin antirabique provoque des modifications histologiques du cerveau, ont étudié l'action de ce vaccin sur la paralysie générale. Leurs résultats ont été complètement négatifs. Ils s'opposent aux conclusions optimistes publiées par Tommasi, que les auteurs expliquent par l'association faite par ce syphiligraphe d'injections de stovarsol sodique à la vaccinothérapie. Dans deux de leurs cas, en effet, le traitement par le stovarsol, fait après échec du vaccin, a donné un résultat favorable dans le délai habituel, c'est-à-dire après la seizième injection de la première série d'arsenic.

Diabète insipide et neuro-syphilis diffuse. — *MM. Sézary, Horowitz* et *Gallot* ont suivi un syphilitique atteint d'un syndrome nerveux complexe qui s'est compliqué de diabète insipide. Le syndrome nerveux consistait en un tabes avec poussées d'ataxie aiguë, troubles psychiques analogues à ceux de la paralysie générale et en une légère amyotrophie diffuse. Les séro-réactions et les anomalies du liquide céphalo-rachidien prouvaient la nature syphilitique de ces troubles nerveux. Le diabète insipide s'est installé en quelques jours après le début des signes nerveux. Il a été influencé d'une façon relative, mais nette, dans la même mesure que les troubles neuro-psychiques, par les injections de stovarsol sodique. Il constitue un nouveau cas de diabète insipide de nature syphilitique, dont la pathogénie s'éclaire par la coïncidence des troubles nerveux.

M. Schulmann a observé l'apparition brutale d'une polyurie considérable survenue chez une syphilitique en traitement. La cure arséno-mercurielle n'eut aucune influence sur la polyurie. Quelques mois plus tard, on découvrit à l'autopsie une hypophyse énorme bourrée de gommes syphilitiques.

Cinquante cas de dilatations des bronches traités par la méthode bronchoscopique. — *M. A. Soulas* range les résultats obtenus en trois catégories :

1° *Améliorations* passables ou considérables mais passagères et qui exigent la persistance d'un long traitement bronchoscopique (52 %).

2° *Guérison sociale*, quand le malade, débarrassé des poussées thermiques et presque complètement des troubles fonctionnels peut exercer sa profession et reprendre une vie normale (28 %),

3° *Guérison complète, anatomique*, définitive, qui survient surtout dans les dilatations récentes, peu étendues et plutôt du type fusiforme (14 %).

4° *Echecs* ou améliorations sensiblement nulles et trop passagères (6 %).

Grâce à la désobstruction des bronches, à l'extraction rapide des corps étrangers ; à la « vidange des bas-fonds », au « lavage bronchique » ; au « barbotage, au brassage » des sécrétions, à la pratique des pansements bronchiques, à l'injection *in situ* de substances modificatrices, la bronchoscopothérapie tend à supprimer le « vase clos septique », à « recalibrer » la bronche et à la reconstituer dans son état normal. Cette méthode mérite d'être retenue non seulement parce qu'elle est un moyen simple curateur ou palliatif pour les ectasies constituées mais surtout en ce qu'elle est une « arme prophylactique » de premier plan contre les dilatations bronchiques qui surviennent chez l'enfant ou chez l'adulte après abcès du poumon, pneumonie ou broncho-pneumonie.

M. Kindberg a remarqué aussi que les améliorations très nettes ou les guérisons se voient surtout dans les dilatations bronchiques récemment constituées, et lorsque le traitement intervient au décours même des pneumopathies aiguës qu'elles viennent compliquer.

M. Rist pense que les résultats obtenus par M. Soulas sont plutôt sous estimés par l'auteur. Mais il met en parallèles d'autres méthodes thérapeutiques dont on peut attendre aussi de beaux résultats : pneumothorax artificiel qui permet d'obtenir des guérisons dans 33 % des cas, même anciens ; thoracoplastie ; volet thoracique permettant de cautériser le poumon malade ; lobectomie enfin dont la mortalité diminue considérablement depuis l'amélioration de la technique opératoire et qui tombe à 20 % dans les mains des chirurgiens exercés.

M. Soulas préfère le traitement bronchoscopique au traitement chirurgical qui présente à l'heure actuelle encore de grosses difficultés.

Main en palette : ectrodactylie avec syndactylie. — *MM. Pierre Bourgeois, Feil* et *Loireau* présentent une curieuse déformation de la main, diminuée dans tous ses diamètres avec syndactylie totale et disparition des métacarpiens, des phalanges et des phalangines des troisième et quatrième doigts, créant une dépression au milieu de la main.

Toutes les phalangettes persistent et sont en partie soudées les unes aux autres.

Parallèlement, la palette ainsi formée se termine à sa partie distale par quatre ongles en partie coalescents.

Cette curieuse déformation de la main droite s'associe à un début de maladie de Dupuytren de la main gauche.

On ne peut évoquer ici dans l'étiologie, ni un traumatisme, ni une tentative d'avortement, ni une bride amniotique, ni la syphilis héréditaire.

Coma diabétique sans réaction de Gehrardt. — *MM. Marcel Labbé* et *Raoul Boulin*, à l'occasion d'un cas de coma diabétique avec insuffisance rénale où la reaction de Gehrardt fit défaut à la phase initiale, pour apparaître après la mise en œuvre du traitement insulinique, rappellent les observations de cet ordre, antérieurement publiées par des auteurs étrangers, mais que l'absence de documents biologiques suffisants empêchaient d'être probantes ; ils estiment que cette forme mérite d'être individualisée et que son existence indiscutable limite la valeur de la réaction de Gehrardt, dont le caractère négatif, au cours d'un état comateux qui, cliniquement évoque l'hypothèse de coma diabétique, ne doit pas faire rejeter *a priori* ce diagnostic, mais impose la mesure de la réserve alcaline.

MM. Rathery et *Ch. Bernard* ont observé des cas de coma diabétique dans lesquels ils ont noté une dissociation évidente entre le taux dans l'urine de l'acétone et de l'acide diacétique qui peuvent faire défaut d'une part, et le taux de l'acide β-oxybutyrique qui est toujours présent d'autre part.

M. Paraf rapporte une observation qui reproduit exactement le tableau souligné par MM. Labbé et Boulin. Malgré une réaction de Legall négative, le diagnostic de coma diabétique fut affirmé sur la baisse de la réserve alcaline et le malade guérit par le traitement insulinique.

Deux cas de perforation intestinale typhique opérés et guéris. — *MM. Soupault, Loisel* et *Mérigot* apportent deux nouveaux cas de perforations typhiques guéris par l'opération. Ils insistent à nouveau sur la valeur des deux signes qui permettent de poser le diagnostic : douleur et contracture, aussi minime soient-elles. Ils rappellent combien est essentielle la précocité de l'intervention. Ils précisent enfin la technique opératoire, qu'ils ont adoptée.

M. Lenoir verse au débat deux cas non publiés de guérison après intervention chirurgicale.

M. Chabrol persiste à penser que les cas de guérison de perforations typhiques demeurent l'exception. Il a observé en 1908, dans le service de typhiques de Chantemesse trente cas de perforation intestinale au cours de l'évolution de la fièvre typhoïde. Le diagnostic était aisément posé trois ou quatre heures après l'apparition des premiers signes d'alarme, et les malades opérés aussitôt. Ces trente cas se sont tous terminés par la mort.

M. Chabrol ne doute pas que depuis l'époque éloignée à laquelle il fait allusion, la chirurgie n'ait fait de réels progrès, mais il met en garde contre les « fausses perforations typhiques » opérées et guéries.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 février 1933

Rhumatisme noueux ayant succédé à une maladie de Bouillaud. — *M. Sédillot* présente une malade de 43 ans ayant un rhumatisme noueux typique avec déformation des doigts en fuseau (accompagné de goutte chronique, de tophus extra-articulaires) déjà considérablement amélioré par deux années de cure de désintoxication arthritique. Tout l'intérêt de ce cas réside dans ce fait que le rhumatisme noueux s'est installé en 1929, sans intervalle libre, à la suite d'un rhumatisme aigu hautement fébrile qui, à l'époque, fut considéré par tous les médecins traitants comme une maladie de Bouillaud et traité par des hautes doses de salycilate. Ce cas rarissime de rhumatisme noueux à début aigu fébrile pose à lui seul, à nouveau, le problème de la nature diathésique (goutteuse) non infectieuse de la maladie de Bouillaud.

Hémocrinothérapie. — *M. Filderman* présente un malade au septième jour de la cure d'un anthrax par l'hémocrinothérapie. La température étant tombee après la première injection, l'état général s'était amélioré, les douleurs ont disparu, il a repris son travail, après deux injections, au quatrième jour.

Résultats éloignés d'ostéosynthèse par vissage pour fracture de l'olécrane et pour fracture itérative de la rotule. — *M. Montant* présente une fracture ancienne de l'olécrane avec fragment supérieur luxé en arrière et formant une butée insurmontable, ayant abouti à une semi-ankilose. Après des fragments suivant le procédé du Dupuy de Frenelle, le résultat fonctionnel fut considérablement amélioré.

Il présente également une fracture itérative de la rotule après cerclage au fil de bronze ; les deux fragments rotuliens furent vissés suivant le même procédé par une vis de Lambotte. Résultat fonctionnel excellent. L'auteur expose les raisons qui lui font préférer dans certains cas le vissage au cerclage classique.

Action de l'hydrothérapie sur les réflexes neurovégétatifs et la pression artérielle. Etude oscillographique. — *MM. A. Debidour* (du Mont-Dore) *et R. Dubois de Saujon.* L'étude oscillographique des réflexes végétatifs et de la pression artérielle démontre l'action puissante de l'hydrothérapie sur le système sympathique et sur le milieu humoral et permet d'un préciser les indications et les modalités.

Elle fait ressortir l'action synergique des procédés caloriques associés à l'hydrothérapie pour provoquer les réactions vasomotrices utiles et réaliser ainsi une véritable gymnastique rééducative du cœur périphérique de retour. Elle montre enfin le rôle considérable de la *thermalité* dans l'action des cures hydrominérales et hydrothérapiques.

Traitement pré et pos-opératoire des opérés digestifs. Traitement préventifs des complications post opératoires et de l'ulcère peptique en particulier. — *MM. Victor-Pauchet et A. Hirchberg* donnent un certain nombre de conseils a propos des opérés de l'estomac : il est très important que la bouche anastomotique soit bien faite de façon à effectuer un bon drainage de l'estomac. L'alimentation, surtout au debut, se fera par de petits repas fractionnés, peu copieux, mais plus nombreux. Se garder des ingestions trop abondantes de liquides. Il faut supprimer les foyers bucci-pharyngo dentaires par la vaccination. La vaccination intestinale, également par voie buccale, sera continuée longtemps. Employer l'opothérapie digestive pour parer aux insufisances. A traiter la constipation d'une façon variable suivant chaque cas particulier.

A propos des jardins d'enfants. — *M. Roederer* pense qu'en dépit des apparences, le principe des jardins d'enfants s'est énormément développé en France, a pénétré l'École maternelle et l'éducation des premiers âges. Le scoutisme n'en est d'ailleurs qu un aspect. Mais la methode s'est harmonisée avec le tempérament national moins anarchaïque que les principes de Jean-Jacques Rousseau appliqués dans quelques écoles de l'Etranger, moins doctrinaires que dans la méthode frébélienne pure. Il réclame une place pour l'éducation physique des tout petits qui, généralement est tout à fait négligée.

Troubles psycho-nerveux et opothérapie. — *M. Léopold-Lévi* rapporte des cas de cyclothymie, l'un d'interprétation discutable, l'autre amélioré par l'ovaire, le troisième guéri par la thyroïde. Il montre l'influence du traitement opothérapique contre l'anorexie mentale, les troubles du caractère, les asthénies par insuffisance endocriniennes, les troubles du sommeil et la narcolepsie. Le champ de l'opothérapie étant immense contre les troubles psycho-nerveux, il faut bien en fixer les limites.

LUQUET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Assemblée générale du 20 janvier 1933

Le Bureau de la Société est ainsi composé pour 1933 :

Président, M. LAURENCE ; vice-président, M. HAUTEFORT ; secretaire général, M. BUIZARD ; secrétaire général adjoint, M. MASSART ; secrétaire des seances, MM. EHRENPREIS et WEBER ; tresorier, M. BURTY ; trésorier adjoint, M. GASNE ; archiviste, M. DUFOURMENTEL.

Prix de la Société. — 1° *Le prix de chirurgie générale* (prix Dartigues) est decerné à M. le Docteur Georges VIDAL NAQUET (de Paris), pour son travail intitulé : » Les arthrodèses par enchevillement transarticulaire ».

2° *Le prix de chirurgie gastro-intestinal* (prix Victor-Pauchet) est décerné à M. Christian DE GINESTET (de Paris), pour son travail intitulé : « Technique de la gastro-suspension par le procédé de Lambret ».

3° *Le prix de chirurgie gynécologique* (prix Paul Delbet) est décerné à M. le Docteur Robert MARIE (de Paris), pour son travail intitulé: « Kystes pelviens consécutif à l'hystérectomie ».

4° *Le prix de chirurgie urinaire* (prix Cathelin est décerné à M. E.-J. SOBIESKI (de Paris), pour son travail intitulé : « Contribution à l'étude de la valeur néphro-pyélographique intraveineuse pour les explorations urologiques.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Deux nouvelles méthodes thérapeutiques de l'angine de poitrine : 1° les injections intraveineuses, 2° les injections sous cutanées d'acide carbonique. (A. DE COSTER. Thèse, Paris, 1932.)

Après avoir passé en revue les différentes théories pathogéniques proposées pour l'angine de poitrine, l'auteur limite son travail aux angors cardio-artériels.

Ceux-ci sont tantôt dus à une coronarite, oblitération des artères coronaires, tantôt à une aortite ; tantôt enfin à une insuffisance ventriculaire gauche succédant à des aortites, à des néphrites chroniques, à l'hypertension.

C'est à cette variété d'angine de poitrine que s'adresse la nouvelle thérapeutique préconisée par M. Lian.

Avant remarqué l'action heureuse de l'iode administrée par voie buccale dans les crises angineuses, M. Lian utilisa d'abord les injections d'iodaseptine, puis d'iodaseptine renforcée par l'iodure de sodium.

Cette iodaseptine iodurée, ou cortiode, contient par ampoules de 5 c. c., 0 gr. 250 d'iodaseptine et 0 gr. 221 d iodure de sodium. Chaque ampoule est ainsi dosée à 6 centigr. d'iode par centimètre cube soit 30 centigr. ipar injection. Le Docteur Lian fait trois fois par semaine une njection intraveineuse d'une ou deux ampoules.

Lse résultats furent excellents : sur 17 cas, on a constaté une grande amélioration dans 6 cas, une moyenne amélioration dans 9 cas, pas d'amélioration dans 2 cas.

Chez ces malades, on injecta 5 c. c. de cortiode, trois fois par semaine. La fréquence des injections peut être augmentée ainsi que la dose puisqu'on a pu injecter 10 c. c. sans inconvénient et sans signe d'intolérance.

A cette thérapeutique, le Docteur Lian ajoute les injections sous-cutanées d'acide carbonique. Il commence par injecter des doses faibles pour augmenter progressivement. On fait une vingtaine d'injections sous-cutanées quotidiennes. Chez les premiers malades, on injecta de 50 à 250 c. c. pour arriver aux derniers traités à des injections massives d'un demi-litre et même d'un litre.

Le malade éprouve un sentiment de soulagement et de bien-être. L'examen de l'équilibre acido-basique du sang ne décèle aucune modification.

Les injections de cortiode ainsi que les injections de gaz carbonique agiraient comme vaso-dilatatrices. La rapidité d'action des injections de cortiode ne permet pas de songer à une action trophique sur les parois artérielles : dès lors, on doit penser à une action vaso-dilatatrice. Toutefois, l'action trophique intervient probablement à la longue.

Le cortiode qui s'était déjà montré dans les troubles cardio-vasculaires et les hypertendus d'une particulière activité, constitue le traitement de choix des angines de poitrine d'origine cardio-artérielle.

Il parait que du temps d'Esope la langue était à la fois la meilleure et la pire des choses ; je crois bien qu'à l'heure actuelle on pourrait en dire autant des concours. De tout temps, ils ont eu leurs détracteurs et leurs thuriféraires, mais il est indéniable qu'à la suite des derniers incidents, pour ne pas dire plus, qui ont agrémenté le concours de l'internat des hôpitaux de Paris, les thuriféraires n'en mènent pas large, alors que les détracteurs ont la partie certainement plus belle qu'ils n'eussent osé la souhaiter. — (J. VERGELY. Concours. *J. de Méd. de Bordeaux*, 20 janvier 1933.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La Psychothérapie par la diction et l'écriture

La diction et l'écriture constituent, dit Pierre Ménard, deux moyens psychothérapiques extraordinairement puissants. L'auteur résume ainsi sa technique, dans la *Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée* (janvier 1933).

Lire à haute voix, devant un miroir, en articulant bien et en donnant à la phrase toute l'expression requise une pensée déterminée ayant une action particulièrement psychothérapique, par exemple : « Il faut en tout et partout vivre paisiblement. Nous arrive-t-il de la peine, ou intérieure ou extérieure, il la faut recevoir paisiblement. Nous arrive-t-il de la joie, il la faut recevoir paisiblement, sans pour cela tressaillir. Faut-il fuir le mal, il faut que ce soit paisiblement, sans nous troubler. Faut-il faire le bien, il faut le faire paisiblement ». Copier tous les jours, de préférence le matin, cette même phrase dans un cahier non rayé, en notant le jour et l'heure, et cela pendant une huitaine ou une quinzaine de jours. La phrase sera ensuite changée. Le choix de la pensée variera naturellement selon chaque cas individuel. Une phrase particulièrement utile est la suivante : « Ce n'est point parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas ; c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles » (SÉNÈQUE).

Citons encore cette autre pensée de SÉNÈQUE : « Gardez-vous d'aggraver vous-même vos maux et d'empirer votre position par vos plaintes. La douleur est légère, quand l'opinion ne l'exagère point ; et si l'on s'encourage en se disant : « *Ce n'est rien*, ou du moins : *c'est peu de chose ; sachons l'endurer, cela va finir*, on rend la douleur légère à force de la croire telle. »

On peut établir toute une thérapeutique des péchés capitaux par la correction de l'écriture.

Le mérite de l'utilisation de l'écriture comme moyen de suggestion revient au Docteur BÉRILLON, qui fit en novembre 1908 une remarquable communication à la Société de médecine de Paris sur la psychothérapie graphique. Il fait remarquer que le nombre des auditifs est de beaucoup inférieur à celui des visuels. Les images visuelles, dit-il, laissent toujours dans notre cerveau des impressions plus persistantes et plus précises que les images auditives. « Il n'y a donc rien, de plus logique que de recourir à l'écriture lorsqu'on veut faire pénétrer dans un esprit une idée qui, par sa valeur morale, par sa persistance, par son utilité pratique, doit l'emporter sur toutes les autres ».

Ce qu'on entend par lobite tuberculeuse

On entend sous le nom de lobite tuberculeuse, disent MM. A. Dufourt, Badinand et Bouquin (*L'Hôpital*, février 1933), un processus ulcéro-fibreux dû au bacille de Koch, frappant un lobe dans sa totalité, électivement le lobe supérieur droit. Ce qui caractérise en effet cette lésion, c'est tout d'abord sa localisation : envahissement complet d'un lobe avec limite scissurale très nette. Mais de plus, il semble que l'on puisse en faire une forme anatomo-clinique réelle, due à l'association d'un processus ulcéreux et fibreux, ce dernier existant dès le début, dominant toujours l'évolution, conférant à la lobite un pronostic relativement favorable. Une telle définition permet d'éliminer les lésions nodulaires, prédominantes dans un lobe, les foyers pneumoniques tuberculeux curables, de même que les cas de primo-infection pouvant revêtir ce type lobaire où l'évolution favorable, le nettoyage radiologique en général complet sont autant de facteurs qui ne permettent pas de rattacher ces primo-infections à la lobite.

Carphologie pubienne

M. MOUCHET (de Stamboul) apporte (*S. des ch. de Paris*, 4 novembre 1932) une observation où la présence de ce signe, après une plaie du crâne, a permis de porter un pronostic fatal.

Accroissement de la fréquence du diabète

Depuis la seconde moitié du XIXe siècle, on a signalé un accroissement considérable de la fréquence du diabète. En se basant sur les statistiques de la ville de New-York, dit J. de la Barre, on constate que la mortalité par cette maladie est passée d'un cas sur 2.437 morts d'affections diverses en 1866, à un décès sur 51 morts en 1923. Si d'autre part on envisage les chiffres de mortalité pour l'ensemble des Etats-Unis, on note que la mort par diabète représentait 0,14 % de l'ensemble des décès en 1880, alors que cette proportion s'est élevée à 1,40 % en 1921. Aussi n'est-il pas étonnant que cette maladie occupe actuellement dans cette contrée la douzième place dans la liste des affections chroniques ou aiguës déterminant la mort. Cette augmentation croissante de la mortalité par diabète est d'autant plus impressionnante qu'elle coïncide avec une diminution progressive de la mortalité générale qui calculée sur 100.000 habitants, est passée de 33,86 pendant le siècle dernier à 11,72 en 1923. Cet accroissement est aussi marqué dans d'autres pays. En France, la mortalité par diabète a sextuplé de 1865 à 1891 et au Danemark elle a quadruplé dans ces trente-cinq dernières années. (Jean DE LA BARRE. Diabète et insulinémie. Un vol., 1933, Masson, édit.)

Le diabète traumatique

Il faut admettre au point de vue médico-légal, l'existence d'un diabète traumatique, dit M. Rathery (*Leçon clinique. La Science Médicale Pratique*, 1er févr. 1933). On s'entourera de toutes les garanties pour éviter une fraude possible. On saura qu'il peut exister un intervalle libre dont la limite raisonnable peut être fixée à deux ou trois mois et qu'il est plus difficile d'admettre la nature traumatique du diabète lorsque cet intervalle atteint une ou plusieurs années. Le siège du traumatisme peut être quelconque. La gravité du trauma n'est pas nécessairement en cause. L'évolution peut être aiguë ou chronique. Le traumatisme peut intervenir parfois seulement comme facteur d'aggravation, il transforme un état pré-diabétique en diabète vrai, il peut faire évoluer un diabète simple vers le diabète consomptif, ou il provoque une complication autour d'un diabète antérieurement connu.

Le problème de la fièvre ganglionnaire ; sa forme familiale.

La fièvre ganglionnaire, décrite par Pfeiffer en 1899, atteint avec prédilection les enfants. Il s'agit, disent MM. G. Blechmann

J. Toupet et R. Kohn (*S. de Méd. de Paris*, 13 janv. 1933) d'une maladie fébrile, aiguë, caractérisée par une gorge rouge et un gonflement plus ou moins considérable des ganglions cervicaux. Sa durée est parfois courte, souvent fort longue, pouvant atteindre plusieurs semaines. Elle peut se compliquer au début d'un torticolis très marqué, et pendant son évolution, de néphrite et même de suppuration (6 à 8 pour 100 des cas).

Les auteurs décrivent une forme familiale qui atteint, après une incubation d'une dizaine de jours, plusieurs enfants d'une même famille, et même des adultes. D'après les auteurs anglo-américains et M. P. Chevallier, il s'agit d'une maladie épidémique spécifique avec une formule sanguine où prédomine la mononucléose. Cette interprétation peut être exacte, bien que les cas relatés par nous, disent les auteurs, aient montré de la polynucléose ; ceux-ci ont été frappés des nombreux caractères d'analogie que cette maladie présente avec la scarlatine.

MM. G. Blechmann et André Bohn, signalent (*S. de M. de Paris*, 13 janv. 1933) l'action particulièrement favorable du vaccin de Bruschettini dans un cas de fièvre ganglionnaire chez un enfant de vingt mois. Le traitement de cette maladie est parfois décevant. Il faut, dans certains cas, recourir à l'emploi du propidon, habituellement mieux toléré par les jeunes enfants que par les adolescents et les adultes.

Accidents bismuthiques

Parmi les accidents dus au bismuth, MM. Cl. Simon et Bralez (*S. de derm. et de syph.*, 12 janv. 1933) signalent comme accident possible une *vagino-cervicite ulcéro-membraneuse* qu'ils ont observée chez une femme, au cours du traitement bismuthique, en même temps qu'une stomatite ulcéro-membraneuse.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — La déclaration obligatoire de la tuberculose, dit M. Auguste Lumière (*Revue Générale des Sciences*, 15 février 1933) est une mesure parfaitement inutile, incontestablement cruelle et pratiquement irréalisable.

Aussi considérerions-nous comme un crime de lèse-humanité que de ne pas pousser un cri d'alarme en cette circonstance. Il convient de remarquer que si une semblable mesure venait à être décrétée, son effet serait absolument nul, parce que le Corps médical des praticiens qui, par expérience journalière et par la fréquentation constante des familles de tuberculeux, connait parfaitement le problème a, d'avance, par la voix de la *Confédération des Syndicats médicaux de France*, pris la délibération suivante depuis le mois de décembre 1927 :

« L'Assemblée générale de la Fédération des Syndicats médicaux français, décide de se refuser à la déclaration obligatoire de la tuberculose par le médecin traitant, dans quelque cas que ce soit. »

Il ne semble pas que l'opinion du médecin praticien ait varié depuis cette époque et, par conséquent les décisions qui pourraient être prises en faveur de la déclaration obligatoire seraient pour la seule raison précédente, d'une absolue inutilité.

Il n'en subsisterait que de nouveaux prétextes à prébendes et de nouveaux gaspillages budgétaires ».

La fin d'Alfred Jarry. — *Alfred Jarry, né à Laval, dans la Mayenne, le 8 septembre 1873, mourut à Paris, à l'hôpital de la Charité, le 1er novembre 1907, jeune encore — il avait trente-quatre ans. Le Docteur Stéphen Chauvet — qui était alors externe à la Charité dans le service du Professeur Roger et qui fut appelé à l'examiner, raconte, dans le* MERCURE DE FRANCE (15 février 1933), *comment finit l'auteur d'*UBU-ROI :

Comme je terminais cet examen, le Professeur H. Roger entra, et la visite commença par la rangée de droite de la salle. Arrivé au bout de cette rangée, tout le « service » fit demi-tour, pour suivre «la visite» des malades de la rangée de gauche, depuis celui qui était alité au fond de la salle, jusqu'au dernier, qui occupait le premier lit, en entrant, à gauche. Sur ce chemin de retour, après avoir mis notre excellent et éminent « patron » au courant, de l'état de santé des malades entrés et examinés précédemment, et après lui avoir présenté « l'entrant » du lit no 21, nous nous groupâmes autour du lit no 28. Je lui exposai alors, que « ce malade » avait été amené la veille, dans l'après-midi, et accepté par l'interne de garde, comme « urgence » ; on avait appris que des amis, ne l'ayant pas vu depuis deux jours, s'étaient rendus chez lui, et l'avaient trouvé dans sa chambre dans un état lamentable, et ne s'étant pas alimenté pendant cette réclusion ; on savait, enfin, qu'il était fortement éthylique. Puis je décrivis ce que l'examen m'avait permis de constater. L'interne ajouta quelques mots pour confirmer mes dires, et exposer au « patron » qu'il s'agissait d'un homme anémié par la misère et le manque de nourriture, et qui, par suite de récents excès alcooliques, greffés sur l'état d'éthylisme chronique, avait été pris de névrite des deux jambes et de confusion mentale toxiques. J'avoue que c'était là, aussi le diagnostic qui me paraissait s'imposer, encore que je fusse gêné et par ce fait qu'il n'était guère délirant, et par l'indolence apparente de sa névrite, et par la tendance au signe de Babinski, et enfin, par sa légère dyspnée et la présence de la petite lésion pulmonaire ; mais, après tout, peut-être avait-il souffert et ne pouvions-nous le savoir par suite de son état mental. Or, à ce moment, un homme, qui venait d'entrer dans la salle s'approcha du « patron » et, avec enthousiasme et conviction, lui dit, en substance :

« Mon cher Maître, permettez-moi de me présenter : le Docteur S... Le malade que vous venez d'examiner est un grand écrivain dont vous connaissez, certainement l'œuvre remarquable. C'est Alfred Jarry, l'auteur d'*Ubu-roi*. Je suis son ami et son admirateur. Au surplus ce n'est pas au Maître qui a écrit et fait jouer cette pièce puissante : l'*Enquête*, que j'ai besoin de présenter un collègue ! ! ! »

Et, comme le patron le regardait un peu étonné, semblant se demander si Jarry était aussi médecin, le Docteur S... ajouta : « Confrère en littérature. »

Mais le moment était défavorable (le Docteur S... ne pouvait pas s'en douter) de venir parler au « patron » de l'*Enquête*, du théâtre, de confrères ès littérature, etc... car, tout d'abord, ledit patron, dans le fond très modeste, n'aimait guère (on ne sait trop pourquoi, étant donnée l'excellence de sa pièce) qu'on lui parlât, dans le service, de ses succès au théâtre. De plus, à ce moment-là, il était encore en état de dédoublement ! car, pendant qu'il avait écouté « l'observation » du no 28, il était évident, d'après sa figure, qu'il pensait encore à la réprimande qu'il avait été obligé de faire, quelques instants plus tôt, à l'un de ses élèves. Et, enfin, il nous le dit le lendemain, il n'avait pas lu ni vu jouer *Ubu-roi* ! Aussi après un évasif : « Ah ! oui ! », passa-t-il, de l'air las et comme dolent que nous lui connaissions, au lit suivant. Et, pendant ce temps, alors que cet excellent Docteur S... devait penser que tout le monde connaissait les œuvres de Jarry, roupiots, stagiaires, externes, s'étant rapprochés de l'interne (Demange), lui demandaient : « qu'est-ce que c'est qu'Alfred Jarry ? » ; cependant que l'interpellé, obligé de suivre le patron, leur répondait : « Mais laissez-moi tranquille ! Tout à l'heure ! » Et moi-même qui venais d'apprendre qu'il s'agissait d'Alfred Jarry, homme de lettres, j'ignorais, tout autant que les autres, *Ubu-roi*, et je ne le connaissais un peu que parce que, peu de temps auparavant, étant de garde pour mon interne, j'avais eu l'occasion de lire, dans un vieux numéro de la *Revue blanche*, une fantaisie zoologico-macabre de Jarry, sur le « noyé » considéré comme une entité bien déterminée de la faune sous-marine de la Seine ! »

Le Professeur Roger demanda à son externe, le Docteur Chauvet, d'aller faire une enquête au domicile de Jarry, 7, rue Cassette.

Jarry habitait là un logement prélevé par un propriétaire industrieux sur le deuxième étage, sectionné en deux tranches. C'était presque un taudis, très bas de plafond. Jarry avait, auprès de son concierge la réputation d'un original.

« Tenez, me dit-il, en voici encore une. Il y a quelque temps, il a reçu, de sa sœur, m'a-t-il dit, une somme de 3.000 francs. Eh bien ! au lieu de l'employer à se donner du confort — car je vais vous montrer, tout à l'heure, son logement, et vous verrez qu'il en avait besoin — il m'a expliqué que rien ne pourrait lui donner autant de joie que d'avoir des w.-c. tout à fait modernes ; et il a dépensé 1.800 francs à les faire installer ! Et le reste a été vite parti ! »

Le lendemain 2 novembre, en arrivant à l'hôpital, le Docteur Chauvet apprit de la surveillante que Jarry s'était éteint brusquement à 4 heures et demie de l'après-midi. Elle ajouta qu'on avait trouvé sur lui 20 fr. 50 et une espèce de portefeuille contenant des papiers sans valeur.

Le Docteur Chauvet fit l'autopsie.

« ... Je commençai à appliquer, tout autour de l'équateur du crâne, si j'ose dire, la succession de coups de marteau qui, fracturant les os du crâne, morceau par morceau, permet d'enlever, comme une coupe, la calotte cranienne. « Merdre et corne gidouille, murmura à ce moment à mes oreilles un stagiaire qui, depuis la visite du Docteur S. . . ., avait eu la curiosité de lire *Ubu roi*. Le pauvre Père Ubu n'avait pas prévu cela ! ! ! »

....

Or, la dure-mère ayant été incisée, un coup de théâtre se produisit : nous fûmes surpris de constater, en effet, que le pauvre Jarry avait été enlevé par une méningite tuberculeuse, typique, de par ses lésions caractéristiques, mais qui, cliniquement, avait évolué d'une façon quasi torpide, et, de plus, tout à fait anormale ! »

Médecine et Universités italiennes. — *Extrait d'une conférence faite par le Professeur Léon Bernard à l'U. M. F. I. A., intitulée* : CE QUE LA MÉDECINE DOIT A L'ITALIE, *conférence publiée par les* VOIX LATINES *et la* GAZETTE DES HÔPITAUX (18 février 1933) :

... Ce qui caractérise peut-être les médecins italiens, comme la médecine et les Universités italiennes, c'est, d'une part, leur association constante à la vie politique de leur pays : depuis les hommes de la Renaissance jusqu'à Baccelli et tant d'autres aujourd'hui, tous ou presque tous parmi les grands, ont peu ou prou joué un rôle dans l'Etat.

Il en est de même des Universités ; s'il y a de si nombreuses Universités en Italie, cela tient à ce que de multiples villes furent dans le passé des capitales, et naturellement, chaque capitale voulait avoir son Université ; ce fut à la fois source de force et de faiblesse ; de faiblesse, car évidemment des travaux issus de tant de foyers différents ne pouvaient prétendre à la même diffusion que ceux qui émanent d'une, de deux ou de trois Universités d'un même pays ; mais de force aussi, car cette situation impliquait la multiplication des centres de travail, qui est à l'origine, pour une part, de cette magnifique efflorescence de puissants esprits dans les Universités italiennes.

D'autre part, la caractéristique de ces esprits, c'est l'absence de spécialisation rigoureuse : on voit ces grands hommes s'occuper de tout à la fois, médecins, chirurgiens, attachés à des recherches biologiques, zoologiques, en même temps qu'à des études purement cliniques. On ne peut s'empêcher de remarquer chez les médecins, cas particulier du tempérament général de l'élite intellectuelle italienne, une tendance à l'universalité des connaissances.

L'archétype de ce tempérament, revenons-y encore, c'est Léonard de Vinci. — Mais celui-là, nous pouvons, nous Français, le revendiquer un peu : un Roi de France lui ferma les yeux, et notre Louvre s'enorgueillit de posséder le sourire fascinant, plein du charme et du mystère de la vie même, que son génie enfanta.

Je souhaiterais que cette double glorification française et italienne de l'être le plus prodigieux peut-être que l'Italie ait engendré, demeurât comme le symbole de la communion de nos deux pays dans un même idéal de beauté et de spiritualité. Ne nous lassons pas de répéter, sous le signe de Vinci, soyons-unis, soyons amis !

Récréations grammaticales. — *On lit dans* L'ŒUVRE (*Maurice Schone*) :

Je remercie bien vivement les nombreux lecteurs qui m'ont fait part de leur « réaction » en présence de cette phrase de l'*Œuvre*, dont s'était ému un correspondant : « S'il n'avait pas été entouré par tant de soins... il *aurait* guéri. » Tous acceptent, et la plupart sans réserve, la forme *aurait guéri*. Mais c'est, en général, en simplifiant par trop le problème qu'ils arrivent à cette conclusion. On oppose l'action (*avoir*) à l'état (*être*) comme nous avons déjà fait plusieurs fois. Il ne saurait être question d'état dans le cas qui nous occupe : donc *avoir*.

On oublie que *guérir* a deux acceptions bien différentes et même opposées : verbe transitif à valeur active (« un médecin m'a guéri »), il est aussi intransitif avec une valeur passive (« je guéris »). Avec la première acception, emploi de l'auxiliaire *avoir*, évidemment. Il est à remarquer que grammaires et dictionnaires ne disent rien de l'auxiliaire pour la deuxième. Faut-il en inférer que c'est aussi *avoir* ? Mais je suis bien obligé de constater que tous les dictionnaires esquivent les exemples aux temps composés. Si leur silence ne me gêne pas avec l'emploi actif-transitif de *guérir*, il m'inquiète en ce qui concerne l'emploi passif-intransitif : il confirme ma répugnance à introduire *avoir* dans une conjugaison de valeur passive. Il me paraît presque aussi difficile de dire *Il n'a pas guéri* que *Il a mort*.

Je sais bien : *il aurait guéri* introduit, à côté de *il serait guéri*, une nuance importante, nécessaire. Je vous cède donc *il aurait guéri* ; mais permettez-moi de vous faire remarquer que vous aurez exactement le même sens avec le pronominal, autorisé, celui-là, par le dictionnaire à tous les temps. L'auxiliaire *être* y est obligatoire. *Il se serait guéri* nous mettra tous d'accord. Ç'a été un peu long, mais il ne faut jamais regretter sa peine quand on cherche la vérité.

Revenons au vocabulaire, que nous avons délaissé ce mois-ci. Très spirituellement, M. L., rue Poliveau, raille l'abus du verbe *faire* dans la langue contemporaine : « Il fait de la fièvre ». Un jour un médecin m'a demandé : « Est-ce que vous ne feriez pas du sucre ? » (Hélas ! non, je ne suis même pas actionnaire). Effectivement c'est là langage de médecins. Laissons-leur ce jargon, s'il leur semble nécessaire, mais ne l'adoptons pas. C'est, je crois, facile, bien que nous devions reconnaître que le verbe *faire* a toujours été et sera toujours très envahissant. Au XVII[e] *siècle*, il permettrait d'éviter une répétition en se faisant synonyme d'un verbe déjà exprimé : « Elle m'estime autant que Rome vous *a fait*. » Dans certaines régions du Midi *faire* s'emploie à la place de tout verbe exprimant une action : *le feu fait* (= prend, a pris), *le moteur fait* (= marche, ronfle), etc. Et que d'exemples le meilleur français d'aujourd'hui nous fournit ! Littré donne quatre-vingt-deux sens (je dis 82) du verbe *faire*.

L'hystérie dans le Proche-Orient. — *(MM. J. Trabaud, Sami el Satti et Hosni Sabah. Lecture à l'Académie de médecine*, 7 février 1933).

L'hystérie dont les manifestations sont de jour en jour plus rares en Occident, continue à trouver parmi les Arabes du Proche-Orient un milieu de culture particulièrement favorable. Si l'hystérie devait disparaître de la surface du globe, hypothèse sans doute irréalisable, puisque la vie apportera toujours des émotions dans un monde imparfait, il nous semble que le pays « des Mille et une Nuits » constituerait le dernier bastion de la résistance. Le cadre, les mœurs, les caractères, les habitudes, les traditions créent une atmosphère qui convient parfaitement à l'éclosion et à l'extension du pithiatisme. Cette constatation s'impose à qui aura abordé une seule fois aux Echelles du Levant...

... Bien que l'hystérie continue donc à fleurir dans le Proche-Orient, elle ne jette point cependant des racines trop profondes. En se défendant contre la civilisation occidentale, les Arabes se sont protégés contre la grande hystérie avec ses phases successives se déroulant comme dans un scénario réglé d'avance. La grande hystérie ne s'est pas acclimatée, elle s'est arrêtée aux portes infranchies des harems. Il en est de même des paralysies, des contractures. Tout se borne à des crises névropathiques anodines avec cris, larmes, gestes désordonnés, quelques délires érotiques passagers ne laissant pas de séquelles durables. L'observation de l'hystérie au Levant aboutit à l'éclatante confirmation de l'hystérie-pithiatisme du grand maître de la neurologie Babinski, qui vient de disparaître. Les phénomènes hystériques y apparaissent comme des troubles légers du fonctionnement du système vago-sympathique, n'atteignant jamais au grand déséquilibre qui présidait aux grandes crises d'autrefois. Ces phénomènes, par lesquels s'expriment les troubles psychiques, les chocs émotionnels, résultent d'actions réflexes psycho-vasomotrices et comme tels peuvent être créés par l'auto- et l'hétéro-suggestion, comme ils peuvent être annihilés par une contre-suggestion intelligente. Et tout cela incite l'Occident à la modestie, car ce n'est pas la seule leçon de sagesse que l'Orient peut nous donner !

Une carte d'introduction pour les représentants en spécialités pharmaceutiques. *La Clinique* (février 1933). — Les médecins se plaignent de plus en plus du temps que leur font perdre les représentants de fabricants de spécialités pharmaceutiques plus ou moins fantaisistes qui les visitent à domicile et qui se multiplient d'une façon excessive ; la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a étudié les moyens de limiter cette invasion dans la mesure du possible. Pour commencer, elle a décidé de recommander à ses membres de ne recevoir que les représentants de maisons sérieuses, préparant exclusivement des spécialités médicales et s'engageant à respecter les lois en vigueur sur l'exercice de la médecine.

Une *carte officielle à introduction* sera désormais délivrée par la Fédération aux Laboratoires qui auront pris l'engagement de

1° S'abstenir de toute réclame directe auprès du public ;

2° N'insérer d'annonces que dans les journaux médicaux ou professionnels (pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, suivant la nature du produit) ;

3° Ne joindre aux produits qu'une notice sobre, contenant le mode d'emploi et la composition, mais exempte des conseils qu'il n'appartient qu'aux seuls médecins de donner ;

4° Ne faire ni visiter ni échantillonner les personnalités dont les droits de prescription sont strictement limités par la loi sans aller jusqu'à leur refuser les produits qu'elles pourraient leur demander pour leur usage personnel ;

5° Ne pas échantillonner ceux des Dispensaires qui ne sont pas des Dispensaires de soins ;

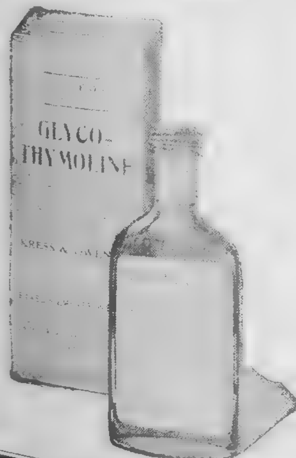
6° Enfin, les dirigeants ou représentants des Laboratoires éviteront de créer une confusion, en ne faisant pas précéder leur nom du seul titre de « docteur » au lieu de la mention « docteur en pharmacie », à moins qu'ils ne soient docteurs en médecine.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires. — *Spécialités autorisées pour les assurés sociaux* :

1860. — M. André PARMENTIER expose à M. le ministre du



HÉMOPAUSINE
TROUBLES de la CIRCULATION DU SANG
DU DOCTEUR BARRIER
MÉNOPAUSE
HÉMORROÏDES
VARICES
PHLÉBITES



GLYCO-THYMOLINE

Travail : *a*) que, par une réponse à la question écrite no 11251, publiée au *Journal officiel* du 22 février 1931, M. le ministre du Travail, questionné sur la prochaine publication du Tarif des spécialistés pharmaceutiques, prévu par l'article 18 du règlement d'administration publique, a répondu comme suit : « Le rapport de la Commission instituée par l'article 7, paragraphe 4, de la loi du 30 avril 1930, avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés, sera examiné par le Conseil supérieur des Assurances sociales dans sa séance du 23 février 1931, et fera ensuite immédiatement l'objet d'une décision ministérielle » : *b*) que les Caisses primaires ne sont pas encore en possession de la liste des spécialités autorisées et qu'elles sont amenées, de ce fait, à payer des sommes considérables pour des spécialités extrêmement onéreuses qui, pour un certain nombre, n'étaient pas d'un usage courant dans les prescriptions médicales, avant l'application de la loi des Assurances sociales ; *c*) qu'il y a, cependant, une certaine urgence à ce que ces Caisses soient en possession de cette liste des spécialités autorisées ; et demande à quelle date les Caisses en seront munies. (*Question du* 30 *novembre* 1932.)

Réponse. — Il résulte des travaux de la Commission des spécialités pharmaceutiques, instituée en application de l'article 7, paragraphe 4, de la loi du 30 avril 1930, que le nombre des spécialités est particulièrement considérable et s'accroît sans cesse par suite de l'apparition journalière de nouvelles spécialités. D'autre part, une liste des spécialités autorisées ne saurait être utilisée pratiquement par les médecins qu'autant qu'elle se trouverait limitée à un ordre de grandeur permettant une présentation sous un faible volume et une consultation rapide. Dans ces conditions, il a paru au Gouvernement, au moment où il s'est trouvé saisi des travaux de ladite Commission, qu'on ne pourrait sans arbitraire procéder à toutes les exclusions qui seraient nécessaires pour réduire la liste des spécialités au cadre qu'elle ne saurait dépasser pour être utilisable et qu'une modification de la loi s'imposait. En attendant, les obligations des Caisses restent définies par la circulaire ministérielle du 24 mars 1931. Les produits pharmaceutiques spécialisés dont la vente est légale en France et qui n'ont fait l'objet d'aucune décision individuelle d'exclusion, doivent être remboursés par ces organismes jusqu'à concurrence de 85 p. 100 de leur prix. (*J. O.*, 27 janvier 1933.)

Un pharmacien ne peut posséder deux officines :

2443. — M. Taittinger demande à M. le ministre de la Santé publique : 1o si un pharmacien peut posséder, dans une ville, une officine de produits pharmaceutiques vendant au public, et une pharmacie séparées l'une de l'autre, et dont il serait le seul propriétaire ; 2o si un pharmacien peut posséder, dans deux villes, une pharmacie, ou une officine pharmaceutique, dans chacune de ces villes ; ajoute que ce pharmacien serait le seul propriétaire de ces deux officines. (*Question du* 12 janvier 1933.)

Réponse. — Réponses négatives aux deux questions ci-dessus. (*J. O.*, 27 janvier 1933.)

Le Pactole des pensions de guerre Dans le *Médecin*, le Docteur Maymou, médecin des dispensaires de l'arrondissement de Morlaix, montre dans quelle énorme mesure le budget des pensions de guerre est « parasité ». En ce qui concerne spécialement les pensions pour tuberculeux, il écrit :

Dans certaines régions particulièrement infectées par la tuberculose, telle la Bretagne, une coopération étroite et réglée par des phtisiologues compétents devrait s'établir entre les conseils de revision et les dispensaires. Cette coopération tentée officieusement a été si décevante que nous avons été plusieurs fois sur le point d'y renoncer : de regrettables maladresses ont livré aux intéressés la documentation fournie par nos dispensaires et, chose invraisemblable mais dont nos dossiers font foi, des malades signalés par nous comme atteints de « Tuberculose pulmonaire ouverte » ont été pris par des conseils de revision, incorporés, et nous sont revenus pensionnés.

Cependant une intelligente compréhension entre les conseils de revision et les dispensaires devrait diminuer la prise au corps de quantité de suspects dont le bilan familial permet de prévoir les graves échéances qui les menacent, elle devrait surtout tarir les cas non exceptionnels classés dans nos fichiers de père et fils, pensionnés à 100 %, de deux et même de trois frères pensionnés à 100 %, car nous en sommes arrivés à avoir des familles entières de réformés à 100 % pour tuberculose et dans certains foyers ce sont des 50.000 et 60.000 francs qui rentrent.

Veut-on que tout cela continue ou estime-t-on qu'il est temps de nettoyer l'écurie d'Augias ?

P. L. M.

Les Fêtes de la Côte d'Azur

Voici le moment des fêtes de la Côte d'Azur. Si cette admirable région est agréable en toute saison, elle l'est encore davantage à cette époque de l'année, car à l'attrait de son soleil et de ses fleurs s'ajoutent les agréments qu'elle offre à ses visiteurs ; défilés carnavalesques, batailles de fleurs, redoutes, végliones, bal parés et masqués, tournois fleuris, régates, concours hippiques, manifestations mondaines, artistiques et sportives y créent, plus encore qu'à l'ordinaire, une atmosphère de beauté et de joie.

C'est l'époque préférée pour la visiter. Vous pouvez le faire agréablement et commodément. N'hésitez pas ! prenez place dans un de ces « Trains du soleil » qui conduisent vers ce pays de rêve.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON & Cie.

Fondé en 1873. — N° 11 LE NUMÉRO : 50 Centimes 18 MARS 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 7 mars. — M. HELGA GERBER. La réaction d'Aschleim et Doudek et son application à l'endocrine logée et au diagnostic des tumeurs. — M. MAUBOUSSIN. Etude sur trois formes chirurgicales de la tuberculose gastrique.

8 mars. — M. CAPUT. Maladie de Banti et splénectomie. — M. COSTENOBLE. Diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. — M. ROSENBAUM. A propos d'un cas de bronchite purulente à microcus catarrhalis.

8 mars. (Thèse vétérinaire). — M. VOIGNIER. Etude de la gastro-entérite infectieuse des chats.

Concours de l'externat. — Liste alphabétique des candidats reçus au concours de l'externat en médecine .

MM. Abranovici, Agnard, Aigueperse, Albrecht, Aslanian, Mlle Atcham (Marie), Atcham (Paule), MM. Attali, Audoly, Aurenche, Mlle d'Aussaguel de Lasbordes, MM. Azoulay.

Banse, Barbet, Bardavid, Bareau, Mlle Bareillier-Fouché, MM. Barrois, Bassé-Parton, Bastard, Baudon, Bauer, Baugé, Mlle Beaughon, MM. Beaugrand, Beauvais, Bélot, Mme Benoit, née Muller, Mlle Bentkouski, MM. Berthiot, Blondeau, Mlle Blumenfeld, MM. Boivin, Bonduelle, Mlles Bongard, Bonjean, MM. Bonnet (Jacques), Bosvieux, Bouillié, Boulay, Bourdeau, Bours, Mlles Boutinaud, Bouvet, MM. Brandmark, Breton (Pierre), Mlle Brille, MM. Brisson, Brissaud, Brouillaud, Bruneau,

Mlles Capelle, Cardinaux, MM. Caruana, Casanova, Caufment, Mlle Céloron de Blainville, MM. Champeau, Chappé, Chappelart, Chareire, Chédru, Chevalier (Henri-Anthelme), Chevreul, Chiche (Paul), Chigot, Mlle Chotard, MM. Clamageron, Claracq, Cotteau, Cluzeau, Cohen (José), Collot, Mlle Comerma, MM. Coquet, Cornaire, Coullet, Coutin, Coville,

Mlle Damiens, MM. Danel, Darmendrail, Debeyre, Defrance, Derizet, Mlle Desclaux, M. Desfosses, Mlle Desmonts, MM. Deuil, Devaux, Mlle Devillers, MM. di Chiara, Dubois (Jacques), Dubois (Louis), Duchatel, Dugast, Dulac, Dullin, Dupont (Victor), Dupuis (Raymond), Dutter,

Mlles Eliakini, Eremia, MM. Etienne, Etienney, Mlles Eyraud, Fabre, MM. Faucon, Feyein, Feldmann, Fénéon, Ferrand (Michel), Filippi, Fischgrund, Fonteix, Frebet, Fressinaud Froklichmann,

Galan, Gallimard, Gaudeul, Mlle Gautherot, MM. Gauthier (Raymond), Geffroy, Mlle Genthou, MM. Gharib, Gheorghin, Gibert (Louis), Girard (Rosan-Jos.), Gold, Mlles Gontcharoff, Gorodetsky, MM. Goudot (André), Goudot (Jean), Goulesque, Goury-Laffont, Grange (Jean-Louis), Grislain, Guichard, Guillemain,

Mlle Haller (Sylvie), MM. Hau, Hausmann, Henrot, Hertzog, Mlle Heulot, MM. Hœhfeld, Homsy, Mlle Houades, MM. Huguenin,

Jacquemin, Jacquet, Javelier, Jayle, Jorrot, Juille, Mlle Jurain,

MM. Kaufmann, Kouchner,

Lacombe, Lacorne, Mlles Lambert, Lamothe (Brigitte), MM. Lamotte (Michel), Lange, Mlle de Larminat, MM. Lataix, Léandri, Le Bach, Le Bayon, Le Bigot, Leboff, Le Bozec, Lebrun (Michel), Lecointe, Lecoq, Le Loc'h (Jean), Le Loc'h (Henri), Lemoine, Lenormand, Lesieur, Le Sueur, Levernieux, Lévy (Michel), Libert, Liénard, Mlles Lindeux, Lœbenberg, MM. Logeard, Loiseau, Lelmède, Mlle Lotte, MM. Loubrieu, Louis,

Mlle Mage, MM. Maignan, Manuel, Mlles Marcille, Maréchal, M. Mariani, Mlle Massiot, MM. Matteï, May, Mayershon, Mlles Menant, Meunier, MM. Mignon, Miraillès, Molimard, Monrose, Mlle Montalant, M. Morvan, Mlle Mousseau, MM. Mousset, Mozis,

Nadiras, Nédelec, Negellen, Netter, Nguyen-Van-Vang, Nick, Nordman,

Oblinsky, Mlles Oganesoff, Onfray, MM. Ordonneau, Ouvrieu,

Palmer, Parrain, Paugam, de Paulo, Payer, Pécunia, Mlle Perrault, MM. Peschard, Petit-Norbert, Piguet, Pilat, Pillet, Mlles Pinard, Plouchard, Pochon, MM. Poggioli, Pointeau, Poissonnet, Pouch, de Prat, Mlle Prettre, M. Priolet, Mlle Provendier, MM. Pruvot,

Rabinovici (Jacob), Ras, Revel, Mlle Robert (Marie-Therèse), MM. Robet, Robey (Maurice), Rochet, Rodde, Rolland, Ronsin, Rouault (Michel), de Rubiana, Rybinski,

Sagaut, Sake, Mlles Salmon, Sautel, M. Sayous, Mlle Segal, M. Seguin, Mlles Seyrig, Simidova, Simon, Snégaroff, MM. Steinberg (Armand), Steinberg (Henri), Steinberg (Robert), Stoopen, Strass, Suau, Mlle Sulzer, M. Szylowicz,

Mlle Tauman, MM. Têtu, Thiblot, Tiret, Torre, Tortat, Mlles Ulrich,

Vachez, M. Vakili, Mlle Van den Bulck, MM. Van Quaethem, Vermenouze, Verne (Jean-Marie), Vernes (André), Verstrate, Vialard, Viers, Villey-Desmeserets, Vincent (André), Vincent (Marx),

Weissmann, Welti, Weterwald, Wintrebert.

Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache et Hendaye.— Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 15 avril 1933 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ; 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache ; 3° à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) ; sera ouvert le lundi 3 avril 1933, à 9 heures, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, à partir du mercredi 8 jusqu'au mercredi 15 mars 1933 inclusivement, de 14 à 17 heures.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 1er mai 1933, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté de 15 à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 5 avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1933.

Concours pour le prosectorat.— Un concours pour deux places de prosecteurs s'ouvrira le mardi 2 mai 1933, à midi à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 16 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 5 avril inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1933.

Conférence. — Le Docteur Roger Glénard fera le mardi 28 mars 1933, à 20 h. 45, dans la salle de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, une conférence avec projections sur la *Silhouette féminine contemporaine.*

Concours pour la nomination à deux places de chimiste de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture de ce concours aura lieu le samedi 8 avril 1933, à 9 heures, à la pharmacie-centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, n° 47.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration (Service du personnel, bureau du personnel médical), depuis le mercredi 15 jusqu'au mercredi 22 mars 1933 inclusivement, de 14 à 17 heures.

Societas oto-rhino-laryngologica latina. — Le troisième Congrès de la Societas oto-rhino-laryngologica latina se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, les 24, 25 et 26 juillet 1933, sous la présidence d'honneur de M. Justin Godard, ancien ministre de la Santé publique, et sous la présidence du Docteur H. Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. Vice-présidents : Docteur Hautant et Professeur Lemaître.

Rapport : Les surdités nerveuses.

Conférences : 1° La broncho-injection comme méthode de traitement, par le Professeur CALICATI (de Bologne).

2° Manifestations amygdaliennes dans la pathologie de la série hématique blanche, par le Professeur FAIREN (de Saragosse).

Les communications pourront être faites sur chacun des trois sujets. Le titre devra être envoyé au plus tard le 1er juin.

Des séances opératoires, dont le détail sera donné ultérieurement, seront organisées dans les Services des hôpitaux parisiens.

La Société de laryngologie des hôpitaux de Paris tiendra spécialement, à l'occasion du Congrès, une séance à laquelle seront invités les congressistes et qui sera suivie d'une réception en l'honneur des congressistes étrangers.

Les indications concernant les réductions de chemins de fer et les fêtes et réceptions seront communiquées directement aux congressistes.

Les adhésions et les cotisations (100 francs français pour les docteurs en médecine et 25 francs pour les membres de leur famille) sont reçues par le Docteur Chavanne, 5, place des Cordeliers, Lyon (Compte chèques postaux : 5.906).

Attribution du titre de professeur sans chaire. — Le décret du 10 août 1929 est modifié ainsi qu'il suit :

« Peuvent également dans les formes prévues au décret du 4 janvier 1921, recevoir le titre de professeur sans chaire, avec les droits attachés à ce titre, les agrégés libres des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, pourvus, sans limite de temps, d'un emploi de chargé de cours rémunéré par un traitement ou une indemnité, et remplissant depuis douze ans au moins une fonction d'enseignement didactique, technique ou clinique. »

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — Est élevé à la dignité de grand officier dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

M. Pinard (Adolphe), membre de l'Académie de médecine, Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris. Fondateur de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris. Commandeur du 9 juillet 1921. Un des savants les plus éminents de l'obstétrique française, a érigé la puériculture à la hauteur d'une science dont il est le maître incontesté.

Institut d'hydrologie et de climatologie (créé par arrêté

ministériel du 3 mars 1913). — *Conférences faites au Collège de France* (année scolaire 1932-1933.) — Physique hydrologique et climatique (à l'amphithéâtre de médecine) : M. le Professeur D'ARSONVAL, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; MM. TOUPLAIN, chef des travaux ; BESSON, chef du service climatique. — Mercredi 28 mars, à 17 heures, M. DIENERT : Conditions d'assainissement des villes. — Samedi 1er avril, à 17 h. 15, M. BESSON : Sur la pluviosité.

Hygiène hydrologique et climatique (à l'amphithéâtre de médecine) : M. le Docteur F. BORDAS, directeur du laboratoire d'hygiène générale et expérimentale ; MM. TOUPLAIN, chef des travaux ; GUILLERD, chef du service de bactériologie. — Samedi 8 avril, M. GUILLERD : La connaissance du sol dans l'appréciation des eaux. — Mardi 11 avril, M. FONTAINE, ingénieur en chef du service d'assainissement de la Ville de Paris . Assainissement aux colonies (Madagascar, Syrie, projections filmées)

IIIe Congrès international des hôpitaux (à Knocke-sur-Mer, Belgique. 28 juin-3 juillet 1933.) — L'Association internationale des hôpitaux y invite toute administration, association, institution ou personne qui s'intéresse à la construction, à la gestion et d'une façon générale aux progrès des hôpitaux. La crise mondiale a mis en lumière, d'une façon si éclatante, les devoirs qui s'imposent aujourd'hui aux hôpitaux, qu'il est plus que jamais nécessaire d'échanger les connaissances acquises à ce sujet et de formuler des principes valables pour tous les pays.

A cet effet, les dix *Commissions permanentes d'études* créées par l'Association internationale déposeront des rapports basés sur l'expérience des techniciens les plus réputés du monde entier. Ces rapports permettront au Congrès de formuler, non pas des règles schématiques, mais des principes qui peuvent conduire partout à l'amélioration et au progrès des hôpitaux.

Ces dix Commissions ont pour champ d'action : 1. Construction ; 2. Equipement et installation technique ; 3. Administration et gestion ; 4. Comptabilité ; 5. Législation et régime administratif ; 6. Soins aux malades ; 7. Alimentation ; 8. Personnel ; 9. Statistique et nomenclature ; 10. Relations extérieures de l'hôpital.

Leurs rapports seront publiés dans le numéro d'avril de *Nosokomeion*, l'organe officiel de l'Association internationale des hôpitaux (éditeur, W. Kohlhammer, à Stuttgart.)

La *séance d'ouverture* du Congrès se tiendra le mercredi 28 juin à 5 heures de l'après-midi. Le 29 et le 30 juin seront consacrés aux séances des commissions et sous-commissions, dont les propositions seront discutées dans les séances plénières du 1er, du 2 et du 3 juillet. Les résolutions du Congrès seront communiquées à la Société des Nations, à l'Office international d'hygiène et aux gouvernements.

Le Congrès sera suivi d'un *voyage d'études en Hollande* (4-9 juillet), qui comportera la visite des institutions hospitalières en même temps que celle des villes, des musées et des beautés naturelles du pays.

On s'inscrit auprès de l'Association belge des hôpitaux, 80, rue de Livourne, Bruxelles. La cotisation est de 2 dollars. Les membres de l'Association internationale des hôpitaux payent une cotisation de 5 dollars par an, qui leur donne droit à participer gratuitement au Congrès et à recevoir *Nosokomeion*, la revue trimestrielle éditée par l'Association.

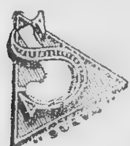
Prière d'adresser toute demande ou communication relative aux débats du Congrès à M. le Conseiller intime Docteur W. Alter, Ernst Ludwig Allee, 2, Buchschlag, Hesse. Allemagne.

Le programme détaillé et illustré du Congrès sera envoyé sans frais par l'éditeur W. Kohlhammer, 12-16, Urbanstrasse, Stuttgart.

Nécrologie. — Docteur Emmanuel HÉDON, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine. — Docteur Marcel NATIER, de Paris, 10, rue Bellechasse (VIIe). — Docteur Richard GILL, chef du service d'anesthésie à l'hôpital de Saint-Barthélemy (Angleterre).

« Je pense que la Hollande est le seul pays du monde à posséder un département d'Etat nommé le *ministère de l'Eau*, le Waterstaat. J'aime de voir la difficulté clairement reconnue, désignée de cette façon. La Suisse mériterait un *ministère de la Montagne* ; l'Afrique du Nord, un *ministère de la Sécheresse* ; le Labrador, un *ministère du Froid* ; la France, un *ministère de la Routine* peut-être. » (Georges DUHAMEL. Géographie cordiale des Pays-Bas. Conf. à l'Univ. des Annales, 7 décembre, 1932.)


BAYER





BIEN-ÊTRE
ESTHÉTIQUE
CONFORT
EFFICACITÉ
SIMPLICITÉ



VIN BRA
VIN BRAVAIS

TRAVAUX ORIGINAUX

Indications et Techniques de l'amputation du col de l'utérus [1]

Par André BUQUET,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
et de la Clinique gynécologique de la Faculté

Les indications de l'amputation du col utérin en chirurgie gynécologique peuvent être ramenées à deux grandes classes :

les amputations du col pour lésions chroniques de la muqueuse ou de la cavité cervicale de l'utérus ;

et les amputations du col pour le traitement de la dysménorrhée et de la stérilité ; celle-ci pouvant être due elle-même soit à des malformations congénitales de l'utérus, soit à des lésions chroniques de celui-ci.

I. Lésions du col

La MÉTRITE CHRONIQUE déforme le col. Tantôt celui-ci, régulièrement hypertrophié, est simplement plus gros qu'à l'état normal ; tantôt l'augmentation de volume porte principalement sur la portion inférieure : le col ressemble à un champignon, à l'extrémité d'un bouchon de champagne. Dans des cas plus rares, l'orifice du museau de tanche est rétréci ; les sécrétions s'accumulent dans la cavité cervicale, le col se renfle à sa partie moyenne et prend la forme d'un barillet.

Dans tous les cas, la muqueuse, les glandes qu'elle renferme sont altérées. La muqueuse est épaissie, hypertrophiée, avec souvent des fongosités ; des kystes se sont formés aux dépens des glandes disséminées un peu partout, surtout à la surface extérieure du museau de tanche, ou inclus dans l'épaisseur d'une lèvre : ce sont les œufs de Naboth.

Enfin la lésion la plus communément rencontrée est l'*érosion du museau de tanche*, caractéristique de la métrite si rebelle aux traitements médicaux, ainsi que les *déchirures du col*, qu'il n'est pas rare de constater au cours des métrites puerpérales.

Ces métrites chroniques relèvent de deux grandes causes : la blennorragie et l'infection puerpérale.

Sans décrire la symptomatologie complète de ces formes, ce qui sortirait du cadre de notre étude, contentons-nous de signaler qu'en dehors des commémoratifs, dans la *métrite post-partum*, il existe des signes assez caractéristiques : le col et le corps sont augmentés de volume, la *métrite puerpérale est une métrite totale*. Le col est très volumineux, plus hypertrophié que le col gonococcique, avec un orifice largement ouvert, parfois agrandi par une déchirure dans laquelle le doigt peut pénétrer : les lèvres sont bourrées d'œufs de Naboth, le museau de tanche fréquemment ulcéré.

Dans la *métrite gonococcique*, plus souvent limitée à la portion cervicale de l'utérus, le col est plus petit, conique ou renflé en barillet : l'orifice plus étroit, entouré par une érosion plus ou moins étendue et par lequel s'échappe une grosse glaire filante et visqueuse, assez pathognomonique de la blennorragie.

La MÉTRITE CHRONIQUE est toujours justiciable, bien entendu, des traitements médicaux classiques : pansements vaginaux ou utérins, traitements modificateurs du col par l'ignipuncture, les caustiques, les ventouses, etc.

L'*amputation* doit être réservée aux cas rebelles et devient le traitement de choix dans les métrites catarrhales, à prédominance cervicale, qui s'accompagnent d'un gros col ulcéré, sclérosé ou bourré d'œufs de Naboth.

II. Malformations congénitales de l'utérus

Les malformations congénitales de l'utérus peuvent porter soit sur le col, soit sur le corps, soit sur l'ensemble de l'organe. Les conséquences en sont : la dysménorrhée et la stérilité ; la dysménorrhée étant l'ensemble des symptômes parfois extrêmement douloureux qui accompagnent la menstruation.

La cause la plus fréquente de dysménorrhée et de stérilité, comme l'a montré mon maître Pozzi, consiste dans l'étroitesse congénitale de l'orifice externe cervical qui coïncide le plus souvent avec une forme conique du col et une certaine exagération de l'antécourbure normale de l'utérus. Se rencontrant parfois chez des femmes de complexion

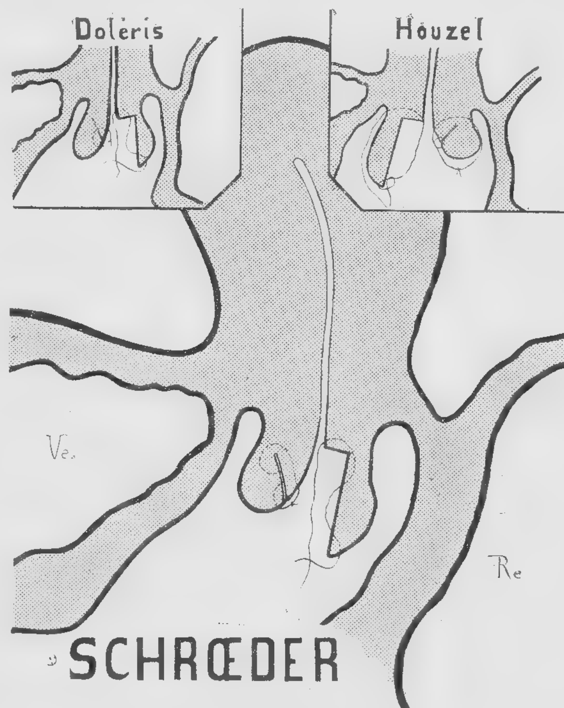


FIG. 1. — Procédé de Schrœder et variantes. — (Schémas) (1)

débile, avec d'autres indices de dégénérescence, on observe ce vice de développement le plus souvent chez des femmes très bien constituées, déterminant alors une malformation tout à fait locale, sans atrophie du reste de l'organe. L'orifice étroit donne au col les aspects les plus divers : col en éteignoir, col en toupie, col en museau de tapir, etc.

La sténose de l'orifice externe empêche le drainage utérin et entraîne par cela même l'infection. Le développement et la persistance d'un bouchon muqueux complètent les effets de l'obstruction.

Enfin la position de l'utérus et en particulier du col utérin a une grande importance.

L'antéversion, avec le col reporté très en arrière et caché dans le cul-de-sac postérieur ; la rétroversion avec le col au contraire très antérieur, derrière la symphyse pubienne, peuvent empêcher les rapports au cours du coït entre le méat masculin et le col utérin.

L'amputation du col, précédée de la dilatation et du curettage utérin pourra dans ces cas amener une transformation absolument complète des organes génitaux, non seu-

(1) Conférence faite à l'hôpital de la Charité (Service du Dr H. Vignes).

(1) Je dois à l'amitié et au talent de mon collègue le Docteur François Bourgeois les dessins qui illustrent cette conférence.

lement au point de vue du mécanisme de la fécondation proprement dite, mais encore des résultats de celle-ci.

La dilatation utérine en particulier, en améliorant la circulation par action sur les nerfs vaso-moteurs, en faisant contracter le muscle utérin, aura un résultat complété et maintenu définitivement par l'amputation du col lui-même.

Telles sont les grandes indications de l'amputation du col.

On devra encore recourir à l'amputation dans des cas plus rares d'hypertrophie congénitale du col et lors de cicatrice vicieuse ou de sténose cicatricielle après déchirure accidentelle du col ou traitement malheureux au niveau de celui-ci.

TECHNIQUES

L'amputation du col a subi à travers les trente dernières années des transformations de technique telles qu'un court historique est nécessaire pour montrer les modifications et les progrès apportés à celle-ci. C'est qu'en effet Pinard est

Procédé de Schrœder

Ce procédé a été amélioré par Schrœder, dans l'opération qui porte son nom.

Comme l'opération d'Emmet, elle substitue une surface saine à une surface malade et enlève les parties dégénérées capables d'entretenir l'infection.

L'amputation du col suivant le procédé de Schrœder se fait de la façon suivante :

Dans un premier temps, le col saisi avec deux pinces est abaissé doucement à la vulve et divisé par deux coups de ciseaux latéraux, en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure. Puis à l'aide du bistouri, on résèque une tranche du col sur chaque lèvre : cette tranche enlève toute la muqueuse et est plus épaisse à sa base que sur le bord libre.

Cette particularité permet d'enlever la plupart des glandes cervicales et de faire ensuite une suture correcte.

Puis on procède à la suture en rapprochant par des points au catgut que l'on faufile, les deux lambeaux ainsi obtenus. (*Fig.* 1) On termine par un pansement intra-utérin à la gaze iodoformée.

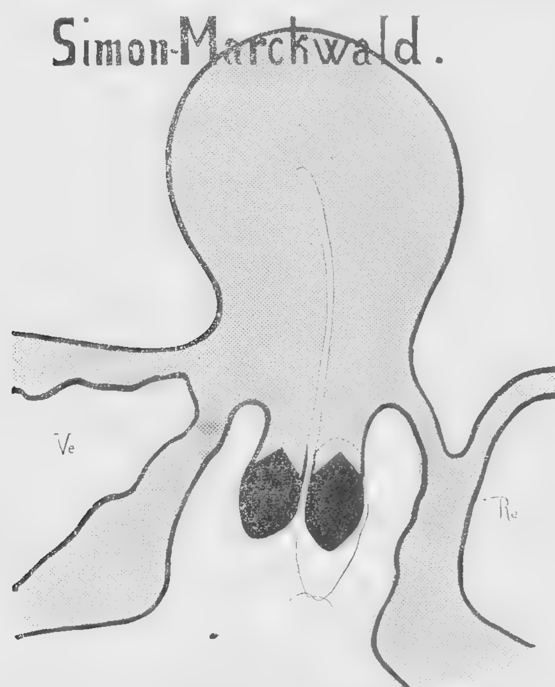


Fig. 2. — Procédé de Simon-Markwald. — (Schéma.)





Fig. 3 et 4. — Procédé de Simon-Markwald.

venu en 1900 jeter un grand cri d'alarme à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, en rapportant des observations où l'on avait vu survenir des avortements dans les deux tiers des cas relatés ; et dans le dernier tiers, des accidents dystociques dus à la sténose cicatricielle de l'orifice externe. L'année suivante, Graefe, en Allemagne, signalait également des méfaits analogues de l'amputation du col.

Il faut aussi savoir que l'opération ne doit pas être pratiquée avant de s'être assuré de l'état des annexes, de leur intégrité ou du refroidissement complet des lésions inflammatoires dont elles ont pu être le siège.

Les premières opérations remontent aux procédés d'Emmet, de Schrœder et de Simon-Marckwald.

Procédé d'Emmet

La première amputation du col date de 1862. Très simpliste, imaginée par Emmet, de New-York, elle consiste dans l'évidement des bords du col déchiré que l'on rapproche ensuite en faisant sauter la muqueuse éversée et le tissu induré sous-jacent : c'est ce que l'on a appelé la *trachélorraphie.*

Deux variantes de ce procédé, dans la façon de nouer les fils, ont été apportées par Doléris et par Houzel (de Boulogne).

Doléris pense obtenir un meilleur affrontement en disposant les fils de la façon suivante : l'aiguille charge l'extrémité du lambeau vaginal et du lambeau cervical et les rapproche. Mais la solidité de la suture laisse peut-être à désirer à cause du peu d'épaisseur des tissus enserrés par le fil ; une désunion peut s'ensuivre et la cicatrisation en souffrir.

Houzel noue les fils d'une façon plus ingénieuse qui semble devoir donner un affrontement parfait : une aiguille courbe introduite dans la cavité cervicale pique la muqueuse à un demi-centimètre environ au-dessus de la tranche sur la ligne médiane, traverse toute l'épaisseur du col pour ressortir dans le cul-de-sac vaginal ; elle y accroche deux longs fils doubles de catgut et les ramène dans la cavité cervicale. Sectionnés près du col, ils donnent huit chefs : quatre endocervicaux, quatre extérieurs. Les chefs extérieurs qui sortent dans le cul-de-sac sont repérés par des pinces. Quant à ceux qui sortent dans le canal cervical, on les dispose en éventail, on leur fait traverser l'extrémité du lambeau et on les fixe à ce niveau par un nœud simple.



PANSEMENTS VAGINAUX



BOITE DE 6 OVULES CHAUMEL

Exiger la Marque triangulaire et la Signature Chaumel.

OVULES CHAUMEL

à la Glycérine Solidifiée

et aux Principaux Médicaments

Envoi GRACIEUX à tous les Médecins en faisant la demande, du

GUIDE CHAUMEL 68 figures dans le texte. 52 pages en couleurs.

Établissements FUMOUZE, 78, Fg Saint-Denis, Paris

PREMIÈRE DENTITION

SIROP DELABARRE

Facilite la sortie des Dents et prévient tous les Accidents de la Dentition.

Exiger le NOM de Delabarre et le TIMBRE de l'Union des Fabricants.

Établissements FUMOUZE, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.

En tirant alors sur le chef qui sort dans le cul-de-sac vaginal, on rapproche la lèvre vaginale du lambeau de la tranche cervicale et l'on obtient un affrontement exact. Il ne reste plus qu'à nouer ensemble les deux chefs à la face extérieure du lambeau.

Procédé de Simon-Marckwald

Dans un troisième procédé, l'amputation partielle du col se fait suivant le type de *Simon*, décrit d'une façon plus complète par *Marckwald* : c'est la résection cunéiforme du col, le bistouri attaque toute l'épaisseur en laissant deux lambeaux, un vaginal, un cervical, mais en enlevant toute la portion du col qu'on soupçonne atteinte de métrite parenchymateuse avec hypertrophie glandulaire.

Cette amputation donne deux lambeaux que l'on rapproche par des points séparés. C'est une très bonne opération, qui a l'avantage d'être très simple, très rapide et de donner, chose importante, toujours une réunion par première intention, quand elle a été correctement pratiquée.

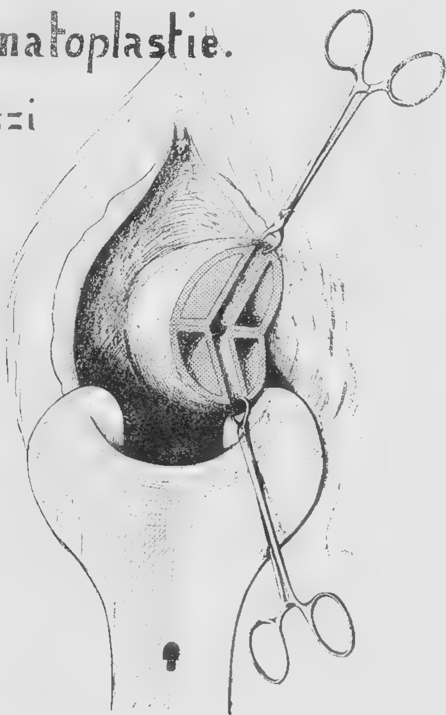


Fig. 5. — Procédé de Pozzi.

Un autre procédé consiste dans *l'évidement conoïde du col* auquel *Pouey* et *Forgue* à peu près en même temps ont donné leur nom. Le col est pris dans une pince de Museux et fortement attiré à la vulve ; à quelques millimètres en dehors des lésions, on incise circulairement le col, on dissèque une collerette de muqueuse formant un lambeau circulaire d'un centimètre environ. Puis on enlève au bistouri tout le cône formé par la portion malade du col, muqueuse et un peu de muscle sous-jacent. La collerette cervico-vaginale est ensuite appliquée sur la surface cruentée d'évidement par une série de points séparés, ou par deux surjets, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Procédé de Pozzi

Ces opérations avaient surtout pour but le traitement de la suppuration chronique du col et avaient été imaginées par leurs auteurs, et sont encore employées aujourd'hui, pour traiter ces gros cols rouges, énormes, à muqueuse sanieuse, suintante, avec en général une profusion d'œufs de Naboth, cols sur lesquels tous les traitements médicaux par pansements locaux, par ventouses, par caustiques n'amènent aucune amélioration.

Ces opérations étaient faites accessoirement pour le traitement de la dysménorrhée ou de la stérilité.

La première opération se promettant ces deux buts a été la stomatoplastie du col utérin avec évidement commissural, imaginée par Pozzi en 1903.

Cette opération est limitée à la moitié inférieure environ de la portion vaginale du col.

Dans ce procédé, le Professeur Pozzi pratiquait de chaque côté du col un débridement d'un à deux centimètres, suivant sa longueur, puis évidait sur chaque quadrant de surface cruentée le muscle entre les deux muqueuses vaginale et cervicale. Ces deux muqueuses étaient ensuite rapprochées par des points de fil d'argent placés de chaque côté, de façon à ne pas laisser de surface saignante pouvant produire une rétraction cicatricielle, et de façon à assurer la cicatrisation par première intention.

Cette opération laissait l'orifice externe du col largement ouvert en bec de canard et les résultats obtenus tant par Pozzi que par ses élèves ou les gynécologues qui ont employé ce procédé, ont donné de nombreux succès aussi bien pour la dysménorrhée que pour la stérilité.

C'est une opération éminemment conservatrice ; s'il y a une véritable résection du col par diminution de son épaisseur, il n'en est pas moins vrai que l'opération conserve au col utérin ses propriétés, ses éléments essentiels et qu'elle ne nuit en rien à son fonctionnement normal, la muqueuse interne du col et la muqueuse externe sont complètement respectées.

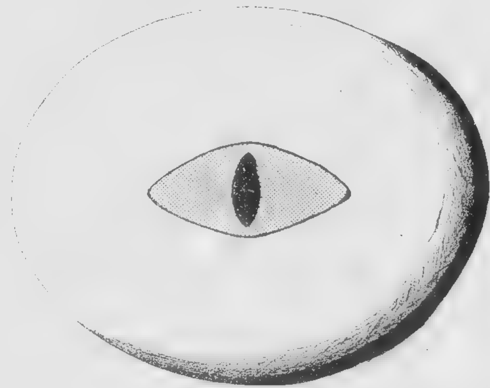


Fig. 6. — Procédé de Petit-Dutaillis.

Dans sa thèse remarquablement documentée, soutenue en 1912, Pineau a rapporté les résultats de ce procédé en recherchant toutes les malades opérées avant 1911 :

Sur 80 femmes opérées par le Professeur Pozzi, 37 sont devenues enceintes, soit 46,25 pour 100, soit près de la moitié.

Barnsby (de Tours), élève de Pozzi, sur 62 opérées de stomatoplastie, a obtenu 17 résultats positifs, soit 27,42 pour 100.

Sur 170 opérées de la statistique de Pineau, portant sur vingt ans, et réunissant toutes les observations qu'il a pu contrôler, on compte 55 résultats positifs, soit 32,40 pour 100, le tiers exactement.

79 femmes ont été opérées pour dysménorrhée : 68 ont obtenu une guérison complète, soit 86 pour 100.

Dans 45 cas de métrite, 33 femmes ont été guéries, soit 73,33 pour 100.

Mais un gros reproche a été fait à ce procédé. Si en effet l'orifice externe est largement ouvert, il n'en est pas de même de l'orifice interne, bien que la dilatation et le curettage que Pozzi pratiquaient systématiquement avant chaque stomatoplastie et qu'il recommande dans sa technique, agrandissent notablement le calibre de cet orifice interne,

cet agrandissement ne reste maintenu que pendant plusieurs semaines après l'opération. Déjà avant Pozzi, *Sims* en incisant la lèvre postérieure du col jusqu'à l'isthme, extériorisait l'orifice interne, reportait jusqu'à le confondre avec lui, l'orifice externe.

Depuis, *Douay* et *Daniel* prolongent la section bi-latérale jusqu'au cul-de-sac, puis pratiquent l'évidement commissural suivi de suture, soit seulement au niveau de l'angle de section (Douay) soit sur toute la longueur des quatre tranches (Daniel). Ils évitent ainsi plus sûrement le rétrécissement par sclérose de l'orifice interne.

Mais il n'est pas certain qu'une telle technique n'amène quelquefois la formation d'une cicatrice vicieuse.

Paul Petit-Dutaillis s'élève contre ce dernier procédé qui exposerait selon lui à l'avortement : il a recours à ce qu'il appelle l'*agrandissement de l'orifice externe du col par micro-excision cunéiforme bi-latérale sans suture* : l'orifice ponctiforme du col sténosé, sous la traction de deux pinces de Chaput appliquées au-dessus et au-dessous, prend la forme d'une petite fente verticale de chaque côté de laquelle on enlève un coin de tissu. Mais ceci nous éloigne un peu de l'amputation du col telle que nous la concevons dans cette leçon.

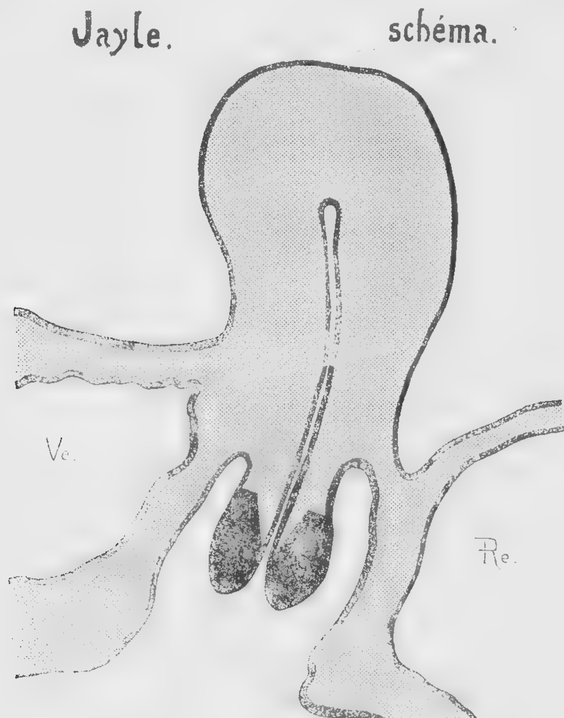


FIG. 7. — Procédé de Jayle. (Schéma).

La grande question de l'avortement à la suite de l'amputation du col, les troubles apportés au moment de l'accouchement après certaines amputations ayant pu conduire jusqu'à la nécessité de l'opération césarienne devant l'impossibilité de dilatation suffisante de ce col ; l'illogisme qui existe dans le fait qu'après avoir ouvert largement le col pour procéder au type d'opération choisie, on s'évertue ensuite à refermer les commissures, ont fait que certains auteurs se sont attachés à trouver un procédé d'amputation tel qu'il ne soit pas porté atteinte à la structure essentielle du col utérin, et que l'agrandissement de celui-ci soit maintenu.

Jayle s'est particulièrement appliqué à mettre au point une technique qui tient compte de cette nécessité et son procédé lui a donné des résultats si satisfaisants, et m'en a donné personnellement aussi de si remarquables, que c'est celui que je vais maintenant décrire temps par temps.

Il relève du procédé de Simon Marckwald quant au mode de section des parties appelées à disparaître, mais aussi avec des modifications telles qu'il a son originalité propre ; et surtout il laisse ouvertes largement les commissures.

Procédé de Jayle

Instruments. — Une valve à poids, un petit écarteur type Gosset, trois pinces à col avec petit poids. Hystéromètre. Jeu de bougies de Hégar, curette de Volkmann et curette tranchante de Sims ; pinces à pansements ; bistouri ; pinces à disséquer, deux paires de ciseaux, quelques pinces de Kocher et de Péan, fils d'argent n° 1, petites aiguilles courbes et porte-aiguilles.

Premier temps. — Dans un premier temps, on pratique la dilatation de l'utérus après avoir mesuré à l'hystéromètre



FIG. 8. — Procédé de Jayle.

la longueur de la cavité utérine et vérifié la direction générale de l'organe ; la mise en place d'une laminaire aura quelquefois été nécessaire la veille ; la dilatation se fera lentement et dans certains utérus à col étroit et fragile, il est peu recommandé d'employer un dilatateur à deux ou trois branches, instrument trop brutal.

La curette ramènera une plus ou moins grande quantité de débris de muqueuse utérine plus ou moins hypertrophiée, de fongosités, etc... En général, la curette ramène peu de choses et cependant le curettage nous a toujours paru indiqué aussi bien lorsqu'il s'agissait de métrite que d'amputation du col pour stérilité. Il permet en effet de pouvoir pratiquer un grand lavage intra-utérin avec un antiseptique faible telle que l'eau oxygénée très diluée, puis d'écouvillonner la cavité utérine et d'en badigeonner le revêtement avec un liquide modificateur tel que la glycérine créosotée au dixième. Une petite mèche est placée provisoirement dans la cavité intra-utérine.

Deuxième temps. — Amputation du col. Section aux ciseaux par discision latérale des deux lèvres du col jusqu'au fond du cul-de-sac. L'opérateur est souvent gêné par le suinte-

ment sanguin en nappe qui se fait de toute la surface cruentée des deux valves ainsi produites. Nous usons d'un petit artifice qui consiste à injecter avant la discision une solution d'adrénaline dans chaque lèvre du col : 5 centimètres cubes en avant, 5 centimètres cubes en arrière, 5 centimètres cubes à la commissure droite, 5 centimètres cubes à la commissure gauche ; en moins d'une minute, les lèvres deviennent presque exsangues et l'opération peut se dérouler sans que l'aide ait besoin d'éponger. Nous ferons justice du reproche que l'on a pu adresser à cette technique : certains chirurgiens craignent qu'une hémostase temporaire ainsi obtenue ne se maintienne pas et ouvre la voie à des hémorragies secondaires du col. Cette complication ne nous est jamais arrivée et nous pensons que si les points de suture sont placés profondément tels qu'ils doivent l'être, ils assurent une coaptation suffisante des lambeaux pour qu'aucune hémorragie ne puisse se produire ; d'autre part avec la solution d'adrénaline que nous employons, soit 25 gouttes de la solution au millième dans 25 à 30 centimètres cubes de sérum physiologique, il n'y a pas à craindre de voir se produire le sphacèle consécutif d'un lambeau par ischémie.

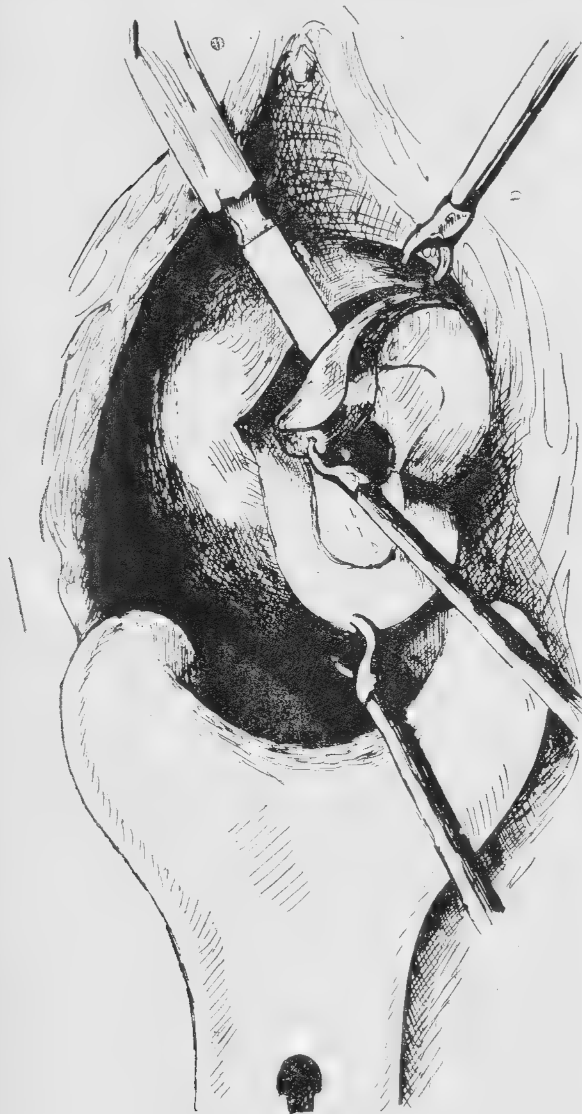


Fig. 9. — Procédé de Jayle.

On se trouve alors en présence de deux valves opposées l'une supérieure, l'autre inférieure : la lèvre supérieure et la lèvre inférieure du col.

La muqueuse du canal cervical étant ainsi exposée, est conservée dans ses deux tiers postérieurs, le bistouri la respecte et attaque immédiatement en dehors de cette portion. Il sectionne profondément tout autour, d'abord à gauche, puis en avant, puis à droite, en ayant soin de creuser le plus profondément possible au niveau des commissures (*Fig.* 8).

Revenant alors en avant, le bistouri sectionne en pleine muqueuse vaginale la lèvre antérieure du col, et descend obliquement de chaque côté et profondément vers l'angle de la commissure. La tranche ainsi retirée laisse une portion vaginale du col largement entamée, avec un fragment de muqueuse du canal cervical qui va s'extérioriser lorsqu'elle sera suturée à la muqueuse vaginale ; il n'est pas téméraire de penser avec Pozzi, qu'il se produira peu à peu une transformation de la muqueuse cervicale en muqueuse vaginale, cette muqueuse se kératinisera dans les semaines qui vont suivre ; l'épithélium cylindrique deviendra de l'épithélium stratifié, du type vaginal supérieur et les glandes disparaîtront.

L'excision ainsi pratiquée, une aiguille montée traverse le plus loin possible la lèvre vaginale du col, prenant en masse tous les tissus, et vient charger le fragment de la muqueuse cervicale qui a été préparée. Les deux fragments ainsi réunis sont exactement rapprochés et le fil d'argent serré. On place immédiatement deux autres fils, un de chaque côté du précédent (*Fig.* 10).

On passe ensuite à la lèvre postérieure du col pour laquelle la même manœuvre est répétée. Trois fils d'argent sont également serrés, il ne reste plus qu'à extérioriser le plus possible la muqueuse cervicale en la suturant à la face externe de la partie vaginale des deux lèvres. Au niveau des commissures les fils sont placés de la même façon que pour le reste du pourtour, contrairement à ce qui a lieu dans les autres procédés où chose assez illogique, après avoir sectionné et agrandi les commissures en écartant les lèvres, on les rétrécit ensuite en rapprochant les lèvres par des points de suture. C'est là une grande modification apportée aux techniques classiques et en particulier au procédé de Simon-Marckwald, dont par ailleurs se rapprocherait le plus la technique de Jayle.

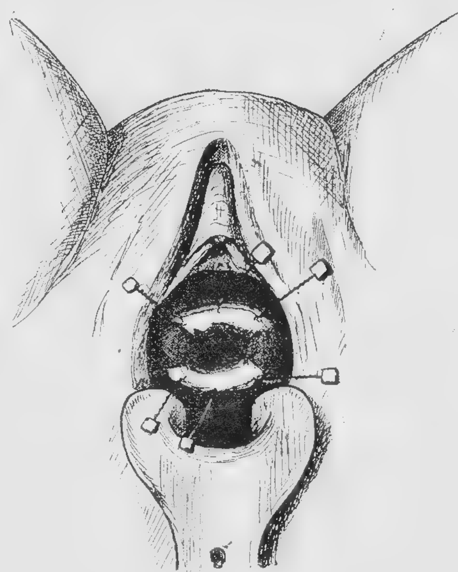


Fig. 10. — Procédé de Jayle.

Il faut compter sept à huit fils au niveau de chaque valve pour avoir une suture satisfaisante.

On obtient ainsi une collerette de muqueuse cervicale extériorisée et coaptée à ce qui reste de muqueuse vaginale du col (*Fig.* 11).

Les fils d'argent sont sectionnés après avoir été rapprochés en masse dans un plomb pour la lèvre supérieure et dans un autre plomb pour la lèvre inférieure, manœuvre utile pour ne pas blesser les parois du vagin dans les jours qui vont suivre.

◆◆◆

Une mèche à l'iodoforme ou au peroxyde de zinc est glissée dans la cavité utérine ou elle restera quarante-huit heures ; une autre mèche est placée dans la cavité vaginale.

Suites opératoires.— En général très simples. Après ablation de la mèche intra-utérine et changement de la mèche vaginale, les fils d'argent sont retirés le dixième ou le douzième jour. La difficulté que l'on rencontre quelquefois pour l'ablation de ces fils lorsqu'il s'agit d'une malade pusillanime ou d'une malade à vagin étroit et long (ce qui n'est pas rare dans certains cas de dystrophie génitale) fait que l'on peut remplacer les fils d'argent par des sutures au catgut que l'on abandonne ensuite. La cicatrice est moins belle et demande quelques pansements complémentaires.

Résultats.— Les résultats obtenus grâce à cette technique ont été très satisfaisants. Jayle qui a un grand nombre de fois usé de ce procédé et en est très content, n'a pu nous donner pour notre conférence sa statistique complète, mais il estime que dans un tiers des cas, des grossesses ont pu survenir.

Personnellement nous avons employé ce procédé d'amputation du col dans trente-cinq cas, tant à l'hôpital qu'en clientèle privée, aussi bien pour des métrites cervicales in-



Fig. 11. — Procédé de Jayle.

terminables chez des jeunes femmes jusque-là stériles qui désiraient avoir un enfant, que pour des malformations du col utérin. Dans un cas il s'agissait d'une femme approchant de la quarantaine qui avait eu jadis un enfant, avait fait ensuite une métrite, soignée sans succès pendant plusieurs années, et par de multiples moyens, avant de nous consulter ; le curettage et l'amputation du col lui ont permis de mener une nouvelle grossesse à terme.

Nous avons complètement perdu de vue quatre de nos opérées. Pour les autres, la guérison de la métrite est toujours survenue dans les mois qui suivi l'opération ; il faut quelquefois cinq ou six mois pour constater l'arrêt définitif des pertes blanches ou des écoulements muco-purulents : en général cette suppression est obtenue en trois mois. Il faut pouvoir surveiller ces opérées en les faisant revenir tous les mois.

Dans onze cas, une grossesse s'est produite. et toujours celle-ci a pu être menée jusqu'à terme, ce qui met ce procédé à l'abri du reproche d'avortement fait à d'autres méthodes.

L'accouchement enfin s'est toujours passé normalement quant aux temps préparatoires de la dilatation du col.

Dans un cas, justement chez la malade déjà citée qui avait suivi toute une variété de traitements, y compris des cautérisations du col, la dilatation ne semblait pas pouvoir se faire au delà d'une pièce de deux francs, et mon ami Henri Vignes, qui devait accoucher la malade, envisageait la possibilité d'une césarienne, quand en quelques minutes, la dilatation s'étant faite complète, l'expulsion de l'enfant eut lieu normalement. Il est certain que les traitements effectués sur le col avant l'amputation avaient dû en modifier la structure essentielle, et l'amputation n'eût sans doute été pour rien dans cette dystocie.

CLINIQUE MÉDICALE

Ulcère de l'estomac et Tabes (1)

par M. le Prof. **Maurice LOEPER**

Les crises gastriques constituent un accident fréquent au cours du tabes. Leur description est depuis longtemps classique ; l'intensité des douleurs, l'abondance des vomissements, l'asthénie profonde en forment les caractères cliniques essentiels. Le début brusque, l'évolution rapide, la terminaison subite, donnent à la crise gastrique l'allure d'une manifestation paroxystique toujours très spéciale et qui prend toute sa valeur, lorsqu'elle est associée aux autres signes de la série tabétique.

La crise peut offrir cependant des particularités cliniques intéressantes : je laisse de côté les formes intestinales, entéralgiques, mucorrhéiques, que j'ai étudiées en 1910 (2) où la réaction gastrique passe au second plan. Suivant la prédominance d'un des trois signes habituels de la crise gastrique, on a décrit des formes *douloureuses*, *météoriques* et *émétisantes*, qui sont encore toutes paroxystiques et fugaces.

On connaît aussi quelques *formes prolongées*, qui persistent pendant dix, quinze jours, et jusqu'à six mois, et dans lesquelles l'affaiblissement, l'asthénie, sont portés au plus haut degré.

J'ai décrit enfin avec M. Oppenheim des réactions douloureuses, moins persistantes, rythmées par l'alimentation et qui réalisent une *forme dyspeptique* (3).

A l'origine de tous ces états, violents ou discrets, brusques ou même prolongés, on ne peut guère invoquer de lésion de la paroi gastrique ; on est en droit d'incriminer l'atteinte des fibres gastriques du plexus solaire, de ces fibres fines qui viennent du sympathique et qui sont des fibres sensitives, parfois même des fibres du pneumogastrique dont la lésion, admise par certains, a été fort discutée par d'autres. Ces lésions nerveuses, névritiques du tabes, sont susceptibles, à elles seules, de provoquer des réactions douloureuses ou dyspeptiques, une certaine « arythmie » (Loeper) ou « dystonie » (N. Fiessinger) de l'estomac, résultant du déséquilibre vago-sympathique, de l'excitation ou de l'inhibition d'un de ses éléments. On peut presque affirmer que, dans les manifestations gastriques du tabes, crise aiguë classique ou état dyspeptique, la

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, service du Prof. Achard, le 10 février 1933, recueillie et rédigée par M. Lesobre externe des hôpitaux.

(2) M. Loeper. — Les crises entéralgiques du tabes. *Semaine Médicale*, 1910, et Leçons de Path. digestive, 2e Série, Masson 1910.

(3) Loeper et Oppenheim. — La dyspepsie tabétique. *Semaine Médicale*, 1911, et Leçons de Path. digestive, 3e Série, Masson 1913.

lésion nerveuse est le facteur fondamental et à peu près exclusif.

Il est cependant des cas où ce facteur nerveux ne peut expliquer suffisamment les modalités de la crise et sa physionomie. Je veux parler d'abord des crises hémorragiques, des « crises noires » (1) pour reprendre l'expression de Charcot, Vulpian, Fournier. Ces crises posent le problème de l'association au tabes d'un facteur anatomique local, d'une lésion de la paroi gastrique, que je vais maintenant étudier.

Les observations qui mettent en évidence cette modification locale s'espacent sur quarante ans seulement ; elles ont bien des caractères communs mais les faits qu'elles soulignent ne sont pas tous du même ordre. Elles vont de la congestion à l'ulcère en passant par la gastrite. Aussi considérerai-je d'abord les lésions les plus dégradées, pour arriver à la lésion maxima : l'ulcère.

***

Dans un premier ensemble de faits, c'est la *congestion de la muqueuse gastrique*, constatée à l'examen opératoire ou nécropsique, qui rend compte des anomalies de la crise et en particulier de sa tendance hémorragique.

Des observations furent rapportées par Zohrab, Defève, Lehman, Dalle, Vallas et Cotte (2), etc.

Un trait est commun à toutes ces observations : l'existence d'une vaso-dilatation très étendue, d'une congestion marquée de la muqueuse, parfois même d'une distension considérable des veines stomacales, constatée par Vallas et Cotte au cours d'une intervention. Tous ces faits nous apportent la preuve d'un phénomène vasculaire plus que d'une lésion. Et ce phénomène vasculaire explique à la fois la congestion en nappe, l'irruption du sang dans la cavité gastrique et aussi l'hématémèse. Mais il peut fort bien dépendre de lésions nerveuses, que la dilatation vasculaire provienne d'une excitation du vague ou d'une paralysie du sympathique.

Un tel mécanisme est d'autant plus probable qu'il intervient déjà et sûrement dans la production d'autres phénomènes cutanés ou viscéraux les plus variés, observés au cours du tabes. La thèse de Rousselier (3) attire l'attention sur ce point. Le trouble vaso-moteur, surpris en quelque sorte sur le fait par Vallas et Cotte (4), au cours de leur intervention se retrouve dans d'autres manifestations : congestion de la face, urticaire, érythromélalgie (Collins), purpura (Brissaud), épanchement séro-hémorragique articulaire (Brissaud), hématurie (Raymond et Oulmont), hémoptysie même (Hallopeau) (5). Enfin, certains auteurs (Poliakoff, Bensaude et Singer), ont signalé, grâce à l'endoscopie, des congestions rectales, avec hémorragie en nappe.

Au-dessus, puis-je dire, de cette congestion gastrique, il faut signaler la *gastrite vraie*, gastrite hémorragique, qui explique la gravité de certaines crises tabétiques où l'hématémèse abondante a entraîné la mort. Ainsi c'est le cas de Rougier et Roger (6), et de celui de Hudelo et Rabut (7), où l'hémorragie foudroyante ne permit pas à Lecène d'opérer ; celui aussi de Crouzon (1), qui le premier, dès 1906, à l'Hôtel-Dieu, insista sur les lésions de gastrite accompagnant les hémorragies. Ces lésions de gastrite simple ne peuvent d'ailleurs être observées que rarement, car la muqueuse perd promptement ses caractères histologiques après la mort.

Dans quelques cas, d'ailleurs, il ne s'agit plus de gastrite, mais de lésions plus localisées : infiltrations lymphatiques, *pseudo-gommeuses*, au voisinage desquelles des lésions artérielles, spécifiques ou simplement athéromateuses, peuvent être suspectées de rupture et d'hémorragie. La preuve syphilitique de ces lésions, de ces artérites, voire de ces nodules n'a pu être exactement établie.

***

A un degré de plus enfin, voici l'*ulcus vrai* que l'on peut certainement et plus fréquemment qu'on ne croit, observer chez le tabétique. Les rapports de l'ulcère et du tabes dans la pathogénie des crises gastriques donnent lieu à plus d'une discussion (2). Je les aborderai maintenant à l'occasion d'un cas récemment observé dans mon service.

Observation. — Mme Louise Esu..., âgée de 58 ans, entre à la salle Lamy (n° 6) le 1er novembre 1931. Ce sont des douleurs abdominales intenses, des vomissements abondants qui amènent cette femme à l'hôpital.

Le début, extrêmement brusque remonte au 28 octobre 1922. Depuis six jours, les douleurs diffuses, mais surtout épigastriquesont persisté, avec des paroxysmes, mais sans interruption. Les vomissements se sont produits dès les premières heures de la crise.

Lorsque la malade est examinée le 2 novembre, on est frappé par l'intensité de l'asthénie, de sorte que l'interrogatoire reste alors assez imprécis. Les nausées sont incessantes ; les vomissements sont abondants, aqueux, bilieux ; mais on y distingue quelques filets de sang rouge, indiscutables.

Deux crises analogues se sont déjà produites, en 1920, nécessitant une hospitalisation de quinze jours, et en 1931, persistant pendant trois semaines. Mais ces crises n'ont pas comporté de gastrorragie. Chaque fois, une ponction lombaire a été faite, dont le résultat n'est pas connu de la malade. Celle-ci, d'ailleurs, ne paraît pas avoir jamais été traitée. Entre les crises, elle n'éprouve aucun trouble digestif, sinon une constipation modérée.

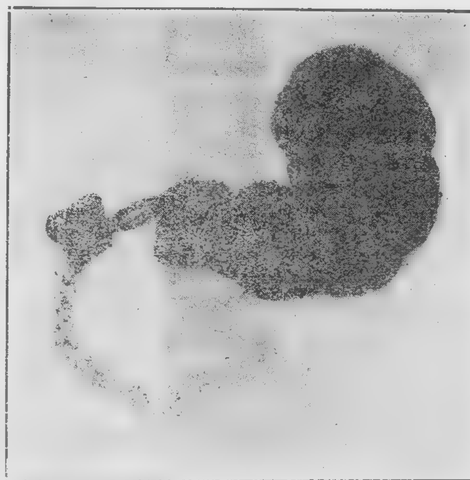


Fig. 1. — Radiographie de l'estomac dans un cas d'ulcus associé au tabès. Le pylore semble plus effilé que normalement.

---

(1) Charcot. *Gaz. Méd. de Paris* 1889 p. 457-461. — Vulpian. Leçons, Tome II p. 271-311.

(2) Zohrab, Thèse de Lyon 1885. — Vallas et Cotte. Soc. Méd. des Hop. Lyon, 26 mars 1906. — Defève. Thèse de Lyon. 1898-1899, n° 8. — Lehman. Thèse de Paris, 1911-1912, n° 28. — Dalle. Thèse de Paris, 1911-1912, n° 195.

(3) Rousselier. — Thèse de Montpellier, 1911.

(4) Vallas et Cotte. — *Loco citato*.

(5) Lerat. Thèse de Paris, 1891, n° 33 et Brissaud : Leçon clinique, 1895, p. 307 — Raymond et Oulmont, *Gaz. Méd. Paris*, 1881, p. 538.

(6) Rougier et Roger. — *Montpellier Médical*, 16 juin 1911.

(7) Rabut et Hudelot. — *Presse Médicale*, XXXVI, 13 juin 1928, p. 739.

(1) Crouzon. — Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu. Conférences du mercredi, 1904, p. 230.

(2) Simonyl. — Tabes dorsal et ulcus gastrique. *Gyogyaszat*, 1922 p. 552.

De plus, il faut noter une fracture quasi spontanée de la région malléolaire droite survenue en 1930, et consolidée avec une importante déformation.

L'examen de l'abdomen, lors de la crise, ne montre, à l'inspection, aucune modification notable ; ni rétraction ni météorisme. Spontanément, la malade localise à l'épigastre le maximum de ses douleurs, sourdes, profondes, continues. La palpation ne les exagère pas. Il n'y a aucune contracture. La sensibilité cutanée est normale.

Le foie et la rate sont normaux.
La température est à 37,8 au début.
Le pouls, plein, régulier, bat à 68.
Le R. O. C. est nul. La T. A. est de 18/8.
Il existe des signes de tabes.
Inégalité, irrégularité des pupilles.
Signe d'Argyll Robertson bilatéral.
Abolition des réflexes rotuliens et achilléens.
Hypotonie assez marquée.
Fracture spontanée consolidée du tibia.

Mais c'est un tabes fruste :

Sans ataxie ni dysmétrie, ni troubles de la sensibilité profonde, sans signe de Romberg.
Les réflexes des membres supérieurs sont normaux.
Il n'existe pas d'autres crises viscérales, pas de douleurs fulgurantes ni constrictives.
Le B.-W. sanguin est négatif.
Il n'y a pas de réaction méningée.
L. C. R. albumine = 0 gr. 22.
Cytologie = 1 lympho par mm. c.
Bordet-Wassermann négatif.

Par ailleurs, l'examen reste négatif ; pas de leucoplasie, d'atteinte hépatique ni rénale.

En somme, il s'agit d'une crise gastrique durable avec gastrorragie légère au cours d'un tabes que les réactions méningées ne montrent nullement évolutif ; l'attention était dès lors attirée sur la possibilité d'une lésion gastrique à quoi l'on put attribuer l'apparition de la crise, sa durée, son caractère hémorragique. Les examens complémentaires pratiqués alors que la crise s'atténuait, sous l'influence du traitement, ont permis d'affirmer l'existence d'un ulcère juxta pylorique.

Un tubage gastrique le 15 décembre, a montré dans le liquide résiduel :

H = 0,5
F = 0,3
C = 0,2 et une réaction de Meyer légèrement positive.
A = 1



Fig. II. — Même observation. — Radiographie faite en fin de crise. Le bord supérieur du pylore est rigide.

Après repas d'épreuve :

H = 0,2
F = 0,1
C = 0,5 et une réaction de Meyer négative.
A = 0,9

Deux radiographies (en position debout et couchée) ont montré une anomalie du bord supérieur du canal pylorique Fig. I et II).

Mais surtout une gastrophotographie, pratiquée à l'hôpital Beaujon, a permis au Docteur Porcher d'affirmer l'existence d'un ulcère rond au voisinage du pylore. Le cliché ne peut être reproduit tel quel car il est peu explicite (Fig. III). Le dessin de M. Vallois est un peu schématisé mais exact. Il montre nettement l'ulcère, près du pylore, bien limité et distinct de la muqueuse saine. En somme une crise douloureuse qui rappelle celle du

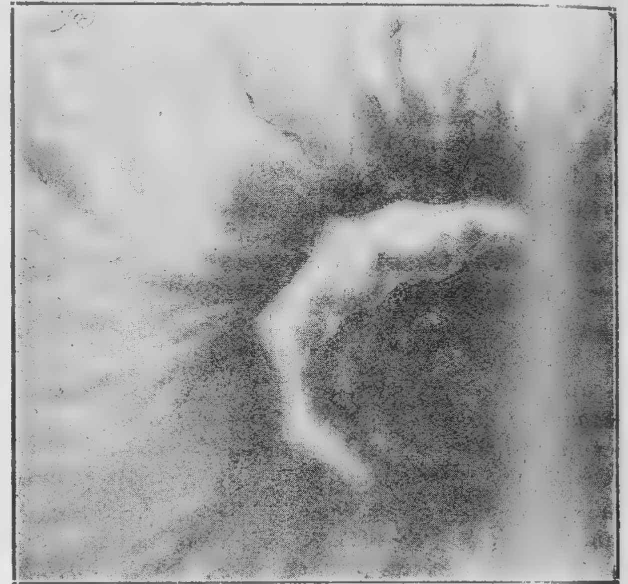


Fig. III — Gastrophotographie (Dr Porcher). Dessin d'après la photographie. Une zone saillante, claire, presque brillante, accentuée quelque peu et schématisée par le dessinateur, entoure en demi-lune une cavité noire qui doit être très probablement l'antre pylorique.

tabes, mais qui est plus prolongée qu'elle, un ulcus hémorragique dont les douleurs sont moins rythmées que celles d'un ulcus banal mais plus permanentes aussi.

Notre malade, a été soulagée par des injections de morphine et surtout d'atropine, qui apaisèrent rapidement les douleurs. Elle est actuellement guérie. Le traitement spécifique appliqué dès le début n'est pas étranger à cette guérison : il a consisté en trois mois dans huit injections de cyanure de mercure et quatorze injections de Quinby.

* * *

Cette observation d'ulcère vrai chez une tabétique n'est certes pas isolée. Mais la fréquence d'une telle association est diversement appréciée par les auteurs.

Weichselbaum rencontre trois cas d'ulcus chez quinze tabétiques ; Crohn (1) deux cas dont un duodénal assez frappant vérifié à la radiographie.

Rebattu, Grivet et Gardère constatent dans une autopsie, à côté des zones ecchymotiques banales, deux ulcus gastriques dont un en évolution. Ewald, en 1910, avait noté dans le fond d'un ulcère cicatrisé, une artériole ouverte responsable de l'hémorragie mortelle.

Pfitzner cite quatre cas d'ulcère. Exner et Schwarmann, affirment l'existence de lésions ulcéreuses six fois sur dix au cours du tabes ; Simonyl arrive au même chiffre.

Au total, s'il est établi que l'ulcère gastrique n'est pas un accident exceptionnel chez le tabétique, sa fréquence réelle est diversement estimée et ne peut guère être précisée.

A plus forte raison la discordance entre les auteurs est-elle très profonde quand on aborde la pathogénie de l'ulcère chez le tabétique. Plusieurs interprétations plausibles ont trouvé des défenseurs. Mais il faut remarquer qu'il est difficile de pénétrer le déterminisme de l'ulcère

(1) Crohn. *J. of the American Med. Assoc.*, 24 [illegible] 1931, p. 2023. — W[illegible] Suman. *Ibid.*, 18 fév., p. 508. — Ewald. *Réf.* [illegible] *Med.* 1910, p. 829.

BIBLIOGRAPHIE

Le Nouveau Savoir-écrire, par Paul REBOUX. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris, un vol. in-16, prix 12 francs.

Paul Reboux qui, avec une ironie soutenue enregistre ou prédit les réformes et évolutions de nos mœurs et de notre civilité vient de publier un petit recueil de modèles de lettres, comme il avait écrit un manuel du nouveau savoir-vivre. Comment écrire pour demander un prêt d'argent ? Comment refuser ce prêt ? Comment s'excuser d'avoir manqué un rendez-vous ? Comment rédiger des félicitations qui aient un peu d'originalité et des condoléances qui soient émouvantes ? Comment féliciter pour une décoration ? Comment s'excuser de ne pas rembourser un prêteur ? Comment offrir un chèque sans brutalité ? Comment séduire ? Comment rédiger des lettres d'amour ? Comment rompre ? Comment écrire à son député pour étouffer une fâcheuse affaire d'attentat à la pudeur ? etc.... On trouvera tout cela dans ce *Nouveau Savoir-écrire* où à chaque problème posé par les obligations de la vie à la moderne correspond une solution « tranchante ».

Henri VIGNES.

Actualités médico-chirurgicales. (*Deuxième série*), quatorze conférences par les chefs de clinique. Préface du Professeur Léon IMBERT. Un volume de 282 pages, 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Une première série de ces conférences a déjà été publiée précédemment avec succès.

On trouvera dans ce volume une mise au point de quelques grandes questions de la pratique actuelle, intéressantes pour le praticien et dont la solution reste discutée.

L'ultravirus tuberculeux. NOUVELLES ACQUISITIONS SUR LA BIOLOGIE DU VIRUS TUBERCULEUX ET SUR LA PATHOGÉNIE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE, par A. FONTES. (Un volume de 108 pages avec 5 planches hors texte en couleurs 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Le premier chapitre de cet ouvrage est consacré à l'exposé des expériences démontrant l'existence de la forme filtrante du bacille de Koch et à l'exposé des idées actuelles: sur le cycle évolutif de ce germe.

Dans les chapitres suivants, l'auteur expose ce que nous connaissons du pouvoir pathogène des éléments filtrables. Ceux-ci sont loin de produire les lésions classiques ; il est très difficile de retrouver la forme acido-alcoolo-résistante bacillaire du virus tuberculeux, et c'est justement le Professeur Fontès qui eut le mérite immense d'inaugurer une nouvelle technique (celle des inoculations en série), permettant de retrouver ces formes. D'ailleurs, il existe encore dans cette étude des lésions produites par les éléments filtrables du bacille de Koch de nombreux points à éclaircir, et l'auteur parle avec juste raison des infections tuberculeuses latentes, occultes et inapparentes.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude de l'hérédo-infection tuberculeuse. Ici encore, le Professeur Fontès, dès 1910, avait prévu qu'il devait exister une hérédité de la tuberculose, par le germe.

Dans les deux derniers chapitres de son livre, l'auteur expose nos connaissances actuelles et ses conceptions personnelles sur les formes granulaires des bactéries autres que le bacille de Koch. Il envisage, en particulier, le cycle évolutif des germes, leur mode de reproduction, la possibilité de diagnostic des maladies infectieuses en période d'incubation.

Une bibliographie très complète termine cet ouvrage.

L'Evolution psychiatrique. Tome III. Fascicule I, chez Maloine, 1933.

Dans ce nouveau volume se retrouvent les qualités des précédents : compétence des auteurs, actualité des sujets, et sens aigu de l'observation clinique. Je puis aussi ajouter esprit critique impeccable. Je félicite donc et le secrétaire général de cette publication et les auteurs.

Le Docteur Codet parle des traitements d'inspiration psychanalytique voulant dire par là qu'il s'agit de l'application voulue par le médecin des notions que se dégagent de l'œuvre de Freud et de ses continuateurs dans le traitement des psycho-névroses sans mise en œuvre de la technique habituelle. Dans une psychanalyse bien conduite, il convient de dissocier et de mettre à jour le plus grand nombre de mécanismes, de substitutions symboliques, et en un mot de remonter aussi loin et exactement que possible à la source du mal. Ici, au contraire, le médecin sollicité pour des symptômes gênants déterminés, cherche essentiellement à les apaiser et à rendre la vie acceptable à l'aide de conversations psychothérapiques.

Tout praticien, qui n'est pas un fervent de la psychanalyse freudienne, peut et doit utiliser le mode d'investigation préconisé par Codet : c'est-à-dire provoquer des conversations, des confidences susceptibles de faire apparaître la véritable situation affective de certains névrosés. Pour se rendre compte de la valeur pratique de ce procédé, il suffit de lire attentivement les observations cliniques qui figurent dans ce mémoire. Elles marquent également la manière de procéder.

Le Docteur Hesnard esquisse une étude sexologique commune à la clinique, à la psychologie, à la et à la biologie ; celle des rapports de l'homosexualité avec l'endocrinologie. Après avoir étudié l'homosexualité, à ses différents points de vue clinique, psychiques, anatomiques, etc., Hesnard conclut que la science atuelle n'est pas encore parvenue à démontrer l'origine de l'homosexualité dans une simple perturbation endocrinologique. Celle-ci ne peut être affirmée la cause nécessaire et surtout suffisante du phénomène.

Certes, l'équilibre hormonique joue un rôle, mais il est impossible d'en définir les limites, et pour H., l'homosexualité relève autant, sinon bien davantage, d'inhibitions nerveuses qui font de l'inverti bien plutôt un impuissant de l'hétérosexualité qu'un hermaphrodite de l'instinct. Ce mémoire a d'autant plus de valeur que nous savons tous la compétence indiscutable de l'auteur sur ces matières.

Le Docteur Minkowska, s'appuyant sur un examen minutieux de la vie de Van Gogh, de son comportement, de l'évolution, de sa technique, démontre que toute son activité représente avec des phases successives une unité incontestable. La vie, la psychose et l'œuvre du peintre s'unissent en un tout indivisible. Des illustrations accompagnent cet exposé qui fait honneur à l'esprit critique et clinique de notre confrère.

Le Docteur Pichon, psychanalyste éminent, parle de la psychanalyse dans l'art médical et conclut qu'il y a lieu de distinguer : 1° les notions psycho-pathologiques que Freud a intégrées à son corps de doctrine ; 2° la

méthode soumise à la règle fondamentale de non-omission ; 3° la qualité des personnages appliquant la méthode. Certes ces notions sont prises en totalité ou en partie par des praticiens ce qui n'empêche la méthode d'être une acquisition des plus précieuses. En tout cas, le psychanalyste doit être un homme préparé à cette tâche et particulièrement scrupuleux. Ce sont là, reconnaissons-le, des principes pleins de sagesse et que doivent méditer ceux qui se disent psychanalystes sans un effort préalable.

G. P.-B.

L'Année psychologique (32e année, 1931). Deux volumes de la Bibliothèque de philosophie contemporaine (Alcan, éditeur), sous la direction du Professeur Henri PIÉRON.

Depuis plus de trente ans que paraît cette revue, son intérêt n'a pas diminué et sa perfection s'est sans cesse accrue. Le Professeur Piéron, avec une activité inlassable, réussit à fournir une idée exacte du mouvement psychologique mondial. On y lit les mémoires suivants : « la sensation chromatique. Données sur la latence propre et l'établissement des sensations des couleurs » (mémoire basé sur les expériences que poursuit sur ce point M. Piéron). « La complexité des impressions de mouvement d'ordre visuel », par G. Durup ; « l'Emotivité et la chronaxie de subordination », en collaboration de M. Toulouse, d'Heucqueville et Léoussikine ; « les rythmes nerveux et les oscillations de relaxation », de Fessard.

Les mémoires précédents visent la psycho-physiologie. La psychologie du travail et de l'apprentissage voit à son actif trois nouvelles contributions : un mémoire de M. Foucault sur : Le travail mental sans mouvements, qui complète les travaux précédents de l'auteur sur cette question, un autre de A. Chweitzer sur : l'Etude expérimentale de la courbe d'apprentissage, et une note de E. Schreider qui envisage avec une fine pénétration le rôle de quelques phénomènes d'ambivalence et de refoulement dans la psychologie du travail. La psychologie animale est représentée par un travail original de F.-L. Ruch sur l'Appréciation du temps chez le rat blanc. Enfin, un dernier mémoire se rapporte au domaine de la sélection professionnelle par l'emploi des méthodes psychotechniques, celui de J.-M. Lahy et S. Korngold sur la Sélection des opératrices de machines comptables.

A cette partie originale s'ajoute, qui tient du moins quantitativement la première place, une partie de comptes rendus bibliographiques, très importante comme toujours. Cette année vingt-cinq collaborateurs ont apporté leur travail à la rédaction de seize cent soixante-dix analyses qui traduisent le mouvement psychologique du monde entier en 1931, par le dépouillement méthodique de 141 périodiques de toutes langues ; sans compter les volumes proprement dits. L'instrument de travail qu'est l'Année psychologique, continue donc par la publication de ce nouveau tome, à s'avérer comme le plus important qui paraisse en France et sans doute en Europe. Enfin, il faut citer la Chronique toujours si vivante et bien documentée de H. Piéron, et dans la correspondance une lettre importante de C. Spearman, contenant, un Appel à la collaboration en psychologie individuelle.

G. P.-B.

chez le tabétique, quand l'ulcère vrai, maladie autonome et fréquente, reste lui-même encore d'un mécanisme bien obscur.

La première hypothèse que l'on peut former pour expliquer l'ulcus au cours du tabes consiste à voir en cette lésion la conséquence de l'altération du pneumogastrique souvent réalisée pas le tabes. Cette hypothèse trouve des arguments importants dans le rôle physiologique du vague. Le vague est le nerf moteur de l'estomac ; son excitation active la sécrétion des glandes, et peut provoquer le spasme douloureux de la paroi. Il exerce aussi une action trophique ; son excitation diminue la leucopédèse (Loeper et Marchal) (1) phénomène assez inattendu et avant nous inconnu. Or, dans le tabes, le vague est fréquemment altéré; le réflexe oculo-cardiaque ne détermine le plus souvent aucun ralentissement du rythme, sauf, précisément, dans certaine crises gastriques assez rares, qui représentent vraiment des crises vagotoniques. On y comprend l'action favorable de l'atropine qui paralyse le pneumogastrique.

Il est d'autres arguments encore qui tendent à faire admettre l'origine vagale de l'ulcération gastrique : les uns sont expérimentaux ; les autres anatomo-pathologiques.

Corazzo, Zironi, Wertheimer ont procédé à la vagotonie sur des animaux multiples : grenouilles, cobayes, lapins, chiens. Leurs résultats ne sont pas concordants. Zironi obtient dix-neuf ulcérations sur trente-deux animaux ; Wertheimer n'en observe qu'une fois sur neuf (2). Il serait d'ailleurs imprudent d'étendre à l'homme les données de l'expérimentation réalisée sur de petits animaux et nécessitant des manœuvres délicates.

D'autres auteurs (Friedmann et Nicolayer), provoquent des ulcérations de la muqueuse chez soixante lapins en injectant de la pilocarpine. La pilocarpine est un excitant du vague. Ainsi l'excitation et l'hypertonie, la paralysie et l'hypotonie du vague pourraient déterminer l'une et l'autre l'apparition de l'ulcère, ce qui est un peu troublant.

D'autres recherches font état des lésions histologiques du vague constatées chez des sujets qui avaient présenté des crises gastriques tabétiques (3).

Dans le tabes cette névrite est connue ; Buzzard, Leyden, Oppenheim, ont insisté sur la sclérose du vague ; Pierret a suivi ces altérations sur tout le trajet du nerf et jusqu'à ses connexions dans le quatrième ventricule. Landouzy, Déjerine les admettent sans conteste. Gache, par ailleurs, a étudié attentivement les lésions des filets terminaux du nerf dans la paroi gastrique. Sur la coexistence de lésions du vague et d'ulcus chez des tabétiques, nous avons les constatations de Exner, de Heyrovski, mais ces auteurs se demandent si la lésion nerveuse n'est pas consécutive à l'ulcération pariétale comme l'est la gastronévrite de l'ulcus dans les recherches de Loeper, Latarjet et d'autres auteurs.

Devant ces difficultés, on a invoqué l'hypersensibilité des syphilitiques. Pour certains auteurs le syphilitique est allergique. J'ai constaté après d'autres qu'il réagissait à toutes les injections dermiques même et surtout à la pepsine. L'ulcère gastrique ici pourrait donc être un phénomène d'« allergie syphilitique ». Hypothèse valable mais insuffisamment étayée.

(1) Loeper et Marchal. La leucopédèse gastrique. *Annales de Méd.*, 1824. — Sainton et Tronc. Les crises gastriques tabétiques. *Gaz. des Hôp.*, 1908, p. 183.

(2) Voir M. Loeper. — Le pneumogastrique et l'estomac, *in* Sergent : Questions cliniques d'actualité, deuxième série, Masson.

(3) Loeper, Debray, Michaux et Sainton. — *Presse Médicale*, 1930.

Pour d'autres enfin, l'ulcère ne dérive pas du tabes, maladie nerveuse, mais de la syphilis, maladie générale susceptible d'atteindre tous les organes, estomac et système nerveux. Et ils ne s'en étonnent point puisque l'ulcère vrai, maladie de Cruveilhier, reconnaît à leur avis la syphilis comme étiologie fréquente. J'avoue ne pas être aussi absolu ; la difficulté même m'a paru toujours très grande de reconnaître dans une lésion ulcéreuse de l'estomac, les caractères certains, indéniables, de la syphilis, alors même que les antécédents, les accidents concomitants, la réaction de Bordet-Wassermann, le tabes militaient en faveur de la syphilis (Loeper et Bory) (1).

Ainsi chacune des hypothèses pathogéniques rencontrent des difficultés, et jusqu'ici aucune d'elles ne peut être exclusive. C'est ce qui autorise Crohn à voir dans l'association du tabes et de l'ulcère une coïncidence fortuite. Sans doute cette conclusion, toute négative, apparaîtra-t-elle un peu facile, et surtout insuffisamment féconde. D'ailleurs, d'un point de vue plus pratique, plus étroitement clinique, on est conduit à retourner la question : à préciser dans quelle mesure la symptomatologie de l'ulcère est modifiée par le tabes, dans quelle mesure la crise douloureuse tabétique et son intensité, sa durée, ne sont pas modifiées par l'ulcus. N'y a-t-il pas dans la pathogie gastrique courante des gastronévrites qui succèdent à des ulcères authentiques et qui en dehors de tout signe de tabes, réalisent des crises tabétiformes durables et rebelles ? (Enriquez, Babinski, Savignac).

Et l'on se demande si l'existence d'une lésion durable, importante, profonde de la paroi gastrique, comme est celle d'un ulcus, ne favorisera pas l'apparition de ces crises tabétiques (Castaigne) qu'une purgation, une diarrhée mercurielle, a pu déclencher, qu'un tænia même a pu favoriser (Loeper, Marchal), et prolonger cette crise indéfiniment ou plus longtemps parce que la lésion qui lui donne naissance est durable et moins fugace qu'une colite, qu'une inflammation simple ou qu'une parasitose intestinale.

L'ulcération, par son évolution propre, est assez susceptible de provoquer la douleur, mais la névrite du vague exagérera cette douleur et imprimera à la crise ce caractère violent, brutal qui est l'essentiel de la crise tabétique.

Je conclus : Si l'ulcère n'est pas, sûrement et dans tous les cas, une lésion tabétique, il ne semble pas douteux que le tabes peut en favoriser l'apparition ; s'il n'est pas sûrement une lésion spécifique syphilitique, il n'est pas douteux que la syphilis peut le déterminer.

Mais si l'ulcère de l'estomac le plus banal entraîne volontiers des réactions névritiques, il les determinera plus facilement encore chez le tabétique que chez le sujet normal.

L'ulcus imprime à la crise une allure particulière et la prolonge au delà de ses délais habituels.

La crise tabétique modifie elle-même les signes de l'ulcus en leur donnant plus d'acuité.

L'intrication des réactions est aussi indiscutable au point de vue clinique que pathogénique ; il vaut mieux parler de l'ulcus chez les tabétiques que d'ulcus tabétique au sens strict du mot.

(1) Loeper et Bory. — *Journal Médical Français*, 1926, et M. Loeper. — Leçon de Path. digestive, sixième série, 1927.



MÉDECINE PRATIQUE

Botte ambulatoire et injections phlébosclérosantes dans le traitement de l'ulcère variqueux

par **Armand BACHARACH** (Lyon).

Depuis la mise au point du traitement sclérosant des varices, on a très naturellement étendu ce traitement à tous les cas de varices compliquées d'ulcère de la jambe, mais on en a quelque peu exagéré la valeur curative. Maints auteurs ont été jusqu'à affirmer que le traitement sclérosant constituait en somme la véritable thérapeutique étiologique de l'ulcère variqueux, dont la guérison dépendait en dernier lieu de la cure radicale des varices. La seringue est, en effet, une arme puissante, se maniant aisément et dont l'action s'exerce non seulement aux gros paquets variqueux mais s'étend facilement aux multiples ramifications périphériques.

Mais l'enlèvement aussi complet que possible des varices suffit-il pour guérir une plaie variqueuse ? C'est ce que nous voulons savoir. Nous préciserons de suite que nous entendons par « guérir » ici simplement « cicatriser », car nous savons trop, après dix ans d'expérience, combien les récidives sont nombreuses et nous éliminons cette question du cadre bien délimité de notre sujet.

Faute de place nous n'insisterons pas davantage sur l'importance qu'il faut avant tout attribuer au diagnostic. Disons seulement qu'il faut penser dans l'ulcère des jambes, en dehors des plaies variqueuses proprement dites, aux ulcères séquelles de phlébite, aux plaies syphilitiques variées dont la fréquence a été à maintes reprises soulignée par Favre (de Lyon), aux différentes lésions tuberculeuses, aux mycoses (sporotrichoses) ; les pyodermites, un simple ecthyma, des lésions secondaires d'origine glucosurique ou plutôt hyperglycémique, un érythème induré de Bazin peuvent également obscurcir le tableau. Dans notre étude nous avons éliminé tous les cas de phlébite ou de périphlébite, les hypertendus, les athéromateux, les tuberculeux, les syphilitiques, etc., ainsi que tous les cas douteux, et nous nous sommes limité aux cas d'*ulcère variqueux vrai*, ou du moins que nous avons cru devoir considérer comme tels. Dans une grande partie de ces cas il y a des altérations dystrophiques manifestes de sclérose dégénérante au niveau de l'ulcère. Souvent le malade avait tenté divers traitements avant de se présenter chez nous, mais ne s'étant pas soumis à un repos suffisant, ils ont échoué.

Les 362 cas d'ulcères variqueux sélectionnés de plus de 700 observations d'ulcères des jambes sont des cas traités à notre Dispensaire (1) et à notre cabinet de fin 1922 à fin 1932. Dans aucun cas il n'y a eu symbiose de l'ulcère avec d'autres affections pouvant en quelque sorte avoir une relation directe ou indirecte avec l'ulcère variqueux.

Nous ne nous arrêterons pas non plus aux divers traitements locaux dont la multiplicité est en quelque sorte une preuve de leur inactivité et qui jouent un rôle secondaire, purement palliatif ou préparatoire. Nous ne ferons qu'effleurer la valeur thérapeutique du repos et aborderons de suite la question plus importante de la valeur des traitements ambulatoires actuels par *botte compressive et sclérose des varices*, pour terminer, afin de conclusion, par une étude *comparative* des deux.

(1) Dispensaire antivariqueux simplement privé, réservé aux indigents, dirigé par nous de 1924 à 1930.

A) Traitement ambulatoire

I. Sa valeur. — Le repos absolu est le vieux traitement par excellence de l'ulcère variqueux. En lui associant un traitement local antiseptique ou cicatrisant ou vaccinothérapique (1), il faut se méfier des conclusions trop favorables en ce qui concerne ces derniers alors que le décubitus horizontal aura été la cause de la cicatrisation. Il peut paraître paradoxal à première vue qu'une méthode longuement éprouvée soit en peu de temps et de plus en plus remplacée par une autre diamétralement opposée. Qu'il s'agisse de la vieille botte d'Unna, ou d'un bandage compressif élastique fait à l'aide d'une bande en tissu caoutchouté, ou encore d'une botte ambulatoire quelconque, tous ces traitements sont animés par l'idée primordiale que la marche est utile pour la cicatrisation de l'ulcère. Nous aurons tout à l'heure à nous expliquer sur le mécanisme de ces pansements compressifs, mais disons de suite qu'au point de vue *thérapeutique* pur on en a quelque peu exagéré la valeur. Quelques auteurs affirment parfois que la cicatrisation se fait plus rapidement par le procédé ambulatoire. Ce fait très discutable nous paraît bien difficile à prouver. Nous avons vu, en effet, se cicatriser en moyenne d'énormes ulcères variqueux dans quatre à six semaines par le repos et nous mettons dans les cas analogues au moins autant sinon souvent bien plus par le traitement ambulatoire. Ne pouvant, d'autre part, traiter par les deux méthodes antagonistes à la fois, il est difficile d'avoir des critères absolus de comparaison. Dans les cas de plaies récidivantes par contre, nous avons à maintes reprises entendu dire par nos malades que nous mettions plus de temps. A notre avis, on peut dire qu'il est avant tout intéressant de constater que nous guérissons *en dépit* de toute absence de repos, et si la méthode ambulatoire est devenue une méthode thérapeutique intéressante dans le traitement de l'ulcère variqueux, c'est moins pour sa supériorité à la vieille méthode du repos absolu, que pour les avantages pratiques qu'elle donne aux nombreux ulcéreux de vaquer à leurs occupations. L'avantage de la méthode se manifeste donc surtout par l'intérêt économique bien plus que thérapeutique, et la question de la durée du traitement se place au second plan du moment que le malade peut sans hésiter continuer son travail. L'ulcère variqueux, maladie sociale, s'adressant avant tout à la classe des travailleurs, tire de la thérapeutique ambulatoire un avantage pratique manifeste. Loin d'être une solution définitive de la question si complexe d'un véritable problème social qui s'amplifie encore de par la multitude des récidives, elle marque, au moment de nos difficultés économiques et sociales surtout, un grand pas en avant dans la thérapeutique d'une maladie très répandue, qui encombre les services et constitue une véritable infirmité chronique.

II. Son mécanisme. — Le traitement ambulatoire n'a de la valeur que lorsque la jambe est *maintenue* et *comprimée*. Peu importe le moyen de resserrement ou de compression. Il va sans dire que les simples bandes de crêpe ou de tissu sont insuffisantes. Il faut appliquer des bandes en tissu caoutchouté dont la souplesse n'est pas exagérée ou mieux encore faire une véritable botte avec des bandes de tarlatane et une masse gélatino-amidonnée. On trouve ces bandes toutes prêtes dans le commerce, mais la routine individuelle permet, selon les habitudes personnelles, de modifier de la botte molle d'Unna jusqu'à la botte presque rigide sans atteindre pourtant la fermeté d'un bandage silicaté. L'adjonction de glycérine en quantité utile permet bien de régler la consistance du bandage, mais contrairement à certains auteurs, la valeur décongestionnante de celle-ci n'est pour rien dans la cicatrisation de la plaie. Les méthodes d'application ont été décrites à maintes reprises; nous n'avons pas à y revenir. Retenons seulement que la compression doit se faire de

(1) Buisson : Thèse Paris, 1929. — Tixier et Bize, Soc. méd. hôp. Paris, 9 juillet 1926.



la racine des orteils jusqu'au-dessous du genou, qu'elle doit être régulière et uniforme en évitant les faux plis. Il va sans dire qu'à chaque nouveau pansement, qui se fera tous les quatre ou huit jours, on se préoccupera de l'état de la plaie, que l'on aura soin de traiter localement par des applications de corps gras; dont on a l'embarras du choix, en tenant compte de la suppuration, de l'élimination plus ou moins abondante de tissu sphacélé, du bourgeonnement, etc., sans négliger les pourtours et en surveillant en un mot le caractère dermatologique des lésions à traiter. Comme dans le repos, la valeur des applications locales est bien relative et le bandage seul, en ayant soin de couvrir la plaie de gaze et de coton, pour éviter les souillures, fait tout le travail.

L'effet de la compression exercée par le bandage se manifeste le mieux à la marche et il est facile d'en comprendre le mécanisme. A l'encontre de la fameuse théorie du coup de bélier, que X. Delore a si brillamment exposé en 1894 au 8e Congrès de chirurgie à Lyon (1), Delbet et Mocquot (2) ont démontré que chez la plupart des variqueux la simple marche produisait une déplétion presque totale des varices. Celle-ci se fait par les gros troncs dans la profondeur de la jambe lesquels sont tenus par une puissante gaine musculaire qui en fortifie la paroi et qui est un véritable harnais contre toute distension pathologique des veines profondes. Mais lorsque le reflux saphénien est prononcé, les varices non soutenues de la surface se remplissent au fur et à mesure, ainsi que l'expérience de Trendelenburg le démontre. Nous savons, d'autre part, que les anastomoses par lesquelles les varices se vident dans les veines profondes, sont situées à la jambe (3).

C'est donc au niveau de la jambe que se fait l'écoulement de la masse sanguine veineuse surtout par les veines profondes de l'éponge du triceps sural, et que la valvule ostiale de la saphène soit rompue ou non, que de ce fait il y ait réplétion ou non des varices de la cuisse, le bandage compressif allant du pied au genou évite du moins toute réplétion des varices de la jambe en faisant véritable office de valvule et en empêchant ainsi tout reflux du sang dans la jambe. La marche active ce mécanisme et c'est là toute la valeur du traitement ambulatoire.

Les troncs veineux profonds par lesquels se vident les varices de la surface à l'aide des communicantes ne subissent, puisque protégés par une masse tissulaire massive, pas la même compression que les veines superficielles dont la lumière est pour ainsi dire littéralement abolie par le moulage compressif. Il se produit en plus de la déplétion des varices une véritable expression de toute sérosité interstitielle au niveau et aux alentours de la plaie et une réduction de l'œdème si fréquemment rencontré chez les variqueux.

Déplétion des varices, décongestion des voies lymphatiques et évidement des sérosités interstitielles favorisés par la contre-pression antagoniste du mécanisme musculaire et du bandage, voici en somme les facteurs favorisant la cicatrisation de l'ulcère variqueux par la botte ambulatoire compressive.

L'action de celle-ci, purement mécanique, se manifeste donc de la plus grande valeur dans le traitement ambulatoire de la plaie variqueuse. Rapidement la douleur diminue après quelques bandages et lorsqu'elle existe au début, c'est plutôt la nuit, au repos, que le malade l'éprouve. Progressivement on ramène à chaque nouveau moulage le membre à un calibre plus normal et insensiblement l'infiltration séro-purulente de la région ulcéreuse se vide et les lymphes se décongestionnent ; les bords décollés de l'ulcère se fixent à la base bourgeonnante et progressivement les lèvres de la plaie se rapprochent. Il est d'ailleurs un fait avéré que dans la partie molle du mollet, où le tissu lâche prête mieux, la plaie cicatrise plus facilement que près des régions osseuses de la cheville avec peu de tissu conjonctif et graisseux.

(1) Page 117.
(2) Annales de la Clin. chirurgicale, tome III. Varices du membre inférieur, pp. 135 sq.
(3) Ann. clin. chir., III, pages 131 et 134.

B) Traitement sclérosant et essais comparatifs

Quel est le rôle précis que joue le traitement phlébosclérosant dans la cicatrisation de l'ulcère variqueux au cours du traitement ambulatoire ? C'est ce que nous allons voir.

Nous nous astreindrons à établir ici de la façon la plus précise le rôle que joue le traitement phlébosclérosant, à lui seul, dans la cure de l'ulcère variqueux ; les essais comparatifs que nous exposerons nous paraissent indispensables pour faire toute la lumière à ce sujet. Tous les traitements ont, bien entendu, été entrepris ambulatoirement, car, comme nous le disions plus haut, le repos constituant notamment un excellent moyen de cicatrisation, nous risquerions par l'application d'autres moyens thérapeutiques de tirer des conclusions bien fallacieuses.

Ayant assisté dès 1917 aux premiers travaux de Sicard à la XVe région à Marseille, et ayant contribué plus tard à la mise au point des traitements par le salicylate de soude, (1) on ne nous suspectera pas, certes, d'en sous-estimer leur valeur thérapeutique dans le traitement des varices. Mais dès 1924 nous recommandions une certaine réserve en ce qui concerne leur valeur dans le traitement des ulcères variqueux (2). Il est, certes, intéressant de supprimer tant dans la région de l'ulcère qu'en amont une irrigation veineuse stagnante, mais le bandage compressif n'a-t-il pas précisément ce but ? N'évite-t-il pas le reflux du sang dans les varices sans que celles-ci soient traitées et les moulages répétés n'arrivent-ils pas en plus, comme nous venons de le démontrer, à produire un véritable déplacement du liquide lymphatique et de la masse séreuse interstitielle si abondante dans la région ulcéreuse ?

Ce sont ces considérations qui nous ont incité à faire les traitements comparatifs que nous allons décrire et qui ont confirmé pleinement nos prévisions et consolidé notre opinion.

De 1926 à 1930 nous avons eu dans 65 cas l'occasion d'appliquer au dispensaire, chez des porteurs d'ulcères variqueux et de varices des deux jambes, à titre comparatif les deux traitements. Il nous a paru intéressant, en effet, de faire simultanément chez des ulcéreux des deux jambes les deux traitements séparément, réservant à l'une le traitement phlébosclérosant et à l'autre le traitement par bandage compressif tout en laissant le malade vaquer librement à ses occupations. A souligner que dans tous ces essais comparatifs nous réservions le bandage ambulatoire à la lésion la plus *ancienne* bien qu'elle n'ait pas toujours été la plus importante. Mais il nous a paru que l'ancienneté de l'ulcère permettait des conclusions plus positives que son étendue ainsi que l'importance des varices du membre.

Pour ne pas dépasser le cadre de cet article nous ne donnerons que succinctement quelques exemples :

Mme K..., de La Valbonne, 65 ans. Rien au cœur. Tension 17/10,5 cm. Hg. Ni sucre, ni albumine. Rhumatisme déformant. A eu quatre grossesses.

Les varices ont commencé à droite dès la première grossesse à l'âge de 22 ans. A la troisième grossesse elle a eu des varices à gauche également. Dès 1912 elle a eu un ulcère à la jambe droite. La lésion aurait guéri après dix mois de traitement local avec repos intermittent. Elle s'est rouverte en 1914 sans jamais se refermer. En 1922 est survenu un ulcère à la jambe gauche sans jamais se fermer. Les ulcères ont été traités par diverses applications locales mais sans repos.

La malade se présente au dispensaire le 24 janvier 1928 avec des varices moyennes des deux jambes et ulcères variqueux doubles.

A droite ulcère de quatorze ans de forme arrondie, à bords irréguliers et calleux d'une surface d'une pièce de un franc ; à

(1) *Presse Méd.*, 23 avril 1924, p. 358-9.
(2) *Progrès Méd.* n° 33, 16 août 1924, p. 501 a.

gauche ulcère de six ans, de forme triangulaire d'environ 3 cm. sur 1 cm. à la base.

Nous traitons à droite par corps gras antiseptiques et botte ambulatoire gélatino amidonnée, à gauche exclusivement par injections sclérosantes dans les varices et des pansements simples aux corps gras antiseptiques et cicatrisants, notamment au baume du Pérou à 1/25e.

Les séances ont lieu d'abord tous les trois jours, ensuite une fois par semaine ; la malade refait son pansement à gauche chaque jour.

Dès la troisième semaine nous observons à droite une diminution notable du suintement séro-purulent et une fixité des lèvres de la plaie qui s'aplatissent et se resserrent. La cicatrisation est acquise de ce côté dès le 29 mars 1928. A gauche la lésion bien que moins grave, n'était pas encore guérie quinze jours plus tard et la cicatrisation ne se terminait qu'après quatre bandages à un par semaine, six semaines après celle de droite.

Voici encore brièvement quelques cas :

Mme F..., de Lyon, 60 ans, traitée et guérie à gauche d'un ulcère variqueux de six ans dans trois mois par la botte ambulatoire seule, tandis qu'à cette date l'ulcère droit remontant à sept mois n'était pas guéri encore.

Mme Ch..., de Miribel, 48 ans, adressée par son médecin, atteinte de plaie variqueuse à gauche depuis huit mois sans se fermer, a été guérie dans un mois et demi par la botte, alors que l'ulcère droit de deux mois n'était pas cicatrisé à cette date par les injections sclérosantes seules.

Mme D..., blanchisseuse à Lyon, 62 ans. Ulcère à droite récidivé depuis quatre ans sans se fermer. Ulcère à gauche pour la première fois depuis six mois. Le traitement compressif a eu raison de la plaie droite en quatre mois tandis qu'à gauche il fallait six mois pour voir se fermer la plaie sans repos et sans botte par le seul traitement phlébosclérosant.

En somme nous avons dans le traitement comparatif portant sur 65 cas d'ulcères doubles vu se cicatriser dans 52 cas la plaie plus vite par la botte ambulatoire que par le traitement phlébosclérosant des varices, dans sept cas par contre le contraire s'est produit. Six cas enfin étaient des insuccès.

Notre thèse s'est donc vue confirmée dans 80 % des cas; elle a été infirmée dans 10,8 % et nous avons eu 9,2 % d'insuccès.

A choisir entre les deux traitements nous optons par conséquent nettement pour la botte compressive ; mais sans attribuer une valeur étiologique, comme le font certains, au traitement phlébosclérosant, nous lui reconnaissons une valeur adjuvante qui prépare en même temps une jambe mal irriguée à une circulation veineuse plus active et crée un allègement plus durable qu'un bandage dont l'effet disparaît avec son enlèvement. Nous n'avons pas à faire valoir ici l'intérêt du traitement phlébosclérosant dans une circulation variqueuse. Ce qui nous importait à faire ressortir c'est le rôle bien relatif qu'il joue dans la cicatrisation de l'ulcère variqueux par le traitement ambulatoire. Nous restons un partisan absolu du traitement conjugué et nous estimons qu'il y a lieu d'appliquer bandage et traitement sclérosant dans tous les cas d'ulcère variqueux où les deux peuvent se faire.

Mais il nous semblait qu'une mise au point était intéressante à faire. D'ailleurs, il faut bien le répéter, l'ulcère de la jambe est avant tout une trophonévrose, et en ce qui concerne l'ulcère variqueux vrai, on peut dire, en paraphrasant un joli mot, qui est tout un enseignement clinique, du professeur Jean Lépine sur la pathogénie de la paralysie générale :

« L'ulcère variqueux est une maladie de *condition* mais non de *nature* variqueuse. »

Comme dans la paralysie générale la syphilis, la varice est dans l'ulcère variqueux vrai à l'origine du mal ; mais avant que se forme l'ulcère, le système nerveux trophique a subi dans la majorité des cas des modifications qui créent un terrain de dystrophisme définitivement établi, que le rétablissement veineux n'arrive plus guère à modifier et où les différentes interventions chirurgicales portant sur le sympathique lui-même ne donnent que des résultats bien problématiques (1). Raison de plus de ne rien négliger de ce qui peut contribuer à la protection de ce « *locus minoris resistentiæ*, et là la suppression des moindres varicosités et l'assainissement par tous les moyens possibles reste un point intéressant pour la thérapeutique et la prophylaxie d'une affection dont la pathogénie reste des plus complexes.

(1) Leriche. — Soc. de Chir. de Lyon, 8 décembre 1927. — Leriche et Fontaine : Réunion Dermatologique, Strasbourg.

C) Conclusions

a) Sur 362 cas d'ulcères variqueux vrais nous avons pu faire dans 65 cas d'ulcères des deux jambes des traitements ambulatoires parallèles, appliquant à l'une le traitement phlébosclérosant seul et simultanément à l'autre la botte ambulatoire sans traitement des varices. La botte a cicatrisé dans 80 % des cas, le traitement phlébosclérosant dans 10,8 % des cas, 9,2 % des cas ayant été des insuccès.

La botte ambulatoire a donc pour la cicatrisation des ulcères variqueux vrais une valeur thérapeutique supérieure au traitement phlébosclérosant.

b) Ces observations cliniques qui confirment notre explication de la physiologie de la circulation variqueuse sous compression par botte ambulatoire, n'enlèvent rien à la valeur du traitement phlébosclérosant par lui-même et nous restons convaincus que dans les traitements modernes des ulcères variqueux vrais l'association de la botte ambulatoire et des injections phlébosclérosantes est en règle générale la méthode de choix.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de l'Internat

L'affaire de l'Internat est-elle terminée ? Chacun en souhaite la fin, si je puis dire définitive, car elle fut brûlante et douloureuse. On peut regretter son excessive publicité non certes dans le monde médical qui avait le droit d'en connaître, mais dans le gros public qui avait moins à y voir. Des personnalités étrangères à la médecine n'ont pas hésité, comme l'a spirituellement dit notre ami May, à se montrer aussi généreuses de critique et de médisance dans notre malheur qu'elles se montrent exigeantes de nos services dans leurs maladies. Et nous avons été largement traînés dans la boue.

Un scandale, quel qu'il soit, donne naissance toujours à deux courants opposés : il y a ceux qui veulent toute la lumière quitte à blesser à mort le corps dont ils font partie et ceux qui veulent tout étouffer au risque de laisser les coupables impunis. Ces deux courants se sont affrontés avec violence et tout le monde en a été éclaboussé.

Dans le milieu du Palais l'affaire aurait été jugée par les Pairs avec la souplesse et la clémence qui font la vraie justice car elle eût été jugée dans l'ambiance. Les décisions auraient été moins rigides, plus paternelles et partant mieux acceptées. Mais le Conseil de surveillance n'est pas un Conseil de l'Ordre, il formule ses arrêts sans souci des contingences et il s'est attaché, comme on dit, plus à la lettre qu'à l'esprit. On peut regretter le caractère avant tout juridique de ses décisions mais on ne peut vraiment s'en étonner.

La tâche de notre président Laubry était bien difficile et peu enviable, pris entre l'enclume de la Société et le marteau de l'Assistance, pris aussi entre les accusations plus ou moins motivées des lecteurs et la riposte plus ou moins énergique

des membres du jury. Personne ne nie qu'il s'en soit acquitté avec bonhommie, finesse et diplomatie.

Certains ont fortement critiqué les hésitations et les ressauts d'une enquête qui visait surtout les fautes d'autrui et laissait un peu dans l'ombre les négligences administratives ; critiqué aussi la hâte des enquêteurs à proclamer un pourcentage exagéré de fraudes, à absoudre d'eux-mêmes certaines fautes et certaines copies alors qu'ils en faisaient tout à coup émerger d'autres et grossissaient des pécadilles. Je ne voudrais pas douter pourtant de leur impartialité, mais nous aurions tous préféré qu'on ne jetât pas dans une ultime charrette, sous nos regards stupéfaits, un juge et un lecteur que nous sentions tous impeccables et à qui nous ne pouvons, en riposte et en compensation, que témoigner unanimement notre parfaite estime et notre sympathie affectueuse.

Dans une des dernières séances de la Société, je me suis permis de faire appel au calme et à l'apaisement, j'ai engagé mes collègues à accepter de l'affaire ce qui est irréparable et à rester dans la légalité même en ce qui concerne ce qu'on peut appeler les erreurs judiciaires. Les mouvements d'humeur et les violences ne serviraient à rien.

Le corps de l'Internat n'est pas diminué par les fautes de quelques lecteurs non plus que le corps des hôpitaux par le laisser-aller de quelques juges.

C'est l'anonymat surtout qui est profondément atteint. Il n'a souvent de justice que l'apparence , il est un appel à la fraude : appel d'autant plus puissant qu'il s'accroît de la méfiance du voisin. Alors même que les candidats et les juges refouleraient héroïquement au tréfond d'eux-mêmes le désir excusable de connaître qui naît dans l'âme la plus loyale et la plus pure, ce désir se trouverait de temps en temps servi par le hasard et bien innocemment. Qu'on l'avoue ou non, ce genre de reconnaissance marque déjà le concours d'une fraude certaine et la faveur qui en résulte devient d'autant plus critiquable qu'elle est occulte. Dans les épreuves à visage découvert la faveur existe certes, mais elle n'a rien de frauduleux parce qu'elle se fait au grand jour. La faveur de l'un y est limitée par la faveur des autres et elle peut être annihilée presque par l'augmentation des membres du jury.

Mais cela est du futur ; en attendant une réforme nécessaire, le concours sera dans huit jours ce qu'il était hier avec ses tares et ses défauts ; nous avons tous le devoir strict, l'obligation d'honneur de respecter la règle du jeu. Nous devons revenir à une conception plus digne de notre métier de juge et ne point nous laisser glisser sur cette pente savonnée des licences qui mène au scandale et à la culbute. La leçon fut dure; elle exige des engagements solennels.

Mais il faut rester unis : notre désunion ferait la joie des autres, de tous ceux qui épient l'occasion de nous abaisser et de diminuer les mérites d'un corps médical dont l'étranger lui-même sait apprécier la science et le dévouement.

N'ai-je point déjà entendu dire qu'on allait chercher des lecteurs ailleurs que dans l'Internat. En soi le fait m'émeut peu et je sais qu'il est légal. Je pense comme Cathala qu'un lecteur n'est qu'un lecteur après tout et que la copie reste telle sous des yeux différents. Mais cette substitution au lendemain de l'affaire est plus qu'une méfiance, c'est une injure au corps de l'internat et par conséquent à nous tous. Il ne faut pas qu'elle se fasse et j'espère qu'elle est seulement un faux bruit.

Les internes ne se refuseront certes pas à lire et ils feront bien. Ils promettront le secret absolu des copies et des épreuves et ils prendront, s'il est besoin, l'engagement solennel de le respecter. Cette acceptation, cette promesse, cet engagement ils les doivent à leurs jeunes camarades qui concourent et à l'Internat tout entier. Leur carence serait aujourd'hui plus regrettable que jamais, elle ouvrirait la porte à d'autres substitutions et à d'autres équipes plus dangereuses et plus encombrantes dont je nous sens déjà menacés.

L'affaire des fraudes ne doit pas sonner le glas de l'Internat, elle doit sonner au contraire son réveil, sa renaissance et sa vitalité.

Maurice LOEPER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mars 1933

Echinococcose iliaque. — *M. Picot* rapporte un nouveau cas.

Traitement des varices. — *M. Chevrier* est partisan des résections étendues comme l'a préconisé *M. Alglave.*

Ostéose fibro-kystique d'origine parathyroïdienne. — *M. Richard* rappelle a ce sujet trois mémoires allemands récemment parus et se rapportant principalement à des travaux expérimentaux.

Anomalie du canal ano-rectal. — *M. A. Martin* rapporte une observation de *M. Ameline.* Il s'agissait d'un nouveau-né chez qui il a trouvé un sphincter normal et a pu aboucher l'ampoule au périné. L'opération date de trois ans. L'enfant s'est bien développé et a des selles normales.

Paralysie cubitale tardive après traumatisme ancien du coude. — *M. Mouchet* relate une observation de *M. R. Bloch* où la paralysie s'est développée six ans après le traumatisme.

Lunarite du carpe. — *M. Mouchet* analyse un cas d'ostéite condensante du semi-lunaire observé par *M. Foucault* (de Poitiers).

M. Guimbellot a observé un cas analogue avec image pommelée.

Eclatement traumatique du foie. — *M. Lenormant* fait un rapport sur une observation de *M. Bertrand* (de Toulouse) où l'hémorragie se fit en deux temps separés par douze jours. La laparatomie permit de découvrir un éclatement du foie que l'on tamponna. Guérison. M. Lenormant insiste sur un symptôme rare qui peut avoir une grande valeur, le subictère.

M. Sauvé a observé un cas identique.

M. L. Bazy croit que l'hémorragie secondaire vient du caillot lui-même.

M. Rouhier a observé une hémorragie secondaire après rupture de la rate.

M. Maisonnet a observé de nombreux cas d'éclatements du foie qui saignaient peu. L'hémorragie secondaire doit être souvent due à l'infection.

Massage du cœur. — *M. Oulié* (de Constantine), *M. Lenormant,* rapporteur. La réanimation fut obtenue, mais son malade ne survécut que trois heures.

Traumatismes craniens. — *M. Leriche* montre combien il est difficile de préciser les règles thérapeutiques à suivre. Pour le faire, M. Leriche a fait faire certaines expériences par des injections de liquide sous-duremériennes; la pression artérielle fait une chute brusque puis remonte assez vite plus haut que son niveau inormal. De plus, il y a constamment une dilatation aiguë ventrculaire par blocage hémorragique de l'aqueduc de Sylvius.

Oblitération artérielle. — *M. Leriche* a fait quelques artériographies. Dans un cas de maladie de Buerger, cette méthode a montré qu'il n'y avait qu'une oblitération de la fémorale superficielle.

Artériectomie. Guérison rapide. Le deuxième cas conçerne un cas où l'artériographie permit de découvrir une oblitération de l'artère cubitale. Artériectomie. Guérison.

Maladie de Kolkmann traitée par résection de l'artère humérale. — *M. Lance* présente ce malade à la Société.

Séance du 8 mars 1932

Endométriome dans une cicatrice de laparotomie. — *M. Robert Monod* rapporte une observation de *M. Stulz* (de Strasbourg) concernant une tumeur apparue quelques mois après nue hystérectomie fundique. Le rapporteur envisage d'abord les diverses hypothèses pathogéniques. Aucune n'est tout à fait satisfaisante. Cependant, il lui est possible de tirer de cela quelques considérations d'ordre pratique.

M. Braine a vu trois endométriomes.

M. L. Bazy confirme les idées pathogéniques de *M. Monod.*

Ostéite de l'éperon olécranien. — *M. Picot* relate une observation de *M. Hartglass* (de Meaux). M. Picot croit qu'il y a eu fracture de l'éperon et élimination du fragment détaché.

Traitement des pseudarthoses par le sérum de fracturé. — *M. Küss* rapporte un travail de *M. Imbert* (de Marseille). Ce dernier a obtenu par cette méthode des résultats rapides et définitifs. M. Küss étudie longuement le mécanisme de l'action du sérum de convalescent.

De la contracture abdominale. — *M. Proust* rapporte deux travaux de *MM. Guibal et Cuënot* (de Nancy) et de *M. Reny* (de Saint-Dizier) sur ce sujet. L'un deux concerne un cas où un hématome sous-péritonéal s'accompagna d'une contracture. L'autre est un travail expérimental qui corrobore le fait qu'un épanchement intra-abdominal de sang peut s'accompagner de contracture.

Pneumothorax hydatique spontané. — *M. Proust* rapporte un travail de *MM. Bressot et Pourquié* (de Constantine). Il insiste sur la nécessité de poser rapidement un diagnostic précis avant le stade de pyopneumothorax. D'autre part, il insiste aussi sur la différence entre le pneumothorax hydatique et le pneumokyste hydatique et enfin sur la gravité toute spéciale de la rupture du kyste dans la plèvre.

A propos de l'anesthésie. — *M. Rouhier* donne la préférence à l'anesthésie générale par inhalation et particulièrement à l'éther. Il n'accorde que de rares indications à la rachianesthésie et à l'anesthésie locale.

Ostéite diaphysaire primitive. — *M. Soupault* présente des radiographies de cette localisation.
M. Martin en a observé quelques cas. G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mars 1933

Coma diabétique guéri par l'insuline suivi d'un coma azotémique mortel. — *MM. Etienne Bernard* et *Guillaumin* présentent l'observation d'un homme amené à l'hôpital avec les symptômes d'un subcoma diabétique : somnolence marquée, odeur acétonique de l'haleine, glycosurie, réactions de Legal et de Gerhardt très positives, glycémie à 3 gr. 86, réserve alcaline à 32 v. et pH du sang très nettement orienté vers l'acidose à 7,18. Sous l'effet d'un traitement actif par l'insuline, la lucidité reparaît, la réserve alcaline et le pH du sang redeviennent normaux. Le pronostic peut paraître favorable, mais 24 heures plus tard on constate une stomatite azotémique et le taux de l'urée sanguine s'élève à 1 gr. 14. Le lendemain, le malade redevient somnolent ; on observe du myosis, la respiration prend le type de Cheyne-Stokes et rapidement le malade est emporté dans un tableau de coma azotémique (urée sanguine à 1 gr. 94) tandis que la réserve alcaline s'est maintenue normale et l'on n'observe plus dans les urines que des traces d'acétone.

Les auteurs insistent sur la dissociation des symptômes qui a été permise grâce à l'insuline, comme dans une observation antérieure d'Ambard et Merklen. L'insuline a fait cesser les phénomènes qui relevaient de l'acidose diabétique et quand les signes de néphrite avec azotémie sont apparus, ils étaient dégagés, par l'effet du traitement, de tout ce qui n'était pas proprement rénal.

Cette observation apparaît comme une démonstration de la part importante, parfois prépondérante, qui revient à l'insuffisance rénale dans le pronostic du coma diabétique, d'autant plus que, grâce à l'insuline, le danger est moins flagrant du côté de l'acidose.

Endocardite maligne aiguë secondaire chez un cardiaque. — *MM Pichon* et *Pham-hu-Chi* présentent un cas intéressant d'endocardite maligne aiguë du type dit infectieux infectant, survenue chez un cardiaque à titre d'endocardite secondaire. Cliniquement, le tableau fut d'abord celui d'un ictère grave ; un examen plus complet du malade, en montrant de la douleur à la palpation du rebord hépatique et l'existence d'une lésion de la valvule aortique, orienta vers le cœur. Bientôt une allure septicémique grave et un tableau d'asystolie inflammatoire entraînèrent le diagnostic d'endocardite maligne secondaire, que vérifia l'autopsie. L'agent infectieux, trouvé dans le sang et retrouvé nécroptiquement in loco, était un pneumocoque du pseudo-groupe IV.

Maladie de Bouillaud typique avec déformation des doigts. Tuberculose secondaire latente. — *MM. M. Duvoir, Ed. Pichon* et *Jean Bernard* rapprochent du cas récemment publié par MM. Bariéty et Mauric une observation de maladie de Bouillaud, remarquable par quelques particularités cliniques et étiologiques : 1° localisation exclusive du rhumatisme sur de petites jointures ; 2° atteinte élective d'articulations toujours les mêmes ; 3° déformations des doigts et des orteils à type de rhumatisme fibreux chronique ; 4° fugacité d'une insuffisance aortique objectivée par un souffle et un écart tensionnel et qui ne dura que huit jours ; 5° régularité annuelle des crises rhumatismales qui surviennent en février et en juin ; 6° caractère familial de la maladie de Bouillaud, Un frère et la mère du malade sont également atteints.

La découverte très tardive d'une tuberculose pulmonaire latente gêne considérablement l'interprétation de ces faits et interdit de tirer des conclusions pathogéniques.

Un cas de syphilis nerveuse de seconde génération. — *MM. C. I. Urechia* et *Elekes* (de Cluj).

Organisation de la transfusion sanguine d'urgence dans les hôpitaux de la région parisienne. — *A. Tzanck* rapporte au nom du Professeur Gosset, du Professeur agrégé Lévy-Solal et en son nom, les résultats de la transfusion sanguine d'urgence dans les hôpitaux de la région parisienne.

Il se borne pour souligner les résultats obtenus à indiquer quelques chiffres : 262 transfusions ont été pratiquées en 1929, 787 en 1930, 2.037 en 1931, 3.738 en 1932.

Plus de 500 donneurs sont actuellement étudiés régulièrement et mis à la disposition des services par simple appel à l'hôpital Saint-Antoine. Plus de 400 vies humaines peuvent être considérées comme sauvées par cette organisation, alors que les accidents sont pratiquement inexistants.

Le fonctionnement de l'organisation est des plus simples. En dehors des centres autonomes de Tenon, de la Salpêtrière, de la Pitié, etc., le service d'urgence est installé en permanence à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on trouve le tableau de roulement des donneurs et des techniciens. Le plus souvent en une demi-heure, l'un et l'autre se retrouvent sur les lieux de l'appel.

Pour terminer, il insiste pour rappeler que c'est là une organisation d'extrême urgence seulement. Il rappelle que plus de dix transfusions sont effectuées journellement et demande instamment que des donneurs éventuels soient dirigés en plus grand nombre à l'hôpital Saint-Antoine en vue d'être examinés. Il serait également souhaitable que des sujets guéris d'affections immunisantes soient dirigés sur la permanence en vue d'être mis à la disposition de tous.

En résumé, il souligne l'importance de cette organisation qui, bien que la première en date, ne le cède en rien à celles qui ont pu être présentées récemment comme un progrès.

A propos de la transfusion de sang de cadavre. — *M. Tzanck* analyse les beaux travaux du Professeur Judine et compare ses résultats à ceux de la transfusion de sang de donneur vivant.

En premier lieu, il rappelle les études plus anciennes de Hédon (1902), de Fleig (1909) et ses propres recherches effectuées en collaboration avec le Professeur Gilbert et son élève Negroni (1925), en vue de réaliser un lavage du sang par la réinjection de globules sanguins conservés et déplasmatisés.

Du point de vue clinique, les recherches de Judine montrent que la transfusion de sang de cadavre peut constituer un réel progrès lorsque, pour des raisons différentes, la transfusion de sang vivant est impossible. Les résultats peuvent en effet être aussi impressionnants avec le sang de cadavre qu'avec le sang vivant. Par contre, l'auteur fait toutes les réserves sur l'innocuité absolue de la méthode. Déjà, sur l'animal, à côté de résultats remarquables, il a observé des accidents qui sont restés inexpliqués et sont assez comparables à ceux observés par Judine dans deux de ses observations.

Aussi, cette méthode, qui, par son efficacité, constitue un progrès réel sur l'utilisation du sérum physiologique et peut de ce point de vue être comparée à la transfusion de sang vivant, ne supporte plus la comparaison lorsqu'on l'envisage du point de vue de l'innocuité qui est presque absolue avec la transfusion ordinaire et comporte bien des réserves en ce qui concerne le sang de cadavre.

Emphysème sous-cutané généralisé à l'occasion d'une pneumonie franche aiguë chez un grand emphysémateux. — *MM. E. Sergent, Cl. Launay, Poumiau-Delille* et *Robert* présentent un cas d'emphysème sous-cutané rapidement généralisé à début cervical du côté droit chez un malade,

grand emphysémateux et bronchitique chronique atteint de pneumonie franche aiguë du lobe supérieur droit. Ces auteurs discutent le mécanisme de l'emphysème et ne croient pas pouvoir le rapporter à une ponction exploratrice faite dans le but de vérifier l'intégrité de la base gauche. Il s'agit vraisemblablement de l'ouverture d'un emphysème pulmonaire sous-pleural dans une zone d'adhérence, suivie de la propagation de la lésion dans le tissu cellulaire sous-cutanée, de proche en proche. A aucun moment, il n'a été constaté d'emphysème médiastinal ni par l'examen clinique ni par l'examen radiologique.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 février 1933

A propos de l'endométriome. — *M. Raymond Bonneau* communique deux observations d'endométriomes, un de l'utérus, un de l'ovaire. A propos de l'endométriome de l'ovaire, il fait observer combien cette transformation histologique du tissu ovarien peut, dans les formes intenses, donner lieu à des hémorragies répétées intra-ovariennes qui produisent des lésions voisines des hématomes intra-ovariens qu'on observe dans la ponte ovulaire hémorragique. Cependant, dans ce dernier syndrome, les hématomes intra-ovariens sont accompagnés par des hématomes intra-péritonéaux juxta-ovariens qui sont d'une toute autre importance que dans l'endométriome.

Les kystes pelviens consécutifs à l'hystérectomie. — *M. Laurent* fait un rapport sur ce travail de *M. Robert Marie* (de Paris). L'auteur passe en revue les travaux publiés sur cette question. Il résume les constatations histologiques faites après intervention qui permettent de distinguer : 1° des kystes d'origine péritonéale pure par réaction inflammatoire ; 2° des kystes d'origine ovarienne, les plus nombreux, soit par prolifération de débris ovariens adhérents restant après interventions laborieuses, soit par développement d'ovaires surnuméraires ignorés ; 3° beaucoup plus rarement, il s'agirait de débris wolfiens, dont le développement serait causé par l'inflammation de voisinage.

Etude de vingt résultats éloignés d'astragalectomie. — *M. Raphaël Massart* apporte vingt résultats éloignés de sa pratique personnelle où l'ablation de l'astragale a été faite pour répondre à une de ces trois indications : drainer le cou-de-pied ; rétablir la statique du pied ; supprimer une lésion ocale (tuberculose en particulier). Dans l'ensemble, les bons lrésultats obtenus, font de l'astragalectomie une excellente opération orthopédique. Etudiant chacune de ces indications, l'auteur insiste tout particulièrement sur les fractures mal consolidées du cou-de-pied et sur les pieds bots. L'adaptation de la néarthrose tibio-calcanéenne est particulièrement étudiée par l'auteur qui, se basant sur les constatations cliniques et radiographiques qu'il a pu faire montre que le bon résultat est conditionné par le respect de la capsule articulaire qui va de la jambe au calcanéum ; il montre que l'adaptation du tibia au calcanéunm doit être progressive, qu'elle donne des pieds à voûte normale, ou des pieds creux, parfois même des voûtes un peu aplaties mais toujours des pieds fonctionnellement bons donnant de bons appuis et permettant la marche et la course.

Epithélioma primitif de la trompe. — *M. Jean Lanos* communique une observation d'épithélioma primitif de la trompe avec examen histologique de Rubens Duval. Femme de 52 ans, ayant subi il y a sept ans un traitement radiothérapique par des métrorragies dues à un fibrome. La trompe, énorme, sentie dans le cul-de-sac postérieur du vagin, remontant en haut jusqu'à l'ombilic, contenait, sous une paroi très amincie, au milieu d'un liquide d'aspect louche, non hématique, une tumeur à pédicule mince, friable. Un nodule de métastase existait sur le péritoine pré utérin.

Cancer du pylore à forme de linite plastique. — *M. Jean Lanos* présente un cancer du pylore ayant largement envahi les parois du canal pylorique et ne déterminant cependant ni trouble, ni retard de l'évacuation gastrique qui semblait normale à l'examen radioscopique. La tumeur était très mobile, légèrement douloureuse. Le diagnostic avant l'intervention, avait été: cancer de la grande courbure. Résection large et gastro-jéjunostomie.



NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La ponction lombaire en clientèle

Au sujet de la ponction lombaire, le médecin doit être mis en garde contre certaines idées tendancieuses consistant, de la part de certains malades ou de leur entourage, à mettre sur le compte de cette ponction l'aggravation toujours susceptible de se produire dans une affection chronique du système nerveux.

Si on trouve une certaine réticence de la part du malade ou de la famille lorsqu'il s'agit de sujets atteints de tabes, de sclérose en plaques, de tumeur cérébrale ou de crises comitiales par exemple, la prudence commande de ne pas se montrer trop systématique et de ne pas exiger la ponction. Par contre, si les symptômes présentés par le malade permettent de suspecter un début de paralysie générale, il faut exiger la ponction lombaire. En pareil cas, elle est de la plus haute importance à un double point de vue médical et social. (Docteur Georges CAUVY. Pratique neurologique. *Le Concours Médical,* 12 février 1933.)

Traitement de la rétention d'urine post-opératoire par l'injection hypodermique de pilocarpine

Dans les rétentions d'urine post-opératoires, la solution à 1 pour 100 de nitrate de pilocarpine, employée en injections sous-cutanées, donne de bons résultats, dit M. Richer (*S. Fr. d'Urol*, 16 janvier 1933). Des contractions vésicales succèdent rapidement à l'injection : toutefois, après la miction, il peut persister un résidu. Chez l'adulte, l'auteur emploie la dose de 1 c. c. ; chez l'enfant il conseille de n'utiliser qu'un quart de centimètre cube.

Rhumatisme chronique déformant considérablement amélioré par l'amygdalectomie

A la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris (16 janv. 1933), MM. Baldenweck, Decourt et Vandenbossche ont rapporté le cas d'une femme de 33 ans qui, atteinte de rhumatisme chronique déformant, fut considérablement améliorée par l'ablation des amygdales, amélioration qui se maintient depuis six mois.

Eruption médicamenteuse par le benzonaphtol

MM. Sézary et Horowitz ont rapporté à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie (8 *déc.* 1932) un cas d'éruption papulo-croûteuse du visage consécutive à l'absorption de benzonaphtol. Après guérison, l'éruption a pu être reproduite par une nouvelle ingestion du médicament.

Guérison rapide de verrues par l'autohémothérapie

MM. Sézary et Auzépy (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 8 déc. 1932) ont guéri complètement en une semaine, par l'autohémothérapie, une fillette atteinte d'une éruption profuse de verrues planes et papillomateuses. On avait eu soin de ne pas suggestionner la petite malade. Il semble, d'ailleurs, que les diverses thérapeutiques internes agissent comme la suggestion, en modifiant les conditions biologiques générales de l'organisme. On sait, en effet, qu'une suggestion active provoque de l'émotion et que celle-ci amène une décharge d'hormones dans la circulation.

A propos du traitement des éphélides

G. Duwé (*S. cl. des Hop. de Bruxelles,* 12 nov. 1932), a essayé sur une malade le traitement des éphélides par la neige carbonique et aurait obtenu des résultats encourageants.

Traitement des polynévrites par la pyrétothérapie

MM. J. A. Barré et G. Greiner (*S. de Méd. du Bas-Rhin,* 17 déc. 1932), rapportent les bons résultats obtenus par la pyrothérapie, dans trois cas de polynévrite rebelle, ayant résisté à tous les traitements habituels. Dans le premier cas, il s'agissait d'une polynévrite post-diphtérique généralisée et dans les deux autres cas de polynévrite de cause complexe. Dans le cas le plus grave, après une période initiale d'aggravation progressive, s'installa une période d'état traînante, sans amélioration pendant plus de deux mois. L'injection de Dmelcos a déclenché chez tous une amélioration presque immédiate et une récu-

pération des mouvements en moins de quinze jours dans le cas le plus grave.

Les auteurs insistent sur l'intérêt de ce traitement qui se montre supérieur à tous ceux qu'ils ont employés jusqu'à ce jour.

Le lavement créosoté dans les affections broncho-pulmonaires aiguës à pneumocoques

Le Professeur E. Dubé, de Montréal, rapporte (*XIIe Cong. des Méd. de langue fr. de l'Am. du Nord*, sept. 1932) plusieurs observations favorables à l'emploi du lavement créosoté dans les affections broncho-pulmonaires aiguës à pneumocoques. Il est très important, dit-il, que le lavement créosoté soit formulé de la façon suivante : dans un flacon de 200 c. c., on verse 100 c. c. de lait tiède ; on ajoute XX à L gouttes de créosote pure de hêtre, pour les adultes ; on bouche le flacon et on agite fortement ce mélange plusieurs minutes pour bien émulsionner C'est à cette seule condition que le lavement créosoté est bien supporté par les malades. Le lavement est introduit lentement dans le rectum à l'aide d'une longue canule en caoutchouc. Le malade doit s'efforcer de garder ce lavement au moins une heure et plus longtemps si possible. Le lavement doit être administré matin et soir jusqu'à la disparition complète des lésions pulmonaires. Chez les enfants de 0 à 12 mois, les doses varient de II à X gouttes de créosote, matin et soir, dans le lait contenu dans une petite poire en caoutchouc.

M. Dubé dit que les lavements créosotés ont été très bien tolérés par tous ses malades sauf dans deux cas.

Fistule branchiale guérie médicalement

M. G. Huc rapporte (*S. de Pédiatrie*, 20 déc. 1932) l'observation d'un enfant dont la fistule branchiale a été complètement guérie par des injections d'uréthane effectuées sous pression.

Sclérose en plaques et sérothérapie « hémolytique »

Jean Géraud, de Toulouse, publie dans sa thèse (*De la sclérose en plaques. Etude anatomo-clinique des formes aiguës. Recherches expérimentales. Essai thérapeutique. Sérothérapie hémolytique*, 1933) des observations de sclérose en plaques traitée par le sérum hémolytique. « La sérothérapie « hémolytique » ne nous a pas donné, dit-il, les résultats que nous avions espérés. Aucun de nos malades n'a vu son affection régresser d'une manière incontestable. Dans un cas, une grave poussée évolutive survint au cours du traitement. De même que les autres thérapeutiques de choc employées dans la sclérose en plaques, la sérothérapie « hémolytique » est une arme à double tranchant. Les succès discutables que nous avons obtenus ne sauraient nous faire oublier les aggravations possibles ; il y a un risque à courir, aussi avons-nous abandonné cette thérapeutique. »

Hématémèse mortelle, premier signe d'une cirrhose atrophique latente

MM. P. Rimbaud et Ravoire ont rapporté à la Société des Sciences médicales de Montpellier (*décembre* 1932), une observation où une hématémèse foudroyante fut le premier signe d'une cirrhose jusque-là latente. A l'autopsie, on trouva une hémorragie en nappe de la muqueuse gastrique, un foie granuleux légèrement hypertrophié. Le diagnostic de cirrhose fut confirmé par l'examen histologique.

Un cas de tæniasis fébrile

MM. P. Melnotte et L. Cornu relatent (*S. de M. du Bas-Rhin*, 26 nov. 1932) l'observation d'un malade qui présenta pendant trois semaines un syndrome fébrile irrégulier. Tout rentra dans l'ordre après l'expulsion d'un *tænia saginata*.

A propos du traitement du tétanos

Dans le traitement du tétanos déclaré, M. Leriche (*S. de ch. de Lyon*, 1er déc. 1932) propose de remplacer le chloral par le lavement éthéré qui calme mieux que tout autre sédatif, et de substituer la voie artérielle à la voie veineuse pour la sérothérapie curative, voie beaucoup plus efficace, l'injection étant faite dans l'artère du membre qui porte la plaie tétanigène.

Traitement des polynévrites par la pyrétothérapie

Dans trois cas de polynévrite ayant résisté à toutes les thérapeutiques, MM. Barré et Greiner (*Réunion neurol. de Strasbourg*, 10 nov. 1932) ont employé la pyrétothérapie sous la forme de Dmelcos. Les résultats ont été extrêmement rapides ; la guérison complète a été obtenue.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Proudhon et ses médecins. — Le Docteur Marcel Proudhon s'est occupé de la question récemment (*Franche-Comté et Monts-Jura*, décembre 1932) et tout en faisant le diagnostic de la maladie de Proudhon, il a évoqué la vie de deux médecins franc-comtois qui ont soigné Proudhon. Voici cet intéressant article, presque *in extenso* :

« ..... Edouard Droz, un Bisontin, dont le souvenir reste encore vivant parmi les Franc-Comtois, a, dans son intéressant livre sur Proudhon, écrit au sujet de sa mort : « Langlois, son ami et le témoin de sa mort, a parlé de lésion au cœur ». Peut-on, rétrospectivement, confirmer ou infirmer cette opinion.

Sous un aspect de robuste et calme paysan franc-comtois (c'est du moins, ainsi que son compatriote Courbet l'a peint dans une toile célèbre). Proudhon cachait une grande émotivité et avait un tempérament nerveux ultra-sensible.

En 1856, il écrivait à son ami Cretin : « Depuis près de vingt ans j'ai éprouvé, qu'à la suite d'une vive émotion, ma cervelle était comme paralysée, mon pouls devient petit, ma respiration est faible, j'ai des spasmes, la tête me tourne, je chancelle comme une homme ivre, j'éprouve une angoisse générale, des vertiges. Impuissance de dormir, de réfléchir, de lire ». Pourtant, jusque vers la quarantaine, Proudhon semble avoir eu une santé assez satisfaisante, à part des migraines et des douleurs rhumatismales tenaces qu'il eut en 1852 et qu'il attribuait à son séjour à Sainte-Pélagie, où il fut prisonnier de 1849 à 1852. En 1853, il fut atteint gravement du choléra.

« Depuis trois semaines, écrit-il à un ami, j'ai été frappé par l'épidémie et la mort m'a visité. J'ai perdu une de mes filles, âgée de près de trois ans ; elle a été comme foudroyée. Au moment où on enlevait le cadavre, j'étais sans mouvement, épuisé par la diarrhée et les vomissements. Enfin l'homœpathie m'a sauvé. »

Ce furent les Docteurs Pétroz et Cretin qui le soignèrent. Le Docteur Pétroz était alors un des homœpathes les plus réputés de Paris et Cretin était son élève favori.

Dès 1850, Cretin avait converti Proudhon à l'homœpathie. A vrai dire ce dernier avait d'abord fait quelques réserves sur l'emploi des remèdes à doses infinitésimales qui choquait sa raison ; mais après sa guérison du choléra, Proudhon fut entièrement converti et n'eut plus que des sarcasmes pour la médecine allopathique « en qui j'ai perdu la foi », écrit-il. Depuis la fin de l'année 1854, Proudhon tousse et s'enrhume facilement, il se plaint de saignements de nez qu'il attribue à l'abus de la teinture d'arnica. En janvier 1857, il est atteint de bronchite, et quelques semaines après il écrit à Cretin : « Mon rhume est à peu près passé, mais il y a pourtant un certain engorgement qui fait siffler ma poitrine comme un tuyau d'orgue à chaque respiration ». Il se plaint en même temps de palpitations, d'intermittence du pouls, de douleurs sous le sein gauche, « tous ces symptômes, dit-il, me font croire que je suis menacé d'une maladie de cœur ». Nouvelle bronchite tenace et récidivante, avec crises d'asthme en 1859, alors qu'il était en exil à Bruxelles. Dès cette époque, les crises de bronchite et d'asthme deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues. En 1861, récidive compliquée de catarrhe et « de temps en temps, écrit-il à Cretin père, un léger brouillard qui me passe devant les yeux me fait penser à l'apoplexie ». Depuis Noël 1863, il est presque en état de crise continuelle, « sur cinq mois, écrit-il, j'en ai passé trois dans une incapacité absolue de tra-

vail ». En juin 1864, un érysipèle grave le tient un mois au lit. A peine rétabli, il se décide à partir pour son pays natal, espérant y retrouver la santé. Le 20 août, il arrive à Besançon ; il rend visite au vénérable bibliothécaire Weiss, âgé de plus de 80 ans ; le vieillard et le malade s'embrassent avec effusion. De Besançon, Proudhon se rend à Saint-Hippolyte, visite son ami Laurent, industriel à Valentigney, puis s'installe pour quelques jours à Blamont, chez son ami Viette (le père de l'ancien député du Doubs). Il a une si violente crise d'asthme qu'il pense en mourir. De Blamont, il se rend à Dampierre-sur-Salon, chez son ami le Docteur Maguet, où, trois nuits de suite, il étouffe. Maguet qui n'est pas homœpathe, lui conseille de la sobriété dans les repas du soir, et lui ordonne de la belladone, mettant ses maux « sur l'appauvrissement du sang et le ralentissement de la circulation provenant de la surexcitation du système nerveux ». Proudhon rentre à Paris, « Grosjean comme devant », à la mi-septembre, c'est-à-dire avec le rhume et l'asthme.

Malgré tout, il est content de son voyage en Franche-Comté. « Je n'ai eu, écrit-il, qu'à me plaindre d'une chose : c'est pendant les huit ou dix premiers jours, de l'accueil trop empressé d'une demi-douzaine d'amis que je n'avais pas vus depuis longtemps. Heureusement que la cuisine franc-comtoise, simple comme nature et franche comme son nom, ne fait pas de mal, et que nos vins pris avec choix et modération, ne savent que nous réchauffer et nous rajeunir ».

En octobre son état s'aggrave. Il essaie la teinture mère d'arnica, « dont il ne ressent aucun soulagement ». En novembre, il écrit à son vieil ami Bergmann (doyen de la Faculté des lettres de Strasbourg), une lettre navrante : « Je dors à peine quatre heures par nuit et le sommeil est continuellement interrompu par l'asphyxie ; ce qu'il y a de pire, c'est que je ne puis pas rester couché ; avec cela je travaille autant pour m'occuper que parce qu'il le faut. Tu peux juger que, si la médecine obtient parfois de beaux résultats contre les maladies, quand elle a la jeunesse pour auxiliaire, contre le mal et l'âge conjurés, elle est radicalement impuissante ».

En novembre, il écrit à Curie : « Mourrai-je étouffé ou mourrai-je de faiblesse, telle est la question ». On essaye sans succès la bryone qui lui donne des nausées, l'énerve et ne le soulage pas. Cretin appelle en consultation le Docteur Curie. On lui prescrit successivement l'ipeca, la noix vomique, le camphre selon la méthode de Raspail, des massages pratiqués par un masseur nègre qui était en vogue à cette époque. Rien ne réussit, et, fin décembre, il est au plus mal. « Il vit, écrit sa fille Catherine au Docteur Maguet, dans une crise continuelle, il ne dort plus, il ne peut plus marcher, ses jambes sont enflées. » La mort vint enfin délivrer le pauvre homme le 19 janvier 1865.

De toute cette longue évolution morbide on doit conclure que Proudhon est mort d'asystolie, d'épuisement du muscle cardiaque avec toutes les conséquences circulatoires qui en découlent. Cette asystolie n'est, elle-même que le résultat à longue échéance de l'asthme et de la bronchite qui, pendant dix ans, ont fait souffrir Proudhon. C'est, me semble-t-il, l'hypothèse la plus vraisemblable qu'on puisse faire.

Je crois que l'idée d'une maladie primitive du cœur, compliquée de faux asthme cardiaque peut être éliminée. Proudhon était plus que probablement un hypertendu de longue date, affection qu'à cette époque on ne savait pas reconnaître. Mais, dira-t-on, quelle est la cause de cet asthme ? Maguet, Cretin, Curie attribuaient les maux de leur ami à l'appauvrissement du sang provenant de la surexcitation du système nerveux. Il y a quarante ans, du temps que j'étais étudiant, le Professeur Bouchard, le pontife de l'époque, aurait dit : maladie causée par le ralentissement de la nutrition. De nos jours, la science officielle dit choc hémoclasique, c'est-à-dire perturbation sanguine causée par des albumines étrangères. Auguste Lumière, un grand savant, un génie dont Besançon peut être fière, et à qui il faudra bien, un jour, rendre justice, nous dirait : « floculation des colloïdes de l'organisme ». C'est à cette dernière théorie que je me tiendrais, tout en ne pouvant m'empêcher de murmurer, parodiant le psalmiste : les théories médicales sont comme les herbes des champs, le matin elles sont en fleurs, le soir elles sont fanées.

Proudhon, je l'ai déjà dit, a été de bonne heure converti à l'homœpathie et, à part les soins qu'il reçut à Bruxelles et pendant son court séjour à Dampierre, il fut toujours soigné par les homœpathes : Pétroz, Cretin et Curie. Le rôle du premier ne fut qu'épisodique : Cretin l'avait simplement appelé en consultation pendant l'atteinte de choléra qui faillit emporter Proudhon. On peut dire que le médecin attitré, celui qui pendant quinze ans soigna Proudhon et sa famille, fut le Docteur Cretin.

Alphonse Cretin naquit à Villers-les-Blamont en 1820 ; son

père y était receveur des douanes, et sa famille paraît être originaire de Saint-Hippolyte. Cretin fit ses études médicales à Paris, où il passa sa thèse en 1845 sur ce sujet : « Les maladies qui peuvent occasionner les morts subites ». Thèse courte et banale, où je me bornerai à relever, au sujet de la thérapeutique préventive de la mort subite, cette phrase qui fait un peu sourire : « L'hygiène seule pourrait prévenir bien des malheurs. Il suffira de rappeler les mouvements rapides et circulaires de la valse après un repas copieux contribuant à une congestion cérébrale ». Cretin nous a laissé un curieux récit de sa conversion à l'homœpathie dans la préface qu'il a écrite pour le traité de matière médicale de son maître Pretroz. Je me bornerai à la résumer. Depuis plusieurs années Cretin était atteint de douleurs gastralgiques extrêmement violentes, qui faisaient craindre les plus graves accidents par leur répétition et leur intensité. Tous les traitements allopathiques avaient échoué. Cretin avait comme camarade d'étude le fils de Petroz, qui lui conseilla de s'adresser à son père. Après avoir longtemps hésité, et en désespoir de cause, Cretin consulta Petroz père qui lui donna à lire les deux livres de Hahnemann, fondement de la doctrine homœpathique : l'Organon et la Matière médicale, Cretin dit qu'il n'y comprit pas grand'chose, mais comme il partait se reposer à Villars-les-Blamont, étant en pleine crise de douleurs et de vomissements, il accepta de Petroz un régime strict et une ordonnance de noix vomique dilution 30. Un mois plus tard, il revenait à Paris entièrement guéri et complètement converti à l'homœpathie qu'il se mit à étudier sous la direction de Petroz, puis à pratiquer.

Proudhon avait fondé, en 1848, le journal *Le Peuple*. Cretin, qui partageait les mêmes idées politiques, y fut pendant quelque temps rédacteur. Dès cette époque, on trouve Cretin mêlé d'une manière assez intime à la vie de Proudhon. Homœpathe convaincu et militant, Cretin était, depuis la mort de son maître Pétroz, le plus en vue des médecins homœpathes de Paris. Il fut pour Proudhon, non seulement son médecin, mais son ami et son collaborateur. Le Docteur Cretin mourut à Paris en 1890, laissant le souvenir d'un homme profondément honnête, très charitable et dévoué à ses malades.

Il semble que le Docteur Eugène Curie ne fut connu de Proudhon qu'à la fin de sa vie. C'est grâce à Cretin qu'il fit sa connaissance ; et nous avons vu que ce dernier l'appela en consultation dans les derniers mois de la maladie de son ami. Les deux hommes, du reste, étaient faits pour s'entendre.

Eugène Curie était né à Mulhouse en 1827. Son père, Paul Curie (qui était né à Vieux-Charmont), y exerçait la médecine ; il se fixa à Londres en 1834, où il mourut en 1853. C'était un homœpathe convaincu qui s'était spécialisé dans le traitement de la tuberculose, et dont la réputation s'étendait jusqu'au continent. C'est ainsi que nous voyons Ondine Valmore, la fille de Marceline Desbordes-Valmore, se rendre trois fois à Londres pour se mettre entre les mains du Docteur Curie, dont la thérapeutique se montra, hélas, impuissante.

Le Docteur Guéniot, notre vénérable doyen, dont l'Académie de médecine vient de fêter avec éclat le centenaire, a bien voulu me signaler que le Docteur Paul Curie avait publié deux traités d'homœpathie en anglais. L'un : *Principales of Homœopathy*, 195 pages (London, E. Huret, 1837). L'autre : *Pratice oi Homœopathy*, 366 pages (London, J.-B. Baillière, 1838).

Eugène Curie fit ses études à Paris et fut le préparateur de Gratiolet dans le laboratoire du Muséum. Il soutint sa thèse, en 1852, avec ce sujet : « *De la physiologie et médecine* ». Lors de la Révolution de 1848, alors qu'il était encore étudiant, le gouvernement de la République lui décerna une médaille d'honneur « pour son honorable et courageuse conduite au service des blessés ». Il avait été lui-même atteint, dans la journée du 24 février, d'une balle qui lui brisa une partie de la mâchoire.

Ses goûts et les tendances de son esprit orientaient Curie vers la science pure et les recherches de laboratoire, mais les nécessités de la vie le forcèrent à s'installer comme médecin consultant à Paris. Pendant la Commune, il établit une ambulance dans son appartement et il y soigna les blessés d'une barricade toute proche. Cet acte de civisme et ses convictions politiques qui étaient celles des républicains de 1848, lui valurent l'abandon d'une partie de sa clientèle bourgeoise. Il accepta alors une situation de médecin inspecteur du service de protection des enfants en bas-âge dans la banlieue de Paris.

Je ne sais à quelle époque il s'est rallié à l'homœpathie, mais on lui doit une série de recherches sur l'emploi du « drosera » dans la coqueluche. Il eut de son mariage avec Mlle Claire Depouilly, deux fils. L'aîné, Jacques, professeur à l'Université de Montpellier ; le second, Pierre, l'admirable savant, à qui nous devons le radium. Après avoir habité Fontenay-aux-Roses, le Docteur Curie se fixa à Sceaux, où il décéda en 1910.

Mme Pierre Curie, à qui j'emprunte ces divers renseignements, semble croire que la famille de son mari est originaire d'Alsace. Je n'insisterai pas sur les origines de la famille Curie ;

c'est, je crois, le regretté Julien Mauveaux, l'érudit montbéliardais, qui, le premier, a fait la preuve que la famille Curie, originaire du Petit-Laviron (Doubs), était fixée à Montbéliard dès 1589. Il était peut-être bon de revendiquer pour notre pays, une fois de plus, le nom de Curie, dont il a le droit d'être fier.

L'épreuve orale du concours de l'internat. — M. Maurice RENAUD. (*Entretiens de Brévannes. Concours et justice.* REVUE CRITIQUE DE PATH. ET DE THÉR., janv. 1933.)

. . . .

Le Patron. — Je suis l'adversaire, à l'internat, d'un oral qui ne peut être, la plupart du temps, qu'un mauvais exercice de récitation et qui bouleverse la vie hospitalière. Mais il est facile d'en trouver l'équivalent à la fois pour faciliter le classement et pour obliger les candidats à une préparation très étendue.

On pourrait, par exemple, en plus des trois questions importantes et longuement traitées, poser un questionnaire (tiré au sort, lui aussi) où le candidat répondrait en une ou deux lignes à une quinzaine de questions et qui ne serait corrigé qu'une fois l'admissibilité proclamée.

Les copies rédigées renseigneraient sur la qualité intellectuelle du candidat, le questionnaire sur l'étendue et la précision de ses connaissances. Sans bousculade, sans désarroi moral, sans intrigues, vous auriez choisi les plus dignes. Que faudrait-il de plus ?

Lyon, ville laborieuse. — M. HUGOUNENQ (*Paris Médical*, 4 févr. 1933.)

Un maire de Lyon recevant un jour officiellement les délégués de quelques municipalités britanniques, leur disait, non sans raison : « C'est ici que vous devez être le moins dépaysés. » Et de fait, cette ville laborieuse rappelle par certains traits de caractères et aussi par quelques-unes de ses institutions les centres industriels de l'Angleterre. Il n'est pas jusqu'à l'aspect extérieur du quartier des affaires qui n'évoque le souvenir des ruelles de la cité, au voisinage de Lombard street ou du Mincing Lane : maisons noires et peu engageantes sous un ciel assez souvent triste et brumeux. Mais cette atmosphère morose n'est pas défavorable au développement de précieuses qualités : le climat est un facteur de la race et les ciels ensoleillés ne sont pas les plus propices au travail.

Pour que dans les Facultés de médecine, professeurs et étudiants se connaissent mieux. — *Dans la* REVUE DES DEUX MONDES (1er mars 1933) *un article de M. le docteur Charles Fiessinger, intitulé :* LA FORMATION INTELLECTUELLE ET MORALE DU MÉDECIN.

Simplement instruits, les médecins sont insuffisants. Ils ne valent que par un entraînement qui s'exécute sur les dons initiaux de l'intelligence et du caractère. Les programmes de l'école ne font pas éclore ces semences fondamentales. Les Facultés de médecine ne sont pas des créatrices de valeurs. Leur fonction est de mettre en évidence celles qui s'ignorent et de les aider à s'évader de la gangue qui les enferme. Un professeur a pour premier devoir de s'occuper de son élève. Et non pas seulement dans son instruction qui lui est fort bien dispensée, mais aussi dans l'éducation de son caractère. En province, rien de plus aisé, dites-vous. A Paris, les étudiants sont trop nombreux. Cela est vrai. Il y en a beaucoup. Multipliez, alors, le chiffre des assesseurs chargés de soulager la besogne du doyen. Nommez-en six ou huit au besoin, de manière qu'à tour de rôle, chacun puisse convoquer un étudiant dans son cabinet, s'informer de son passé, l'encourager sur l'heure et le munir de bons conseils, quant à l'avenir. A vingt ans, à cet âge d'élan et de tendresse un jeune homme a besoin de témoignages de sollicitude. Avant tout, qu'il ne se sente pas seul dans la grande ville. Au moment d'entrer dans la carrière, bien des tiraillements opposés le sollicitent. Il subit l'ascendant de compagnons dont la fougue de jeunesse fait illusion sur la capacité de leur esprit. Sa sensibilité suggestionnable reçoit la multiplicité et la contradiction d'empreintes diverses. Elle accepte ou se révolte, et ses acceptations sont puériles et ses révoltes maintes fois injustifiées. Sans pénétrer dans le sanctuaire des opinions individuelles, le professeur peut proposer quelques règles de conduites, toutes dirigées dans l'intérêt de l'interlocuteur, c'est-à-dire inspirées par des formules de circonspection avisée et de sagesse. Surtout il informera l'étudiant qu'il n'est pas isolé et qu'on s'occupe de lui. La Faculté prendra à cœur de lui faciliter l'accès des voies que lui-même aura abordées, moyennant les marques de son assiduité et de sa volonté à bien faire. Etudiants et professeurs reconstitueront de la sorte entre eux, l'union et l'intimité de la grande famille qui étaient réalisées autrefois. Mettons six assesseurs entrant en fonctions. Chacun d'eux, trois jours par semaine, recevrait des séries de huit à dix élèves. Cela lui prendrait deux heures environ par séance. Soixante élèves seraient ainsi introduits chaque fois ; soit cent quatre-vingts par semaine. Il ne faudrait guère de mois pour voir ainsi défiler dans le cabinet du doyen et de ses assesseurs, la totalité des étudiants inscrits à la Faculté de Paris.

Ne cessons de le répéter. Etre professeur, c'est se munir de multiples charges. L'honneur d'un titre est lourd de responsabilités. Si parfois des jeunes médecins, et bien rares d'ailleurs, se sont laissés aller à des compromis de conscience ou à des défections à leurs devoirs, devant cet abaissement, une double question se pose. Ces malheureux sont-ils Français ? S'ils ne le sont pas, pourquoi les avoir reçus en France ? Et s'ils appartiennent à notre pays, de forte et saine tradition, pourquoi les avoir négligés quand il fallait s'inquiéter de leur sort ?

Rien ne sert de se désoler et de gémir. La diminution dans la valeur des consciences professionnelles a ses causes. Ce sont ces dernières qu'il convient de prendre au collet et d'expulser comme les premières coupables. La tolérance qui accueille les étrangers chez nous devient vite une faiblesse, et l'indifférence qui néglige les étudiants est une faute.

Pelvimétrie. — DE SA a mesuré le bassin chez environ 10.000 femmes non enceintes et chez 9.000 parturientes hindoues. Il a pu constater que les diamètres externes sont beaucoup plus grands chez les Européennes que chez les Hindoues. Mais, pour les diamètres internes, les différences sont beaucoup moins importantes. Le diamètre transvers des Européennes a un centimètre de plus, mais le diamètre oblique est à égalité. Par ailleurs, les fœtus hindous sont plus petits et plus malléables. Dans certains cas, chez des femmes de moins de vingt ans, petites et insuffisamment développées, le diamètre conjugué externe varie de 15 à 16 cm., la tête est au dessus du détroit supérieur et, pourtant, le travail se déroule spontanément (HERCULANO DE SA. Prognosis of labour. *Indian Medical Record*, septembre 1932).

Henri VIGNES.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE [illegible]ON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 12 LE NUMÉRO : 50 Centimes 25 MARS 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P Paris 357-81 R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — M. Jeulain. Contribution à l'étude de l'intoxication par le tétrachlorure de carbone. — M. Lemmet. La perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. Boucher. Etude sur la distribution géographique de la peste dans le monde. — M. Parsa Seyjolah. Contribution à l'étude du paludisme en Perse. — M. Robert. Contribution à l'anesthésie locale par le chlorhydrate de pseudo-cocaïne droite.

15 mars. — M. Pulvenis. Recherches sur la syphilis expérimentale du lapin. — M. Feuillastre. L'allergie dans les purpuras rhumatoïdes. — M. Vitenson. Les cardiopathies de la maladie de Basedow.

16 mars. — M. Lotiron. L'infection mixte. Syphilis. Lymphogranulomatose. — M. Mayna. La maladie d'Henderson-Jones. — M. Limoge. A propos d'un syndrome agranulocytaire. — M. Odiette. Contribution à l'étude de la substance élastique dans les cultures des tissus in vitro. — M. Lécuyer. Laryngite tuberculeuse et collapsothérapie pulmonaire. — M. Delbès. L'angiomatose kystique de la rétine.

16 mars (Thèse vétérinaire). — M. Balossier. Des dystocies fœtales chez la chienne.

21 mars. — Mlle Roudinesco. Les lésions encéphaliques de la diphtérie. — M. Pessin. Les paralysies post-sérothérapiques. — M. Chennevière. Les lésions chorio-rétiniennes dans la leucémie aiguë.

22 mars. — M. Sourice. Rayon horizontal en radiographie cranienne. — M. Belios. L'histoire du paludisme en Grèce.

25 mars. — M. Sivadon. Les psychoses puerpérales et leurs séquelles. — M. Maurre. Les disque intervertébral. Physiologie. Pathologie. Indications thérapeutiques.

Hôpitaux de Lyon. — M. le Docteur Henri Gardère a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux de Lyon.

Hôpital-hospice d'Orléans. — Un concours pour trois places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires, aura lieu au dit Etablissement, le lundi 10 juillet 1933, à 10 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — *Enseignement supérieur de thérapeutique et de technique chirurgicale orthopédique* sous la direction du Docteur P. Mathieu, professeur de clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte. — Cours de chirurgie articulaire en douze leçons (du 1er au 6 mai 1933) : Lundi 1er mai, 14 h. 30, M. Wilmoth : La résection de l'épaule ; les butées ; 16 heures, M. Alglave : Chirurgie du coude, les voies d'accès. — Mardi 2 mai, 14 h. 30, M. Robineau : Fractures récentes du col du fémur ; 16 heures : M. Mouchet : Chirurgie du poignet, les luxations des os du carpe. — Mercredi 3 mai, 14 h. 30, M. Mathieu : Chirurgie de la hanche, voies d'abord, arthrodèses, butées ostéoplastiques ; 16 heures : M. Mathieu : Résections arthroplastiques de la hanche. — Jeudi 4 mai, 14 h. 30, M. Fredet : Fractures de la rotule ; 16 heures, M. Braine : Chirurgie des ménisques du genou. — Vendredi 5 mai, 14 h. 30, M. Braine : Les amputations du pied, et l'amputation de Ricard en particulier : 16 heures, , M. Mathieu : Chirurgie des articulations sous-astragalienne et médico-tarsienne. — Samedi 6 mai, 14 h. 30, M. Fredet : Résection du genou, pour ostéo-arthrite tuberculeuse ; 16 heures, M. Alglave : Chirurgie du genou, les voies d'accès.

Syndicat de la Presse scientifique. — L'Assemblée générale du Syndicat de la Presse scientifique vient de se réunir, sous la présidence de M. le Docteur Foveau de Courmelles, président du Syndicat.

Elle a été suivie d'un banquet confraternel présidé par M. Louis Marin, député, ancien ministre, et auquel ont pris part, entre autres convives, MM. Armand Schiller, L. de la Chanonie, Villette, Mounier, Descroix, représentants de plusieurs associations ou Syndicats de presse.

A l'issue du banquet, des discours ont été prononcés par MM. Foveau de Courmelles et Louis Marin.

Puis, M. le Docteur Constantin a fait passer sous les yeux des convives de très belles et très intéressantes projections lumineuses, toutes inédites, représentant des paysages et des scènes de l'Afrique occidentale.

The Lady Tata Memorial Trust (Fondation « Lady Tata » pour favoriser les recherches sur les maladies du sang). — Cette Fondation a été créée en avril 1932 par un don du regretté Sir Dorabji Tata (de Bombay), en souvenir de sa femme Lady Tata, dans le but de favoriser les recherches sur les « Maladies du sang » et plus particulièrement sur la « Leucémie ».

Il a été mis à la disposition de la Fondation, les sommes nécessaires pour créer des bourses et des prix destinés à aider les recherches. A l'exception d'un cinquième des revenus nets qui est réservé aux recherches des Indous (aux Indes ou hors des Indes), le reste sera octroyé, comme il vient d'être exposé, et les candidats de toutes les nationalités, y compris les Indous, y auront droit.

Les administrateurs de la Fondation seront conseillés par un Comité consultatif dont le siège sera à Londres et comprenant des représentants européens, et par un Comité indou aux Indes.

La Fondation fait connaître que quatre bourses « Lady Tata » chacune d'une valeur de 400 livres sterling par an, seront attribuées en juin 1933 à des travailleurs (hommes ou femmes de toutes nationalités) pour des recherches sur les maladies du sang, et se rapportant particulièrement à la Leucémie. Chaque bourse sera valable pour un an, à partir du 1er octobre 1933, et pourra être renouvelée jusqu'à une durée normale maximum de trois ans. Les bourses seront attribuées de préférence à des candidats qui consacreront tout leur temps à des recherches ; mais un candidat donnant une partie de son temps à l'enseignement pourra en bénéficier à condition que les administrateurs, conseillés par le Comité consultatif, soient d'avis que les devoirs de sa charge, ne l'empêcheront pas de consacrer la meilleurs partie de son activité à ces recherches.

Les candidats à la bourse Lady Tata devront faire parvenir leur demande jusqu'au 30 avril prochain au Prof. A. Vacha, Calvin Str. 27 à Berlin, NW 40, où ils pourront obtenir des formulaires de demandes.

Fédération nationale des médecins du front. — La Fédération nationale des médecins du front groupe actuellement les Associations suivantes : l'Association amicale des anciens médecins des Corps combattants ; l'Union des médecins mutilés de guerre ; l'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre, l'Association des médecins mutilés et anciens combattants de Lyon et du Sud-Est.

Elle a été présidée pendant les années 1931 et 1932 par M. le Doyen Balthazard, et reste sous sa présidence d'honneur.

Cette Fédération a pour but : 1º de coordonner les activités des groupements adhérents pour l'étude des différents problèmes qui les intéressent, et d'assurer une action commune : 2º de les représenter auprès des Pouvoirs publics, du Corps médical et des autres Associations d'anciens combattants.

Toute Association de médecins composée de titulaires de la carte du combattant peut se grouper à la Fédération nationale des médecins du front.

Le président pour l'année 1933 est le Docteur Albert Landrin,

ancien président de l'Union des médecins mutilés de guerre, et ancien président de l'Association amicale des anciens médecins des Corps combattants.

Pour tous renseignements concernant les statuts, s'adresser au secrétaire général de la Fédération des médecins du front, le Docteur Bellanger, 2, rue Pigalle, Paris.

La défense de la natalité par l'eugénique. — Le Conseil d'administration et les présidents des commissions de l'Association d'études sexologiques ont tenu, sous la présidence de M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre de la Santé publique, assisté du Docteur Toulouse, président de l'A. E. S., une réunion dont l'objet apparaît parmi les plus importants de l'heure présente.

La question posée était celle-ci : quels remèdes peut-on apporter à l'état précaire de la natalité française, menacée par les pratiques anticonceptionnelles et les interruptions de grossesses qui suppriment chaque année plusieurs centaines de mille naissances, tuent et stérilisent des milliers de femmes, alors que le pays doit se survivre en recherchant le plein épanouissement de toutes ses forces.

Des rapports furent successivement présentés par les Professeurs Charles Achard, Victor Basch, Aug. Brindeau, Henri Donnedieu de Vabres et les Docteurs Jean Dalsace et A. Courtois, qui exposèrent les différents aspects de la question.

MM. Lefebvre-Dibon et Fernand Boverat, président et secrétaire général de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française, qui avaient été invités à cette réunion, développèrent le point de vue de leur société. Ils insistèrent sur le péril que représenterait à leurs yeux l'adoption de certaines mesures empruntées à des législations étrangères et dont il ne faudrait attendre qu'une aggravation de notre dénatalité.

Le Docteur Toulouse fit un exposé complet de la politique économique et biologique qu'il préconise. Ce sont les individus les mieux doués au point de vue physique et psychique, comme aussi les plus privilégiés au point de vue social, qui doivent assurer la fonction génératrice. Dans ce but, le mariage ne devrait être prononcé que sur le vu d'un certificat constatant que les fiancés se sont soumis à un examen médical. (Proposition de loi de M. Justin Godart.)

En présence des résultats actuels qui se chiffrent par plus d'un million d'anormaux imposant à la collectivité des charges de plusieurs dizaines de milliards et par l'augmentation du nombre des avortements clandestins, le Docteur Toulouse demande que des dispensaires de natalité et des services hospitaliers agréés par l'autorité publique, d'accord avec les syndicats médicaux, soient ouverts pour mettre à la portée de tous les conseils d'ordre médical. Toutes autres interventions resteraient interdites par la loi du 31 juillet 1920 qui ne serait pas applicable aux dispensaires et établissements hospitaliers habilités par le ministre de la Santé publique.

L'assemblée adopta toutes ces conclusions, et M. Justin Godart souligna combien le facteur « qualité » était important pour l'avenir de la race, sans qu'il exclue d'ailleurs le facteur « quantité » qui doit au contraire compléter une politique rationnelle du problème de la natalité, tendant à assurer le rayonnement extérieur du pays et au besoin la défense nationale.

Dans une prochaine réunion de l'A. E. S. sera étudié le facteur quantité dans le problème de la natalité.

Clinique ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux. — *Cours de perfectionnement du Professeur Teulières.* — Comme les années précédentes, le Professeur Teulières fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie, avec la collaboration des Professeurs Jeanneney, Petges et Portmann : des Professeurs agrégés Aubertin, Beauvieux et Delmas-Marsalet ; des Docteurs J. Viaud, ophtalmologiste des hôpitaux et de Saint-Martin (de Toulouse) ; des Docteurs Bessière, chef de clinique, Le Lain, assistant et Corcelle, interne du service.

Cet enseignement essentiellement pratique, au point de vue clinique, thérapeutique et opératoire, comprendra, en même temps, des conférences dans lesquelles seront exposées les grandes questions à l'ordre du jour.

Il aura lieu du lundi 17 juillet au samedi 29 juillet 1933.

Tous les jours à 9 heures (mercredis et samedis exceptés), à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André : Consultation expliquée par le Professeur Teulières.

Au cours de la consultation, les auditeurs seront exercés individuellement aux examens ophtalmoscopiques ou de réfraction et à la manipulation des appareils spéciaux (Thorner, Gullstrand, etc.).

Ils feront, sous la direction du chef de laboratoire, les examens biologiques ou microscopiques extemporanés usités en clinique.

Mercredis et samedis, à 9 heures : séance opératoire.

Tous les jours, à 11 heures et à 15 heures, conférences portant sur les grandes questions d'actualité en ophtalmologie ou sur les méthodes les plus modernes de traitement des maladies à complications oculaires fréquentes (syphilis, diabète, cancer). Lorsque les conférences traiteront de la thérapeutique chirurgicale d'une affection par des procédés nouveaux (décollement de la rétine, dérivation des voies lacrymales, extraction du cristallin dans sa capsule), elles seront suivies de démonstrations opératoires sur le malade.

Tous les soirs, à 17 heures : Conférences de chirurgie oculaire suivies d'exercices pratiques de médecine opératoire sur le cadavre, au cours desquels tous les auditeurs seront invités à pratiquer eux-mêmes les différentes opérations.

Pendant la durée du cours, il sera donné un enseignement théorique complet de biomicroscopie. Chaque leçon sera suivie d'examens pratiques de l'œil humain au biomicroscope, auxquels seront exercés tous les auditeurs. Un très grand nombre de malade sera convoqué, afin que l'on puisse observer plusieurs cas de toutes les affections que l'on rencontre dans la pratique ophtalmologique.

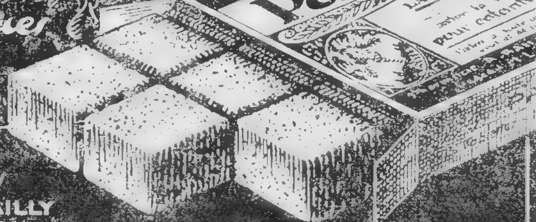
Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 13 juillet 1933. Droit d'inscription 300 francs. Un programme du cours sera envoyé sur demande.

Congrès international pour la protection de l'enfance (Secrétariat général : 26, boulevard de Vaugirard, Paris-XVe.) — Ce congrès se tiendra à Paris, du 4 au 9 juillet 1933.

Le programme détaillé des séances de travail, visites, fêtes et réceptions sera envoyé ultérieurement.

Le jubilé du Professeur d'Arsonval. — La Renaissance française, vient de prendre l'initiative de célébrer le jubilé du Professeur d'Arsonval, successeur de Claude Bernard au Collège de France, qui est une des plus grandes gloires scientifiques contemporaines.


Figues
Raisins


Pasta Pal

Les présidents du Sénat et de la Chambre, le président du Conseil, le ministre de l'Education nationale, le ministre de la Santé publique, toutes les hautes personnalités scientifiques et médicales ont accepté de faire partie du Comité d'honneur du jubilé d'Arsonval.

Le Comité d'action a décidé que ce jubilé sera célébré fin mai dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne où sera organisée une manifestation solennelle au cours de laquelle une médaille frappée spécialement à son effigie sera offerte à l'illustre savant.

Contre le morcellement du doctorat en médecine. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, seule Association d'étudiants en médecine reconnue d'utilité publique, réuni en séance extraordinaire le 14 mars 1933, proteste contre la création éventuelle de certificats d'Etat obligatoires pour exercer les différentes spécialités médicales.

Il s'agit là, à n'en pas douter de l'institution d'un nouveau diplôme, dont les conséquences seraient une restriction intolérable des droits conférés par le diplôme de docteur en médecine.

Le Comité de l'Association corporative estime que le danger est d'autant plus considérable que le *nombre* de spécialités susceptibles de donner lieu à certificats est *illimité*. Aussi fait-il confiance à ses maîtres de la Faculté de médecine et à la Confédération des Syndicats médicaux pour défendre énergiquement les prérogatives attachées au diplôme de Docteur en médecine.

Association pour le développement des relations médicales (A D.R.M.). — *Séance du Conseil d'administration du 7 mars* 1933. — Le conseil réélit le bureau de l'année précédente : président, Hartmann ; vice-présidents : Gaston, Morax, Sergent ; secrétaire général, Baudouin ; trésorier, Lemaitre, conseiller juridique, Boudin.

Lecture d'une lettre du Professeur Radonicic invitant un professeur de Paris à faire des conférences à Zagreb. Communication de M. Balthazard exprimant le désir des Hongrois d'avoir des conférenciers français, de M. Molinéry, retour de Buda-Pesth exposant de même le désir des intellectuels d'entrer en rapport avec leurs collègues français, malgré la hantise qu'ils ont du traité de Trianon.

Lecture d'une lettre de notre Consul à Montréal, M. Marchal, exposant les heureux effets de la présence du Docteur Rist, membre de l'A. D. R.M. au Congrès de l'American College of Physicians et l'importance des efforts faits par les filiales de l'A. D. R. M. que président le professeur Dubé à Montréal, le professeur Smithies à Chicago. Lettre du Docteur Peck demandant que l'A. D. R. M. veuille bien, comme les années précédentes s'occuper du séjour en France des membres de l'Interstate Post-Graduate Association of North America.

Election de nouveaux membres : Professeur Dumas, Professeur Marion.

Gala des étudiants en médecine. — Le Comité des fêtes des étudiants en médecine de Paris offre le 4 avril au Palais d'Orsay une nuit de Gala avec le concours des spécialités pharmaceutiques.

Au cours de cette nuit on aura le loisir d'applaudir Alice Cocéa, Damia, Marguerite Moréno, Albert Préjean et Charles Vanel.

Les médecins et étudiants en médecine désirant des cartes gratuites pour eux ou leurs familles sont priés d'envoyer une adresse et une enveloppe timbrée au Comité, 78, rue Blomet.

Nécrologie. — Professeur HUTINEL, membre de l'Académie de médecine, décédé le 21 mars à l'âge de 84 ans. — Docteur BASSET, de Toulouse, 2, place Rouaix. — Docteur CHAUSSINAUD. — Docteur DANIEL, de Paris, 72, boulevard Beaumarchais (XIe). — Docteur Alphonse DARRIVIÈRE, d'Endoufielle (Gers). — Docteur DARRAZE, de Pontonx-sur-l'Adour (Landes). — Docteur DE GRAVE, de Lagrasse (Aude). — Docteur Evariste GOETHALS, de Rosendael (Nord). — Docteur Jules GRAND, de Sanary-sur-Mer, décédé dans sa 86e année. — Docteur MAFFRE DE BAUGÉ, de Florensac (Hérault). — Docteur Paul NEYRA, de Lyon, décédé au Lavandou (Var). — Docteur Lhéopold ROBERT, de Corbelin (Isère), décédé dans sa 70e annee. — Docteur SUSBIELLES. — BÉNÉDIN, de Monein (Basses-Pyrénées), décédé à l'âge de 45 ans. — FLEURANCE, interne des hôpitaux de Nantes. — PRÉVOT, étudiant de la Faculté de médecine de Lille. — Sir George BEATSON, de Glasgow, chirurgien, décédé à l'âge de 85 ans. — Docteur Théophilus BULRELEY HYSLOP, psychiatre (Angleterre). — Docteur PARKIN, de Newcastle, chargé du cours de thérapeutique à l'Ecole de médecine de l'Université de Durham. — Professeur Emmanuel AUFRECHT de Magdebourg. — Professeur Karl CORRENS, de Berlin. — Docteur R. SOUTTER, de Boston, spécialisé dans la chirurgie orthopédique, mort à la suite d'une septicémie contractée en opérant un enfant.

LIRE LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 570

TRAVAUX ORIGINAUX

ECOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
Chaire de chirurgie de guerre. Appareillage. Orthopédie

Les Ecoles du Service de santé militaire de 1708 à nos jours

La chirurgie de guerre; sa conception; son enseignement [1]

Par le Médecin Commandant **CLAVELIN**
Professeur au Val-de-Grâce

LEÇON INAUGURALE

Mon Général,
Mes chers Camarades,
Messieurs,

La confiance unanime qui m'a été témoignée par mes maîtres et par mes collègues augmente l'émotion qui m'étreint le jour où se réalise le rêve que j'osais à peine former lorsque, en 1913, j'étais à votre place, Messieurs, sur les bancs de cet amphithéâtre.

L'honneur qui m'est fait j'en apprécie tout le prix. Je tiens à en faire hommage aux maîtres qui au cours de ma carrière m'ont permis, par leur enseignement, par leurs conseils, par leurs exemples d'être jugé digne de recueillir la lourde charge de la chaire de chirurgie de guerre.

J'adresserai en premier lieu mes remerciements à MM. les membres du Comité consultatif de Santé. Que leur président, M. le Médecin général inspecteur Dopter, me permette de lui dire combien je lui suis respectueusement reconnaissant du bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de me témoigner depuis de si nombreuses années. M. le Médecin général Lahaussois a bien voulu rapporter favorablement ma candidature, il a augmenté ainsi la dette que j'ai contractée envers lui depuis le jour lointain où j'étais élève dans son service de Desgenettes.

Merci également de tout cœur à mes collègues du Conseil de perfectionnement et, particulièrement, à leur rapporteur mon ami le Professeur Paitre. La fidèle amitié qui nous unit, née parmi les épreuves d'un concours d'agrégation, ne s'est jamais démentie depuis. Je suis heureux de me retrouver maintenant à ses côtés et de prendre la succession très lourde, de son enseignement clinique au 2e Blessés.

Je dois également une très grande reconnaissance aux assistants, aux élèves, au personnel soignant, et parmi ce dernier tout spécialement aux dames infirmières, que j'ai eus sous mes ordres tant à la 2e Division de blessés au Val-de-Grâce, que dans mon service de l'hôpital militaire Percy.

Par leur dévouement inlassable, leur conscience professionnelle, leur ardeur au travail, les unes et les autres ont été des collaborateurs précieux à qui je tiens à exprimer aujourd'hui mes très vifs et très sincères remerciements.

Mais parmi tous ceux qui depuis ma première année de médecine ont contribué à ma formation médicale et chirurgicale il en est à qui je dois une reconnaissance plus particulière.

C'est une tradition à laquelle je tiens à rester fidèle de profiter d'une occasion comme celle qui m'est offerte en ce jour, pour leur apporter publiquement le témoignage de ma gratitude.

Mon premier maître fut mon père. Il était médecin, non chirurgien, mais c'est dans son service de l'hôpital militaire de Marseille, sous sa direction, que j'ai pratiqué mes premiers examens cliniques. C'est à ses côtés, au lit du malade, témoin hors de l'hôpital de l'inquiétude qui l'accompagnait lorsqu'il laissait des cas graves que j'ai appris à aimer le malade. Et, pour un chirurgien, appelé à prendre des responsabilités redoutables, obligé parfois hélas ! d'écouter les plaintes de malheureux atteints d'affections devant lesquelles il est désarmé, ces qualités de cœur sont absolument indispensables.

Je lui dois encore un enseignement et un exemple. Eloigné du bruit et de l'intrigue, comme l'a dit de lui un de ses chefs, fidèle à ses convictions et à ses amitiés, il a toujours estimé qu'une carrière peut-être moins brillante, mais franche et droite, basée uniquement sur l'accomplissement strict du devoir, était la seule digne d'être suivie.

Au point de vue chirurgical trois maîtres ont présidé à ma formation :

En 1913, pendant mon stage dans cette Ecole, les travaux pratiques de médecine opératoire étaient enseignés par le Professeur agrégé Billet. La clarté, la précision de ses exposés anatomiques étaient restées pour nous tous un modèle. En juillet 1915 j'étais affecté comme assistant à l'A.-C. A. N° 6 dont le Médecin capitaine Billet venait d'être nommé médecin-chef. Ce fut là, pendant un an, sous sa direction, l'aidant d'abord, aidé ensuite par lui avant de voler de mes propres ailes que je commençai ma carrière chirurgicale.

Son appui ne m'a jamais fait défaut depuis ; la guerre terminée ce fut sous sa direction que je commençai à préparer mon agrégation et à mon retour d'Orient ce sont ses conseils, ses leçons qui me permirent le succès au concours de 1921.

C'est avec un profond regret que je le vis quitter le Val-de-Grâce en 1922 pour prendre la chaire d'anatomie à la Faculté catholique de médecine de Lille. Qu'il me permette aujourd'hui de lui dire une fois de plus toute ma très affectueuse reconnaissance pour tout ce que je lui dois dans ma formation chirurgicale.

A la 2e Division de blessés où je fus affecté comme agrégé je trouvai comme chef de service le Professeur Rouvillois.

Or, il est une branche de la chirurgie pour laquelle j'ai toujours eu une prédilection : la chirurgie osseuse. Sous la direction d'un maître comme celui que je trouvais, dont la compétence est universellement reconnue, et dont les travaux font autorité, il m'a été facile de développer ce penchant.

En plus de ces relations d'élève à maître j'ai toujours trouvé près de lui un accueil dont la bienveillance m'était précieuse. Il y a quelques mois encore il a bien voulu me donner une nouvelle preuve, toute personnelle, de l'affectueux intérêt qu'il me porte. Qu'il veuille bien agréer, pour tout ce qu'il a fait pour moi, ma très respectueuse et très profonde reconnaissance.

Au début de 1921 le Professeur Duguet était chargé de l'inspection chirurgicale de l'armée française du Levant. C'est à l'I. A. d'Alexandrette, un soir où je venais de recevoir cent vingt blessés que je lui fus présenté.

Je n'étais pas très fier : mon installation chirurgicale était modeste au point de vue matériel, je n'avais pas d'assistant et devais me débrouiller pour faire seul le triage, la radiographie et les interventions.

En réalité je fus très vite rassuré et heureux au contraire de pouvoir profiter des conseils qui m'étaient offerts.

Quelques mois après je me trouvais être son agrégé à la chaire d'appareillage-orthopédie dont il était le titulaire.

C'est à lui que je dois d'avoir approfondi les mystères de l'appareillage, et, c'est à son enseignement que je me reporterai lorsque j'aborderai avec vous ces questions.

Au point de vue clinique ses leçons au 2e Blessés étaient des modèles de clarté et de vie qui captivaient tous les auditeurs,

◆◆

(1) Leçon inaugurale faite le 6 mars 1933 au grand amphithéâtre de l'Ecole d'application du Service de santé.

Lorsqu'il quitta le Val-de-Grâce pour prendre la direction du Service de santé des troupes du Levant ce n'était pas seulement un maître que je perdais, mais, qu'il me permette de le dire, un ami et je garde le souvenir ému des années d'affectueuse collaboration vécues avec lui dans cette Ecole.

J'aurais été heureux de le voir aujourd'hui à mes côtés, la chaire que j'occupe n'est-elle pas, en partie, celle où il a enseigné ?

L'éloignement l'en empêche. Dans les hautes fonctions qu'il assure en Egypte où il montre toutes les qualités d'organisateur et de chef qui sont les siennes, qu'il sache combien je suis fier d'avoir été son élève et quelle profonde et respectueuse affection j'aurai toujours pour lui !

***

Les membres du corps enseignant de cette Ecole forment à travers l'histoire une chaîne ininterrompue, et nous sommes tous redevables à nos prédécesseurs de l'éclat que, par leurs travaux, ils ont jeté sur notre Ecole, éclat dont nous bénéficions aujourd'hui.

Mais l'histoire nous montre que si l'Ecole d'application de la médecine militaire existe depuis le décret du 9 août 1850, l'enseignement dans le Service de santé un enseignement régulier, organisé, existe pratiquement depuis près de deux siècles !

Dans sa leçon inaugurale, il y a six ans, mon prédécesseur le Professeur Maisonnet a traité, de façon magistrale « La chirurgie de guerre, ses caractéristiques, son passé ».

J'avais eu la pensée de prendre comme sujet de la leçon d'aujourd'hui l'histoire de l'enseignement de la chirurgie d'armée dans les écoles du Service de santé militaire.

Mais les recherches effectuées, l'intérêt que j'ai trouvé aux leçons du passé, m'ont amené à élargir ce cadre.

Je vous résumerai d'abord l'histoire des écoles du Service de santé en insistant, naturellement, sur l'enseignement de la chirurgie et sur celui de la chirurgie d'armée, lorsque ce dernier a existé.

Puis sortant du cadre de la technique pure, nous constaterons que dans cette histoire, il y a toujours eu une liaison étroite entre l'existence d'écoles bien organisées avec enseignement de la chirurgie de guerre, et, une conception, une organisation de la chirurgie aux armées en campagne.

Et nous verrons que l'organisation de la chirurgie de guerre sur les champs de bataille n'a été réellement étudiée et réalisée que lorsque son enseignement a existé dans nos écoles. Mais pour arriver à ce qui nous paraît si simple et si naturel aujourd'hui, il a fallu près de deux siècles de lutte et que le Corps de santé devînt le maître de son enseignement et de sa propre organisation.

Cette histoire, Messieurs, doit, de plus, être pour nous un sujet d'orgueil et un motif de foi.

D'orgueil pour notre pays. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les idées d'humanité y ont cours. De toutes les puissances européennes c'est la monarchie française la première qui s'est préoccupée du soin à donner aux blessés et c'est elle qui la première introduisit dans ses armées un Corps de santé régulier, organisé avec ses écoles de formation.

Orgueil pour notre Corps dont la renommée à l'étranger devint rapidement si grande que les Souverains d'Europe firent appel aux chirurgiens militaires français pour organiser le Service de santé de leurs armées et pour diriger leurs services chirurgicaux en campagne.

Orgueil encore en constatant que certaines branches de l'enseignement ont fait partie intégrante du programme de nos écoles avant d'être adoptées par les Facultés.

Motif de foi, de foi dans l'avenir et dans les destinées de notre Corps. Les vicissitudes que ses écoles et lui-même ont traversées depuis deux siècles montrent leur importance, leur incontestable utilité.

Avant de vous résumer cette histoire, si riche en enseignements, je ne puis m'empêcher de vous citer ces phrases, écrites par Begin en 1860 : « Puisse cette leçon d'une expérience chèrement payée, inspirer quelques réserves à cette foule de faiseurs de projets qui, de nos jours encore, promettent si légèrement des économies sans limites et des simplifications jusque-là inconnues ! Puisse-t-elle surtout profiter aux hommes que ces utopistes harcèlent, et les défendre contre des réductions funestes sur ce qui en comporte le moins, savoir : les soins et les secours que doit l'Etat aux citoyens qui le défendent. « La première économie, dit l'ordonnance royale de 1780 est la conservation des hommes. »

C'est à propos de la funeste réforme de 1788 sur l'organisation des hôpitaux que Begin écrivait ces lignes.

L'occasion de les relire et de les méditer ne manque malheureusement pas au cours de l'histoire de notre Corps et de nos jours même certains faiseurs de projets tireraient grand profit de sa lecture.

***

C'est dans l'armée française que l'on voit apparaître pour la première fois un Corps de Santé régulièrement constitué.

Et c'est à Louis XIV que revient le mérite de cette création par l'Edit du 17 janvier 1708.

Cet édit prévoit d'une part, la formation de cinquante hôpitaux militaires dans les forteresses dont Vauban avait entouré la France et d'autre part il institue un Corps spécial et permanent de médecins et chirurgiens militaires. Il définit les motifs de cette institution, en expose les buts et en esquisse le recrutement.

Voici le passage de l'édit qui est en quelque sorte la première reconnaissance du Corps de Santé militaire.

« Les services importants que nos troupes nous rendent, nous engageant de veiller à leur conservation et soulagement dans leurs maladies et blessures, nous avons cru ne le pouvoir faire d'une manière plus avantageuse pour elles qu'en *établissant pour toujours*, à la suite de nos armées et dans nos hôpitaux et nos places de guerre, des médecins généraux et particuliers, à titre d'offices, qui aient les connaissances nécessaires pour bien panser et médicamenter les officiers et soldats qui sont malades ou blessés, et de n'en *admettre aucun que ceux qui auraient été approuvés par nos premiers médecins ou chirurgiens* ; l'emploi desquels étant certain et leur *service continuel* auprès de ces mêmes corps de troupe et dans un même hôpital, ils seront plus en état de secourir utilement les malades et blessés que ceux qui servent par commission, lesquels ne peuvent pas acquérir la même expérience et capacité, et ne servent pas avec autant d'affection qu'ils le feraient si leur service était continuel et assuré. »

Des édits successifs organisent progressivement le Corps.

Celui du 20 juin 1716 supprime la vénalité des charges et offices et confie le recrutement du personnel des hôpitaux à une sorte de Conseil de santé comprenant quatre conseillers médecins inspecteurs généraux et quatre conseillers chirurgiens inspecteurs généraux.

Une ordonnance du 20 décembre 1718 parle pour la première fois d'enseignement. Son article 21 prescrit que « le chirurgien major fera autant qu'il pourra un cours d'opérations de chirurgie et d'anatomie tous les ans, auquel les chirurgiens de l'hôpital seront obligés d'assister, pour s'entretenir et se fortifier dans l'exercice de leur art, et pour y former des élèves qui puissent devenir utiles ».

Quelques années après, à cet enseignement encore bien inorganique donné dans les hôpitaux, s'ajoute à l'Hôtel des Invalides, un enseignement prescrit par le règlement du 11 août 1727, qui fait que cette institution peut être considérée, dès cette époque, comme une école pour les chirurgiens.

Petit à petit l'organisation progresse et le 1er janvier 1747, un règlement général concernant les hôpitaux militaires, prescrit dans les principaux hôpitaux, un cours d'anatomie et d'opérations et un cours d'ostéologie et de bandages avec examens clôturant l'année scolaire.

Cette organisation restait malgré tout très primitive, aussi cet enseignement sans liaison, sans contrôle, fait par des éléments très divers, fut loin de fournir les résultats que l'on escomptait.

Une ordonnance du 4 août 1772 perfectionne l'organisation. Elle institue une Commission de santé, devenue aujourd'hui

NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS

DECORPA
CONTRE
LA FAIM

OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..

MUCILAGES SPÉCIAUX

LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

le Comité consultatif qui, entre autres attributions, doit préparer dans l'hôpital principal de chaque grand département, une école d'instruction.

Une ordonnance et un règlement du 22 décembre 1775, organisent ces écoles à Strasbourg, Metz, Lille, sous le nom d'hôpitaux amphithéâtres. Ce sont les premières écoles du Service de santé.

Cette organisation, le programme des cours, le recrutement des élèves, méritent de nous arrêter plus longuement.

Au point de vue recrutement des élèves en chirurgie aucun ne pouvait être admis s'il n'avait fait deux années d'apprentissage chez un maître chirurgien et subi un examen devant le médecin inspecteur ou à défaut le premier médecin et le chirurgien major de l'hôpital.

Reçu, l'élève en chirurgie avait le grade de surnuméraire. Le nombre des surnuméraires internes était très limité (quatre par hôpital amphithéâtre et par an) ; ils portaient l'uniforme et suivaient les cours de l'école.

Le programme de l'enseignement était réparti sur trois ans :

Première année. — Semestre d'hiver : ostéologie sèche et fraîche ; myologie.

Semestre d'été : principes de chirurgie et bandages.

Deuxième année.— Semestre d'hiver : splanchnologie, angéiologie, opérations.

Semestre d'été : chirurgie et bandages.

Troisième année. — Semestre d'hiver : névrologie et revision de l'anatomie, pratique des opérations.

Semestre d'été : physiologie, pathologie.

Et l'article 13 rappelant un article de l'ordonnance de 1747, précise que « les médecins feront chaque année un cours de pratique et *clinique* des principales maladies qui règnent parmi les troupes dans les armées et les garnisons auquel ils joindront une explication et une application du formulaire des hôpitaux ; ils auront soin en même temps de faire connaître les rapports du genre de vie des soldats, de leurs travaux et de leur régime. »

Cet enseignement, vous le voyez, était très complet tant pour les médecins que pour les chirurgiens. On y trouve l'amorce de l'hygiène et de l'épidémiologie militaires, et aussi le souci de l'enseignement clinique qui a existé dans ces écoles militaires avant d'être adopté plus tard par les Facultés.

Le corps enseignant comprenait au point de vue chirurgical : le chirurgien-major et un professeur d'anatomie portant le titre d'aide-major démonstrateur.

Les élèves étaient soumis à des examens réguliers en cours d'année scolaire : chaque année au mois de mai avait lieu l'examen général de tous les surnuméraires et les deux élèves chirurgiens qui s'étaient le plus distingués recevaient chacun un prix de 150 livres.

Après trois ans d'école, les surnuméraires qui avaient passé l'examen de sortie avec succès étaient nommés surnuméraires appointés parmi lesquels étaient choisis les sous-aides-majors.

Nous serions entraînés hors de notre sujet en étudiant en détails les règles de l'avancement au concours ou au choix instauré par les ordonnances de 1775 et 1781.

Il est cependant intéressant de signaler que, à côté de ce recrutement qui fournissait le personnel pour les hôpitaux et pour les régiments, il existait également un recrutement latéral, recrutement direct. Les sujets étrangers au Service de santé que, suivant l'habitude du temps, les colonels pouvaient présenter pour entrer dans leur régiment, devaient passer un examen avant d'être nommés chirurgiens-majors.

Signalons également que les surnuméraires qui n'avaient pu entrer dans le Corps de santé pouvaient rester à l'école encore trois ans.

Au bout de six années, s'ils n'avaient pas été reçus dans l'armée, ils recevaient un certificat de scolarité, qui leur permettait de prendre le titre de chirurgien militaire.

Ils avaient la possibilité, en cas de besoin extraordinaire, de concourir pour être placés dans les hôpitaux et constituaient ainsi une sorte de réserve, de disponibilité.

En 1780 sous prétexte d'économies, une ordonnance supprime les trois amphithéâtres, mais cette lourde erreur ne dure pas et l'ordonnance du 2 mai 1781 les rétablit et les organise même sur une plus vaste échelle.

Aux trois amphithéâtres de Lille, Strasbourg et Metz s'ajoutent deux autres à Toulon et à Brest ; l'aide-major démonstrateur devient chirurgien en second et pour la première fois on voit apparaître, dans le programme, un cours spécial de chirurgie militaire intitulé « cours des plaies d'armes à feu ».

C'est donc à 1781 que remonte l'enseignement officiel de la chirurgie de guerre dans les écoles du Service de santé.

Le seul nom de titulaire de cet enseignement qu'il m'a été possible de retrouver est celui du chirurgien-major Lombard qui de 1781 à 1792 fut à l'hôpital amphithéâtre de Strasbourg, professeur du cours des plaies d'armes à feu.

Enfin il est important également de souligner que le perfectionnement des officiers de santé n'était pas perdu de vue. Dans les principaux hôpitaux militaires, les chirurgiens-majors devaient faire des cours réguliers aux élèves appointés, aux sous-aides et aux aides-majors placés sous leurs ordres.

En 1788 un projet, déjà émis en 1776 mais repoussé à cette date, fut adopté en invoquant l'éternelle cause d'économies et profitant du bouillonnement des idées à cette époque. Démolissant toute l'organisation générale du service et l'organisation hospitalière, bouleversant le service régimentaire, ce règlement néfaste se contenta heureusement de changer le titre des écoles. Les cinq hôpitaux-amphithéâtres devinrent hôpitaux auxiliaires mais leur fonctionnement fut peu modifié.

Nous voici à la veille de la Révolution. La première phase de la vie de nos écoles touche à sa fin. Il est bon, jetant un regard en arrière, de voir quels services elles ont rendus et ceux que l'on pouvait en attendre.

Avec le Professeur Delorme on peut dire que l'ensemble général du service était, pour l'époque, « conçu avec beaucoup de sagesse et d'une façon très favorable au développement scientifique du Corps ».

Recrutement sérieux au concours après deux ans de stage ; séjour à l'école d'un minimum de trois ans ; séjour très surveillé, très encouragé et très poussé au point de vue clinique ; enseignement de perfectionnement après la sortie des hôpitaux-amphithéâtres ; publications dans le *Journal de Médecine Militaire* créé en 1766, programme des écoles établi par la Commission de santé, n'avons-nous pas en germe le schéma de notre organisation actuelle ? Et Bégin n'a pas tort de dire que ce système d'enseignement comparé à ce qui existait dans les Facultés de médecine et Collèges de chirurgie donnait toutes les garanties désirables.

Au point de vue scientifique la chirurgie militaire jouit d'une réputation européenne, sa situation est supérieure à celle de la chirurgie civile sur laquelle la médecine exerce encore sa suprématie et lorsqu'en 1731 Louis XV institue l'Académie royale de chirurgie, les chirurgiens militaires sont très largement représentés parmi ses membres.

Qu'il me suffise de vous rappeler les noms de De La Martinière, La Peyronnie, Le Dran, pour ne citer qu'eux parmi les fondateurs et parmi les membres titulaires du début, retenons entre autres Garengeot, Bagieu, Tenon.

En dehors de ces académiciens le Corps comptait des chirurgiens dont le renom scientifique est parvenu jusqu'à nous.

Ravaton, chirurgien-major de l'hôpital militaire de Landau était correspondant de l'Académie royale de chirurgie. C'est lui qui a conçu et décrit la désarticulation de la hanche et il est l'auteur d'un remarquable traité de chirurgie d'armée dans lequel se trouve un précis du Service de santé en campagne sur lequel je reviendrai dans un instant.

Lombard, professeur du cours des plaies par armes à feu à l'hôpital-amphithéâtre de Strasbourg, fut plus tard membre correspondant de l'Institut.

A l'extérieur, le prestige de la chirurgie militaire française est considérable.

Siebold un des chirurgiens les plus célèbres de l'Allemagne, vient servir trois ans dans nos hôpitaux et le grand Frédéric

demande deux chirurgiens militaires français pour organiser le service chirurgical de ses armées.

Massiot, chirurgien major des Gardes du Roi, démonstrateur des amphithéâtres militaires, demandé par le gouvernement russe est chirurgien en chef des armées russes pendant quatre campagnes consécutives.

Ce sont ces chirurgiens-majors des armées de la monarchie, que nous retrouverons comme les véritables piliers de la chirurgie des armées de la Révolution, Méhée de la Touche qui professa ultérieurement au Val-de-Grâce, Dufouart qui fut professeur à l'hôpital militaire de Gros-Caillou, Lombard le premier titulaire de la chaire de chirurgie de guerre à Strasbourg qui fut ensuite chirurgien consultant de l'armée du Rhin.

Et parmi les jeunes quels noms trouvons-nous ? Heurteloup chirurgien-major de l'hôpital de Toulon en 1786 ; Percy qui refuse les offres du gouvernement russe, chirurgien-major du régiment du Berry, — Cavalerie en 1782, chirurgien en chef des régiments de Flandre et Artois en 1789 ; D. Larrey, chirurgien-major des vaisseaux du Roi en 1788.

Le Service de santé en campagne, la chirurgie du champ de bataille comme on l'appelait alors, n'avait pas été oubliée par les règlements et les chirurgiens de ce temps.

L'ordonnance même de 1708 créant cinquante hôpitaux militaires répond aux besoins du temps de guerre à une époque où la guerre consistait surtout en sièges et où la majorité des actions se passait dans les régions frontières.

Pendant les guerres de Louis XV les mouvements des armées sont à plus vaste amplitude aussi voit-on apparaître une ébauche d'organisation mobile aux armées en campagne.

Bagieu, chirurgien-major de la Compagnie des gendarmes de la Maison du Roi dans un « Examen de plusieurs parties de la chirurgie » paru en 1757 parle de « l'hôpital ambulant plus ou moins à portée du lieu ou se passe l'action, premier entrepôt où les blessés sont rassemblés pour être de là transportés dans les hôpitaux des villes les plus proches, et ensuite les plus éloignées lorsque les premiers sont à même d'être surchargés ».

Tantôt comme à Fontenoy, le premier entrepôt était installé en rase campagne, d'autres fois il se trouve dans une ville ou un village.

Les évacuations secondaires prévues comme vous venez de le voir, étaient faites par chariots ou par eau, ce dernier procédé très recommandé par Bagieu.

Ravaton, en 1768, préconise des brigades sanitaires destinées à suivre les gros détachements de l'armée ; il en fixe la composition tant en personnel qu'en matériel. Il donne « un état de tout ce qui est nécessaire à un hôpital ambulant », pour une armée de 20.000 hommes et donne même le pourcentage de malades et blessés que peut fournir une armée au début, au milieu et à la fin d'une campagne.

Enfin la mobilisation du personnel était prévue et des anciens surnuméraires ou des praticiens civils requis remplaçaient dans les hôpitaux militaires les chirurgiens d'active, pourrait-on dire, partis aux armées.

Si le règlement de 1788 fut néfaste dans ses parties concernant l'organisation hospitalière du temps de paix, il s'occupe sérieusement de l'organisation en campagne.

La direction des hôpitaux de l'armée en opérations, est confiée à un Conseil d'administration présidé par un lieutenant général et comptant parmi ses membres un premier médecin et un premier chirurgien. Evidemment, cette assemblée délibérative en campagne, paraît à l'heure actuelle un peu surprenante mais le Corps de santé y est représenté, ce qui, ce règlement disparu ne se reproduira pas avant un siècle.

L'approvisionnement des hôpitaux ambulants préparé d'après les indications du Conseil de santé était bien compris, réparti dans des voitures spécialement aménagées à cet effet, indépendantes des voitures à vivres et à bagages. A la suite de l'hôpital ambulant existaient des chariots à quatre roues construits spécialement pour le transport des blessés et malades et leur nombre était proportionnel à l'effectif de l'armée.

Les évacuations sur l'intérieur étaient envisagées; derrière les hôpitaux ambulants se trouvaient des hôpitaux sédentaires, assurant jusqu'aux hôpitaux de l'intérieur, une ligne d'évacuation dont le fonctionnement était prévu dans les détails. On y trouve par exemple l'indication des récupérables à garder dans de véritables dépôts d'éclopés pour qu'ils puissent rejoindre rapidement leurs corps.

Enfin à l'intérieur en plus des hôpitaux militaires se trouvent depuis Louis XIV, l'institution royale des Invalides et depuis Louis XV des hôpitaux thermaux militaires à Barèges, Bourbonne, Digne et Saint-Amand.

Retenons de ce rappel d'organisation que, en 1781-1788, le Conseil de santé étant chargé de l'élaboration du programme des hôpitaux amphithéâtres, l'enseignement de la chirurgie de guerre existait dans nos écoles, que dans la direction du service aux armées en opérations, le Corps était représenté et qu'un véritable règlement du fonctionnement en campagne avait été promulgué.

Les dernières années de la monarchie, années de paix en Europe, ne permirent pas de juger des progrès réalisés par cette conception. Mais Bégin a raison de dire que l'organisation de cette époque a servi de guide et de point de départ à tous les perfectionnements réalisés dans les périodes suivantes.

On peut affirmer que Heurteloup, Percy, Larrey, tous trois barons de l'Empire, gloires de la chirurgie des armées impériales ont été formés dans les hôpitaux écoles de la monarchie et qu'ils y ont trouvé les doctrines chirurgicales ainsi que les principes d'organisation du Service en campagne qui constituent leurs plus beaux titres.

En somme, à la veille des vingt-cinq années de guerres de la Révolution et de l'Empire, le Corps de santé de l'armée que la Monarchie laissait au pays, était constitué par un personnel de choix, recruté dans des écoles parfaitement organisées et doté d'un règlement du temps de paix et du temps de guerre au niveau des règlements des autres armes et services et très supérieur à ce qui existait dans les armées étrangères.

***

Malheureusement la tempête qui sévit va emporter cette œuvre de longue haleine. Les titres scientifiques sont aussi suspects que les titres nobiliaires. Le décret de l'Assemblée législative en date du 18 août 1792, supprime les amphithéâtres des hôpitaux d'instruction comme il ferme les Facultés de médecine et les Collèges de chirurgie, et le modeste *Journal de Médecine Militaire* est supprimé subissant le même sort que l'Académie royale de chirurgie.

Cette suppression des écoles, bases du recrutement au moment même où la levée en masse réclame des médecins, des chirurgiens pour les armées de la République, était un véritable défi au bon sens et ne pouvait durer.

Une loi du 7 août 1793 institue des cours dans les hôpitaux de Lille, Metz, Strasbourg et Toulon. Elle reste lettre morte.

Un décret du 21 février 1794 renouvelle ces prescriptions et désigne les hôpitaux écoles sous le nom d'hôpitaux d'instruction.

Pratiquement ces dispositions ne purent être réalisées en partie faute des chirurgiens susceptibles d'enseigner qui tous étaient indispensables aux armées.

Le recrutement du Service de santé fut alors assuré par la réquisition de tous les médecins et chirurgiens de 18 à 40 ans. Municipalités et représentants aux armées donnèrent en 1793 des Commissions d'officiers de santé, mais dans des conditions telles que dès 1794 il fallut prescrire une revision de toutes ces Commissions. Et l'on vit d'après ce décret, Percy ancien chirurgien de Berry, — Cavalerie, quatre fois lauréat de l'Académie de chirurgie obligé de passer ses examens devant la municipalité du petit village de Bouzonville dans le Loiret sans parler de la production d'un certificat de civisme éprouvé.

Pareille situation ne pouvait s'éterniser, les pertes des officiers de santé aux armées étaient considérables et à l'intérieur des charlatans sans titres, ni études, exploitaient villes et campagnes.

Il fallait aviser à la réorganisation des écoles et Facultés

supprimées. C'est ce que fit la loi du 14 frimaire an III (4 décembre 1794) créant trois écoles centrales de médecine à Paris, Montpellier et Strasbourg.

Ouvertes en février 1795 ces écoles étaient destinées à fournir des médecins à l'armée et à la population civile. L'enseignement y était bien organisé tant au point de vue théorique que pratique et ce sont elles qui devinrent ultérieurement en 1808, Facultés de médecine.

Mais ces trois écoles se révélèrent bientôt insuffisantes pour assurer les besoins de l'armée et des populations. Aussi le 30 Floréal An IV (19 mai 1796) un règlement rétablit les hôpitaux d'instruction à Lille, Metz, Strasbourg, Toulon et au Val-de-Grâce, devenu hôpital militaire depuis le 31 juillet 1793.

Le règlement du 5 Vendémiaire An V (26 septembre 1796) organisa ces nouveaux centres.

Au point de vue enseignement de la chirurgie on y trouve un programme fort bien conçu : anatomie, pathologie externe, opérations et clinique chirurgicale. Des cours spéciaux pour les maladies des troupes, et l'exécution du service dans les hôpitaux et aux armées étaient prévus, mais il n'est pas fait mention de cours de chirurgie de guerre.

Les professeurs devaient être nommés au concours dans le jury duquel entraient des membres externes, notons ce détail en passant.

Les élèves âgés de 25 ans au plus, étaient nommés après un examen qu'ils passaient après avoir fait deux ans de service dans les hôpitaux des armées.

En cours d'études qui duraient trois ans, de nombreuses interrogations, des examens trimestriels entretenaient l'émulation des élèves dont les meilleurs remplissaient les fonctions de prosecteurs, d'aides, de surveillants et recevaient en fin d'année des prix divers.

En somme nous retrouvons une organisation très semblable à celle des hôpitaux-amphithéâtres de 1781.

Ces hôpitaux d'instruction eurent au début beaucoup de succès et prospérèrent. On retrouve d'ailleurs dans leur corps enseignant des noms déjà connus et parmi eux citons : D. Larrey, au Val-de-Grâce, et Lombard, ancien professeur des plaies par armes à feu à Strasbourg.

Malheureusement cette organisation rationnelle ne dura pas. Les élèves, puis les professeurs furent envoyés aux armées suivant les besoins.

La désorganisation du Corps réapparaît, elle se trouve quatre ans après, contresignée en quelque sorte par cette phrase que l'on a peine à lire dans une circulaire du Conseil de santé en date du 12 janvier 1800 « en un mot, il n'y a pas à proprement parler, de Corps des officiers de santé de l'armée ».

Au début de 1801, il n'y avait plus ni élèves, ni professeurs dans les hôpitaux d'instruction et le 2 décembre 1803 ces hôpitaux étaient officiellement supprimés.

Lorsque l'on étudie cette page de l'histoire du Service de santé, on voit combien en 1803 on est loin en arrière de l'organisation prévue par les règlements de 1775-1781 et 1788.

Pas d'écoles, recrutement abandonné au système des Commissions voir des réquisitions ; il n'existe aucune garantie sérieuse à la base. Bien mieux on reste confondu à la lecture de l'article 27 de la circulaire du 10 novembre 1804, disant que les chefs de corps étaient autorisés à dispenser sur la demande du chirurgien major, un ou deux soldats du service habituel pour faire le service d'élèves chirurgiens.

Les résultats de ce système de recrutement sont lamentables.

Derrière les têtes du Corps de santé, les Larrey, Percy, Heurteloup, presque rien au point de vue professionnel, trop de ce que Percy appelait : « les chirurgiens de pacotille ».

L'influence de ces maîtres sur l'organisation générale du Corps fut pratiquement nulle.

La chirurgie de bataille des armées de l'Empire, nous apparaît auréolé du prestige de Larrey, de Percy. Mais à côté des quelques ambulances de la Garde impériale, qu'existait-il pour le reste de l'armée ? Il suffit de relire les projets de constitution d'un corps militaire de chirurgie des armées que Percy remit à l'empereur après Eylau, en 1807, de retrouver en 1808-1809 en Espagne, Percy organisant et payant de ses derniers un bataillon d'infirmiers, ce qui lui valut d'ailleurs un sévère rappel à l'ordre, pour se rendre compte de l'inexistence d'un service de santé en campagne régulièrement organisé. Le peu qui existe est très inférieur à ce que le règlement de 1788 avait cherché à prévoir et à réaliser.

Malgré la gloire qui entoure les maîtres du Corps, malgré leur valeur, leur dévouement, malgré la faveur personnelle dont ils jouissent près de l'empereur, le Corps de santé périclite.

Bégin définit en ces termes la situation à la fin de cette période :

« A la fin de cette époque, le Corps des officiers de santé n'était plus qu'une ombre, une apparence ; on voyait bien encore des uniformes, mais à part un petit nombre d'hommes énergiques, instruits et surtout praticiens habiles... à part ces hommes d'élite que leur organisation et leurs habitudes bien plus que leurs intérêts retenaient à l'armée, ce prétendu Corps ne se composait guère que de jeunes gens recrutés à la hâte et qui ne devaient avoir jamais le temps de se former. »

Et l'on ne peut s'empêcher d'être surpris en constatant que le génie militaire de l'empereur n'a pas vu quelle pourrait être l'utilité d'un Service de santé fortement constitué.

Avec des hommes comme Heurteloup, Percy, Larrey, Desgenettes, il aurait pu avoir un Corps de santé de premier ordre si le recrutement avait été prévu, si les têtes du service en avaient été réellement les chefs au lieu d'être sous la coupe de l'intendance et si la « conservation des hommes » sur laquelle Louis XIV insistait dans son ordonnance de 1708 qui d'après le règlement de 1780 est « la première des économies » avait fait réellement l'objet des préoccupations de l'empereur.

***

Ces deux premières périodes de l'histoire de nos écoles sont en général peu connues. C'est pour cela que j'ai tenu à insister sur elles, d'autant plus que la troisième phase commence par le rétablissement de ce qui existait avant 1792.

De l'ordonnance royale du 30 décembre 1814 jusqu'à nos jours, l'organisation de nos écoles s'est progressivement perfectionnée. La valeur du Corps augmente, sa situation se stabilise et les résultats pratiques au point de vue intérêts supérieurs de l'armée se font rapidement sentir au cours des quelques campagnes de 1815 à 1848.

Sous la seconde République et au début du second Empire une nouvelle preuve de l'importance de nos écoles sera faite.

Preuve par l'absurde pourrait-on dire, car l'histoire du premier siècle de l'existence de notre Corps, aurait dû dispenser le ministre de l'époque, d'une erreur aussi lourde de conséquences pour la bonne conservation des effectifs.

En mai 1814 tout était à refaire au point de vue organisation du Service de santé. La majorité des hôpitaux militaires supprimés, les hôpitaux d'instruction fermés, et en ce qui concerne le personnel, les phrases de Bégin, que j'ai citées il y a un instant, donnent une idée de sa valeur.

Une ordonnance royale du 25 novembre 1814 rétablit les hôpitaux militaires. L'ordonnance du 30 décembre 1814 érige en hôpitaux d'instruction les hôpitaux militaires de Lille, Strasbourg, Metz créés par l'ordonnance de 1775 et y ajoute le Val-de-Grâce à Paris.

Le 26 janvier 1815, la publication du *Journal de Médecine et Pharmacie militaires* est reprise.

Cette organisation, retardée par les Cent-jours, ne tarda pas à porter ses fruits lorsqu'elle fut réalisée. Malgré des erreurs et des imperfections, ces hôpitaux fonctionnèrent normalement et la vie scientifique du corps reprit progressivement.

En 1818 un nouvel hôpital d'instruction est ouvert à Toulouse et en 1832 on tente même d'ériger à Alger un autre hôpital d'instruction qui d'ailleurs ne dura pas et dut être fermé en 1838.

Mais cette organisation ne pouvait être qu'une organisation de transition.

Il manquait au Corps une véritable unité d'origine et des

◆◆◆

détails d'organisation intérieure, des écoles étaient à reprendre complètement.

L'ordonnance du 12 août 1836, complétée en 1837 et en 1842, institua un enseignement à deux degrés : premier degré dans les hôpitaux d'instruction, degré supérieur dans un hôpital de perfectionnement créé au Val-de-Grâce.

Très étudiée dans ses détails, cette organisation révéla cependant en pratique de graves défauts tant pour les élèves eux-mêmes que pour la constitution et la direction des cadres des écoles.

Or, dès 1842 Bégin pose les bases de ce qu'il considérait comme la meilleure organisation de l'enseignement. Remplacement des trois hôpitaux d'instruction par une seule école préparatoire et de l'hôpital de perfectionnement par une école d'application.

Mais cette organisation, qui est en somme l'organisation actuelle dans ses grandes lignes ne fut pas adoptée tout de suite. Bien mieux en 1850 des actes d'indiscipline commis par des élèves servirent de prétexte au Général d'Hautpoul, ministre de la Guerre pour proposer au Prince président la fermeture des écoles du Service de santé.

Et le décret du 24 avril 1850, indiquant en outre dans l'exposé des motifs la situation du trésor qui exige des économies, supprime le Val-de-Grâce comme école de perfectionnement et les hôpitaux de Lille, Metz, Strasbourg comme établissements d'instruction. Le recrutement devait se faire parmi les docteurs en médecine des Facultés, encore fallait-il leur donner quelques connaissances des règlements militaires et professionnels.

Avec beaucoup de peine le Conseil de santé finit par faire admettre au ministre l'organisation d'une « école d'application de la médecine militaire » destinée à recevoir pendant un an les docteurs en médecine qui entraient dans l'armée.

Fondée par le décret du 9 août 1850, cette école installée au Val-de-Grâce fut inaugurée le 23 janvier 1851 ; au point de vue chirurgical elle comprenait deux chaires : une de clinique chirurgicale, l'autre d'opérations et appareils.

Le décret du 13 novembre 1852 transforme non seulement le titre. Le Val-de-Grâce devient «Ecole impériale d'application de la médecine et pharmacie militaires », mais il augmente le nombre des chaires chirurgicales qui se trouvent portées à trois :

une chaire de clinique chirurgicale,

une chaire d'anatomie des régions (la première en France,)

une chaire de médecine opératoire, bandages et appareils.

Le même décret prévoit également un agrégé de chirurgie et le premier nommé fut le chirurgien aide-major de 1re classe Legouest.

En 1856 deux nouveaux agrégés de chirurgie furent nommés, parmi eux, retenons le médecin aide-major de 1re classe Maurice Perrin. A la même époque sur la demande de Bégin et de Baudens le Conseil de santé proposa sans succès de rétablir le cours spécial de chirurgie militaire qui avait existé de 1781 à 1792.

Mais ce recrutement sans école de formation à la base ne donna pas de résultats. Dès qu'on eut épuisé les élèves licenciés en 1850, qui s'étaient en majorité présentés à l'Ecole d'application, le recrutement tomba à un chiffre infime.

Or, en 1854, le second Empire était engagé dans la guerre de Crimée. Insuffisamment préparée au point de vue médical et chirurgical, cette campagne fut un véritable désastre sanitaire. Les épidémies qui y sévissaient, les pertes du Corps de santé auraient nécessité un Corps très largement recruté et parfaitement organisé. Hélas ! on était loin de compte.

L'expérience ne profita que sur le premier point. Il fallait changer le mode de recrutement et revenir au système des écoles de formation avec école d'application. Après bien des discussions entre les projets proposés par Bégin, Michel Lévy, Maillot et par l'intendance qui, elle, réclamait le retour aux hôpitaux d'instruction, ce fut le projet de Michel Lévy, adopté par le Conseil de santé qui prévalut et le décret du 12 juin 1856 créa près de la Faculté de Strasbourg, l'Ecole du Service de santé militaire, dont le directeur était un sous-intendant. Les élèves reçus docteurs en médecine venaient faire un stage à l'Ecole d'application.

Le 28 juillet 1860 un nouveau décret modifia les conditions d'admission à l'école et le régime intérieur, la direction est remise aux mains du Service de santé ; enfin le décret du 21 avril 1864 donne à l'école le titre « d'Ecole impériale du Service de santé militaire » en détermine l'organisation définitive et y ajoute une division d'élèves en pharmacie.

Pour arriver à ce résultat, à cette organisation, qui est à peu de choses près, l'organisation actuelle, que de luttes eurent à soutenir les chefs du Service de santé, et que d'énergie, de ténacité durent-ils déployer !

Bégin en 1842 avait posé les principes de cette organisation ; mais après la suppression en 1850 des hôpitaux d'instruction, et de l'Ecole de perfectionnement il fallut quatorze années pour arriver à une organisation rationnelle.

Quatorze années de lutte contre l'Administration, contre l'Intendance qui refusant de comprendre les leçons des désastres sanitaires de la guerre de Crimée, ne prend que des demi-mesures. Les mêmes résultats lamentables de la campagne d'Italie ne peuvent que leur arracher l'organisation définitive de nos écoles.

Une autre leçon restait cependant à tirer de ces campagnes. Ce n'est pas sortir du cadre que je me suis tracé que d'y faire allusion.

J'ai tenu, dès le début, à vous dire que la « chirurgie du champ de bataille » était étroitement liée à l'organisation du Service de santé. J'y reviendrai dans la conclusion de cette leçon.

Pour l'instant laissez-moi simplement vous dire que les désastres chirurgicaux des campagnes du second Empire n'ont rien à envier aux désastres épidémiologiques.

A la lecture des mémoires laissés par les médecins militaires qui participèrent à la campagne d'Italie, on se croit reporté aux mémoires de Percy ; bien mieux depuis Rosbach en 1757 il semble que rien n'ait été fait, plus exactement ce qui a été tenté comme organisation en 1780-1788, a été systématiquement détruit.

Les leçons de Crimée, d'Italie avaient porté au point de vue du personnel, mais au point de vue organisation qu'attendre d'une administration qui après la campagne d'Italie ne se préoccupe, en fait d'enseignement à en tirer, que de faire payer à deux médecins principaux 1.500 francs de côtelettes à l'un, 84 francs d'omelettes à l'autre, prescrit irrégulièrement paraît-il pour l'alimentation de leurs blessés.

La chirurgie du champ de bataille ne peut exister que si le Service de santé est son maître, dans le cadre général de l'armée et en 1870-71, toujours soumis à l'Intendance, malgré un personnel mieux recruté, plus nombreux, malgré le courage, l'abnégation classiques dans notre Corps, ce furent les mêmes désastres consécutifs aux mêmes erreurs.

Après 1871 il fallut attendre dix-huit ans pour voir rétablir à Lyon en 1889 l'ancienne école du Service de santé de Strasbourg. Il fallut deux lois, 1882 et 1889, avant que le Corps n'ait son autonomie et c'est en 1890 que la chaire de chirurgie d'armée est créée au Val-de-Grâce.

***

Avant de vous dire comment je compte m'acquitter de la tâche qui m'est confiée, il convient de vous rappeler quels sont les maîtres qui ont illustré cette chaire.

L'enseignement de la chirurgie de guerre fut prescrit par l'ordonnance royale de 1781 sous le nom de «cours des plaies d'armes à feu » Lombard, chirurgien major le professa à Strasbourg de 1781 à 1792.

Ce cours disparaît ensuite des programmes des hôpitaux d'instruction. Il faut arriver à 1856 pour en entendre parler à nouveau, mais la proposition de Bégin et Baudens, de créer une chaire de chirurgie de guerre au Val-de-Grâce, école d'application, bien qu'approuvée par le Conseil de santé est repoussée par l'Administration.

Plus tard, l'enseignement de la chirurgie de guerre fut rattaché à la chaire de clinique chirurgicale, mais ce n'est qu'en 1890 à l'instigation du médecin inspecteur M. Perrin,

directeur du Val-de-Grâce, que la chaire de chirurgie de guerre, remplaça la chaire de clinique chirurgicale.

De ce fait, et aussi en raison de l'enseignement clinique dont je suis chargé au 2e Blessés, je me considère comme l'héritier de ces deux chaires.

De 1852 à 1890 quatre titulaires se sont succédés dans la chaire de clinique chirurgicale : sur ces quatre noms nous relevons deux membres de l'Académie de médecine : H. Larrey, professeur en 1852 et Legouest qui lui succéda en 1858.

Le traité de chirurgie d'armée de Legouest est le premier ouvrage moderne sur la chirurgie de guerre : il fut longtemps classique et il montre quelles étaient les qualités de clinicien et d'opérateur de son auteur.

Les professeurs Gaujot et Servier occupèrent ensuite la chaire jusqu'en 1887 date à laquelle fut nommé le Professeur Delorme.

Mais en 1890 la chaire de clinique chirurgicale est transformée en chaire de chirurgie d'armée.

Le Professeur Delorme se trouve donc reprendre un siècle après sa suppression la chaire des « plaies d'armes à feu » des anciens hôpitaux d'instruction de 1781.

De 1890 à 1914 quatre titulaires ont enseigné la chirurgie d'armée.

Le Professeur Delorme, président de la Société de chirurgie de l'Académie de médecine, du Congrès de chirurgie, a laissé tant dans ses traités, ses communications, ses cours un enseignement actuellement encore trop présent à l'esprit de tous pour qu'il soit besoin d'insister.

Son successeur fut le Professeur Nimier, l'auteur de nombreux travaux et traités de chirurgie de guerre.

Le Professeur Loison lui succède, mais emporté par la maladie en 1908, il n'a pas le temps de terminer un traité des blessures de guerre que son successeur le Professeur Ferraton put mettre au point et faire éditer par le Val-de-Grâce.

Cet enseignement de la chirurgie d'armée avant-guerre était basé sur les comptes rendus des quelques expéditions coloniales, ou des conflits récents et l'expérimentation cherchait à suppléer à l'insuffisance de ces renseignements.

En 1919, lorsque l'Ecole d'application fut à nouveau ouverte, le premier titulaire de la chaire de chirurgie de guerre fut le Professeur Rouvillois.

Le Professeur Rouvillois, membre de l'Académie de médecine, avait été chirurgien à l'H. M. de Casablanca à la période héroïque du corps d'occupation. Pendant la guerre il fut médecin-chef de l'A. C. A. N° 2 de 1915 à 1918 et chirurgien consultant d'armée.

Le résultat d'une expérience aussi étendue se trouve dans son Cours de chirurgie de guerre, dans de nombreux travaux, et dans ses publications et rapports aux Sociétés savantes et Congrès de chirurgie.

Les appareils à fractures sont non seulement réglementaires chez nous, mais encore ils ont été adoptés par les milieux civils et par les armées étrangères. Aussi, Messieurs, si c'est un honneur d'être de ses élèves, est-ce un honneur périlleux, que de me trouver l'un de ses successeurs.

Le Professeur Maisonnet lui succéda en 1926.

Vous apprécierez toute la valeur de son enseignement dans son cours manuscrit qui vous sera cette année encore distribué.

Il quitte, jeune, cette chaire qu'il aimait, à laquelle il a donné tant de lui-même ; c'est la rançon de sa brillante et rapide carrière.

En 1919 une quatrième chaire de chirurgie avait été créée au Val-de-Grâce. Le titulaire de cette chaire « Expertises chirurgicales, appareillage, orthopédie » fut le Professeur Duguet.

Pendant la guerre médecin chef d'ambulance chirurgicale, puis détaché au Sous-Secrétariat d'Etat du Service de santé, le Professeur Duguet eut de l'organisation chirurgicale aux armées une très grande expérience. Les résultats qu'il obtint quelques années plus tard au Levant en 1926, au cours de la campagne du Djébel Druze, montrent ce que peut donner, même dans des conditions aussi difficiles, l'organisation du Service de santé en campagne lorsqu'elle est à base technique et dirigée par un technicien.

Pendant son séjour au Val-de-Grâce il fit de la chaire qu'il occupait une véritable chaire de chirurgie orthopédique de l'adulte tant par ses cours que par son enseignement clinique. Membre de la Commission consultative de prothèse et d'orthopédie au ministère des Pensions, il prit une part considérable au choix des appareils et à l'organisation des centres d'appareillage.

En 1926 cette chaire fut rattachée à la chirurgie de guerre. Je n'oublie pas que j'ai été agrégé « d'appareillage orthopédie » et la chirurgie orthopédique, véritable chirurgie réparatrice des blessures de guerre, aura dans mon enseignement très large droit de cité.

Et maintenant m'étant inspiré des traditions du Corps et de l'exemple de mes maîtres, ayant cherché à tirer des enseignements des leçons du passé, il s'agit de tourner les regards vers l'avenir et de vous exposer comment je comprends la tâche qui m'est confiée.

L'enseignement de la chirurgie d'armée créé dans nos écoles en 1781, il y a un siècle et demi, a subi une éclipse d'un siècle, de 1792 à 1890.

Cette disparition du programme d'écoles où il semblait cependant que pareil enseignement dût tenir la première place, n'est pas surprenante lorsque l'on se souvient des discussions passionnées que la chirurgie d'armée a soulevées au cours de la dernière guerre.

Malgré l'expérience en cours, malgré l'évidence aveuglante de chaque jour, certains sont allés jusqu'à prétendre que la chirurgie de guerre n'existait pas en tant que spécialité.

Que faut-il donc entendre par chirurgie de guerre ?

Evidemment les méthodes, les techniques de la chirurgie sont les mêmes en temps de paix, qu'en temps de guerre.

Mais combien les conditions d'application sont différentes.

Nous n'avons plus le calme, la tranquillité de l'hôpital du temps de paix : le Service de santé n'est pas seul sur le terrain des opérations, il fait partie intégrante de l'armée, il suit ses mouvements et malgré la Convention de Genève, il prend souvent sa part des coups qu'elle reçoit.

S'il ne participe pas, au sens combattant du mot, à la bataille il la vit intensément au feu avec ses éléments avancés et il subit directement les contre-coups de la lutte sur ses échelons plus à l'arrière.

Et fait spécial à notre service, tandis que tous les autres services de l'armée exercent leur action de l'arrière vers l'avant, notre action à nous s'exerce de l'avant vers l'arrière, dans des conditions de fonctionnement plus difficiles, et beaucoup plus aléatoires.

Que faire dans ces conditions ? Proclamer comme certains « l'indépendance de l'action médicale sous le seul contrôle de la conscience » se dire « adversaire obstiné de cette idée que le fait de guerre doit plier la vérité à ses exigences..... proclamer qu'il n'est point de contingences si particulières et si exceptionnelles qu'elles ne puissent dispenser l'homme d'obéir à sa loi ».

Conception théorique, formules trop rigides, qui ne peuvent que craquer au premier choc, car négligeant la présence de l'adversaire, elles ne tiennent aucun compte des fluctuations de la lutte dans lesquelles, qu'on le veuille ou non, le service est fatalement entraîné.

Et c'est un honneur pour la chirurgie française et pour notre Corps d'avoir su plier la technique idéale du temps de paix aux circonstances de guerre si difficiles qu'elles aient pu se trouver, et d'avoir montré que la véritable et saine formule était d'adapter la technique chirurgicale aux exigences des opérations militaires.

Dès lors, Messieurs, la chirurgie d'armée est l'étude de cette adaptation de la thérapeutique chirurgicale aux conditions spéciales de guerre dans lesquelles elle aura à s'exercer.

Pour bien vous faire comprendre cette définition et l'importance de cette notion, je vais vous citer en exemple le traitement des plaies des parties molles.

La thérapeutique idéale de ces plaies est la suture primitive

après extraction du projectile et excision des tissus contus.

Mais pour appliquer cette méthode sans danger il faut que le blessé arrive au chirurgien moins de dix-huit à vingt-quatre heures après la blessure, que cette blessure ne soit pas suspecte de gangrène gazeuse, et que le blessé puisse être gardé douze à quatorze jours dans la formation où il a été opéré.

Ne gardons pour l'instant que les conditions de temps et de lieux.

Sera-t-il toujours possible d'amener le blessé au chirurgien moins de dix-huit heures après la blessure ? Evidemment non, car la réalisation de cette condition sera subordonnée aux facilités de la relève sur le terrain, aux possibilités d'évacuations sur la formation chirurgicale, et au nombre des blessés et des équipes chirurgicales.

Sera-t-il toujours possible de garder le blessé douze à quatorze jours après la suture ? En réalité la chose ne pourra être faite qu'exceptionnellement car le nombre des blessés, la nécessité de garder des lits disponibles, obligeront à évacuer les opérés avant les délais prescrits.

Faut-il pour cela rejeter la suture primitive ? Il faut en modifier la technique et nous avons la suture primitive retardée. Extraction du projectile, nettoyage des parties molles dans la première formation ; puis, évacuation rapide dans les douze heures sur une formation chirurgicale désignée spécialement, située plus à l'arrière où la suture retardée sera pratiquée.

Les résultats de ces deux méthodes sont comparables : la suture primitive peut donner 80 à 90 % de cicatrisation par première intention — quant à la suture primitive retardée, 84 % des blessés qui l'ont subie étaient complètement guéris trois à quatre semaines après.

Voici un des plus beaux exemples de l'adaptation de la technique chirurgicale aux conditions des opérations militaires.

Cette souplesse nous la retrouverons et l'étudierons dans la thérapeutique d'autres blessures plus graves : nous verrons les services qu'elle peut rendre dans le traitement des fractures en particulier et vous constaterez Messieurs, que la chirurgie d'armée est véritablement une spécialité digne de figurer au programme de cette école.

Mais ceci étant bien précisé, la technicité va prendre sa revanche. C'est en regardant les buts techniques à atteindre que l'organisation du Service de santé en campagne a été étudiée, réglementée : c'est l'expérience technique qui a fixé la composition des formations sanitaires.

En somme si les conditions des opérations militaires dominent la technicité ; la technicité domine l'organisation et le fonctionnement du Service de santé en campagne.

Si la technique chirurgicale de guerre doit avoir la souplesse, la variété voulue pour se plier aux nécessités militaires, l'organisation du temps de guerre, doit également bannir toutes formules rigides et donner le maximum de facilités à la technique.

Il y a liaison étroite de l'une et de l'autre, suivant la phrase du M. G. I. Toubert « l'organisation chirurgicale de guerre sera clinique ou elle ne sera pas ».

Aussi me sera-t-il impossible de parler de chirurgie de guerre, sans faire allusion à l'organisation.

Plus qu'un enseignement théorique, je voudrais m'efforcer de vous faire un enseignement aussi pratique, que possible. Etudiant chaque blessure je m'attacherai surtout aux formes cliniques que vous aurez à observer, au traitement, à la conduite à tenir aux différents échelons du Service de santé où le blessé peut être traité suivant les possibilités militaires.

J'empiéterai ainsi, un peu, sur les conférences du Service de santé en campagne, mais ce ne sera que pour appliquer à la chirurgie les notions d'organisation.

Le cours théorique sera complété par des conférences ayant pour but de mettre au point certaines questions de pratique plus importantes, et par des travaux pratiques de médecine opératoire et d'appareillage.

En médecine opératoire les voies d'accès larges aux vaisseaux vous seront démontrées (dès avant-guerre certaines d'entre elles étaient enseignées dans cette école), et à l'appareillage vous manipulerez et poserez vous-mêmes tous les appareils à fractures.

Nous suivrons ainsi chaque blessure depuis le P. S. jusqu'à l'intérieur.

Le titre de la chaire est chirurgie de guerre, appareillage, orthopédie. C'est vous dire que l'évolution complète de la blessure nous intéresse. Nous ne laisserons pas le blessé une fois hors de danger : nous étudierons les séquelles qu'il présente et comment nous pouvons y remédier.

Cet enseignement de la chirurgie orthopédique et de l'appareillage des mutilés est parfois un peu aride et ingrat. Mais laissez moi vous signaler que dès demain vous pourrez utiliser ce que vous aurez appris.

Nous souhaitons tous que vous n'ayez pas à tirer parti de vos connaissances de chirurgie d'armée ; mais hélas ! les victimes de la dernière guerre auront encore longtemps besoin de vos soins.

Enfin les dernières leçons seront la synthèse de cette organisation chirurgicale. Vous verrez comment elle peut fonctionner dans le cadre de l'organisation générale. Vous constaterez l'importance de la liaison dans l'ensemble du service, de la liaison chirurgicale en ce qui nous concerne plus particulièrement.

Vous vous rendrez compte de la nécessité dans laquelle notre service se trouve de se tenir au courant des modifications apportées ou envisagées dans la conduite des grandes unités et dans l'utilisation d'engins nouveaux afin de pouvoir adapter toujours ses formations, son fonctionnement aux opérations militaires.

L'armée est en perpétuel travail, en perpétuelle évolution, notre organisation d'aujourd'hui ne sera peut-être plus celle de demain ; il faut nous efforcer par la souplesse de nos conceptions de faire cadrer au maximum le point de vue technique avec les variantes apportées dans la conduite de la guerre.

Messieurs, vous voyez maintenant pourquoi la chirurgie d'armée n'a pas pu dans les guerres du siècle dernier, rendre les services que l'on pouvait en attendre.

Elle ne peut s'exercer pleinement, réellement, que dans une organisation à base technique, donc dirigée par des techniciens.

Bagieu, Ravaton pouvaient avoir une conception, très bonne pour l'époque, de l'organisation de la chirurgie de bataille, ils pouvaient être des chirurgiens d'armée de premier ordre, ils n'étaient pas les maîtres de mettre en valeur leurs qualités techniques. Le maître de l'hôpital ambulant était le Commissaire des guerres, et c'est à Rosbach la perte du matériel, le personnel égaré, l'impossibilité de fonctionner.

Dans les armées de l'Empire, malgré la valeur de Larrey, malgré les talents d'organisateur de Percy, ce sont les mêmes désastres chirurgicaux ; les lamentations du personnel chirurgical sont sans écho, les maîtres du Service de santé sont les intendants et les Commissaires des guerres.

En Crimée, puis à Solférino, cent ans après Rosbach, mêmes lamentables erreurs, l'Intendance dirige toujours le Service de santé. La leçon n'a pas servi et 1870 voit les mêmes errements.

Ce n'est pas dans le but de rappeler les vieilles luttes soutenues par nos anciens que j'évoque devant vous ces souvenirs. C'est pour bien vous montrer que la chirurgie d'armée n'existe pas sans organisation technique du Service de santé en campagne, et que cette organisation technique ne peut elle-même exister que si elle a à sa tête un médecin.

Et j'estime que si l'enseignement de la chirurgie de guerre a disparu du programme de nos écoles de 1792 à 1890, c'est précisément parce que pendant toute cette période le Corps a été étroitement soumis aux Commissaires des guerres ou à l'Intendance.

Dès que l'autonomie du Service de santé a été acquise, la chaire de chirurgie d'armée a été créée au Val-de-Grâce, et nous voyons tous ces titulaires plaider, parfois à leurs dépens comme les Professeurs Delorme et Nimier, pour une organisation chirurgicale du Service de santé en campagne.

Me voici aujourd'hui à leur place, il n'est pas question de

BIBLIOGRAPHIE

Condorcet : **Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain.** Texte revu et présenté par O. H. Prior, professeur à l'Université de Cambridge, 20 francs (Boivin, éditeur, 3, rue Palatine, Paris.

Ce livre, écrit par Condorcet à la veille de sa mort, peut être considéré comme le testament d'un grand homme et d'un grand siècle. Testament qui est à la fois un résumé du passé et un programme de l'avenir. Le lecteur, y trouvera indiquées avec une précision surprenante, jusque dans le détail, les réformes qui devaient servir de base à l'organisation du monde moderne et aux progrès de l'humanité. Pour montrer à quel point la pensée de Condorcet demeure actuelle, il suffira de citer ces trois brefs passages, tirés de l'Esquisse concernant les Assurances sociales, les Droits des femmes, l'Organisation de la paix.

1° Assurances sociales. — Nous montrerons qu'on peut détruire en grande partie l'inégalité, en opposant le hasard à lui-même en assurant à celui qui atteint la vieillesse un secours produit par des épargnes, mais augmenté de celles des individus qui, en faisant le même sacrifice meurent avant le moment d'avoir besoin d'en recueillir le fruit ; en procurant par l'effet d'une compensation semblable aux femmes, aux enfants, pour le moment où ils perdent leur époux ou leur père, une ressource égale et acquise au même prix, soit pour les familles qu'afflige une mort prématurée, soit pour celles qui conservent leur chef plus longtemps ; enfin, en préparant aux enfants qui atteignent l'âge de travailler pour eux-mêmes, et de fonder une famille nouvelle, l'avantage d'un capital nécessaire au développement de leur industrie, et s'accroissant aux dépens de ceux qu'une mort trop prompte empêche d'arriver à ce terme.

2° Les droits des femmes. — Parmi les progrès de l'esprit humain les plus importants pour le bonheur général, nous devons compter l'entière destruction des préjugés, qui ont établi entre les deux sexes une inégalité de droits funestes à celui même qu'elle favorise. On chercherait en vain des motifs de la justifier par les différences de leur organisation physique, par celle qu'on voudrait trouver dans la force de leur intelligence, dans leur sensibilité morale. Cette inégalité n'a eu d'autre origine que l'abus de la force, et c'est vainement qu'on a essayé depuis de l'excuser par des sophismes

Nous montrerons combien la destruction des usages autorisés par ce préjugé, des lois qu'il a dictées, peut contribuer à augmenter le bonheur des familles, à rendre communes les vertus domestiques, premier fondement de toutes les autres ; à favoriser les progrès de l'instruction, et surtout à la rendre vraiment générale, soit parce qu'on l'étendrait aux deux sexes avec plus d'égalité, soit parce qu'elle ne peut devenir vraiment générale, même pour les hommes, sans le concours des mères de famille.

3° La paix universelle. — Les peuples apprendront peu à peu à regarder la guerre comme le fléau le plus funeste, comme le plus grand des crimes ... Les peuples sauront qu'ils ne peuvent devenir conquérants sans perdre leur liberté; que les confédérations perpétuelles sont le seul moyen de maintenir leur indépendance : qu'ils doivent chercher la sûreté et non la puissance ... Des institutions, mieux combinées que ces projets de paix perpétuelle qui ont occupé le loisir et consolé l'âme de quelques philosophes accéléreront les progrès de la fraternité des nations ; et les guerres entre les peuples, comme les assassinats, seront au nombre de ces atrocités extraordinaires qui humilient et révoltent la nature, qui impriment un long opprobre sur le pays, sur le siècle et sur les annales qui en ont été souillés.

Sur bien d'autres points : l'égalité, la tolérance, l'instruction, l'éducation sportive, la nécessité d'une langue universelle, etc. ; les idées exposées dans l'Esquisse ont devancé le cours du temps. Loin même d'avoir épuisé leur fortune à l'heure présente, elles sont encore en avance sur le progrès de nos lois et surtout sur celui de nos mœurs ; elles sont toujours agissantes dans les aspirations des peuples, dans les débats des assemblées, dans les actes des gouvernements.

L'intérêt qu'on prend à la lecture de ce livre, si souvent prophétique, se double d'une émotion très vive au souvenir des circonstances dans lesquelles il fut composé, par Condorcet proscrit, réfugié rue Servandoni, sans cesse menacé d'une arrestation, et à la pensée de cet homme qui, sous l'ombre de l'échafaud, gardait tant d'avenir dans l'esprit.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Abonnement : un an : 60 francs Boivin, édit. 3, rue Palatine, Paris

Sommaire du n° du 15 mars 1933 : A. Forest : L'esprit de la philosophie thomiste (I) : Le thomisme devant la philosophie contemporaine. — J. Cousin : Rhétorique latine et classicisme français (II) : Rhétorique et principes généraux. — A. Puech : Etude littéraire de quelques dialogues de Platon (IV) : Le Gorgias. — P. Moreau : Les origines littéraires de la

France contemporaine (II) : L'ordre moral (suite). — — H. Bornecque : Tite-Live (VI) : les sources ; écrivains antérieurs — A. Feugère : J.-J. Rousseau (III) : La vie errante et la retraite studieuse aux Charmettes. — H. Hauser : La vie économique européenne du milieu du XVIe siècle au milieu du XVIIe siècle (V) : les débuts de la grandeur néerlandaise. — H. Hannette : La légende de la « Morte vivante ».

La Spirochétose méningée, par Jean Troisier et Yves Boquien. Un volume de 188 pages avec 22 figures, 34 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La pathogénie des spirochétoses pose d'emblée tous les problèmes intéressants les maladies virulentes et les relations des êtres vivants sur la terre : Problème de l'existence des virus spirochétiques dans la nature et de leur survie hors des organismes supérieurs, problème de leur montée de virulence quand ils passent d'un être adapté à eux à un être inadapté, problème de leur virulence directe ou indirecte pour passer de la nature à l'homme, avec ou sans un être intermédiaire.

L'ensemble des travaux cliniques et expérimentaux poursuivis sur la spirochétose méningée par les auteurs de ce livre et surtout par le docteur Troisier depuis 1916, leur a permis de mettre en lumière le méningotropisme du spirochète d'Inada-Ido et son rôle pathogène incontesté dans le déterminisme de certaines méningites aiguës humaines, déterminisme qui, jusqu'à leurs travaux, était resté dans l'ombre.

Ce livre résume à l'heure actuelle l'ensemble des recherches des auteurs en pathologie humaine et en médecine expérimentale ainsi que les travaux de ceux qui les ont suivis dans la voie qu'ils avaient tracée.

L'Acidose et l'insuffisance rénale aiguë chez le nourrisson, par Max-M. Lévy. Un volume de 104 pages (Collection médecine et chirurgie pratiques, n° 55), 15 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de ce petit livre est de faire connaître les données théoriques précises et relativement simples permettant d'étudier une poussée d'acidose et ainsi d'orienter la thérapeutique dans un sens efficace.

Comme nous possédons des moyens thérapeutiques capables d'élever le chlore (injection de sérum salé) ou bien de l'abaisser (sérum bicarbonaté) les recherches pratiques prennent de ce fait un nouvel intérêt : elles permettent l'institution d'une thérapeutique en quelque sorte spécifique ; l'auteur montre quels brillants résultats peuvent être obtenus par ces méthodes thérapeutiques, si elles reposent sur un examen hématologique qui en précisera en même temps l'importance et la durée.

les égaler. Mon ambition est plus modeste. Je voudrais vous mettre à même, le jour où le destin l'exigera, de faire preuve au feu avec les combattants ou au calme relatif des formations sanitaires, des qualités et des connaissances professionnelles qui ajoutées au courage et à l'abnégation que vous possédez comme nos anciens ont toujours et partout été l'honneur des membres de notre Corps.

L'état actuel de l'étude du paludisme chronique

Un cas de paludisme chronique, observation personnelle (1)

Par le Docteur B. GRODNITZKY.

Au cours des dix dernières années un nombre considérable de cliniciens éminents ont non seulement émis le doute sur l'existence du paludisme chronique, mais encore ont-ils essayé de prouver l'impossibilité du passage du paludisme à l'état chronique. Ces auteurs soulignaient le grand danger que présentait pour la clinique l'admission de l'existence du paludisme chronique. Croyant à l'existence chez un malade du paludisme chronique, le médecin peut très facilement ne pas reconnaître nombre de maladies, parfois très graves, telles que les atteintes des voies biliaires, des voies urinaires, la tuberculose latente, l'endocardite, les méningococcies, et bien d'autres encore.

A la tête de ce mouvement contre le paludisme chronique on voit un grand maître, le Professeur Rieux.

En 1922, dans son rapport fait à la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, Rieux cherche à prouver qu'à lui seul le retour en France des soldats français ayant séjourné dans des pays infestés de paludisme et y ayant souffert de cette maladie, suffisait à les guérir, à les débarrasser pour toujours des hématozoaires du paludisme.

Ce rapport de Rieux lui valut de nombreuses critiques de la part de Chauffard, de Monier-Villard et de Lemoine.

En 1928 Rieux, dans un rapport fait à Lille, soulève de nouveau la question du paludisme chronique, terme que l'auteur considère comme n'étant pas fondé scientifiquement. Il émet la même opinion au Congrès international du paludisme à Alger en mai 1930, et, enfin, dans un article tout récent publié par *La Pratique Méd. illustrée* et intitulé : « Paludisme et pseudopaludisme ».

Voici en résumé les idées émises dans ce rapport : 1° lorsque le malade quitte un pays infesté de paludisme, on peut le considérer comme étant guéri au bout de douze à dix-huit mois au plus, ce délai passé on ne trouve plus selon l'auteur, de parasites dans le sang périphérique

2° La maladie ne peut être considérée comme étant chronique que lorsqu'elle entraîne l'apparition de l'immunité, ce qu'on ne peut dire du paludisme.

3° L'auteur explique l'existence des cas de paludisme, dit chronique, observés dans des localités infestées par une nouvelle infection, ce qui vient confirmer l'inexistence de l'infection chronique par le poison paludéen.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, cette opinion de Rieux trouva dès le début des adversaires vaillants parmi les médecins coloniaux et les nombreuses sommités de la métropole.

Les Docteurs Aubry et Dumolard ont fait à Alger au Congrès de la Fédération des Sciences médicales un rapport très détaillé intitulé « Comment faut-il concevoir le paludisme chronique au point de vue clinique ?»

Ces auteurs détruisent complètement la théorie de Rieux. Voici en quelques mots les principales idées de ce rapport : Tout d'abord les auteurs cherchent à préciser quelles sont les maladies qu'on peut considérer comme chroniques : ils déduisent que les paludéens présentent bien tous les traits caractéristiques à une affection chronique.

1° La présence du virus pendant un temps très prolongé, dépassant le temps habituel d'existence dans l'organisme du virus des maladies aiguës.

2° L'évolution lente de la maladie, l'apparition des crises et leur réapparition inattendue au moment où l'organisme est affaibli pour telle ou telle autre cause.

Ces deux conceptions peuvent être considérées comme étant affirmatives, elles sont admises par des maîtres dans la question.

Et en réalité, pour ce qui est de la persistance du germe causal dans l'organisme infecté pendant un temps d'une durée suffisamment longue : malgré l'affirmation catégorique de Rieux que les parasites disparaissent au bout de douze à dix-huit mois, on connaît toute une série de communications qui prouvent que l'infection persiste à l'état latent dans la rate, la moelle osseuse, et peut-être aussi dans d'autres organes, non seulement au delà du temps indiqué par Rieux, mais encore pendant de longues années, des dizaines d'années sans se manifester jusqu'au moment où elle pourra s'extérioriser sans que le sujet soit soumis à une nouvelle possibilité d'infection.

En 1922 le Professeur Chauffard a rapporté l'observation d'un camionneur qui, il y a dix ans, aurait souffert du paludisme mais qui n'en présentait plus aucune manifestation, il paraissait complètement guéri. Un jour, au cours de son travail il reçoit un coup à l'hypocondre gauche, trois jours plus tard il souffre d'une crise aiguë de paludisme, et pendant un certain temps on voit chez ce malade les crises se répéter. Dans son sang on constate des hématozoaires. Dans ce cas une nouvelle infection paraissait impossible, on ne connaissait pas de cas de paludisme dans la région.

Le Professeur Zieman a pu observer des cas où les crises paludéennes s'étaient renouvelées au bout de cinq à six ans au cours desquels le sujet semblait être en parfaite santé.

Les Docteurs Blanchard et Pin ont rapporté à la Soc. de pathologie exotique un cas où le paludisme était resté latent durant six ans, après la primo-infection.

Le Professeur Marchoux chef de la section pour l'étude du paludisme à l'Institut Pasteur, rapporte des cas où la maladie se manifestait six, dix et même treize ans après l'infection, il constatait dans ces cas des parasites du paludisme dans le sang périphérique.

Le Professeur Nocht cite l'observation d'une malade dont l'état très grave exigea la transfusion du sang. Le donneur fut son fils, lequel pendant la guerre, en 1919, aurait eu des crises de paludisme, et qui pendant huit ans s'était considéré comme définitivement guéri. En 1927 il donne donc son sang à sa mère et lui transmet le paludisme, cette femme a plusieurs crises de paludisme, on trouve des parasites dans son sang.

Il y a quelque temps de cela, j'ai fait avec les Docteurs Liège et Comninos, à la Soc. amicale des médecins russes, une communication au sujet de deux enfants ayant été contaminés par la transfusion du sang d'un sujet ayant séjourné dans un pays infesté de paludisme.

Dans les deux cas le donneur était le même, un infirmier de l'hôpital des Enfants-Malades. Cet homme a fait son service à Madagascar il n'a jamais souffert du paludisme et ignorait avoir été infecté (1), cependant il a

(1) Rapport fait le 11 janvier 1933 à la Soc. Amicale des Médecins russes à Paris.

(1) Dans le sang périphérique de cet homme malgré de nombreuses recherches on n'a jamais pu trouver des hématozoaires, cependant la réaction de Henry fut positive à deux reprises.

transmis le paludisme aux deux enfants : chez ces deux fillettes on trouve des hématozoaires dans le sang.

L'observation que je desire vous rapporter aujourd'hui, montre elle aussi, le fait de la possibilité de la conservation dans l'organisme à l'état latent du virus du paludisme pendant un temps très prolongé.

Il faut cependant préciser que chez la malade en question je n'ai pu découvrir de parasites dans le sang, il faut mentionner tout de même qu'une fois j'ai pu voir dans son sang une formation rappelant une gamète, je n'ose pas affirmer sur la seule présence de cette formation l'existence de parasites dans le sang de cette malade.

On a pratiqué chez elle à deux reprises la réaction de Henry à l'Institut Pasteur, les deux fois la réaction fut positive, et ce qui est important à mentionner c'est l'action dans ce cas du traitement par la quinine et l'arsenic. Ces faits, comme vous allez le voir, confirment l'exactitude du diagnostic posé de paludisme

Il me semble aussi intéressant de vous citer mon auto-observation.

En 1899 j'ai passé trois mois et demi dans une île du Dniepr (aux environs d'Ekaterinoslav) l'endroit abondait en moustiques et le paludisme y était très répandu et bien connu de la population sous le nom de « propasniza » (1).

Je ne me rappelle point avoir eu des crises aiguës de fièvre lors de mon séjour dans cette île.

Or, dans la suite, je me rappelle fort bien avoir eu de temps en temps des accès de fièvre avec frissons et transpiration qu'on intitulait facilement grippe, refroidissement, etc...

Ces crises très rares d'abord, se sont manifestées avec une plus grande fréquence après une maladie très grave (pleuro-pneumonie double) que j'ai faite en 1925 et surtout après l'intervention chirurgicale (urétérotomie) que j'ai subie en 1927.

Je n'ai pu me débarrasser de ces crises qu'après avoir reçu une série de quinze injections intra-musculaires de quinoforme.

Je n'ai jamais fait l'examen de mon sang, cependant le caractère des crises m'autorise à poser le diagnostic de paludisme. Il est aussi intéressant de souligner l'action du traitement par le quinoforme.

Il semble que le maximum de temps que le paludisme puisse rester à l'état latent dans un organisme soit de 60 ans, Rist et Boudet en 1907 ont rapporté l'observation d'une femme de 70 ans qui, à l'âge de 10 ans, aurait séjourné dans les colonies où fort probablement elle fut atteinte de paludisme. Elle se porte très bien jusqu'à l'âge de 70 ans mais alors elle a une série de crises caractéristiques, on fait l'examen de son sang et on y trouve des schizontes.

Voici donc des constatations qui semblent présenter une valeur suffisante pour être opposées à la conclusion de Rieux que les parasites persistent le plus longtemps dix-huit mois dans l'organisme des sujets infectés.

Aubry et Dumolard dans leur communication faite à Alger posent une question très juste : peut-on en présence du résultat négatif d'un examen qui ne décèle pas de parasites dans le sang périphérique affirmer l'absence chez le sujet du paludisme ? Ils protestent contre une affirmation.

L'expérience clinique prolongée leur permet de déduire pour le paludisme la même loi que pour d'autres affections, tout en admettant le rôle du laboratoire en clinique, en appréciant les services rendus par ce dernier au lit du malade, ils considèrent que la clinique doit diriger ces recherches et en interpréter les résultats...

La grande expérience de ces médecins leur a appris de diagnostiquer cette maladie en se basant sur des données cliniques caractéristiques, même dans les cas où des examens répétés de laboratoire donnaient des résultats négatifs. Ne savons-nous pas la même chose pour la tuberculose, la syphilis et pour bien d'autres maladies encore ?

Peut-on toujours en présence de la syphilis trouver le spirochète pâle ? Et dans combien de cas de tabes la réaction de Bordet-Wassermann est-elle négative ? Combien de cas de tuberculose non douteuse évoluent sans qu'on puisse trouver des bacilles de Koch dans les crachats ?

Aubry et Dumolard posent la question : pourquoi doit-on être plus exigeant pour le paludisme que pour les autres affections ?

Certes, il faut dire que le paludisme est une maladie atteignant principalement le sang, mais peut-on affirmer que le cycle de cette maladie ne se développe que dans le sang périphérique ?

Que savons-nous sur les décharges dans le sang périphérique de schizontes en quantité plus ou moins grande ?

Et puis, depuis que nous connaissons l'existence du virus filtrant de la tuberculose pouvons-nous affirmer que le virus du paludisme ne peut exister que sous la forme que nous avons l'habitude de voir dans le sang périphérique ?

Nous ne parlons même pas des imperfections des recherches du parasite dans le sang périphérique, ces temps derniers la technique de ces recherches a été améliorée quelque peu et on trouve des parasites là où avec l'ancienne technique on n'en trouvait point. Je veux parler de l'examen en goutte épaisse, de l'examen du suc prélevé par ponction de la rate, et après injection préalable d'adrénaline qui provoque la contraction de la rate.

On peut donc considérer comme définitivement démontré, suivant les auteurs cités plus haut que dans certains cas aigus, et d'autant plus dans les cas chroniques, que le diagnostic du paludisme peut être posé même malgré des résultats négatifs des examens de laboratoire répétés en présence d'un tableau clinique caractéristique, et puis le résultat du traitement par la quinine vient confirmer avec éclat l'exactitude du diagnostic posé.

L'existence du paludisme chronique ne doit donc plus suggérer aucun doute, elle est admise actuellement par le plus grand nombre d'auteurs, et principalement par les plus compétents dans la question.

Voici maintenant ce qu'on entend sous la définition : le paludisme chronique.

En dehors du paludisme chronique, proprement dit, groupe admis par Rieux lui-même, et dont l'existence s'explique du fait des nouvelles infections d'un organisme déjà atteint par des parasites nouveaux, très résistants à la quinine (cas fréquents pour le paludisme tropique), il est bien plus intéressant d'examiner les cas où l'organisme une fois infecté reste pendant de longues années, et peut être pendant toute sa vie sous l'emprise de l'agent pathogène se cachant quelque part dans son organisme. Le paludisme chronique, « on doit comprendre sous ce nom un état pathologique de l'organisme resté en puissance de l'hématozoaire à la suite des atteintes aiguës du paludisme » telle est la définition donnée par A. de Dantec dans son Précis de pathologie exotique.

Ce même auteur compare l'état qu'on trouve dans le paludisme chronique avec ce qu'on nomme en bactériologie « microbisme latent ».

En tant qu'exemple de cet état on peut rapporter l'expérience classique de Pasteur et Trapeznikoff sur la poule. Une poule à laquelle on inocule dans le sang des spores du charbon reste en bon état pendant de longs mois, mais si on la soumet au refroidissement le charbon se développe rapidement. La comparaison est peut-être bonne, mais il faut noter que tout en ayant dans son organisme les spores mortelles avant le refroidissement la poule reste en parfaite santé, tandis que les sujets une fois infectés par les parasites du paludisme, tout en restant pendant de longues années en parfaite santé appa-

(1) Expression ukrainienne qui veut dire : une fois pris, on ne s'en débarrasse plus jusqu'à la fin « de ses jours... »


RÉVULSIF BOUDIN
RAPIDE
PROPRE
ENERGIQUE

rente, n'ayant pas de crises, présentent si on les examine plus attentivement des modifications au niveau des organes et dans le sang, modifications qui certifient l'existence de l'infection même en dehors de tout paroxysme.

Parmi ces modifications, il faut tout d'abord mentionner celles de la rate, la rate de ces sujets est modifiée, on trouve chez eux le « gâteau splénique », la rate est le plus souvent indolore, mais on a aussi observé l'existence de la périsplénite avec adhérences et sensibilité douloureuse. On constate souvent des phénomènes identiques au niveau du foie. L'examen du sang de ces sujets montre une anémie progressive qui peut devenir très grave, il peut y avoir même de l'anémie pernicieuse. Le nombre des globules rouges est très diminué, mais ce qui est plus intéressant à mentionner c'est l'abaissement net du nombre des globules blancs, c'est-à-dire le développement de la leucopénie avec hypopolynucléose et hypermononucléose très considérables. On trouve dans certains cas dans les grandes cellules mononucléaires du pigment mélanique. La réaction de Henry positive précise l'existence de perturbations sérologiques considérables, etc.

Il me semble aussi intéressant de mentionner les modifications constatées au cours des autopsies des sujets morts d'infections cataloguées comme des affections diverses, par exemple comme méningite, et qui en réalité étaient atteints du paludisme.

Le Professeur Abramoff, lors de son travail à Rostov, a pu constater les faits suivants : on fait l'autopsie de sujets morts d'une méningite aiguë, et on constate un rate énorme, très friable et d'une coloration particulière, le cerveau présente lui aussi une pigmentation anormale. L'examen microscopique des capillaires du cerveau permet d'y constater en abondance des parasites du paludisme. Cependant dans le sang périphérique de ces sujets on n'avait pas trouvé d'hématozoaires.

Le Docteur Pentchev (dans les travaux de l'Institut anatomo-pathologique de Sofia) rapporte les résultats d'autopsie d'un sujet ayant eu du paludisme chronique (malaria tropica). Il trouve les capillaires de la muqueuse de l'intestin grêle dilatés et littéralement bourrés de parasites et de pigment, principalement les capillaires des villosités. Les capillaires du cœur renferment aussi des amas considérables de parasites, au niveau du cerveau il en est de même. De son vivant le sujet présentait des troubles cardiaques du type de l'angine de poitrine et une entérite » cholériforme.

Nous pouvons donc dire que le terme paludisme latent ou larvé ne peut être considéré comme absolument précis, l'état du sujet atteint de paludisme chronique n'est pas identique à celui de la poule en état de « microbisme latent », dans l'expérience de Pasteur.

Cependant le terme « malaria larvata » existe depuis longtemps et on doit le garder pour la définition du tableau clinique.

Gral et Marchoux, dans leur Traité de pathologie exotique disent que la maladie devient dans certains cas, réellement méconnaissable, tant son symptomocomplexe peut revêtir des formes variées.

Déjà en 1929, Mello Franco dans son remarquable travail : « Ensaio sobre as Febres » parle de certains cas de paludisme latent (caché) au Brésil. Il dit que même un médecin, un praticien très expérimenté se trouve embarrassé devant des manifestations telles que des céphalées continuelles, des atteintes oculaires, dentaires, des crises d'asthme, d'épilepsie, des crises cardiaques graves, etc... Seule l'apparition périodique de ces manisfestations fait penser à leur origine paludéenne. Les résultats obtenus à la suite du traitement par la quinine viennent confirmer l'exactitude du diagnostic.

Je pourrais vous citer encore un nombre considérable de travaux remarquables consacrés à l'étude de cette question, Docteur Sigaud : Du climat et des maladies du, Brésil (1844) ; Torres Homen : As Febres de Rio-de-Janeiro ; Paulo Candida : Reflexoëns sobre as Febres intermittentes dans les *Annales de Médecine*, Brésil, etc...

Je m'arrête là, ne voulant point fatiguer votre attention plus longtemps.

Je ne puis cependant pas passer sous silence les trois cas très intéressants observés par le Docteur Egas Moniz de Arago.

Premier cas : Un jeune homme, âgé de 24 ans, parent de l'auteur, habitant l'Etat de Bahia dans sa région riveraine en 1896. On ne note rien de particulier dans ses antécédents, il n'a jamais eu de paludisme, ce dernier est à l'état endémique dans la région. Un jour, pendant le dîner, ce jeune homme est pris de convulsions épileptiques, la crise est des plus caractéristiques ; sa face se congestionne, sa respiration est stertoreuse, ses lèvres sont bleues, les veines du cou se gonflent, le pouls est petit et fréquent, à la bouche écume sanguinolente. Les convulsions sont généralisées mais semblent prédominer du côté gauche. L'anesthésie est complète, la température est montée à 39° ; après la crise le malade s'endort. Somme toute, vous voyez bien une crise des plus caractéristiques de l'épilepsie. Durant deux ans le jeune homme présenta régulièrement une telle crise tous les mois. L'examen de son sang pratiqué à plusieurs reprises n'a jamais montré la présence de parasites. Les traitements bromurés, l'emploi de la belladone restent sans aucun résultat.

Par acquit de conscience l'auteur prescrit au jeune malade de la quinine et de l'arsenic, à doses très faibles, ce qui est suffisant pour faire disparaître une fois pour toutes les crises. L'examen du sang dans ce cas a montré une leucopénie, 40 % de polynucléaires et l'absence des parasites.

Deuxième cas : Cas concernant la fille de l'auteur : une petite de 4 ans qui jusque-là a toujours été bien portante. Un beau jour, l'enfant s'est endormie à 5 heures de l'après-midi exactement, et depuis le phénomène se reproduit avec une précision extraordinaire ; tous les jours l'enfant s'endort à la même heure d'un sommeil paisible et calme jusqu'au lendemain à 8 heures du matin. On ne pouvait interrompre ce sommeil par aucun moyen. Cet état dura pendant deux mois. L'enfant fut examinée avec toute l'attention possible, l'examen resta négatif, sauf qu'on constata une légère augmentation du volume de la rate, cette dernière était un peu douloureuse. On prescrit le traitement par la quinine et l'arrénal. Très rapidement ce sommeil pathologique disparaît.

Troisième cas : Celui d'un ouvrier travaillant dans une raffinerie. Cet homme voyait chaque mois régulièrement apparaître de l'érythème noueux, il souffrait en même temps de céphalée intense, il se sentait courbaturé. L'érythème était dur, se localisait principalement aux jambes, aux pieds. Le malade avait des douleurs intenses aux articulations. L'examen du sang ne précise pas la présence des hématozoaires, on constate une anémie très nette ; la rate est volumineuse. On prescrit la quinine, la guérison est rapide, survient comme par enchantement.

D'autre part les médecins exerçant dans des régions infestées de paludisme ont pu bien des fois constater dans le sang des indigènes, principalement des enfants indigènes la présence des parasites du paludisme, sans qu'il y ait le moindre signe clinique de cette affection. Dans ces cas il s'agit, semble-t-il, d'un genre particulier d'immunité vis-à-vis d'une espèce déterminée de parasites. Ces mêmes sujets allant dans des régions paludéennes, où le type des parasites est différent, peuvent parfaitement souffrir du paludisme à parasites étrangers pour eux.

Kraus et Brugsch dans leur travail sur les maladies infectieuses disent que le passage du paludisme à l'état latent présente un phénomène des plus habituels.

Même lorsqu'on fait au malade un traitement avec la quinine, traitement très surveillé, on ne réussit pas tou-

jours à faire disparaître les parasites de façon définitive et bien souvent le malade garde une infection chronique latente.

C'est cette infection restant latente qui explique l'apparition du paludisme aigu à leur retour dans le pays natal chez des sujets ayant habité dans des régions impaludées et ayant toujours absorbé de la quinine, dans le but prophylactique. La possibité d'une nouvelle infection étant absolument éliminée.

Je vous ai parlé plus haut d'un donneur auquel on préleva du sang pour deux petites filles du service du Professeur P. Nobécourt aux Enfants-Malades et qui leur a transmis le paludisme. Ce sujet souffrait selon toute évidence d'une forme discrète, latente du paludisme.

Il n'est pas difficile à comprendre que des sujets ayant eu une ou plusieurs crises de paludisme et qui se considéraient comme tout à fait guéris, revenant au bout de longues années dans un pays non impaludé pouvaient brusquement être atteints du paludisme, sous l'influence d'un refroidissement, d'un excès quelconque, d'un traumatisme ou à la suite d'une intervention chirurgicale.

Passons maintenant à l'exposé de notre observation.

La jeune Zoé est âgée de 17 ans, elle entre à la salle Parrot, service du Professeur P. Nobécourt aux Enfants-Malades, le 7 octobre 1932. A l'entrée son état est grave.

On ne note rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Zoé est née à terme en décembre 1915. Dans ses antécédents personnels : en 1917 coqueluche, dysenterie ; en 1922 rubéole ; en 1923 rougeole.

Cette même année l'enfant qui est emmenée en Macédoine est atteinte du paludisme qui se manifeste pendant dix jours. Zoé reçoit pendant deux semaines de la quinine, elle paraît être guérie à ce moment.

En 1929, angine pultacée. En août et septembre 1932 l'enfant reste à Cabourg, où elle s'expose longuement au soleil (je souligne ce fait, car peut-être eut-il une influence sur le réveil du paludisme).

C'est précisément à ce moment que la malade commence à se plaindre, elle est fatiguée, courbaturée. Elle perd du poids, en un mois deux kilogrammes. Elle pâlit d'une façon surprenante, frappante.

L'anémie progresse régulièrement. On prend sa température à partir du 1er octobre 1932. Elle oscille entre 38°5 et 39°. L'examen du sang pratiqué à ce moment précise l'existence d'une anémie très marquée, mais surtout d'une leucopénie et d'une hypopolynucléose.

On trouve moins de 2.000 leucocytes et 27 % de polynucléaires.

A l'entrée Zoé a une taille de 1 m. 52, elle pèse 43 kgr. 670. Sa température est à 38°6. Le pouls bat à 120. La malade est constipée.

Les urines sont peu abondantes. 500 à 700 c.c. par 24 heures, elles ne contiennent ni sucre ni albumine, mais une grande quantité d'urobiline et d'uroérythrine, ainsi que des acides biliaires, il n'y a pas de pigments biliaires. Les muqueuses sont très pâles, la peau a un reflet cireux. L'abdomen est souple. Le foie est de volume normal, il est indolore à la palpation. La rate est énorme, dépasse considérablement le rebord costal, elle n'est pas très dure, sa palpation est indolore. La percussion permet de préciser les dimensions de la rate ; 18 sur 10 cm. Le cœur et les poumons ne montrent rien d'anormal. La tension artérielle prise au Laubry Vaquez est de 11 pour la maxima et de 6,5 pour la minima. La gorge ne montre rien de particulier. La langue est saburrale.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas augmentés. La courbe thermique est irrégulière Lorsqu'on prend la température toutes les trois heures on constate son ascension entre 3 et 4 heures de l'après midi et vers 7 ou 8 heures du soir elle atteint parfois 39°. Les frissons ne sont pas intenses, la transpiration est peu abondante.

Jusqu'au 22 octobre la malade n'est traitée que pour son anémie.

On lui donne de l'hépatrol et d'autres médications du même type, on lui fait des injections d'hémostra.

L'état général ne semble pas vouloir s'améliorer. On pratique le 22 octobre un examen du sang qui montre : 50 % d'hémoglobine ; 2.000.000 de globules rouges ; une valeur globulaire de 1,25 ; 1.360 globules blancs.

Il y a de la poïkilocytose, de l'anisocytose et de la polycromatophilie. Présence de mégalocytes et de normoblastes. Polynuléaires 25 %. Mononucléaires et lymphocytes 75 %.

Depuis le 23 octobre la malade reçoit de la quinine. 0 gr. 5 trois fois par jour. La température ne montre pas de modifications appréciables. On interromp le traitement pendant trois jours et le 28 octobre on reprend le traitement, Zoé reçoit à 3, 5 et 7 heures 0 gr. 5 de quinine. La température semble vouloir rapidement revenir à la normale.

Depuis le 10 novembre la température se maintient à la normale. La malade se sent chaque jour de mieux en mieux, les forces reviennent. L'examen du sang pratiqué le 10 novembre 1932 montre : 60 % d'hémoglobine ; 2.600.000 globules rouges ; 4.000 globules blancs ; 35 % de polynucléaires et 65 % de mono et lymphocytes.

Depuis le 15 novembre on fait à Zoé des injections de cacodylate, un nouvel examen du sang est pratiqué le 28 novembre : 75 % d'hémoglobine ; 2.880.000 globules rouges ; 3.200 globules blancs ; 47 % polynucléaires et 53 % mononucléaires.

La rate diminue progressivement et le jour de la sortie de l'hôpital on ne peut plus la palper, la percussion la montre de volume presque normal. La malade quitte le service le 4 décembre.

Au cours de son séjour à l'hôpital on a fait toute une série de recherches : Les réactions de Bordet-Wassermann, de Vernes, de Besredka sont négatives. La réaction formol-leucogel de Gaité et Papacostas (pour le Kala-azar) est positive, probablement sous l'influence de la quinine.

Certes, la malade est encore bien loin de la guérison définitive : ayant abandonné le traitement par la quinine, la malade présente déjà une formule sanguine moins satisfaisante. L'examen du sang du 10 janvier montre : 70 % d'hémoglobine ; 2.200.000 globules rouges ; 2.700 globules blancs ; 43 % polynucléaires et 57 % de mono et lymphocytes.

Je considère indispensable la poursuite du traitement par la quinine et l'arsenic chez cette malade pour l'améliorer autant que possible.

Traitement radiothérapique de l'érysipèle. — Dans le traitement de l'érysipèle, Notger V. Œttingen (*Munchener med. Woch.*, 7 oct. 1932) a obtenu de bons résultats avec la radiothérapie et s'étonne que ce traitement ne soit pas plus employé dans la pratique, les observations publiées montrant que dans la majorité des cas, la guérison est plus rapide et plus complète que par le traitement médical. A noter que ce traitement a été employé sans incident chez des enfants de 2 à 4 ans, ainsi que chez des vieillards.

Psoriasis arthropathique et glandes surrénales. — W. Richter (*Deutsche Zeitsch. fur Chir.*, août 1932) s'appuyant sur onze cas de psoriasis arthropathique, pense que le psoriasis, comme sa complication principale l'arthropathie, ressortit à un trouble de la sécrétion des glandes surrénales.

Fréquence relative de la maladie de Nicolas Favre. — — La maladie de Nicolas-Favre n'est pas rare. A une consultation aussi peu spécialisée que celle de l'hôpital Beaujon, nous en voyions environ, disent MM. Paul Chevallier et J. Bernard (*Les adénopathies inguinales*, un vol., 1933, Alcan, édit.) cinq à six cas par an ; à l'hôpital Cochin, le nombre des malades hospitalisés dans ces dernières années a été de plusieurs douzaines.

CHRONIQUE

Puériculture

Il vient de paraître une nouvelle revue : la *Revue médico-sociale de l'enfance* qui, ainsi que l'indique son titre, s'occupe de la première enfance à un double point de vue, médical et social. Son utilité est inconstestable car on n'avait dans aucune publication abordé la question de l'hygiène et de la thérapeutique infantiles à ce double point de vue.

Dans cette revue, voisinent d'une part des articles strictement médicaux, et traitant de sujets particulièrement à l'ordre du jour (Vaccination antidiphtérique, par le Professeur Debré ; Prophylaxie de la syphilis congénitale par le Docteur Huber) et d'autre part des enquêtes traitant des efforts réalisés dans toute la France portant sur la protection de l'enfance.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire, pour montrer l'importance de cette publication, que de résumer chacune de ses deux sortes d'articles.

1) *La vaccination contre la diphtérie*, par M. le Professeur Debré.

Le principe de cette vaccination est le suivant ; on sait que c'est par l'action de sa toxine qu'agit le bacille diphtérique ; cette toxine, très active, attaque les tissus. Si à cette toxine, on ajoute une quantité définie de formol, la toxine perd son pouvoir toxique, mais garde son pouvoir immunisant ; car elle entraîne la formation, dans les humeurs, de substances protectrices... Cette toxine formolée, dite anatoxine, n'est plus toxique, reste immunisante ; enfin, elle ne reprend jamais sa toxicité première ; en dernier lieu, on peut doser son pouvoir antitoxique, et le taux utilisé est celui de quinze unités anatoxiques par c. c.

Comment l'utilise-t-on en pratique? Il est évident qu'elle n'est utile qu'aux sujets réceptibles à la diphtérie, c'est-à-dire ayant une réaction de Schick positive (intradermoréaction avec dose infime de toxine diphtérique entraînant une rougeur locale persistant une semaine). Chez ces sujets, on injectera, par voie sous-cutanée : 1 c. c. d'anatoxine, trois semaines après 1 c. c. 1/2, deux à trois semaines après 1 c. c. 1/2, soit en tout 4 c. c. (= 60 unités anatoxiques).

Les réactions sont soit locales (rougeurs ou petits placards douloureux), soit générales (fébricule, léger malaise). En tout cas, elles ne sont jamais graves, se voient de préférence chez l'adulte, exceptionnellement avant 12 ans, jamais avant 5 ans.

Résultats : sur 100 sujets à Schick positif, après la 1re injection 36 deviennent négatifs, après la 2e 88, après la 3e 96. Et cette immunité, solide, semble durer très longtemps, peut-être toute la vie.

Pour avoir 100 % de Schick négatif, au lieu de 96 %, différents procédés sont conseillés : vaccination associée (anatoxine diphtérique + vaccin antityphoïdique), résultats excellents chez l'adulte, mais chez le jeune enfant, il est peu indiqué de vacciner contre la typhoïde — faire une nouvelle injection de 1 c. c. 1/2 un an plus tard — utiliser une anatoxine plus forte.

Conclusion : l'anatoxine est indispensable pour l'hygiène infantile, il faut vacciner de 1 an à 6 ans, les contre-indications sont rares, certaines maladies chroniques, même la tuberculose, n'en constituant pas. Si on a été interrompu entre les injections, reprendre au point où on s'est arrêté, faire un an après une nouvelle injection... En cas d'épidémie, injecter du sérum antidiphtérique d'abord (protection immédiate mais fugitive), et 1/2 heure après, la première des trois injections d'anatoxine.

2) *L'œuvre de placement de nourrissons* de Mme J. Lorthiois, à Tourcoing.

Les différentes pouponnières créées jusqu'à ces derniers temps, n'avaient pas donné entière satisfaction car les enfants, d'une part étaient brusquement privés de l'allaitement au sein, d'autre part couraient des risques de contagion.

Sur les conseils du Professeur Debré et du Docteur Lelong, Mme Lorthiois en fonda un nouveau modèle, avec possibilité d'allaitement au sein, et, ultérieurement, placement familial surveillé.

Tous les nourrissons y sont admis, sans délai, ni triage, à la seule condition que la mère sait reconnue incapable de les élever. C'est ainsi que sont admis des nourrissons malades (prématurés, dyspeptiques, hérédo-syphilitiques) qui nécessitent une longue hospitalisation, et des enfants normaux, fragiles, de moins d'un mois. Comme ces enfants sont admis sans sélection, il faut une observation médicale prolongée avant de les placer ; cette observation se passe dans deux centres.

A) Centre de Tourcoing pour enfants ayant besoin de lait de femme. Il y a juxtaposition de deux bâtiments : une *maison maternelle* pour quinze nourrices ; chacune loge dans sa chambre, avec son enfant, auquel elle donne le sein trois fois par jour ; en plus, on leur retire quotidiennement 400 à 700 gr. ou plus de lait... Evidemment, ces nourrices sont appointées.

Les enfants de l'œuvre sont dans la *pouponnière* toute proche, au nombre de 23, en box séparés, dans les meilleures conditions d'hygiène (chaleur, lumière, bains, pesées), et sont confiés à des infirmières spécialisées.

Ce sont des enfants de moins de trois mois, débilités ou dyspeptiques, exigeant le lait de femme. On les garde jusqu'à rétablissement complet et adaptation à un régime sans lait de femme, le tout sous surveillance médicale (Docteur Deconninck).

B) Le centre de Lismelles reçoit les enfants plus agés, malades ; soit enfants déjà placés et tombés malades ; soit nouveaux entrants, qu'il faut examiner, traiter, et chez qui on doit dépister toute maladie infectieuse possible avant de les placer.

C) Le placement familial enfin... Les nourrices sont réparties en trois communes, visitées souvent par les infirmières, elles doivent tous les quinze jours amener leurs enfants au médecin. Tout enfant malade est transporté à Lismelles.

C'est ainsi que par cet ensemble : centres de Tourcoing, de Lismelles et placement familial, Mme Lorthiois a créé un groupe d'assistance maternelle et infantile qui a déjà donné des résultats merveilleux, permettant surtout de lutter contre le cas si angoissant jusqu'alors des prématurés, des débiles, des malades, dont la mère ne pouvait s'occuper.

Jacques Lemant.

Adrénaline et cuti-réaction à la tuberculine. — L'addition d'adrénaline (1 pour 1000 du mélange) à la tuberculine brute de l'Institut Pasteur, diluée au quart, a pour effet d'amplifier la cuti-réaction tuberculinique — souvent deux fois plus large que la cuti-réaction témoin — et comme avantage de prévenir des réactions tuberculiniques à distance (générales ou focales), en réduisant au minimum l'absorption générale de la tuberculine. (A. Bouveyron. *Méthode pour amplifier les cuti-réactions à la tuberculine et pour prévenir les réactions tuberculiniques àdistance. Revue de la tuberculose*, juin 1932.)

Sur cent accidents du travail qui se présentent : 33 p. 100 intéressent la main (poignet excepté) ; 24 p. 100 intéressent les yeux.

Les autres 43 p. 100 se répartissent sur les diverses parties restantes du corps.

(Dr G. Wallimann. Le Panaris accident du travail.)

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Chirurgie

Le traitement chirurgical de la maladie de Raynaud est lent à s'imposer. En 1913, Leriche proposait déjà de traiter cette maladie par des sections sympathiques et en 1917, le premier cas fut opéré par Veillet et Thibaudet.

« Or, bien que l'idée soit logique, bien que le résultat, dans le premier cas, ait été bon bien que, depuis lors, les succès aient été plus nombreux que les échecs, bien que la chirurgie du sympathique se soit enrichie de procédés nouveaux et efficaces, bien que la thérapeutique médicale soit sans effet durable, en dehors des rares cas où la syphilis est en jeu, bien que la maladie soit fréquente, douloureuse et mutilante, l'idée du traitement chirurgical n'est pas encore entrée dans la pratique. Quand, d'aventure, un malade s'égare auprès d'un chirurgien, c'est presque toujours en désespoir de cause ; le cas est toujours de vieille date et habituellement comporte des mutilations phalangiennes si prononcées qu'une guérison, au sens que l'on doit donner à ce mot, n'est plus anatomiquement possible.

Il serait peut-être temps que l'on reste moins passif devant une maladie désolante pour le malade. On ne devrait pas oublier que, dans la médecine, le diagnostic ne représente qu'un moyen, le but suprême étant toujours la thérapeutique Notre expérience nous permet de dire que si, en présence d'un malade quelconque, le renoncement est chose facile, il n'en est plus de même quand la maladie de Raynaud frappe quelqu'un dans une famille médicale. On en vient alors bien plus facilement à l'opération. Parmi nos opérés, un grand nombre sont fille, femme ou parente de médecin. Cela juge la question de l'opportunité des sympathectomies, et. ajouterons-nous, de leur efficacité. »

Les auteurs font remarquer qu'ils ne parlent que des maladies de Raynaud vraies, le problème des artérites avec crises vaso-constrictives, des faux Raynaud, se posant tout différemment. Exposant les résultats qu'ils ont obtenus dans ces dix dernières années par le traitement chirurgical (seize observations) et les comparant avec ceux des chirurgiens ayant opéré des maladies de Raynaud, les auteurs concluent :

1° Que par les opérations sympathiques, on peut souvent supprimer à peu près complètement et de façon durable (sept ans, huit ans) les manifestations de la maladie de Raynaud. Certains résultats équivalent à des guérisons : les douleurs n'existent plus, les crises sont supprimées, et après des années, il n'y a aucun trouble trophique.

2° Que ces résultats peuvent être obtenus avec des opérations très simples, non mutilantes, réservant complètement l'avenir, comme la sympathectomie péri-artérielle.

3° Que parfois, cependant, il faut savoir adjoindre à celle-ci des ramisections ou des ablations ganglionnaires.

4° Mais que ces dernières ne doivent pas être préconisées comme les opérations toujours préférables et seules efficaces.

5° Qu'il est probablement impossible de supprimer l'innervation vaso-constrictive d'un membre, et que ce n'est pas nécessaire pour obtenir une guérison durable dans la maladie de Raynaud.

6° Que la question doit rester à l'étude, et qu'il faudra encore beaucoup d'observations, longtemps suivies, avant que ne soit éclairci ce problème thérapeutique.

7° Que, de toutes façons, la maladie de Raynaud est une maladie chirurgicale, contre laquelle nous sommes assez bien armés.

(Leriche et Fontaine. Résultats du traitement chirurgical de la maladie de Raynaud (d'après seize observations), *La Presse Médicale*, 11 février 1933.)

La dénomination de ténobursite bicipitale s'applique à une lésion qui intéresse le tendon de la longue portion du biceps, principalement dans son passage à travers la coulisse bicipitale ainsi que la bourse séreuse qui l'entoure, pour en faciliter le glissement dans cet étroit canal ostéo-fibreux.

Elle résulte des maladies générales et infectieuses et plus souvent encore d'un effort musculaire qui, d'ailleurs, est souvent en liaison directe occasionnelle, favorisante avec les premières.

La douleur en est le premier et principal symptôme. Souvent spontanée, diurne et fréquemment nocturne au point de provoquer une insomnie totale, elle apparaît à la pression de la coulisse bicipitale et à chaque mouvement d'abduction, Le malade conserve encore une certaine facilité de balancement du membre supérieur avec un léger degré de circumduction, mais il ne peut lever le bras surtout quand il est en rotation interne ou externe.

Cette affection est certainement la plus fréquente des périarthralgies de l'épaule avec lesquelles elle a été jusqu'à ce jour confondue quand elle n'a pas été attribuée à une diathèse, plus simplement à un rhumatisme, à une névralgie du plexus brachial et plus particulièrement à une névrite du circonflexe. Sa connaissance est basée sur la douleur provoquée à la pression au niveau de la coulisse bicipitale ou par traction ou contraction spontanée ou provoquée électriquement de la longue portion du biceps. Elle donnait lieu autrefois à des ankyloses sans lésion anatomique decelable à la radiographie et qui paraissent actuellement pouvoir être évitées par des soins précoces. Ils consistent en divers traitements physiothérapiques et médicaux indiqués ci dessus et plus spécialement en des touches faradiques qui éclairent d'abord le diagnostic, calment immédiatement la douleur et permettent aussitôt la réapparition des mouvements du bras. Ceux-ci limités d'abord, s'étendent bientôt jusqu'à leur plus grande amplitude, après l'accomplissement d'une série de cinq à six séances de faradisation pratiquées à deux jours d'intervalle.

(E. Pasteur. Ténobursite bicipitale. *La Presse Médicale*, 25 janvier 1933.)

Médecine

Rapportant, dans une leçon clinique, l'**histoire d'un abcès pulmonaire consécutif à une amygdalectomie**, M. Sergent attire à nouveau l'attention des médecins sur les points suivants :

1° *La fréquence de l'origine bucco-naso-pharyngée des abcès du poumon à la suite d'interventions chirurgicales pratiquées sous anesthésie générale* : soit par le processus de l'embolie bronchique, soit par le processus de l'embolie septique vasculaire ,

2° *La nécessité de reconnaître le plus rapidement possible l'existence d'une suppuration collectée du poumon* et d'en faire le diagnostic avec les autres causes de suppurations broncho-pulmonaires :

3° Enfin, et surtout, *l'indication formelle de livrer au chirurgien tout abcès du poumon, qui, deux mois après son début, ne donne pas de tests cliniques et radiologiques certains de guérison complète* (guérison spontanée ou favorisée par le traitement médical). Tout retard apporté compromet la réalisation et l'efficacité de l'intervention chirurgicale.

(Leçon clinique du Professeur Sergent. *Journal des Praticiens*, 11 février 1933.)

Gastro-entérologie

La mode du nudisme et des cures solaires amène les sujets qui s'y livrent à des excès nuisibles, parfois bien supportés, mais donnant souvent lieu à des troubles hépato-digestifs chez des sujets prédisposés.

Dix observations typiques, recueillies au cours de ces deux dernières années, montrent les réactions pathologiques hépatiques, gastriques et intestinales qui suivent les expositions trop soudaines et trop brutales à la lumière solaire, sur un organisme non préparé. Ces observations comprennent :

- deux ictères,
- trois typhlo-cholécystites,
- deux urticaires avec œdème de Quincke, dont l'un avec algies articulaires,
- deux reprises de cholécystite chez les lithiasiques biliaires anciens,
- une colite.

Mais il est certain que si l'on observait soigneusement des sujets atteints d'insuffisance hépatique, parfois déjà âgés, qui, sans conseils, suivent des cures solaires excessives et mal réglées, on trouverait quantité d'amaigris, d'asthéniques, d'anorexiques, de constipés, de céphalées a type migraineux, etc...

L'apparition des troubles hépato-digestifs peut être, soit immédiate, dans les premiers jours de la cure solaire lors de la phase congestive initiale — soit tardive, comme on l'observe fréquemment dans les déficiences du foie, où la réaction toxique n'est pas immédiate.

(A. Mathieu de Fossey. Troubles hépato-digestifs consécutifs aux bains de soleil excessifs et mal dirigés. *Journal de Médecine de Paris*, 19 janvier 1933.)

Quelques phrases toutes faites :

« *Il a saigné, c'est un ulcéreux* ».

Sur 100 hémorragies digestives, il n'y en a pas plus d'un quart dû à un ulcère ; quelques-unes sont cancéreuses. Le reste pose des problèmes difficiles d'ordres divers, digestifs (appendicite chronique, cholécystite, periviscérite, etc.), ou généraux (maladie du sang, dyscrasie d'origine hépatique ou splénique, chocs anaphylactiques, etc.). Si nous faisons une gastro entérostomie à un cirrhotique au début, nous serons bien ennuyés quand l'ascite surviendra.

« *Ce n'est pas un ulcéreux, il n'a pas saigné* ».

L'hémorragie n'est pas un *signe* des ulcères, dont les 2/3 ne saignent jamais. Le diagnostic de l'ulcus repose sur les caractères de la douleur (horaire, évolution périodique) et sur la radiologie ; il ne doit pas attendre la survenue d'une *complication*, et relativement rare.

« *C'est un cancéreux, il est achlorhydrique* ».

L'achlorhydrie est un état assez fréquent ; il en existe des cas familiaux ; un certain nombre de maladies qui simulent de très près le cancer gastrique (la néphrite chronique, les vieilles cholécystites, l'anémie pernicieuse, etc.), s'accompagnent précisément d'achlorhydrie.

« *C'est un hyperchlorhydrique* ».

Cela ne veut absolument rien dire. Avec les signes « d'hyperchlorhydrie », le suc gastrique peut être normal ou même d'acidité diminuée. Ce n'est pas l'acidité qui crée ce symptôme, c'est la sensibilité de la muqueuse et la réflectivité du muscle.

Et d'ailleurs l'hypersécrétion acide constatée, est-ce un diagnostic ? C'est comme si l'on disait : « Ses yeux pleurent ». Mais pourquoi ? A-t-il une conjonctivite ? du sable sous les paupières ? ou simplement est il triste ? — Et de même pour l'estomac : lésion inflammatoire ? erreurs de régimes ? réactions nerveuses ?

« *Il ne s'agit pas d'amibiase, le malade n'a jamais eu la dysenterie* ».

Le plus grand nombre des amibiens n'a jamais présenté le syndrome dysentérique.

« *Il ne s'agit pas d'amibiase, l'examen des selles est négatif* ».

L'examen des selles peut être négatif pendant de très longues périodes ches des amibiens, qui continuent cependant à avoir des troubles. En cas de doute, on doit instituer un traitement d'épreuve, même si l'examen des selles ne montre ni courbes ni kystes.

« *C'est une dysenterie et pourtant le traitement de l'amibiase n'agit pas* ».

Avez-vous fait un toucher, une rectoscopie ? Etes vous sûr qu'il n'y a pas un cancer au rectum ? Avez-vous fait faire un examen radiologique ? Avez-vous vérifié qu il n'y pas une diverticulite de l'anse sigmoïde ?

« *On ne sait pas trop d'où viennent ses troubles digestifs. Rien à l'estomac, rien au foie, rien à l'intestin* ».

Et ce grand méconnu de la pathologie digestive, le pancréas ?

« *Je ne sais pas trop ce qu'il y a ; je vais l'envoyer au radiologiste pour un examen du tube digestif* ».

Vous demandez au radiologiste une besogne impossible ; il ne pourra faire un examen sérieux que si vous lui donnez un diagnostic à vérifier, des points spéciaux à étudier.

Aussi gênants pour le radiologiste que l'absence de renseignements sont les renseignements faux ; j'ai entendu parler de quelqu'un qui, depuis des années, envoie uniformément tous ses malades au radiologiste avec le même libellé : « Histoire d'ulcère, vérifier le diagnostic ».

Les renseignements que fournira le radiologiste vous seront d'autant plus utiles que ceux que vous lui avez fournis vous-même auront été plus précis et plus exacts. Clinique et radiologie sont les deux jambes du diagnostic ; vous n'irez pas loin si vous essayez de sauter à cloche-pied.

(René-A. Gutmann. De quelques phrases toutes faites. *Journal de Médecine de Paris*, 19 janvier 1932.)

Voies urinaires

La question du traitement des tumeurs de la vessie était à l'ordre du jour du dernier Congrès d'urologie. Si le cancer, en général, est l'opprobre de la chirurgie, dit M. Cathelin, revenant sur cette question le cancer de la vessie en particulier reste bien le calvaire de l'urologiste. « Comme j'ai contume de le dire, les cancers infiltrés de la vessie, ce sont des *icebergs*. La partie qu'on voit à la cystoscopie, celle qui est au-dessus de l'eau n'est rien par rapport à celle qui est au dessous, la plongeante, qui irradie de la muqueuse à la musculeuse et à la sous-séreuse et au péritoine et même à l'intestin. Voila donc le grand danger qui fait qu'en réalité, on ne peut jamais être complet et qu'on ne peut se permettre vraiment des fantaisies opératoires choquantes chez des malades déjà anémiés et épuisés. Voyez donc par comparaison ce qui se passe dans le cancer du sein. Facile celui-là, à fleur de peau, on peut enlever tout ce qu'on veut et facilement, y compris l'évidement de l'aisselle, l'ablation des pectoraux et le curettage même des vaisseaux et du gril costal. Qu'en a-t-on obtenu ? Peu de chose, puisque dans un travail récent dont j'ai oublié l'indication bibliographique, je lisais que, somme toute *trois années* constituaient, sauf exception bien entendu — j'en ai personnellement de dix ans, — la limite de vie. Comment donc voudriez-vous alors obtenir de meilleurs résultats avec le si grave cancer si profond de la vessie ? »

Dans le traitement des cancers de la vessie, il faut être très éclectique. Comme ligne de conduite, l'auteur donne le schéma suivant :

1° *Cystectomie totale* avec implantation double des uretères à la peau iliaque ou dans l'anse sigmoïde à l'usage des chirurgiens jeunes qui veulent faire des expériences « pour voir », comme disait Claude Bernard, mais il s'agissait chez lui de chien.

2° *Cystectomie partielle* avec résection de la muqueuse dans les petits cancers bien circonscrits ;

3° *Transfixion éloignée du pédicule* dans les formes d'épithéliomas papillaires et frangés. (Une exception est faite pour ce que j'ai appelé le *polype géant* de la vessie ou *maladie polypeuse*.)

4° *Thermo-cautérisation profonde et prolongée* a vessie ouverte dans tous les cas de cancers cavitaires ou infiltrés, quelle qu'en soit l'étendue ou le volume, la partie exubérante étant enlevée aux doigts et à la compresse.

5° *Radiumthérapie et rœntgenthérapie* à vessie ouverte pour ceux qui cherchent encore leur voie.

(F. Cathelin. Comment il faut comprendre le traitement des cancers de la vessie. D'après les enseignements du récent Congrès d'urologie. *Le Concours Médical*, 5 février 1933.)

Oto-rhino-laryngologie

Un calcul de l'amygdale, relativement volumineux, a été rencontré, par les auteurs, chez une femme de 60 ans qui venait consulter pour des troubles pharyngés. Depuis plusieurs mois, la malade se plaignait d'une sensation permanente de gêne dans la région amygdalienne droite et de douleurs à la déglutition. A l'examen, les deux amygdales apparaissaient de grosseur à peu près égale et présentaient toutes deux des cryptes avec dépôt pultacé. Une exploration au stylet révéla la présence d'un corps dur, à consistance crétacée, douloureux à la pression.

Extraction sans difficultés à l'aide d'une pince à griffes, après anesthésie au liquide de Bonain et ouverture au galvano-cautère du parenchyme amygdalien. Badigeonnage au chlorure de zinc de la cavité. Arrêt rapide d une légère hémorragie.

Malade complètement guérie au bout de six jours.

Quant au calcul, il était ovoïde, de teinte grisâtre, malodorant au moment de l'extraction et mesurait environ 8 mm. de long sur 6 mm. de large. Debarrassé des matières organiques qui le couvraient il apparaissait mamelonné, d'un blanc terreux, sensiblement dépourvu d'odeur. Poids : 0 gr. 585. L'analyse chimique montra qu'il s'agissait d'un calcul de phosphate de chaux contenant des traces de carbonate et de matières organiques.

Les calculs amygdaliens sont rares. Toutefois il est bon d'être prévenu de la possibilité de leur présence, et de savoir que leur forme est parfois assez volumineuse pour entraîner une dysphagie pénible. Dans les cas de gêne de la déglutition on ne négligera donc pas l'exploration des cryptes (et même sondage de l'amygdale avec une fine aiguille.)

(J. Chabaud et R. Lecoq. A propos d'un cas de calcul de l'amygdale relativement volumineux. *La Clinique*, février 1933. A).

Thérapeutique

La réaction qui s'est produite contre les abus du régime lacté, il y a une trentaine d'années, a dépassé son but. Il paraît nécessaire aujourd'hui de montrer que l'emploi du lait — s'il est judicieusement prescrit et bien surveillé par le médecin — est susceptible de rendre des services aux malades. M. Castaigne, étudiant la thérapeutique par le lait et ses dérivés au cours des néphrites, arrive aux conclusions suivantes :

1° Le lait en nature, les laits modifiés et le petit lait, constituent dans le traitement des néphrites un élément thérapeutique d'une très grande utilité.

2° Au cours de toutes les formes aiguës de néphrites, quel qu'en soit le type morbide, le régime lacté, complet ou allégé, est la base même du traitement : pour le malade au repos, c'est à la fois un aliment utile, en même temps qu'une médication de diurèse et de désintoxication. Sans doute, dans la néphrite aiguë urémigène, doit-on commencer par le petit-lait, ou même par l'eau en quantité modérée, mais dès que la diurèse urique commencera à se produire, on devra adjoindre du petit-lait, du lait en nature ou même du lait concentré sucré, afin que les malades, aient, en même temps, une thérapeutique efficace de leurs accidents et une nourriture nécessaire pour leurs tissus.

3° Contre les poussées aiguës ou subaiguës survenant au cours des néphrites chroniques et s'accompagnant d'oligurie, le régime lacté s'impose, le plus souvent de la même manière et avec la même posologie que dans les néphrites aiguës.

4° Au cours de la phase chronique stabilisée de toutes les néphrites, le régime lacté exclusif s'il est prolongé est inutile, parce qu'il ne répond plus à aucune indication, insuffisant parce qu'il ne correspond pas à l'alimentation nécessaire pour un adulte qui n'est pas au repos absolu, dangereux même parfois en raison de l'excès de protides qu'il contient. De plus chez de tels malades, le lait pris au repas, sous forme de boisson, est toujours contre-indiqué et bien souvent nocif.

Il devient un véritable poison de l'organisme tout entier, lors qu'il est donné à des malades incapables de le digérer et de l'assimiler : naguère lorsqu'il était administré, d'une façon systématique, à tous les sujets atteints d'albuminurie, nous l'avons vu, bien souvent, augmenter ou même créer, à lui tout seul, les symptômes de l'urémie digestive et accélérer la marche fatale des urémies lentes.

En revanche, pris en dehors des repas sous forme de petit-lait, il est susceptible de favoriser l'élimination rénale et hépatique des substances toxiques et d'améliorer l'ensemble des symptômes de l'urémie lente.

(J. Castaigne. La thérapeutique par le lait et ses dérivés au cours des néphrites. *Le Journal Médical Français* janvier 1933.)

Lithiase biliaire et régime lacté. « Il est absurde de parler du régime lacté dans la lithiase biliaire. Il n'existe pas plus de régime dans la lithiase biliaire que dans les cirrhoses. Le régime doit s'adopter aux circonstances. Il est rarement indiqué de prescrire un régime aussi sévère que le régime lacté.

Celui-ci doit être limité aux circonstances suivantes :

Coliques hépatiques subintrantes même sans fièvre, ni ictère,
les poussées d'ictères fébriles des calculs du cystique,
la cholécystite aiguë fébrile,
le calcul du cholédoque,
l'angiocholite et les suppurations hépatiques consécutives.

Le régime lacté doit donc être réservé à des lithiases graves en pleine activité, il a en quelque sorte les mêmes indications que le repos absolu au lit, les applications chaudes ou la vessie de glace. Dès la cessation des accidents, le régime lacté doit être remplacé par la régime lacto végétarien et plus tard par un régime moins sévère. Dans la lithiase plus que dans toute autre affection, le régime lacté est le régime de repos, encore faut-il qu'il soit administré par prises espacées et par petites quantités à la fois. »

(Professeur Noël Fiessinger. Les indications et les contre-indications du lait et de ses dérivés au cours des maladies du foie et des voies biliaires. *Le Journal Médical Français*, janvier 1933.)

Varia

Un fait nous semble bien établi, c'est que l'injection de *méthyl-acétylcholine* détermine chez l'homme normal, une hypotension en général très nette à des doses infiniment moindres que celles employées couramment avec l'acetylcholine.

(M. Villaret, L. Justin-Besançon, R. Cachera et Saïd. Recherches préliminaires concernant l'action de la méthylacétylcholine chez les sujets normaux. *Annales de médecine*, décembre 1932.)

***

La statistique allemande qui estime à vingt pour cent le nombre des cas où l'ictère fait défaut dans l'obstruction du cholédoque est certainement près de la vérité, si du moins on fait rentrer dans ces cas les ictères fugaces sans aucun rapport avec l'ictère chronique classique.... Contentons nous en cliniciens de constater la fréquence de ces obstructions anictériques pour ne pas être surpris au chevet du malade.

(J. Girard, d'Amiens. L'obstruction cholédocienne sans ictère. *La Clinique*, février 1933. A.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 mars 1933

L'influence favorable du vin dans le traitement des colibacilloses urinaires. — ***MM. Gaehlinger*** et ***Bécart*** insistent sur l'intérêt de l'acidification urinaire systématique dans le traitement de certaines colibacilloses urinaires. Pour obtenir le plus rapidement possible cette modification du pH urinaire, il est nécessaire que l'alimentation, les médications et la boisson concourent au même but. Le vin est un des éléments importants de cette acidification et cette constatation explique que la collibacillose urinaire, rare dans les milieux ouvriers, est surtout fréquente dans les classes aisées et particulièrement chez les femmes qui suivent des régimes végétariens déviés, et évitent le vin.

La colibacillose, facteur d'hypercholestérolémie. — ***M. Desgeorges*** montre que la colibacillose est génératrice d'hypercholestérolémie. Sur 115 colibacillaires étudiés par l'auteur, et choisis parmi ceux exempts de toute affection considérée comme hypercholestérinisante, quatorze seulement avaient un taux de cholestérinémie inférieur à 1.70. Tous les autres avaient un chiffre nettement supérieur à la normale. Pour l'ensemble des malades, le taux moyen était de 2,21. C'est là une notion fort intéressante et susceptible de jeter un jour nouveau sur le chapitre si discuté de la pathogénie de la lithiase biliaire. Elle apporte l'explication de toute une série de faits demeurés obscurs à la seule lumière des données classiques.

A propos de la prostatectomie endovésicale et de l'opération de Steinach n° 2. — ***M. J.-E. Marcel*** proteste contre le discrédit, à son avis, immérité et dangereux, jeté sur la prostatectomie endovésicale. Les dangers qu'on lui attribue étant dûs plutôt à la fragilité du malade qui attend d'être infecté et intoxiqué avant de se confier au spécialiste : L'opération de Steinach n° 2 semble à l'auteur procurer dans bien des cas une sédation des signes fonctionnels et une amélioration de l'état général, mais il n'a pu trouver aucune observation, vraiment scientifique qui prouve la diminution de l'adénome prostatique.

A propos des vertèbres plates. — ***M. Marcel Galland*** (de Berck Plage) donne une description de la maladie vertébrale de Calvé. Celle-ci évolue chez le jeune enfant, simule le mal de Pott. Il s'agit radiographiquement d'une vertèbre plate et plane, souvent condensée, se reconstituant progressivement, tout en restant cependant de moindre hauteur que les vertèbres saines. Les disques sus et sous-jacents sont augmentés de hauteur. Il est facile de distinguer cette affection évolutive de l'enfance, des microspondylies (vertèbra plata congenita simplex) des platy spondylies également congénitales (vertebra plate et lata) des troubles de développement vertébraux (vertebra plata chondrodystrophica) des ostéoporoses malaciques, pagétiques, syphilitiques, cancéreuses, etc. (vertebra plata osteoporotica.)

Cancer de la langue et de l'amygdale, avec présentation de malades. — ***M. Renaux*** présente treize et dix-huit mois après curithérapie, deux malades atteints de cancer, l'un de l'amygdale droite, l'autre de la langue, traités à une date d'évolution différente. Le cancer de la langue semble cliniquement guéri, celui de l'amygdale a ses ganglions « bloqués ».

Sans préjuger des possibilités d'évolution ultérieure de ces cancers cliniquement « bloqués », l'auteur rappelle qu'il a traité antérieurement deux autres malades atteintes de néoamygdalien avec d'aussi fortes masses ganglionnaires qui se sont maintenues bloquées pendant sept et quatre ans après curithérapie et auraient duré plus longtemps, sans décès prématuré par affection aiguë intercurrente.

LUQUET.

Sérum antidiphtérique. — Pour faciliter l'acte thérapeutique par le sérum antidiphtérique, la Société de Médecine de Marseille (16 nov. 1932), a, sur la proposition du Professeur Ch. Mattéi, émis le vœu, que le sérum, même concentré, soit présenté en flacons de 30 c. c.

NOUVELLES

Les Journées médicales de Bruxelles (XIII[e] session) auront lieu du 24 au 28 juin 1933. Elles sont, dès à présent, par la haute valeur de la collaboration scientifique et l'éclat de leurs fêtes et excursion, assurées d'un succès encore inégalé. Le programme sera, en ordre principal, consacré à la syphilis dans ses rapports avec les différentes spécialités médicales et réunit les noms de MM. Gougerot (Paris), Nicolas (Lyon), Truffi (Padoue), Karl Marcus (Stockholm), J. Barge (Leyde), Spillmann (Nancy), Portmann (Bordeaux), Ravaut, Terrien, Couvelaire, Babonneix, Milian, Noël Fiessinger, Levaditi, Marcel Pinard, Lian, Guy Laroche, Ameuille, Louste (Paris), F. Bauer (Davos), Bessemans (Gand), Yernaux (Louvain), Dautrebande (Liége), Lespinne, De Keyser, Van Lint, B. Dujardin, R. Bernard, F. Vanden Branden (Bruxelles), Dumont (Congo).

La séance solennelle, aura lieu le samedi 24 juin. M. Saroléa, professeur à l'Université à Edimbourg, fera la conférence inaugurale.

La cinquième journée sera consacrée à une excursion à Ostende où aura lieu l'inauguration officielle du Palais des Thermes et où une réception fastueuse attend les congressistes.

La cotisation de 100 francs donnera droit, en plus de l'inscription, à l'invitation à toutes les fêtes (à l'exception du banquet, par souscription) et à la journée d'Ostende (train spécial, lunch, excursion en mer , thé, banquet et concert au Kursaal). Renseignements et inscriptions : Docteur Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

VII[e] Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. II[e] Congrès international d'aviation sanitaire. (Madrid-Séville, 29 mai-8 juin.) — Du 29 mai au 4 juin 1933 doivent se tenir simultanément à Madrid deux congrès.

VII[e] Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. — Le premier est le VII[e] Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. Il continue la tradition qui s'est ouverte en 1921 à Bruxelles.

A Madrid, les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Principes généraux devant présider à l'organisation sanitaire d'une nation en cas de guerre et application aux divers échelons des prescriptions de la nouvelle Convention de Genève. (Rapporteurs : Espagne, Suède.)

2° Les vaccinations préventives dans les armées de terre, de mer et de l'air. (Rapporteurs : Espagne, Grande-Bretagne, Japon.)

3° Le traitement des cas chirurgicaux de première urgence à l'avant, en guerre de mouvement. Conception d'une formation spécialisée, son organisation matérielle et son emploi au point de vue tactique. (Rapporteurs : Espagne, Belgique.)

4° Les aliments conservés faisant partie de la ration délivrée soit en temps de paix, soit en campagne. Leurs modes de préparation, leur analyse (Rapporteurs : Espagne, Suisse).

5° Etude comparée de l'organisation dans les différentes armées de terre, de mer et de l'air : *a*) des services dentaires ; *b*) des services administratifs. (Rapporteurs : Espagne, Mexique, Paraguay).

II[e] Congrès international d'aviation sanitaire. — Le II[e] Congrès international de l'aviation sanitaire se tiendra du 1[er] au 4 juin. Son programme détaillé n'est pas encore définitivement arrêté ; il prévoira des séances de travail et des manifestations qui lui seront spéciales mais participera aux réceptions, visites et excursions diverses prévues pour le VII[e] Congrès international de médecines et de pharmacie militaires.

Inscriptions. — Les inscriptions sont reçues dès maintenant au Commissariat général du Congrès ; elles sont valables à la fois pour le Congrès de médecine et de pharmacie militaires et pour le Congrès d'aviation sanitaire, mais il conviendra de préciser au moment de l'inscription les congrès auxquels chaque intéressé entend participer.

Le prix de cotisations est fixé à : 50 pesetas pour les congressistes ; 30 pesetas pour les dames et enfants ; 15 pesetas pour les étudiants.

Le payement des cotisations peut se faire soit directement aux agences officielles des congrès, soit par mandat-poste, mandat international, travellers chèque adressé à la trésorerie des Congrès (Ministère de la Marine à Madrid), soit par versement «au compte courant ouvert au nom de cette trésorerie à la Banco Mercantil é Industrial à Madrid. »

La carte de congressiste sera établie et remise ou adressée à chaque intéressé dès que le montant de sa cotisation sera parvenu à destination.

Par raison d'ordre, les inscriptions devront parvenir à Madrid avant le 15 mai 1933, terme de rigueur.

Participation des officiers du Service de santé de l'active ou de la réserve.

Les officiers de l'active pourront obtenir pour cet objet, dans la mesure où les nécessités du service le permettront, une permission ordinaire, accordée par le général commandant le Corps d'armée à qui elle devra être demandée et qui comptera dans le décompte des permissions auxquelles ces officiers peuvent prétendre dans le cours de l'année.

Les officiers de réserve participeront aux diverses manifestations prévues à titre purement individuel ; il leur appartiendra donc de s'y faire inscrire directement. Ils bénéficieront pour le transport en France soit des avantages accordés par la carte de surclassement s'ils en sont titulaires, soit des réductions consenties aux congressistes et à leur famille.

Etude des langues. — On nous prie d'insérer : La Fédération française d'étudiants et d'étudiantes catholiques a créé à Paris un secrétariat général destiné à faciliter le séjour à l'étranger des étudiants et étudiantes français, le séjour en France des étudiants et étudiantes étrangers et à faire connaître à ceux-ci la vie française sous ses aspects essentiels (sociaux, artistiques, intellectuels, etc).

Aux familles et aux établissements d'enseignement il est signalé que l'association peut procurer *au pair* des professeurs de langues étrangères, munis de titres universitaires.

S'adresser pour les *étudiantes* : 5, rue des Ursulines, Paris (V[e]) ; pour les *étudiants* : 21, rue d'Assas, Paris (VI[e]).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La mort de Louis XIV. — La librairie Fayard va publier dans quelques jours *Le siècle de Louis XV* par Pierre Gaxotte, volume impatiemment attendu. En voici les premières pages, où M. Gaxotte raconte la mort de Louis XIV.

Le Roi était toujours admirable d'application, de sagesse, de dignité et de grandeur, mais depuis un an sa santé s'altérait. En apparence, rien n'était changé à la mécanique de sa vie. Il embellissait ses jardins et partageait son temps entre les conseils, le travail, la dévotion, la chasse et les concerts. Toutefois, au printemps, son affaiblissement devint manifeste. Il se plaignait de fatigues, de nausées, de maux de tête. Le chirurgien Maréchal avertit Mme de Maintenon, mais elle ne jurait que par Fagon, et Fagon, usé, ne voyait rien.

Le 9 août, le Roi eut une indisposition. Le 11, se sentant mieux, il alla se promener à Trianon, mais le lendemain, il fut attaqué d'une si vive douleur à la jambe qu'il eut grand'peine à marcher. Les jours suivants, le mal ne fit qu'augmenter. Le Roi perdit à la fois le mouvement, l'appétit et le sommeil. Il fallut se rendre à l'évidence et appeler les médecins en consultation. Ils examinèrent la jambe malade et y reconnurent des rougeurs suspectes, mais incapables de se mettre d'accord, ils se contentèrent d'ordonner du lait d'ânesse et des frictions. Ne dormant plus, dévoré de fatigue, de soif et de fièvre, ne trouvant aucune position commode, transpirant sans arrêt, se faisant lever et recoucher plusieurs fois par heure, le Roi surmontait ses souffrances pour s'occuper des affaires de l'Etat, tenir son conseil et conférer avec ses ministres. Il se fit aussi porter plusieurs fois à la chapelle et à la musique. Le 19, la jambe atteinte commença à enfler et à noircir. Le Roi parla lui-même d'amputation. On se contenta d'un bain d'herbes aromatiques dans du vin. Il y avait cette fois dix médecins à Versailles. Ils délibérèrent longuement approuvèrent le bain d'herbes et revinrent au lait d'ânesse. Le 24, le bruit de la gangrène se répandit. Mme de Maintenon vint s'établir au chevet du Roi, l'avertit du danger et lui proposa de recevoir les sacrements.

— C'est de bonne heure, dit-il, car je me sens bien. Mais c'est toujours bien fait de se prémunir de ce secours.

Dès ce moment, il s'y prépara. Elle l'aida elle-même à s'examiner, en le faisant ressouvenir de plusieurs fautes qu'elle lui avait vu faire, afin qu'il s'en humiliât et demandât pardon à Dieu. A quatre heures, il manda le Père Le Tellier et se confessa. Quand il eut terminé, il fit s'approcher Mme de Maintenon et lui dit :

— Madame, je suis un peu plus en paix. Je me suis confessé de mon mieux. Mon confesseur m'a dit qu'il faut que j'aie une grande confiance dans la miséricorde de Dieu ; vous me le dites aussi, mais je ne me consolerai jamais de l'avoir offensé.

Le 25 était la fête de Saint Louis. Le Roi ordonna que rien ne fût changé au programme ordinaire. Il entendit la messe, écouta de son lit l'aubade des violons et des fifres, dîna en public et causa un quart d'heure avec tout le monde.

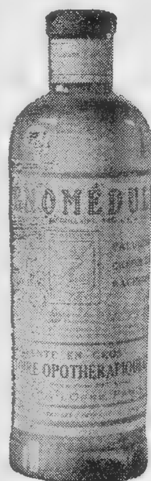
N'avait-il pas déclaré à ceux qui lui représentaient son état :

— J'ai vécu parmi les gens de ma cour, je veux mourir parmi eux. Ils ont suivi tout le cours de ma vie ; il est juste qu'ils me voient finir.

Mais sur le soir, il se trouva plus faible et délira. Dès qu'il eut repris ses esprits, il demanda à recevoir le viatique que le cardinal de Rohan alla chercher à la chapelle, tandis que le curé de Versailles apportait les saintes huiles. La cérémonie de l'extrême-onction eut lieu en public. Peu après, il s'assoupit, mais ce repos fut de courte durée, et, à onze heures, il se réveillait. Auprès de lui, Mme de Maintenon pleurait :

— Quoi, Madame ! Vous vous affligez de me voir en état de bientôt mourir ? N'ai-je pas assez vécu ? M'avez-vous cru immortel ? Non, non, je sais très bien qu'il faut tout quitter. Il y a longtemps que j'y ai pensé et que je m'y suis préparé, étant bien persuadé qu'il y a un souverain infiniment élevé au-dessus des rois de la terre et que c'est à nous de nous soumettre à ses ordres suprêmes.

Le lendemain, il commença à ouvrir ses cassettes et à brûler



les papiers qu'elles contenaient. Il retira de ses poches quelques notes et les brûla aussi. Il ajouta un codicille à son testament et ayant ordonné qu'aussitôt après sa mort le nouveau fût conduit à Vincennes pour y demeurer jusqu'à la fin des cérémonies, il régla les détails de l'escorte, du voyage et du logement. Jamais il ne fut plus roi qu'en ces derniers jours. Pas un regret. Pas une minute de trouble. Pas une de ces paroles où se trahit la faiblesse du mourant qui se cramponne à l'existence prête à lui échapper, pas une de ces phrases non plus où l'on sent l'orgueil humain qui se raidit et veut en imposer encore à cette humanité qu'il va quitter. La plus noble, la plus sereine, la plus royale majesté.

Une douzaine de relations nous ont conservé les dernières paroles du Roi. Le 26 août, on lui amena le Dauphin. Mme de Ventadour l'installa dans un fauteuil auprès du lit. Le vieillard considéra quelques instants son frêle successeur puis, les larmes aux yeux, il lui dit : « Mon cher enfant, vous allez être le plus grand roi du monde, n'oubliez jamais les obligations que vous avez à Dieu. Ne m'imitez pas dans les guerres ; tâchez de toujours maintenir la paix avec vos voisins, de soulager votre peuple autant que vous le pourrez, ce que j'ai eu le malheur de ne pouvoir faire par les nécessités de l'État. Suivez toujours les bons conseils et songez bien que c'est à Dieu à qui vous devez ce que vous êtes. Je vous donne le Père Le Tellier pour confesseur ; suivez ses avis et ressouvenez-vous toujours des obligations que vous avez à Mme de Ventadour. » Puis, se tournant vers la gouvernante : « Pour vous, Madame, j'ai bien des remerciements à vous faire du soin avec lequel vous élevez cet enfant et de la tendre amitié que vous avez pour lui ; je vous prie de la lui continuer et je l'exhorte à vous donner toutes les marques possibles de sa reconnaissance... Madame, approchez-moi ce cher enfant, que je l'embrasse pour la dernière fois, puisqu'il plaît à Dieu de me priver de la consolation de l'élever jusqu'à un âge plus avancé. » Alors, élevant les yeux au ciel et joignant les mains : « Seigneur, je vous l'offre, cet enfant. Faites-lui la grâce qu'il vous serve et honore en roi très chrétien, et vous fasse adorer et respecter par tous les peuples de son royaume. » Le Dauphin sanglotait. On dut l'emporter.

Au duc du Maine et au comte de Toulouse, le Roi parla longuement. Il s'entretint aussi à voix très basse ou portes closes avec le duc d'Orléans, mais au moment de le laisser partir, il lui dit très haut et en public : « Mon neveu, je vous fais régent du royaume. Vous allez voir un roi dans le tombeau et un autre dans le berceau. Souvenez-vous toujours de la mémoire de l'un et des intérêts de l'autre. » Il protesta que, dans les récentes affaires religieuses, il n'avait fait que suivre l'avis des cardinaux de Rohan et de Bissy et que, s'il s'était trompé, c'était à eux d'en répondre pour lui. Il dit adieu affectueusement aux compagnons de sa jeunesse, à ses courtisans, à ses serviteurs et à ses officiers.

— Messieurs, je suis content de vos services ; vous m'avez fidèlement servi et avec envie de me plaire. Je suis fâché de ne vous avoir pas mieux récompensés que j'ai fait ; les derniers temps ne l'ont pas permis. Je vous quitte avec regret. Servez le Dauphin avec la même affection que vous m'avez servi : c'est un enfant de cinq ans qui peut essuyer bien des traverses, car je me souviens d'en avoir beaucoup essuyé pendant mon jeune âge. Je m'en vais, mais l'État demeurera toujours, soyez-y fidèlement attachés et que votre exemple en soit un pour tous mes autres sujets. Soyez tous unis et d'accord, c'est l'union et la force d'un État, et suivez les ordres que mon neveu vous donnera. Il va gouverner le royaume. J'espère qu'il le fera bien. J'espère aussi que vous ferez votre devoir et que vous vous souviendrez quelquefois de moi. »

Enfin, au moment où il se sentit près de la fin, il pria Mme de Maintenon de se retirer : « Ne vous tenez plus là, Madame, c'est un spectacle trop triste, mais j'espère qu'il finira bientôt. » Peu après, il perdit à nouveau connaissance. Sa jambe était pourrie comme celle d'un cadavre et ses lèvres étaient si desséchées qu'on devait les humecter avec de l'eau. Dans la nuit, comme le clergé commençait à réciter les prières des agonisants, la voix des aumôniers le rappela à lui-même. Il récita l'*Ave Maria* et le *Credo*. A plusieurs reprises on l'entendit qui murmurait : « O mon Dieu, venez à mon aide, hâtez-vous de me secourir. » A cinq heures du matin, il se mit à râler doucement. Il mourut à huit heures et quart.

Les chirurgiens se hâtèrent de faire la toilette funèbre et les valets disposèrent la chambre mortuaire. Quant tout fut prêt, le duc de Bouillon, grand chambellan, s'avança sur le balcon qui domine la cour de marbre et il cria :

— Le roi Louis XIV est mort !

Puis, un instant après :

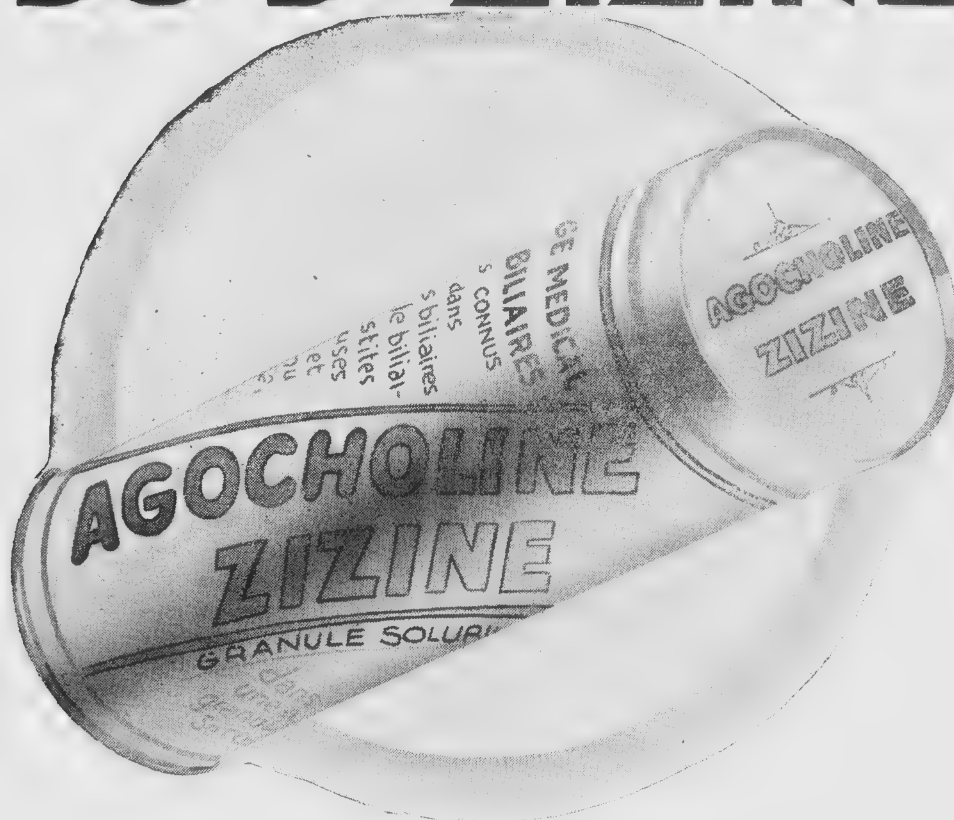
— Vive le roi Louis XV !

C'était le 1er septembre 1715.

Erratum : L'auteur de l'article sur *Proudhon et ses médecins*, signalé dans le précédent numéro est le Docteur Marcel Duvernoy et non le Docteur Marcel Proudhon.

« « ... Non, nous ne considérons pas les chefs de service comme des « étoiles filantes » car nous les trouvons toujours à leur poste, soignant eux-mêmes les malades avec le dévouement et avec la science que vous savez. (*Applaudissements.*) » (M. Louis Duval-Arnould. Chambre des députés. *J O.* S. du 17 févr. 1933).

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

HÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

FONDÉ EN 1873. — N° 13 LE NUMÉRO : 50 Centimes 1er AVRIL 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de :

Médecins : MM. les Docteurs Abrami, Weill-Hallé, Dufour, Aubertin. Mathieu-Pierre Weill, Janet, Célice.

Chirurgiens : MM. les Docteurs Gosset, Legueu, Gernez. Lardennois, Bergeret, Gatellier.

Accoucheur : M. Levant.

Ophtalmologiste : M. Hartmann.

Composition écrite. — *Anatomie.* — Séance du 22 mars. — Question donnée : « Anatomie des artères thyroïdiennes ».

Questions restées dans l'urne : « Anatomie du nerf facial depuis les origines apparentes jusqu'au trou stylo-mastoïdien. — Anatomie des nerfs récurrents (sans la physiologie). — Anatomie du nerf sciatique poplité externe avec sa physiologie. — Anatomie de l'artère hépatique, y compris ses terminaisons. — Artère carotide primitive gauche. — Anatomie des artères rénales, y compris leurs terminaisons. — Anatomie macroscopique et physiologie des capsules surrénales. — Configuration extérieure et rapports de la glande sous-maxillaire, avec la physiologie et sans l'histologie ».

Pathologie médicale. — Séance du 23 mars. — Question donnée « Signes et diagnostic des hémorragies méningées diffuses non traumatiques chez l'adulte ».

Société française d'histoire de la médecine. — La Réunion mensuelle de la Société aura lieu le samedi 1er avril 1933, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des Professeurs).

ORDRE DU JOUR : Candidatures. — Communications : M. le Docteur A. FINOT : Les derniers vestiges du cimetière de Clamart ; M. le Docteur A. SOUQUES : De l'origine diphtérique des paralysies attribuées par les auteurs hippocratiques au déplacement des vertèbres cervicales ; M. FOSSEYEUX : Caractère et limites de la Renaissance médicale au XVIe siècle.

Service de Santé. — PROMOTIONS TRIMESTRIELLES. — *Au grade de médecin colonel.* — Les médecins lieutenants-colonels : Paloque, du ministère des Pensions ; Policard, de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Cristau, détaché au ministère de la Guerre.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Brizon, de l'Ecole polytechnique ; Lombardy, du ministère de la Guerre ; Saulnier, de l'Ecole de Service de santé militaire ; Ségui, du centre de réforme de Montpellier ; Dumoulin, des troupes de Tunisie.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Pinard, du 71e d'inf. ;Marchand, du 103e d'art. lourde ; Franchi, du centre de réforme de Bastia ; Chaton, du 19e C. A. ; Lerouge, du ministère de la Guerre ; Bugeau, de l'hôpital militaire Michel-Lévy, à Marseille ; Poirier, des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne ; Pierron, du 19e C. A. ; Castex, du 14e d'inf.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Savy, de l'Ecole d'aviation d'Istres ; Goudal, du 41e d'inf. ; Sakon, des troupes du Maroc ; Roure, du 25e d'art. ; Conte, du 1er chasseurs à cheval ; Moulinié, du 7e chasseurs à cheval ; Carolus, du 22e tirailleurs algériens ; Pécastaing, du 21e tirailleurs algériens ; Camboulives, du 40e d'art. ; Klipffel, du 159e d'inf. ; Chambon, du 154e d'art. ; Leroy, du 8e chasseurs ; Bodet, affecté à la 4e comp. régionale du train.

Deuxième Congrès de la Société française de gynécologie (3, 4 et 5 juin 1933. Luxeuil-les-Bains, Haute-Saône). — Samedi 3 juin : A 9 heures. 1) Ouverture du Congrès, par le Professeur Keiffer (de Bruxelles), président d'honneur ; 2) Discours du Professeur Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy ; 3) Discours du Docteur L. M. Pierra (de Luxeuil), président du Congrès ; 4) Discussion des rapports sur l'*Innervation pelvienne chez la femme.* Rapporteurs : MM. F. et G. Jayle (Paris), Professeur Keiffer (Bruxelles) ; 5) Communications relatives à cette question. — A 11 h. 30. Visite de l'Etablissement thermal et de l'Exposition de produits pharmaceutiques et d'appareils médico-chirurgicaux. — A 14 heures. 1) Discussion des rapports sur l'*Etude clinique et sémiologique de la douleur en gynécologie.* Rapporteurs : MM. Professeur A. Binet (Nancy), E. Douay et X. Colanéri (Paris), Professeur Laffont (Alger) ; 2) Communications relatives à cette question. — A 21 heures. Soirée artistique au Casino, offerte par la Station.

Dimanche 4 juin : A 9 heures. 1) Discussion des rapports sur le *Traitement de la douleur en gynécologie.* Rapporteurs : MM. L. M. Pierra (Luxeuil), Professeur A. Zimmern, A. Pecker et L. Netter (Paris), Professeur G. Cotte (Lyon) ; 2) Communications relatives à cette question. — A 12 heures. Banquet au Grand Hôtel Métropole, offert par la Station. — A 17 heures. Réception des congressistes et de leurs familles, par Mme L. M. Pierra et le président du Congrès. — A 21 heures. Bal, au Casino.

Lundi 5 juin : A 9 heures. Assemblée générale de la Société française de gynécologie : 1. Adoption du procès-verbal ; 2. Allocution du président ; 3. Rapport moral par le secrétaire général ; 4. Rapport financier par le trésorier ; 5. Cotisation ; 6. Election du président d'honneur et du président du Congrès de 1934 ; 7. Vote des questions à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1934. — A 10 heures. Suite des communications relatives aux *Traitements de la douleur en gynécologie.* (Eventuellement, au cas où l'ordre du jour ne serait pas épuisé, une dernière séance pourrait avoir lieu à 14 heures).

Discussion des rapports, dix minutes pour chaque orateur. Communications, dix minutes. Discussion des communications, cinq minutes pour chaque orateur.

Les communications devront êtres remises, au cours même des séances, au secrétaire général. Elles seront dactylographiées

---

et accompagnées d'un résumé pour la presse. Tout travail qui a été imprimé ou présenté à une société savante, ne peut être lu devant le Congrès (Extrait du règlement intérieur).

Membres du Congrès. — Peuvent être membres du Congrès tous les membres de la Société française de gynécologie, ainsi que les invités officiels de celle-ci.

Transport des congressistes. — Les grands réseaux de Chemins de fer français accorderont aux congressistes, ainsi qu'à leurs femmes et filles non mariées les accompagnant, une réduction de 50 % sur le prix du voyage, de leur gare de départ à Luxeuil-les-Bains et retour.

Le Bureau des Voyageurs pratiques « Exprinter », 26, avenue de l'Opéra, Paris (1er), se chargera de faire parvenir les bons de réduction aux congressistes. Prière de lui adresser les demandes avant le 10 mai, dernier délai. Les bons seront valables du 28 mai au 12 juin inclus.

Logement des congressistes. — Les congressistes et leurs familles seront répartis dans les hôtels de la station, par le Bureau du Congrès, MM. les hôteliers leur offriront, à titre gracieux, chambre et petit déjeuner. Le prix des grands repas sera fixé uniformément à 15 francs.

Réceptions pour les dames. — Un programme spécial sera établi, avec séance de cinéma, visite d'un tissage de soieries, visite des monuments historiques, et, en particulier, de la maison du Cardinal de Jouffroy, etc. Ce programme sera remis aux dames à leur arrivée.

Excursions. — Une excursion dans les Vosges sera organisée, à l'issue du Congrès, par les soins de la Fédération thermale et climatique des Vosges. Départ de Luxeuil dans l'après-midi du lundi 5 juin ; visite au Ballon d'Alsace : dîner et coucher à Bussang ; le mardi, départ par la Route des Crêtes ; déjeuner à Gérardmer ; dans l'après-midi, départ pour Contrexéville et Vittel.

L'Agence « Exprinter » organisera un certain nombre d'excursions à prix réduit après le Congrès.

Bureau du Congrès. — Une permanence fonctionnera à l'Etablissement thermal de Luxeuil du vendredi 2 au lundi 5 juin, le matin de 8 h. 30 à midi, et l'après-midi, de 14 à 19 heures. Les congressistes voudront bien s'y rendre dès leur arrivée à Luxeuil : ils y trouveront toutes indications utiles concernant leur logement, ainsi qu'un horaire détaillé et des cartes d'entrée aux différentes manifestations : banquet, soirée artistique, etc.

Les congressistes qui auraient l'intention de venir par la route sont instamment priés de le signaler lors de leur inscription au Congrès.

Pour les inscriptions au Congrès et tous renseignements, on est prié d'écrire à M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès, 6, rue du Conservatoire, Paris-9e.

A la mémoire de Forlanini, inventeur du pneumothorax artificiel. — Aux deux dernières conférences de l'Union internationale contre la tuberculose, tenues à Rome en 1928 et à Oslo en 1930, il a été décidé d'ouvrir une souscription dans tous les pays pour élever un monument à la mémoire de Forlanini.

L'inventeur du pneumothorax artificiel n'a pas seulement doté la thérapeutique de la tuberculose de la première méthode vraiment active et efficace de guérison de cette maladie ; cette découverte a ouvert la voie à tous les procédés de collapsothérapie, grâce auxquels la médecine est aujourd'hui amplement armée pour triompher du mal.

Malades et médecins de France auront à cœur de témoigner leur reconnaissance à cet illustre fils de l'Italie. Par la plus modeste obole comme par une contribution plus élevée, les uns et les autres tiendront à concourir à la souscription, en faveur de laquelle le Comité national de défense contre la tuberculose (66, boulevard Saint-Michel, Paris, 6e) chargé de centraliser la participation française, lance dans un sentiment de solidarité humaine le plus pressant appel.

Nouvelles de Roumanie. — Une nouvelle société savante roumaine vient d'être fondée. C'est la Société roumaine d'hématologie dont le président est M. le Prof. Cantacuzène ; vice-présidents, le Prof. Danielopolu et le Prof. Ionesco-Mihsesti ; secrétaire général le Docteur Pavel ; le trésorier, le Docteur Craciun ; secrétaires de séances, Calalb et Raileanu. Les comptes rendus de ladite société seront insérés dans le *Sang*, à Paris.

***

Vers la fin du mois de mai 1933, aura lieu à Cluj le IIe Congrès national de la tuberculose, sous la présidence du Prof. Hatieganu.

Sont à l'ordre du jour les questions suivantes :

1) Principes d'organisation de l'armement antituberculeux. Rapporteur : Docteur Irimesco. — 2) Les formes de début de la tuberculose pulmonaire et leur diagnostic ; Rapporteur : Docteur Danniello. — 3) L'arthrodèse dans le traitement des coxalgies. Rapporteur : Docteur Professeur Iacobovici.

La date précise et les détails de l'organisation seront annoncées à temps. Les informations sont données par le secrétaire, M. le Docteur Danniello, Clinica Medicala, Cluj, et le Docteur Nasta, à l'Institut de Serurisi vaccinuri, Spl. Independent, ei, 103, Bucarest.

L'Album de l'internat. — Nous sommes heureux de signaler à nos lecteurs la bonne nouvelle qui nous arrive des salles de garde où vient de faire son apparition l'Album de l'internat de 1933.

Lorsque la Compagnie des eaux minérales de Pougues et le Laboratoire des produits « Scientia » eurent, il y a exactement trente ans de cela, la pensée délicate d'offrir un nouveau recueil, la satisfaction fut grande chez les internes des hôpitaux. Et, depuis lors, chaque promotion vit se renouveler une coutume précieuse qui laisse à tous les bénéficiaires un souvenir personnel et durable de cette période si vivante de l'Internat.

Nous avons pu constater au surplus que, si la crise actuelle impose à tous des restrictions plus ou moins sensibles, l'idée

n'est pas venue aux généreux donateurs de réduire pour cela leur effort. Bien au contraire. Il leur a sans doute paru désirable, pour faire mieux encore que par le passé, de se conformer à l'évolution des méthodes artistiques car, au lieu du traditionnel album photographique, ils ont réalisé cette année une œuvre nouvelle, originale et d'un cachet plus personnel où se manifeste pleinement le talent de portraitiste du maître Lucien Jonas.

C'est donc de tout cœur que nous applaudissons à ce geste élégant et nous sommes bien assurés d'être approuvés et suivis en cela par l'unanimité des internes.

XVIIIe Croisière médicale franco-belge. (Norvège, Spitsbergen, Banquise, Islande, Féroé, Orcades). — La XVIIIe croisière médicale franco-belge s'effectuera du 5 au 30 août prochain à bord du paquebot *Foucauld* (15.000 tonnes, 152 mètres) de la Compagnie des Chargeurs réunis, paquebot dont les cabines toutes extérieures (c'est-à-dire donnant toutes, sans exception, sur la mer), les aménagements et les vastes ponts ont fait le type parfait du navire de croisière.

L'itinéraire, qui a été établi par une personnalité dont les expéditions polaires sont universellement connues, personnalité qui d'ailleurs accompagnera les touristes, est un des plus intéressants que l'on puisse établir. Il comporte la visite des principaux fjords de Norvège, trois jours au Spitsbergen, une pointe vers la Banquise, deux jours en Islande, une escale aux Iles Féroé et une escale aux Orcades. Le départ et le retour s'effectueront de et à Dunkerque.

Prix médical, applicable aux docteurs en médecine et à leur famille (ascendants et descendants) :

1re classe : depuis 3.250 francs français par personne ; 2e classe : depuis 1.975 francs français par personne.

Les personnes étrangères au Corps médical sont admises, sur recommandation de leur médecin de famille, à un tarif légèrement supérieur.

Excursions facultatives dans les escales : Prix forfaitaire, 600 francs français.

En raison des conditions particulièrement avantageuses dans lesquelles s'effectuera le voyage, les médecins qui ont l'intention d'y prendre part sont priés de se faire connaître le plus tôt possible. Il sera tenu compte, pour l'attribution des places, de l'ordre d'arrivée des demandes.

Pour tous renseignements et les inscriptions, écrire : Section des Voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

Une brochure détaillée sur le voyage et le plan du paquebot seront envoyés gratuitement à toute personne qui en fera la demande.

Université de Louvain. — M. le Professeur Maldague est nommé professeur de clinique et policlinique médicales, en remplacement du professeur Lemaire, décédé.

M. le Docteur Lambin, chargé de cours, recueille la succession de M. Maldague. Il donnera les leçons de pathologie et de thérapeutique spéciale des maladies internes.

Nécrologie. — Docteur Charles Baudet, ancien député de la première circonscription de Dinan et ancien sénateur des Côtes-du-Nord, décédé à Caulnes, à l'âge de 81 ans. — Docteur Adrien Bœchel, chargé du cours d'urologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, mort victime du devoir professionnel. Né à Strasbourg en 1882, il était le dernier survivant d'une grande lignée de médecins alsaciens. — Docteur Louis Bognaud, de Saint Sornin-Leulac (Haute-Vienne), décédé à l'âge de 81 ans. — Docteur Deluz, d'Alger. — Docteur Gilbert Desbordes, de Draveil (Seine-et-Oise). — Docteur Gauthier, père, de Clairvaux (Jura). — Docteur Ch. P. Jeunhomme, de Fontainebleau. — Docteur Jules Lévy, de Belfort. — Docteur Rafarin, de Montignac (Dordogne). — Médecin général Visbecq, commandeur de la Légion d'honneur décédé à Paris. — Docteur Robert Jardine, accoucheur (Ecosse), décédé à l'âge de 70 ans. — Docteur Marcos Samovici, de Rosario de Santa Fé, président du conseil d'hygiène d'Argentine, décédé à l'âge de 55 ans.

« Dans le Corps médical, le monde de la Faculté et des hôpitaux vit trop à l'écart. C'est une faute que cherchent à réparer en ce moment la bienveillance et la sollicitude de plusieurs professeurs, le doyen Balthazard et le Professeur Marcel Labbé. Le Professeur Carnot et le Docteur Godlewski de leur côté en créant *Les Assises de la Médecine générale*, ont établi la formation de liens solides entre l'expérience des praticiens et celle des maîtres ». (*Souvenirs d'un Médecin. Les confrères.* Journal des Praticiens, 28 janvier 1933.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations critiques sur les rapports proposés entre le poids du cerveau et l'intelligence

Par

L. CORNIL et M. MOSINGER

Professeur Chef de travaux

à la Faculté de médecine de Marseille

Depuis que le cerveau fut, suivant une formule un peu trop analytique, considéré comme l'instrument fondamental du psychisme, se multiplièrent les travaux des biologistes qui, tout naturellement tentèrent de lier le développement intellectuel global à l'importance de la masse cérébrale.

S'efforçant d'établir un rapport entre ces deux termes, les chercheurs devaient tout d'abord orienter leurs travaux vers le poids encéphalique de leurs plus illustres contemporains. Puis ce fut celui des diverses espèces humaines qui devint l'objet d'études systématiques.

Enfin la systématisation pondérale comparative s'avéra dans les différentes espèces animales comme nécessaire pour parachever de telles investigations.

Pourtant, bien loin de conduire à une formule unique et intangible, toutes ces données n'aboutirent guère qu'à des résultats divergents et parfois contradictoires.

Ceux-ci peuvent s'expliquer, en premier lieu, par de simples erreurs méthodologiques dans la détermination, par pesée ou par procédé indirect, du poids encéphalique.

En premier lieu, ne sont pas forcément comparables, les mesures des différents auteurs par ce simple fait qu'ils n'avaient pas reconnu à l'encéphale, des limites identiques.

Tandis que certains lui assignent, comme limite inférieure, le point de décussation des pyramides, limite naturelle de l'encéphale et de la moelle, d'autres arrêtent la section au niveau de l'extrémité postérieure du quatrième ventricule. Lapicque et Anthony dans leur mémoire fondamental tranchent l'axe nerveux, immédiatement au-dessus des points d'émergence de la première paire rachidienne et cette méthode paraît la plus précise puisqu'elle a l'avantage de respecter tous les noyaux d'origine des nerfs craniens. Nous pensons cependant qu'il est nécessaire d'extraire en même temps l'hypophyse pour la peser avec le cerveau.

Autre critique doctrinale non moins importante : on ne saurait négliger ce fait que le poids encéphalique est modifié après séjour dans les différents liquides fixateurs.

C'est ainsi que la perte de poids du cerveau conservé dans l'alcool est différemment appréciée par les auteurs, mais elle serait, d'après Bischoff de 25 % et, selon Keith, elle atteindrait jusqu'à 50 %. Par contre, suivant ce dernier auteur, le cerveau, dans les solutions salines, augmenterait de poids.

C'est dans l'eau formolée salée que la déperdition est la moins importante. F. Coupin l'a trouvée pour les cerveaux de gorilles, de 5,8 à 6,3 % seulement après six mois de séjour.

Parmi les autres critiques qui peuvent être formulées dans l'appréciation du poids encéphalique, nous devons faire remarquer que ce dernier varie avec l'âge des sujets observés. Selon les chiffres établis par Zielen et Boyd, la masse cérébrale augmenterait dans de fortes proportions à partir du sixième mois de la vie intra-utérine (158 gr. 7) jusqu'à l'âge de 7 ans (1.302 grammes). Elle s'accroît ensuite très lentement jusqu'à 20 ans (1.374 grammes) conserve le même poids entre 20 et 60 ans, puis diminue progressivement : elle pèse 1.315 grammes entre 60 et 70 ans, 1.289 entre 70 et 80, 1.284 entre 80 et 90 ans. La diminution serait due surtout à un abaissement de la teneur en eau ainsi que W. Krauss (de New-York) l'a remarquablement démontré dans ses travaux (1929).

Manouvrier a constaté qu'il y avait chez le vieillard, une différence pouvant aller jusqu'à 300 grammes, entre le poids cérébral déterminé par la pesée et celui qu'on obtient par le procédé indirect : la boîte cranienne gardant la même capacité, la diminution du poids ne peut être due qu'à un abaissement de la densité cérébrale qui d'après Ranilewsky est chez l'adulte de 1.041 (chiffre nettement différent de l'indice pondéral moyen (0,87) de Manouvrier) après s'être élevé progressivement jusqu'à l'âge de 20 ans.

En dehors de ces erreurs, que nous disons élémentaires, il en est d'autres dont la correction semble des plus complexes.

Il est bien entendu que l'augmentation du poids cérébral devant être inscrite *a priori* au bénéfice d'un accroissement intellectuel, elle concerne avant tout une augmentation du nombre des neurones.

Or celle-ci est particulièrement difficile à apprécier.

C'est que tout d'abord, l'étude du poids absolu du cerveau ne tient aucun compte de l'importance relative de la substance blanche et de la substance grise, celle-ci ayant, chez l'homme, une densité de 1.038 inférieure à celle de la substance blanche (1.043). Dans certaines espèces animales (dauphin, éléphant) le volume impressionnant de l'encéphale doit être attribué non au facteur intellectuel, mais à l'épaisseur considérable des gaines myéliniques (Legendre).

Comme les neurones sont de dimensions à peu près identiques, dans les différentes espèces, on en pourrait semble-t-il conclure que, de deux animaux de même taille, le plus intelligent sera celui dont le cerveau est le plus lourd contenant le plus grand nombre de neurones et dont la surface est la plus grande.

Or, cette formule trop absolue appelle quelques correctifs, car chez certaines espèces, comme les mammifères aquatiques, les neurones présentent un volume exceptionnel, conditionné semble-t-il par l'adaptation à la vie aquatique.

Dans le même ordre d'idées, la comparaison de volumes cérébraux différents chez des animaux de tailles dissemblables est facilement sujette à l'erreur. Un encéphale plus volumineux comporte des cylindraxes plus longs, c'est-à-dire une augmentation de substance blanche par rapport à la substance grise.

D'autre part, les dimensions de la cellule nerveuse augmentent aussi avec l'allongement des axones : de sorte qu'il est presque impossible de faire la part exacte de chaque facteur de l'augmentation du poids de l'encéphale, chez des animaux de taille non identique. Seules, des études cyto- et myélo-architectoniques étendues peuvent en donner une idée approximative. On ne saurait donc concevoir d'étude du poids cérébral qui ne fût associée à des recherches architecturales poussées. Cependant, si la méconnaissance de cette règle peut conduire à des erreurs grossières dans l'étude comparative des différentes classes, elle est moins grave, évidemment quand on étudie les individus d'une même espèce animale.

L'expérience montre cependant que l'établissement d'une formule algébrique liant le poids du cerveau à l'intelligence, se heurte d'ores et déjà à des difficultés considérables.

Le procédé indirect de détermination du poids encéphalique, suivant lequel le poids du cerveau est égal au volume de la boîte cranienne multiplié par l'indice pondéral moyen de la capacité cranienne de Manouvrier (0,87), ne donne que des résultats approximatifs. Il est cependant utile pour calculer le poids du cerveau correspondant aux crânes préhistoriques. D'autre part, il permet d'évaluer la régression sénile du cerveau en comparant chez le vieillard, le poids encéphalique déterminé par la pesée à celui qu'on obtient par le procédé indirect.

Dès lors une critique plus sévère d'ordre doctrinal s'impose. Elle touche au problème même des localisations cérébrales.

La conception classique considérait le cerveau comme une véritable mosaïque composée, d'une part, de champs anatomo-physiologiques spécialisés, d'autre part, de territoires de

◆◆

valeur associative de plus en plus complexe, et enfin d'un « centre des centres » situé dans le lobe frontal, véritable « centre de l'intelligence ».

Si l'on acceptait cette conception il faudrait donc ne considérer que le développement pondéral de cette zone corticale. Effectivement, la cérébration progressive relevée par V. Economo dans l'étude de la lignée ancestrale de l'homme se traduit surtout par le développement des lobes fronto-pariétaux.

Cependant, l'on ne saurait parler aujourd'hui d'un centre spécifique supérieur de l'intelligence. En effet, les centres associatifs, sensoriels, moteurs et sensoriomoteurs qui doivent être considérés comme des centres intellectuels sont disséminés au niveau du cortex et de façon bien plus diffuse qu'on ne l'avait admis primitivement. L'étude des réflexes conditionnels, celle de la cytoarchitectonique, l'étude du cerveau chez des sujets à talents unilatéraux, enfin certaines recherches anatomo-cliniques ont contribué à mettre ce fait en évidence.

Les mouvements complexes et certains mouvements conjugués, les facultés musicales expressives dépendent de la région frontale agranulaire, les mouvements caractéristiques de l'attention des zones frontales granulaires, dont la lésion se traduit à la fois par des troubles de l'attention, de la mémoire, de l'affectivité, de la volonté. Le vaste territoire du langage s'étend entre les zones motrices et la zone sensorielle auditive et dans un sens plus particulier la partie moyenne de la première temporale gauche, centre de l'amusie, est très développée chez les musiciens doués (Gussmann, Anerbach, Klose et Somogyi). Toutes les zones sensorielles sont entourées de territoires gnostiques et associatifs d'autant plus complexes physiologiquement qu'elles s'éloignent davantage de la zone sensorielle primaire. Les lésions d'une vaste région rétrocentrale se manifestent par des agnosies tactiles, l'astéréognosie, l'apraxie, des troubles de la représentation du mouvement. Celles des formations péricalcarines par la cécité psychique, des troubles de la perception des formes, de l'orientation optique en général, et de la notion de perspective.

Une lésion du lobe pariétal inférieur, situé entre les zones sensorielles tactiles, optiques et auditives, qu'en raison de son importance on a appelé le centre des centres, donne lieu à des déficiences intellectuelles remarquables caractérisées par l'alexie, l'agraphie, l'acalculie, troubles de l'orientation optique par rapport au monde extérieur et à l'organisme lui-même (autotopagnosie de Pick, planotopokinésie de Pierre Marie et Behague), en un mot perte complète des notions de nombre et d'espace.

En résumé, les centres associatifs, intellectuels individualisés au point de vue cytoarchitectonique, absents chez les mammifères inférieurs se glissent entre tous les centres sensoriels et moteurs primaires. Il est donc pratiquement impossible de faire une étude pondérale des zones intellectuelles du cerveau.

Par ailleurs, on est amené de plus en plus, en particulier depuis Jackson, P. Marie, Head et Monakow, à considérer le cerveau comme une unité physiologique, dont chaque territoire est, d'après la conception moderne, une partie anatomo-physiologique. L'entrée en fonction de l'une de ces parties retentit sur la totalité du système nerveux (intégration de Sherrington).

L'une des conceptions les plus séduisantes aussi, est celle de la fonction cérébrale fondamentale de Golsdtein : le trouble essentiel qui se retrouve dans toute lésion corticale consisterait dans la perte ou l'affaiblissement de la faculté de distinguer le caractère primordial d'un phénomène des faits accessoires, de dissocier les figures de premier plan d'une situation, d'avec « l'arrière-fond » indifférent.

Nous n'entrerons pas plus avant dans la discussion de cette conception qui rejoint la philosophie des « formes symboliques » de Cassirer.

Il nous suffit d'avoir montré que dans la question qui nous occupe une étude pondérale du cerveau ne saurait être, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'une étude globale.

D'aucuns ont fait observer qu'il importerait de laisser de côté certaines parties de l'encéphale comme les ganglions de la base, le mésencéphale et le bulbe, pour ne s'occuper que du poids du télencéphale.

Cependant, la part de plus en plus importante attribuée depuis Camus, Lhermitte, Claude, Van Bogaert Haskovec, dans le psychisme aux centres thalamo-sous-thalamiques doit faire reviser cette opinion.

D'autre part, l'augmentation de volume du télencéphale étant régulièrement progressive dans la série phylogénique, tandis que le restant de l'encéphale subit des modifications, moins importantes, l'erreur commise en considérant le poids global, est, de toute façon, plus négligeable que l'on serait tenté de le croire au premier abord (Anthony).

Si l'on tient compte de toutes les remarques que nous venons d'exposer, on voit en fin de compte, abstraction faite de certaines erreurs méthodologiques, que l'étude pondérale de l'encéphale peut parfaitement se justifier et les belles recherches de Lapicque et son école réalisent la plus récente et la plus finement critique des études poursuivies dans ce domaine.

L'idéal serait évidemment d'exprimer par une formule mathématique, la relation du poids du cerveau et du degré intellectuel.

Cependant, la seule étude du poids absolu de l'encéphale n'est pas dénuée d'intérêt.

Les zoologistes ont depuis longtemps noté que ce sont les mammifères dont l'intelligence est la plus développée qui possèdent l'encéphale le plus volumineux.

Le poids du cerveau d'un reptile (tortue éléphantine) de 156 kilogr., étudié par Anthony était de 5 gr. 3, alors que chez un lion de 135 kilogr., le poids encéphalique était cent dix fois plus élevé (550 grammes).

D'autre part, au cours du développement phylogénique, le poids du cerveau semble avoir nettement augmenté. Marsh n'a-t-il pas montré que les mammifères dont on trouve les restes dans les couches éocènes, les plus inférieures, avaient l'encéphale moins développé que les mammifères des couches récentes et beaucoup moins encore que les mammifères actuels.

De même, le poids du cerveau chez les ancêtres antédiluviens et diluviens de l'homme va croissant à partir du pithécanthrope. Connaissant les capacités craniennes indiquées par V. Economo : 940 c. c. pour le pithécanthrope, 1.170 pour l'écanthrope, 1.300 pour le rhodésien, 1.400 pour le néanderthalien, et de 1.500 pour le cromagnon, on obtient, par l'application de la formule de Manouvrier les poids encéphaliques suivants :

Pithécanthrope	817 gr. 8
Ecanthrope	1.017 gr. 9
Rhodésien	1.131 gr.
Néanderthalien	1.218 gr.
Cromagnon	1.305 gr.

Ce poids chez l'homme actuel est en moyenne de 1.360 grammes.

Il faut donc convenir que le développement de l'intelligence s'est traduit anatomiquement par une cérébration progressive, selon l'expression de V. Economo.

Il semblerait ainsi d'utilité incontestable notamment dans la phylogenèse et l'étude comparative des espèces animales (batraciens et mammifères par exemple) d'établir le poids absolu du cerveau.

Celui-ci par contre, ne donne, en ce qui concerne l'intelligence, aucune indication précise dans l'étude de types différents d'un même groupe.

Si l'on classe les mammifères par ordre de poids encéphalique décroissant, on obtient un classement par ordre de poids corporel également décroissant. L'un serait donc en fonction de l'autre.

Cependant, l'homme et les simiens font exception à cette règle : ils occupent un rang infiniment supérieur par rapport à leur poids somatique. Ce qui semblerait impliquer l'intervention du facteur intellectuel.

La comparaison du poids cérébral entre animaux adultes de même famille n'est guère plus fertile en résultats. Ce poids,

TABLETTES PANTERIC

P., D. & Co.

Résistent à l'action du suc gastrique



LES Tablettes Panteric renferment une pancréatine à activité triplée et grâce à leur enrobage spécial elles ne sont pas affectées par le suc gastrique qui dérange l'action pancréatique. Elles ne se désintègrent qu'au contact de la sécrétion alcaline du duodénum qui favorise l'activité enzymatique.

En flacons de 25 et 100.

INDICATIONS : Indigestion intestinale, troubles digestifs de la tuberculose et des maladies de la dénutrition, l'asthme dû à une anaphylaxie alimentaire, l'urticaire et la colite avec fermentation, la maigreur constitutionnelle, et aussi comme auxiliaire dans le traitement du diabète.



Littérature et échantillon :
SCOTT & FILS,
48 Boulevard du Parc,
Neuilly-sur-Seine.

PARKE, DAVIS & Co.
LONDRES

---

un régime bien établi complète une bonne ordonnance

et pour être bien établi un régime doit comporter l'emploi des produits **Heudebert**

Aux *azotémiques*, prescrivez le

PAIN HYPOAZOTE Heudebert

qui est fabriqué en incorporant à des farines de blé normales le maximum d'éléments composés qui, produisant par leur désintégration peu d'azote urinaire ne fatiguent pas les reins même les plus gravement lésés.

L'insuline ne convient pas à 75 °/ₒ des diabétiques chez qui rien ne saurait remplacer le régime (Ratery, *Paris Médical* ; Blum et Schwob, *Presse Médicale*. Gray, *Boston and Surg. Jal.* ; M. Labbé, *Presse Médicale*).

Ordonnez aux *diabétiques* le

PAIN DE GLUTEN Heudebert

le seul qui ne contienne pas plus de 5 à 10 % d'hydrates de carbone.

Pour combattre l'*atonie intestinale* de vos malades, conseillez

PAIN COMPLET Heudebert

qui a été enrichi en éléments cellulosiques à l'aide de moutures très poussées

Aux *dyspeptiques*, aux *entéritiques*, supprimez le pain ordinaire et remplacez-le par

les Biscottes, le Pain grillé, les Longuets ou les Gressins Heudebert

Leurs amidons, par la cuisson et par le malaxage préalable de la pâte, ont été subi une véritable prédigestion qui les a en grande partie transformés en dextrines et en sucres directement assimilables.

Si vous avez besoin de renseignements pour établir un régime, n'hésitez pas à vous adresser aux Etablissements

Heudebert

à NANTERRE (Seine)

d'une façon générale, est en proportion directe du poids somatique.

Vraie pour la famille chien par exemple, dont la taille varie essentiellement avec la race, cette loi vaut également pour l'homme.

Manouvrier a montré que, dans une race de forte taille (Polynésiens), le poids du cerveau (1.380 grammes) est plus élevé que dans les races de taille moyenne et de petite taille (Bengalis : 1.184 grammes).

Celui-ci, cependant, fait remarquable, est susceptible de variations individuelles considérables, absolument indépendantes de la taille. Il était ainsi tout indiqué de peser l'encéphale de certains hommes exceptionnellement doués. Or, les résultats, le plus souvent, se sont avérés contradictoires.

Il semble, pourtant, d'après les recherches d'Anthony, Spitzka, que le poids de l'encéphale est en moyenne, plus élevé chez les sujets d'« intelligence » remarquable.

Il était de 1.480 grammes pour une série de cent hommes s'étant distingués dans les sciences et les arts.

L'on connaît, d'autre part, le poids impressionnant de l'encéphale chez quelques célébrités (Byron : 2.238 grammes ; Cromwell : 2.231 grammes ; Tourguenieff : 2.012 grammes, etc.). Mais, les faits contradictoires n'en sont que plus frappants : le cerveau de Gambetta pesait 1.246 grammes et celui d'Anatole France 1.020 grammes.

Ces observations sont à rapprocher des constatations inattendues de Parchappe notant globalement que les manœuvres qu'il étudia avaient la tête « plus forte » que « ses hommes distingués », et de celles identiques de Broca d'après lesquelles les infirmiers de Bicêtre se présentaient dans les mêmes conditions par rapport aux internes de l'hôpital !

En résumé, pour intéressante que soit l'étude du poids absolu de l'encéphale, elle ne saurait à première vue, fournir de donnée précise sur le rapport de ce poids avec la richesse intellectuelle. Elle indiquerait, tout au plus, qu'il existe une certaine relation entre le poids encéphalique et le poids corporel.

Partant de ce fait, il pouvait être intéressant de rechercher, comme l'a fait Cuvier, le poids relatif de l'encéphale, autrement dit le rapport entre le poids du cerveau et le poids somatique. Les résultats obtenus sont à ce point de vue particulièrement décevants : le calcul simpliste du poids relatif de Cuvier favorise les animaux de petite taille.

Lapicque cite, dans cet ordre d'idées, l'exemple suggestif de la famille des félins. Le lion, le puma et le chat pèsent respectivement 119, 44 et 3 kgr. 300 et leurs cerveaux 219, 133 et 31 grammes. Ce qui donne les poids relatifs suivants 1/546, 1/320, 1/104. Or, une telle différence est inadmissible chez les représentants d'une même famille, d'un développement intellectuel comparable.

Quant au cerveau humain, son poids relatif 1/46 se rapproche sensiblement de celui d'un cerveau de souris 1/49, dont la réduction de capacité intellectuelle par rapport à l'homme ne fait semble-t-il aucun doute.

Une première remarque s'impose donc, à savoir :

Que la fonction reliant le poids du corps à celui de l'encéphale n'est pas simple.

Manouvrier, cherchant en 1885, la loi réagissant cette relation fit un raisonnement ingénieux, malheureusement dénué de tout fondement objectif :

Si i représente la masse cérébrale proposée à la fonction intellectuelle, m, la masse du cerveau somatique qui commande à la vie de relation, la masse totale de l'encéphale l sera égale à la somme algébrique des deux premiers.

Dans une même famille d'intelligence égale, i est une constante, m, proportionnel au poids du corps, varie.

On écrira donc : $l = i + m$, ou mieux,

$$l = i + km \text{ (Lapicque)}$$

k étant une constante et m représentant la masse du corps.

Donc, connaissant l et l', m et m', chez deux animaux d'une même famille, il sera toujours facile de trouver par le système d'équation à deux inconnues, les facteurs constants i et k.

En réalité, le calcul montre que le facteur i varie quand on cherche à l'établir pour des couples différents de la même famille.

Ainsi l'hypothèse de Manouvrier ne semble pas conforme aux faits, et pas davantage, l'idée d'un poids relatif.

Une seconde doctrine dont Brandt (1867), Bischoff (1880), Fürbringer (1888) et Snell (1891) sont les principaux protagonistes, admet que le volume du cerveau est proportionnel à la surface du corps, en raison de l'importance plus ou moins grande des combustions organiques dont celui-ci est le siège, et qui dominent tout le développement cérébral.

La détermination du poids corporel étant plus facile que celle de la surface, Snell utilisa celui-là. Sachant que les surfaces S et S' de deux animaux semblables sont géométriquement entre elles comme les puissance $2/3 = 0{,}66$ des poids somatiques P et P', Snell admit que le poids de l'encéphale E variait chez les animaux d'intelligence égale suivant une puissance du corps égale à 0,66.

En d'autres termes, si $\frac{S}{S'} = \left(\frac{P}{P'}\right)^{0{,}66}$

$$\frac{E}{E'} = \left(\frac{P}{P'}\right)^{0{,}66}$$

Ces calculs bien que moins choquants dans leurs résultats que ceux obtenus par l'application des méthodes de Cuvier et de Manouvrier n'en favorisent pas moins les petits individus.

Manouvrier lui-même a pensé que ce fait était dû à ce que le poids du corps ne constitue pas la partie active du soma. Il s'attacha à le remplacer dans ses calculs, par la fonction motrice représentée par le poids du fémur, témoin du développement squelettique total.

Si m représente la masse encéphalique correspondant à l'innervation du corps ; E et E' les poids moyens de l'encéphale de deux groupes d'individus, F et F' leurs poids fémoraux moyens, on a :

$$\frac{m}{F} = \frac{E - E'}{F - F'}$$

ce qui donne,

$$m = \left(\frac{E - E'}{F - F'}\right) F$$

Il sera, ensuite facile de connaître i, c'est-à-dire la masse encéphalique consacrée, par hypothèse à l'exercice de l'intelligence puisque,

$$i = E - m$$

et puisque les deux groupes d'individus ont par hypothèse la même intelligence

$$m = E' - i$$

En faisant enfin la moyenne des deux rapports $\frac{m}{F}$ et $\frac{m'}{F'}$ Manouvrier détermina le coefficient moyen (f) représentant la quantité de l'encéphale correspondant à un gramme de fémur. Il avait ainsi trouvé un moyen commode de calculer i chez les individus ressemblant aux deux groupes précédemment étudiés. En effet :

$$i = E - (F \times f)$$

Appliqué à l'homme ce calcul montre qu'à 1 gramme de fémur correspond 1 gramme d'encéphale. Il est intéressant de noter que la quantité i est extrêmement variable dans l'espèce humaine, la quantité d'encéphale somatique étant peu sujette à variations. Ainsi pour une série d'individus dont le poids encéphalique allait de 1.500 à 947 grammes la quantité i « préposée à l'intelligence » variait de 1.160 à 561 grammes.

A première vue, la formule de Manouvrier semble donc apporter des documents d'une certaine valeur dans la solution du problème.

Ch. Richet ayant substitué le poids du foie à celui du fémur, Manouvrier adopta ce nouveau procédé.

En appliquant ce calcul à l'espèce chien (comparaison de différents groupes d'animaux), il constate que la quantité i est en moyenne de 55 grammes alors que $f = 0{,}062$. En

d'autres termes 1 gramme de foie est représenté par 0,062 grammes d'encéphale.

En déterminant alors i pour deux chiens de taille différente d'après la formule $i = E - (F \times f)$, le calcul donne pour un chien pesant 40 kilogrammes $i = 64,5$ et pour l'autre pesant 8,2 kilogrammes $i = 57,3$.

Le calcul favorise donc malgré tout, chez des animaux d'intelligence supposée égale, l'animal de petite taille, et la formule de Manouvrier perd du même coup une partie de sa précision.

Ceci n'est pas étonnant car le poids du cerveau somatique qui dirige la vie de relation, ne dépend pas uniquement du poids corporel. Ainsi le poids du cerveau est influencé très nettement par les variations des surfaces sensorielles périphériques.

Il est établi par exemple, que l'importance du coefficient oculaire, c'est-à-dire, le quotient du diamètre de l'œil par la racine huitième du poids du corps, conditionne un accroissement proportionnel du poids de l'encéphale.

Lapicque et Laugier qui se sont particulièrement attachés à ces études ont constaté que, le diamètre transversal de l'œil de la grenouille verte étant de 20 % plus grand que celui de la grenouille rousse, le poids de son cerveau est également de 20 % plus élevé, pour un poids corporel identique.

L'encéphale de l'écureuil pèse deux fois plus que celui du rat brun, de même poids corporel ; or son diamètre oculaire est également double de celui du rat.

On a pu montrer enfin que les lois qui régissent les variations du poids encéphalique par rapport au poids du corps ont la même expression algébrique que celles qui lient ce dernier aux variations du diamètre oculaire.

Si, d'espèce à espèce, les dimensions de la rétine varient selon le poids du corps, à une puissance donnée, elles varient dans une même espèce d'après le poids à la même puissance sur 2.

Abandonnant l'idée de proportion directe entre le poids encéphalique et celui du corps, à la puissance 0,66, Eugène Dubois prit pour base le concept du développement cérébral proportionnel à la surface sensorielle et motrice du corps et chercha à établir empiriquement la puissance en P convenable

Pour cela, il fallait résoudre l'équation suivante :

$$\frac{E}{E'} = \left(\frac{P}{P'}\right)^x$$

E et E' représentent les poids encéphaliques moyens, P et P' les poids moyens du corps, dans une série d'espèces différentes comparées deux à deux.

Pour les couples étudiés (orang et gibbon, rat et souris, etc.) les valeurs de x furent régulièrement comprises entre 0,54 et 0,58, ce qui donne la moyenne de 0,56.

On peut donc écrire :

$$E = k\, P^{0,56}$$

C'est la loi de Dubois valable pour la relation d'espèce à espèce dans laquelle 0,56 est désigné sous le nom d'*exposant de relation* et k, sous celui de *coefficient de céphalisation*.

Valable pour les mammifères et les oiseaux (Lapicque et Girard) cette formule a permis, dans une certaine mesure, de classer les animaux d'après leur développement intellectuel.

Le coefficient de l'homme est le plus élevé avec 2,8 ; puis vient celui des anthropoïdes, 0,7 et 0,4, 0,5 pour les singes ordinaires. Chez les félins elle est de 0,37 à 0,31.

La loi de Lapicque s'adresse aux individus d'une même espèce, car dans ce cas, le poids du corps ne joue pas de la même façon, vis-à-vis du développement cérébral comme d'espèce à espèce.

Autrement dit, l'exposant de relation n'est pas le même. La valeur passe de 0,56 pour les espèces différentes, à une valeur moindre de 0,33 pour les individus de même espèce. Ainsi chez le chien domestique, on a trouvé des valeurs de 0,20 à 0,26 soit une moyenne de 0,25 (Lapicque).

Pour l'homme, l'exposant de relation est de 0,23 et pour la femme de 0,22. Les deux sexes, en effet, doivent être considérés comme deux types différents (Lapicque).

Il était curieux de savoir si l'index de céphalisation k est différent pour les deux sexes. Mais la valeur de K ne doit pas être calculée d'après les formules $K = \frac{E}{P^{0,22}}$ et $K = \frac{E}{P^{0,23}}$ comme on serait tenté de le faire. Deux types différents ne sauraient être comparés entre eux qu'au moyen de l'exposant de relation 0,56. Ce qui donne :

$$K = \frac{E}{P^{0,56}} = \frac{1360}{498} = 2,73$$ pour un cerveau masculin du poids moyen de 1.360 grammes.

et

$$K = \frac{E}{P^{0,56}} = \frac{1220}{440} = 2,74$$ pour un cerveau féminin de 1.220 grammes.

On peut donc conclure à l'égalité des deux sexes au point de vue encéphalique.

En dépit de ces quelques corrections, les relations éventuelles directes entre le poids encéphalique et l'intelligence, ne sont pas encore mises en formules concises et la loi d'E. Dubois elle-même est essentiellement empirique.

Il est encore impossible de répondre à l'objection la plus grave qu'on puisse faire aux études pondérales de l'encéphale : l'expérimentation jusqu'ici n'a pu prouver que la création de nouveaux territoires associatifs entraîne dans la descendance une tendance à l'augmentation du nombre des neurones. Ce problème touche à celui de l'évolution et de l'hérédité en général.

Les nombreux faits de suppléance fonctionnelle relevés dans la pathologie cérébrale ne sont pas, *a priori* favorables à cette thèse.

Nous n'en citerons qu'un seul très suggestif. Quand après une paralysie faciale, on suture le bout central du spinal au bout périphérique du facial, le noyau de la IIe paire se transforme en un noyau spinofacial. Chaque fois qu'au début l'individu ainsi traité, soulève l'épaule, ce qui est rendu possible par l'existence d'autres nerfs de l'épaule, les muscles de la face se contractent synergiquement.

Par conséquent, le noyau spinal reste soumis à l'influence de la même zone corticale. Ultérieurement, après rééducation, la musculature faciale peut être contractée volontairement et d'une façon isolée. Donc la zone corticale primitivement préposée au spinal a assumé par suppléance et par surcroît, le rôle de la zone motrice faciale.

Il s'est donc fait une évolution fonctionnelle purement dynamique. En regard de ces faits, s'inscrit le développement phylogénétique du cerveau avec apparition de zones entièrement nouvelles au point de vue cytoarchitectonique qui semblent bien montrer que l'enrichissement en « circuit associatif » assurant l'évolution de l'intelligence, entraîne également une augmentation en poids de l'encéphale.

Si nos formules actuelles sont insuffisantes, c'est que les facteurs dont il faudrait tenir compte sont multiples et d'évaluation difficile. De plus il y a lieu de tenir compte des difficultés de mesure d'un élément surtout qualitatif comme celui de la cérébration dont le poids du cerveau n'est à tout prendre que l'un des facteurs d'appréciation anatomiques.

En définitive, l'étude de la surface cérébrale, celle du rapport quantitatif entre les substances blanche et grise, les cyto- et myélo-architectoniques s'affirment chaque jour comme n'étant pas moins importantes et par là même reculent les limites d'un problème, désormais bien posé, mais dont nous commençons seulement à entrevoir l'infinie complexité.

« Il faut avoir le courage de le confesser ; c'est qu'en dehors d'un certain nombre de centres urbains, le pneumothorax artificiel n'est pas pratiqué, et c'est autant de tuberculeux qui pourraient être guéris et qui ne sont pas soignés utilement. » (Professeur Léon BERNARD. Les directives nouvelles de la Lutte antituberculeuse. *La Revue de Paris*, 1er février 1933.)

Le foie et la vie sexuelle de la femme [1]

Par **Marcel LAEMMER**

Le praticien est souvent appelé à étudier des problèmes hépatiques chez la femme, laquelle vient soit réellement parce qu'elle souffre ou plutôt parce qu'elle a des ennuis du côté hépatique qu'elle n'ignore pas ou bien parce que le médecin est appelé à juger d'un certain nombre de troubles qui, pour ne pas paraître pour la malade d'origine hépatique, n'en ont pas moins comme point de départ le foie.

Sans vouloir rentrer dans des détails anatomiques, il faut savoir qu'au point de vue du système nerveux organique le foie présente deux plexus : l'un, le plexus périartériel hépatique antérieur, et l'autre le plexus hépatique postérieur qui est composé de trois troncs nerveux bien distincts. De plus, il faut citer les deux ganglions semi-lunaires qui envoient encore des filets nerveux, lesquels ganglions semi-lunaires droits, et ceci a été étudié par Walther et Hovelacque, sont divisés en réalité en deux parties : une portion surrénalienne, une portion hépatique. Ces deux portions sont reliées entre elles, et ce dernier détail anatomique doit nous faire comprendre dans une certaine mesure, les relations qui existent entre le jeu rénal, surrénal et hépatique. Tous les filets nerveux du plexus hépatique antérieur ainsi que ceux du plexus hépatique postérieur ont leur origine, ceci d'une façon indubitable, dans le *pneumogastrique*. Du même coup, et par cela même, vous comprendrez que tous les divers incidents qui se présenteront à vous seront inévitablement entachés, si je puis dire, de vagotonie. Voici pourquoi vous vous trouverez le plus souvent devant une femme à pouls lent, à tension basse, à phénomènes d'anxiété, à digestions lentes ou avec des régurgitations acides, à constipation, tout ceci enveloppé d'une fatigue générale assez marquée. Cette fatigue sera souvent le premier signe pour lequel on viendra vous voir et vous vous trouverez fréquemment en face d'une malade qui vous dira à peu près ceci : « Docteur, je ne suis pas très malade mais je suis extrêmement fatiguée, je me fatigue pour un rien, il faut absolument me remonter et me donner un fortifiant ». Ces divers phénomènes hépatiques peuvent évidemment vous être présentés à n'importe quelle époque et à n'importe quel âge, mais cependant il y a trois phases de la vie génitale de la femme où ces phénomènes sont d'importance plus vigoureuse.

Ces trois phases de la vie génitale de la femme sont les suivantes :

1° L'établissement de la première menstruation ;
2° La grossesse ;
Et 3° la ménopause.

Il est bien entendu qu'en ce qui concerne la menstruation, il y a répétition et qu'à chacune de ces répétitions, c'est-à-dire à chaque menstruation vous pouvez vous trouver en présence d'incidents hépato-biliaires ; de même pour les grossesses. Comme règle générale on peut dire que le foie ne présente pas réellement d'état pathologique que si la cellule hépatique est congénitalement fragile, autrement dit : il ne faut pas exprimer le fait qu'il existe des incidents hépatiques en fonction purement et simplement du jeu génital : et si la cellule hépatique n'a aucune fragilité nous serons en présence de phénomènes physiologiques simples n'entraînant aucun trouble, si bien que la femme ne s'apercevra pas de sa fonction hépatique troublée.

Donc la femme qui vient se plaindre de troubles hépatiques qu'elle a découverts elle-même ou que vous découvrirez, est une femme dont le foie est fragile et dont la fragilité a été mise en évidence du fait du fonctionnement génital.

Voyons donc, si vous le voulez bien ce que divers auteurs ont découvert, lors de ces trois périodes de la vie génitale de la femme : menstruation, grossesse, ménopause.

1° **Menstruation.** — Il semblerait qu'en dehors de toute lésion, la menstruation augmente très souvent le volume du foie. Cette augmentation demeure encore pendant deux à trois à trois jours après les règles. Par contre en 1923, Léonardi a exposé ce fait que l'hyperhémie hépatique dont nous venons de parler n'est pas menstruelle, c'est à dire n'a pas lieu pendant la période des règles, mais durant la période prémenstruelle, si bien que, comme vous pouvez le constater les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord. Ce dernier auteur Léonardi dit encore qu'à ce moment il y a : indicanurie, urobilinurie et hypoazoturie. Or, ces trois points analytiques des urines que je viens de vous exposer rentrent dans le cadre, comme vous le savez, des signes de l'insuffisance hépatique et c'est pourquoi je me demande si réellement l'on peut parler ici d'un phénomène physiologique, et non d'un phénomène pathologique. D'autre part Chvosteck ainsi que Dibailov estiment que l'on trouve chez les femmes à l'époque menstruelle 27 femmes sur 30 présentant une pression douloureuse ou sensible de la région hépatique. Sans vouloir nier l'hyperhémie avec augmentation de volume du foie pendant la menstruation, je ne vous cacherai pas que je ne suis nullement d'accord pour admettre que la sensibilité et encore moins la douleur du foie puissent être considérées comme un phénomène normal.

Encore un autre point qui a été avec juste raison fort discuté, c'est que les lipides hépatiques agiraient sur le volume de l'utérus en l'augmentant : je vous signale simplement ce point de vue très controversé et des plus douteux.

Au sujet de l'établissement des premières menstruations, je voudrais vous signaler un point de pratique assez intéressant, que voici :

A l'époque où la jeune fille commence à avoir le développement presque parfait de ses ovaires, les familles bien intentionnées, surtout les mamans, voyant leur fille ayant de « pâles couleurs », ayant de petits incidents prémonitoires tels que : maux de tête, lipothymie, etc., donnent « larga manu » : des beefsteak, des côtelettes, des viandes rouges de toutes sortes qui surmènent d'une façon désastreuse la cellule hépatique, si bien que ces braves jeunes filles présentent à la première, deuxième ou troisième règle des ménorragies extrêmement importantes. Par conséquent quand vous vous trouverez en présence d'une jeune fille qui a des ménorragies à ses premières règles pensez au surmenage hépatique dû à l'exagération du régime carné.

2° **Grossesse.** — Je vais repasser avec vous très rapidement d'ailleurs ce que devient le foie au moment de la grossesse.

Pour plus de clarté nous prendrons les grandes fonctions l'une après l'autre et nous commencerons d'abord par :

La fonction biligénique — Le fait physiologique est que l'excrétion biliaire est plus importante pendant la gestation qu'en dehors de celle-ci, ceci s'explique aisément par la destruction de l'hémoglobine nécessaire et qui doit donner le fer dont a besoin d'une façon très large le fœtus. A côté du fait physiologique, il y en a d'autres que l'on doit considérer comme pathologiques, ainsi la présence de sels biliaires abondants, la présence de pigments biliaires dans les urines, l'urobilinurie exagérée et enfin, la cholestérinémie qui doit vous faire craindre si celle-ci est très augmentée le déclenchement d'une crise de coliques hépatiques. D'ailleurs, vous savez com-

[1] Cinquième conférence de la Charité (Service du Dr Vignes), le 3 février 1933.

bien il est fréquent chez la femme de voir apparaître à la suite d'une grossesse la première crise de coliques hépatiques signalant une lithiase qui était demeurée inconnue jusqu'à ce jour.

Fonction martiale. — Je n'insisterai pas plus sur cette fonction car comme vous le savez il y a une hémolyse nécessaire pour l'enfant et par suite le travail du foie au point de vue de la récupération des sels de fer, en est obligatoirement augmentée.

Fonction de fixation des glucides. — Si vous faites l'épreuve de la glycosurie provoquée chez la femme enceinte, celle-ci est nettement positive, et cependant si d'autre part vous cherchez la glycémie, cette dernière demeure normale, c'est-à-dire que le taux de sucre dans le sang est d'environ 1 gr. p. 1000 ; ce sont les faits physiologiques. Si vous trouvez une glycémie nettement augmentée vous pouvez affirmer qu'il y a un fait pathologique.

Un autre fait fréquent est la glycosurie. Etant donné le surtravail du foie il peut se faire que vous rencontriez une glycosurie légère, mais le plus souvent vous vous trouverez en présence d'une *lactosurie* et celle-ci est quasi-normale ; toute glycosurie dépassant de 2 à 3 gr., et déjà c'est trop, est une glycosurie pathologique, bien entendu je parle vraiment de glucose et non de lactose.

Fonction des fixations lipides. — Là encore le foie présente une suractivité très nette, il y a suractivité du métabolisme de graisse, mais encore celle-ci doit demeurer dans des limites non exagérées. Vous connaissez tous le classique foie gras de la femme enceinte, mais ce foie gras ne doit pas prendre de porportions telles qu'il voisine avec le foie gras de dégénérescence.

Fonction concernant les protides. — Si vous faites l'épreuve de l'hémoclasie digestive avec le lait vous trouverez toujours cette épreuve positive. Elle est d'autant plus accentuée que la femme enceinte a tendance à l'albuminurie et encore plus parce qu'elle a tendance à l'éclampsie. Ce dernier point est très intéressant parce qu'il démontre assez bien le rôle favorisant de l'insuffisance hépatique dans l'éclampsie, ce qui ne veut évidemment pas dire que la seule insuffisance hépatique peut amener des crises d'éclampsie ; il est bien entendu que la classique opinion de l'*ovotoxémie* demeure puisque le fait de vider l'utérus de son contenu supprime les crises éclampsiques. Mais ce que je désire, c'est attirer votre attention sur ce fait que le plus souvent les phénomènes d'ovotoxémie ont lieu tout particulièrement chez une insuffisante vraie hépatique.

Et maintenant quelles conclusions pratiques devons-nous tirer de cette étude du foie chez la femme enceinte ?

a) Tout d'abord nous devrons chercher tout l'ensemble des petits signes qui peuvent nous signaler l'insuffisance hépatique chez la femme enceinte, ceci en raison de son importance.

b) Lorsque nous aurons trouvé qu'il s'agit bien de troubles pathologiques et non physiologiques il nous faudra instituer un régime alimentaire convenable, surveiller le bon fonctionnement de la cellule hépatique en prescrivant des médications classiques sur lesquelles je n'ai pas à insister, en donnant des conseils d'hygiène qui surtout consisteront dans la mise en bon fonctionnement de l'intestin et des reins.

Voyons à présent la troisième phase féminine :

3° **La ménopause.** — Vous savez tous que c'est à la ménopause que beaucoup de femmes présentent de nombreux troubles dont la majeure partie dépend de troubles circulatoires et en particulier d'un ralentissement circulatoire dans le système veineux. C'est pourquoi, ou plus exactement c'est une des raisons pour laquelle certaines femmes font à ce moment de l'hypertension *qui ne tient pas*. Vous avez des hypertendues très nettes avec artério-sclérose vraie, mais à côté de celles-ci, et beaucoup plus nombreuses, vous vous trouvez en présence de crises hypertensives que l'on a d'ailleurs rapportées à beaucoup de causes.

En ce qui concerne ma causerie d'aujourd'hui je ne retiens que la cause d'hypertension veineuse sans rentrer dans le détail du mécanisme. Les femmes arrivées à cette période de leur vie génitale voient apparaître des varicosités, des varices, des hémorroïdes, des diarrhées, tous faits qui nous signalent en la circonstance un barrage du système veineux inférieur. C'est alors que quand vous prenez la tension artérielle de ces femmes vous trouvez une tension systolique autour de 20 et une tension diastolique de 9, 10, 11, par exemple. De ce fait il existe un engorgement portal et une congestion hépatique entraînant souvent une augmentation des cholestérols du sang qui pourront amener eux deux accidents divers (bien entendu ceci est schématique) ou une *artério-sclérose*, les cholestérols se liant à une calcémie plus élevée pour constituer cette artério-sclérose. Ou s'il n'y a pas de calcémie suffisante, et si la vésicule biliaire a déjà été mise à mal au cours des années précédentes, il y aura de la *lithiase biliaire* concomitante. Cette congestion hépatique de la ménopause pourra encore amener une rétention des acides organiques en particulier d'acide urique et celui-ci affectant les articulations surtout chez les décalcifiées nous allons voir se former les arthrites *chroniques déformantes*. Je répète, ceci est très schématique, mais ce sont des faits qui sont suffisamment contrôlés par la pratique journalière pour que nous puissions les signaler et surtout tâcher de les éviter dans la période de la *pré-ménopause*.

La conclusion pratique concernant la ménopause sera donc d'activer la circulation du foie, d'éviter l'augmentation des cholestérols, de maintenir le métabolisme calcique et d'exciter le fonctionnement rénal. Enfin de ne pas laisser les articulations demeurer inertes et de prescrire de la gymnastique médicale.

Je voudrais terminer en vous donnant trois ordonnances pratiques :

La première, une ordonnance *pour la jeune fille qui va commencer sa menstruation.*

A. *Le régime alimentaire* sera un régime normal, sain, contenant une prescription de viandes, de légumes et de fruits frais, mais sans abus de viandes. Contrairement à ce que la plupart du temps, le public s'imagine les viandes les plus nourrissantes, les plus excitantes de l'hémoglobine sont les viandes blanches et plus exactement les viandes jeunes (veau, agneau) qui apportent avec elles des cholestérols utiles à cette époque et des acides aminées dont vous savez l'importance pour la croissance. N'hésitez pas à prescrire les légumes crus sous forme de salades et des fruits abondants.

B. Au point de vue hygiène générale le tub tiède est une excellente chose ; les mouvements de gymnastique surtout ceux des membres inférieurs ; les exercices respiratoires pour obtenir une oxygénation large.

C. Quant aux médicaments : le moins possible ; quelques préparations *ferrugineuses* qui sont un excellent excitant du foie ; quelques *phosphates végétaux*.

Il est évident que cette ordonnance qui est plus une ordonnance d'hygiène qu'une ordonnance médicamenteuse est pour la jeune fille normale, j'écarte, ceci est facile à comprendre tous les cas de dysménorrhées juvéniles.

II. Ordonnance *pour la femme enceinte* :

A. *Régime alimentaire* : ici vous donnerez une alimentation comme pour la jeune fille mais en ce qui concerne les viandes vous éviterez au contraire les viandes jeunes ou vous les donnerez avec beaucoup de circonspection ; vous vous rappellerez que le bœuf et le poulet sont deux aliments qui ne sont pas souhaitables pour les hépatiques.

BIBLIOGRAPHIE

Hippocrate. — Revue d'humanisme médicale. Paraissant cinq fois par an. Abonnement, un an : 60 francs ; 11, rue de Cluny, Paris.

Le premier numéro de cette magnifique revue vient de paraître. Elle est dirigée par le Professeur Laignel-Lavastine qui, dans la préface, montre toute l'importance, aussi bien pour l'étude de la médecine que pour le progrès général de la pensée contemporaine, de cet ensemble de connaissances et de disciplines que l'on peut qualifier du bon nom d'humanisme.

Le Docteur Kahan, directeur de ces *Editions du Trianon* qui ont acquis toutes les sympathies du monde médical en est l'administrateur.

Nul doute qu'avec de pareils animateurs la nouvelle revue *Hippocrate* ne connaisse le succès auquel elle a droit.

L'hygiène et la médecine à travers la Bible, par le Docteur Amin Gemayel. Un vol. in-4o, prix : 60 francs. Paul Gentlener, éditeur, 13, rue Jacob, Paris.

Le Docteur Gemayel a eu la patience de relever, dans les Livres saints, ce qui peut intéresser le médecin et l'hygiéniste et de l'interpréter à la lumière des conditions d'existence, des coutumes et des croyances des populations actuelles de l'Orient.

Le médecin curieux du passé y trouvera quantité de renseignements intéressants.

« **Crapouillot** » (mars) publie un passionnant numéro spécial sur « Les Morts mystérieuses » de Philippe Daudet, du Prince Radziwill, du banquier Loewenstein tombé d'avion, du général Koutiépoff... et de bien d'autres (la livraison illustrée : 12 francs à *Crapouillot* 3, place de la Sorbonne Paris).

Saint Joseph, par Cécile Jéglot. Un vol. in 8o (18 × 12,5), 36 illustrations. Broché : 5 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris, VIe.

Ce nouveau petit livre sur Saint Joseph, de la collection « *l'Art et les Saints* » n'est pas « un mois de Saint Joseph » même imagé, mais une étude originale et sincère où l'art étreint en quelque sorte le saint, ce qui ne fait qu'ajouter à sa sainteté et dégager en plein relief, son rôle, en apparence modeste, en réalité très grand.

Les épisodes évangéliques de l'enfance du Christ ne se passent en effet qu'avec son aide. Aussi l'art depuis les premiers siècles y a-t-il associé étroitement Saint Joseph d'une façon si familière et si quotidienne pour nos pères qu'ils ne songeaient à l'en séparer, si bien que ce n'est qu'à partir du XVIe siècle que le Saint est représenté pour lui-même.

Depuis, sa dévotion a été grandissante. Il est aujourd'hui le patron de l'Eglise Universelle et l'un des saints les plus invoqués de la chrétienté.

Ce petit livre qui met en acte : au foyer le patron de la famille, à l'atelier celui de l'ouvrier, en prière le modèle des âmes intérieures, bref qui mêle le Saint à toutes nos causes et nos besoins, vient donc bien à son heure.

De nombreuses et vivantes images ajoutent au texte si personnel de Cécile Jéglot et au charme d'une évocation que tous aimeront : fidèles du saint, ou amateurs d'art.

Cinquante techniques chirurgicales, de Henry Delagenière Recueillies et rédigées par Yves Delagenière (du Mans) (Un volume de 316 pages avec 63 figures : 50 francs Masson et Cie éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain, Paris.)

Henry Delagenière a laissé une œuvre scientifique déjà classique en grande partie : tels l'usage du plan incliné en gynécologie, la méthode du pneumothorax chirurgical, les greffes ostéo-périostiques qui portent son nom, par exemple. Mais chirurgien et opérateur encore plus que savant, il fut essentiellement un praticien, et a laissé comme tel, le souvenir de résultats particulièrement brillants.

Son fils, instruit par lui pendant plusieurs années avec le soin et la minutie qui le caractérisaient, a recueilli tous les détails de sa pratique journalière, la précision de sa technique, l'observation stricte du plus menu détail opératoire ou post-opératoire, ce qui lui a permis de faire paraître cet ouvrage.

A côté des précisions que l'on trouve à chaque page, le livre renferme des chapitres entiers sur des procédés très personnels à Henry Delagenière, tels le chapitre des gastrectomies, où l'on retrouve le procédé simple et sûr de la gastro-entérostomie à deux seuls fils circulaires ; le chapitre de l'amputation du rectum avec le si intéressant drainage sus-pubien entièrement sous-péritonéal, dit drainage en cheminée : le chapitre de la prostatectomie périnéo-sus-pubienne, qui permet l'ablation large et sûre du cancer prostatique ; — tels encore les procédés de suture étanche avec drainage séparé latéral de l'abdomen, de désinvagination du boudin rectal sur les doigts de l'aide, d'hystéropexie chez les femmes âgées par fixation directe du corps utérin ; — telle l'incision pour la néphrectomie para-péritonéale, etc.

Yves Delagenière, qui a recueilli et rédigé ces procédés de technique, a voulu, en publiant aujourd'hui ce livre, être utile aux *praticiens* de la chirurgie.

B. En ce qui concerne l'hygiène générale vous connaissez tous les conseils qui doivent être donnés et je n'insiste pas.

C. Au point de vue *médication* celle-ci dépendra essentiellement de l'état de la femme enceinte, mais je veux vous indiquer en passant quelques médications utiles quand vous découvrirez une insuffisance légère. En tête le *Boldo* puis les eaux alcalines, mais ici, pour ces eaux alcalines soyez cependant relativement prudents, car vous pouvez très bien vous trouver, surtout si le foie est insuffisant, en face d'une alcalosique et en lui augmentant son alcalose vous lui ferez plus de mal que de bien. Le *phosphore* est une bonne médication à condition de ne pas en abuser surtout chez une femme dont le foie serait déjà un peu *gras*. Les préparations *ferrugineuses* pourront faire leur partie, surtout chez les anémiées, mais celles-ci donnent souvent de la constipation et la constipation est fréquente chez la femme enceinte ; peut-être aurez-vous avantage à vous servir plus spécialement du *manganèse*. N'utilisez pas trop les sels *biliaires* et en particulier les laxatifs à base de bile. Encore ici cette ordonnance n'est qu'un schéma et il est bien entendu que vous devrez faire appel à d'autres médications hépatiques si vous vous trouvez en face d'insuffisance un peu trop marquée.

— Ordonnance pour la *ménopause* :

A. Régime alimentaire, ici le moins de viande possible, régime surtout végétarien et fruitarien.

B. Hygiène générale : bains chauds, mais non pas trop chauds ; gymnastique surtout des articulations.

C. Médication : le problème qui se pose au point de vue des médications est celui-ci :

Faut-il donner ou ou non des extraits ovariens ou du corps jaune ?

Pour ma part je n'en suis pas partisan. La ménopause est un phénomène naturel qui entraîne surtout un désordre vago-sympathique passager et qui quelquefois n'en entraîne pas du tout. La thérapeutique, par conséquent sera fonction des divers troubles vago-sympathiques devant lesquels vous vous trouverez et très souvent une étude simple du pH urinaire vous montrant si la ménopausique est du côté acidose ou du côté alcalose vous permettra de rétablir cet équilibre acide-base et de juguler dans une très grande proportion les troubles végétatifs.

Ce qui est plus intéressant c'est l'étude du foie à cette époque très importante. Comme je vous l'ai dit il y a un instant : attention aux crises de lithiase, attention aux arthrites, attention aux artério-scléroses. Déjà dans l'alimentation vous aurez évité l'apport exagéré de cholestérols, d'acides aminés en proscrivant de l'alimentation, particulièrement les viandes jeunes, les abats, etc... Vous activerez la cellule hépatique avec le *Boldo*, le *combretum*, et si besoin est les alcalins. Vous surveillerez la désinfection intestinale, et tout d'abord en aidant au bon fonctionnement de l'intestin et en utilisant sans exagération quelques défectants *benzo naphtol*, *uroformine*, *chloramine*.

Vous activerez la fonction rénale avec de l'eau de Vittel ou d'Evian dans laquelle vous ajouterez de *la lactose*. Vous activerez la circulation veineuse à l'aide de l'*hamamélis* ou du *cupressus sempervirens*. Enfin si vous trouvez une uricémie assez marquée vous pourrez utiliser les nombreuses préparations commerciales à base d'*acide quinoléique*.

Je n'insiste pas plus et retenez surtout de cette causerie que la femme en raison de sa vie génitale est plus à même de fatiguer son foie que l'homme, et par conséquent le devoir du médecin est de surveiller celui-ci en donnant des conseils utiles et pratiques et surtout des indications judicieuses et non toxiques.

A propos de l'Erysipéloïde

par Georges BARRAUD (de Chatelaillon-Plage).

L'érysipéloïde, qui a été ainsi nommée en 1887 par Rosenbach en Allemagne, a été décrite également par Morrand Baker sous le nom d'érythema serpens dès 1873 en Angleterre. Fréquente en Amérique et en Europe centrale, cette dermatose est-elle vraiment exceptionnelle en France ?

Voici un an, Clément Simon (1) signalait qu'il n'y avait eu que quinze cas seulement publiés en France, le premier par Mauclaire en 1913 sous le titre de « Panaris superficiel par le bacille du rouget », et les deux derniers par Belgodère dans le numéro de décembre 1931 des *Annales de Dermatologie* et l'autre par Chevallier.

En décembre 1922, dans les mêmes *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Dubreuil et Joulia rapportaient, comme une curiosité, cinq observations de cette affection. Dans son « Précis Atlas de Dermatologie » paru en 1921, mon regretté maître Brocq disait par contre avoir vu en France d'assez nombreux exemples de cette dermatose. Devant la discordance qui semble exister entre la rareté des faits publiés et la fréquence des cas observés par l'un des maîtres de la Dermatologie française, je me crois autorisé, — après le petit article fort intéressant paru ici même sous la signature de Louis Bory le 28 janvier dernier, — à résumer succinctement les observations de deux malades que j'ai eu à traiter en 1925 et 1926, bien qu'elles aient déjà fait l'objet d'une note parue dans le numéro de février 1927 du *Bulletin* de la Société de médecine de La Rochelle.

Mes deux malades étaient : l'une, une cuisinière qui s'était piquée, en se livrant à ses occupations professionnelles, à une arête de poisson, l'autre, un homme préposé au service municipal du ramassage des ordures ménagères et ce blessé ne pouvait préciser au juste quel était le corps étranger qui l'avait atteint. Quoiqu'il en soit, tous deux se présentaient avec une plaie insignifiante de l'un quelconque des doigts, mais cette plaie était entourée d'une assez vaste zone lymphangitique qui, au premier abord, paraissait assez banale. Cependant, au pansement suivant l'on était frappé par l'évolution serpigineuse de la lésion qui s'étendait lentement et excentriquement d'un jour à l'autre. Celle-ci était limitée par un bourrelet faisant à peine un léger relief d'un rouge plus foncé que le centre de la plaque qui, elle, était violacée, déprimée et de plus desquamait un peu.

L'affection était à peu près complètement indolore : ce n'était guère qu'au niveau du bourrelet que la pression était légèrement douloureuse. Elle ne s'accompagnait d'aucun trouble de l'état général ; aucune adénopathie ne se produisit pendant ni après l'éruption dont l'évolution caractéristique se fit, pendant environ trois semaines, serpigineusement, passant d'un doigt à l'autre, cheminant d'une phalange à la voisine et du dos de la main à la paume. Les deux cas furent identiquement semblables et évoluèrent de la même façon : ils ne semblèrent d'ailleurs nullement modifiés par les pansements variés qui furent pratiqués successivement.

Tous deux étaient d'authentiques accidents du travail et guérirent après avoir entraîné une incapacité de travail de vingt jours pour l'un et de vingt-cinq jours pour l'autre.

D'après Brocq, l'érysipéloïde est « d'ordinaire consécutive à la morsure d'un animal venimeux, crabe, vive, araignée, coquille de moule ou à une blessure quelconque causée par un de ces animaux ». Cependant il semble prouvé à l'heure actuelle, d'après Callomon que cette dermatose est due à l'inoculation du bacille du rouget du

(1) L'érysipéloïde ou maladie de Rosenbach, par Clément SIMON. (*Bulletin Médical* du 12 mars 1932).

porc et atteint particulièrement les individus manipulant la viande (bouchers et cuisiniers). Il est néanmoins hors de doute, que d'assez nombreux cas d'érysipéloïde ont été signalés chez des personnes qui n'avaient eu aucun contact avec des porcs, mais qui s'étaient piquées avec des coquillages ou des arêtes de poisson comme ma cuisinière par exemple. De même, l'érysipéloïde a été observée chez des individus ayant seulement manipulé des matières organiques quelconques. D'ailleurs le bacille du rouget a été trouvé chez les animaux les plus variés, qui peuvent se comporter comme de véritables porteurs de germes et, de plus, le bacille peut se rencontrer dans les selles humaines, l'eau et les viandes pourries. C'est dire que, en réalité, presque toutes les plaies peuvent être infectées par le bacille du rouget et que la contagion peut atteindre des gens n'ayant jamais de contact avec des animaux de la race porcine.

L'érysipéloïde est donc une affection importante à connaître surtout au point de vue des accidents du travail, car si cette dermatose est bénigne dans l'immense majorité des cas, les arthrites des doigts seraient cependant fréquentes puisque, d'après Clément Simon elles surviendraient dans 75 % des cas. On a signalé en outre, comme autres complications, des adénites épitrochléennes ou axillaires et même un phlegmon. En Allemagne, on a observé une forme septicémique avec phénomènes généraux et érythèmes diffus ainsi qu'une forme chronique avec polyarthrite et endocardite.

Alors que, dans la plupart des cas, de simples pansements ichtyolés guérissent la maladie, — encore que les récidives soient assez faciles d'après Desaux, — on pourrait, dans les formes sérieuses et prolongées, recourir au sérum antirouget de Leclainche qui n'est autre qu'un mélange de sérum de cheval inoculé avec le bacille du rouget et de virus actif, ce dernier étant ainsi rendu inoffensif par le sérum. Réalisant de cette façon une sérothérapie passive et une vaccination active, ce sérum de Leclainche a donné chez les porcs atteints du rouget d'excellents résultats. Si, chez l'homme, le virus de la maladie est très atténué et si celle-ci ne se traduit presque toujours que par la manifestation cutanée qui constitue l'érysipéloïde, il est bon de savoir cependant que des cas de mort ont été signalés chez des vétérinaires contaminés par des cultures du bacille de rouget.

CHRONIQUE

Maigreur et obésité

Un fait essentiel domine ces deux états : le déséquilibre entre les recettes et les dépenses de l'organisme. Facteur pathogénique essentiel laissant loin derrière lui toutes les autres causes, c'est lui qui dominera toute la thérapeutique.

Maigreur

M. le Professeur Labbé (1) entend par maigreur, tout poids n'atteignant pas 15 % du poids normal par rapport à la taille, La maigreur est due à ce que les recettes de l'organisme ne compensent pas ses dépenses.

Recettes insuffisantes : par insuffisance alimentaire (régime mauvais, misère, anorexie mentale), par mauvaise assimilation, (affection du tube digestif, du foie, du pancréas, par diabète), par dénutrition azotée au cours de maladie infectieuse fébrile.

Dépenses exagérées : suractivité physique, ou combustions exagérées, que traduit un métabolisme basal exagéré.

Quant aux troubles endocriniens, mise à part l'hyperthyroïdie, ils comptent peu. Enfin les soi-disant maigreurs constitutionnelles se révèlent, à l'examen, dues à une alimentation défectueuse, à une dyspepsie méconnue.

Le tableau clinique s'impose ; la distinction est aisée d'avec les fausses maigreurs des sujets musclés et dépourvus de graisse.

Le traitement consiste à diminuer les dépenses de l'organisme par le repos, ce qui est facile, et à augmenter les recettes par la suralimentation, ce qui l'est moins.

En effet, avant de suralimenter le malade, il faut rechercher et traiter la cause de sa maigreur : soigner une dyspepsie, combattre un trouble hépatique, lutter contre l'anorexie mentale (par l'isolement et la cure de Weir Mitchell : repos au lit, lait à grosses doses, surveillance minutieuse),

Mais le cas le plus difficile, pour l'auteur, est celui des sujets naturellement anorexiques ; aucun traitement n'arrive à exciter l'appétit ; aussi l'auteur conseille-t-il l'insuline à hautes doses, 100 unités par jour, qui d'une part aide à la fixation tissulaire des hydrates de carbone et des substances azotées, et qui d'autre part, du fait de l'hypoglycémie qu'elle crée, excite la faim.

Obésité

L'auteur insiste beaucoup plus sur l'étude de l'obésité (15 % au dessus du poids normal) qui est due, pour lui, à l'excès des recettes sur les dépenses.

Au point de vue physio-pathologique, l'obésité est une augmentation, non de la graisse de constitution, mais de celle de dépôt ; graisse provenant des hydrates de carbone surtout, des graisses étrangères aussi, beaucoup moins des albuminoïdes. Normalement l'organisme dépense les calories fournies en énergie mécanique ; si celle-ci ne suffit pas, il y a dépense exagérée de chaleur (consommation de luxe). Lorsque ces deux modes de dépense ne compensent plus les recettes, il se forme des dépôts de graisse.

Quant à la possibilité de formation de graisse exagérée par rapport aux autres substances, l'auteur y croit peu.

Mais dans quel cas y aura-t-il insuffisance de dépense par rapport aux recettes, autrement dit quelle est la pathogénie de l'obésité ?... Très souvent il y a *une alimentation exagérée*, pourquoi ?... elle est due, non à des besoins exagérés de l'organisme, non à une prédisposition par nutrition ralentie, mais bien à des habitudes défectueuses transmises par l'éducation. La suralimentation s'apprend, ne s'impose pas ; bientôt il y a désaccord entre l'appétit et les besoins, désaccord souvent inconscient.

Suralimentation d'une part ainsi que nous l'avons vu ; d'autre part dépenses insuffisantes. Tantôt *dépenses énergétiques* insuffisantes (sujets sédentaires qu'un métier actif ferait maigrir), *dépenses caloriques* insuffisantes (pays chauds, confort exagéré ; ou, parfois trouble vaso-moteur des capillaires de la peau, gênant le rayonnement de chaleur), enfin diminution de la *consommation de luxe*, c'est-à-dire de l'excès de chaleur rayonnée à la suite d'aliments ingérés en sus des besoins normaux.

Voici donc, pour l'auteur, la cause principale de l'obésité : suralimentation, avec dépenses (quelle qu'en soit la variété insuffisantes. Les autres facteurs invoqués sont secondaires. On a invoqué un *ralentissement des combustions* : en fait, en prenant comme base le poids idéal et non réel de l'obèse, on s'aperçoit que les combustions sont normales : d'ailleurs l'étude de l'oxygène absorbé le montre bien. « Le ralentissement de la nutrition peut se voir chez certaines obésités mais ne la crée pas ». On a invoqué aussi un *trouble du métabolisme des graisses* avec fixation intense de celles-ci quelle que soit la ration ingérée : rien ne le prouve. On invoqua un *trouble nerveux* : obésité par atteinte du tuber cinéreux (syndrome adiposo-génital) ; y aurait-il un centre

(1) Marcel Labbé. — *Maigreur et obésité*. Expansion scientifique française, Paris 1933.

du métabolisme des graisses : rien n'autorise à le croire, malgré les travaux de Leschke.

L'auteur discute également les *obésités endocriniennes* : au cours du myxœdème, la suralimentation, la paresse interviennent plus que le ralentissement de la nutrition, celui-ci « favorise l'obésité, ne la crée pas ». Quant au rôle des glandes génitales, de l'hypophyse, des surrénales, etc., l'auteur le rejette absolument.

Et l'auteur termine ce chapitre en répétant que seul intervient le déséquilibre entre les recettes et dépenses de l'organisme, tous les autres facteurs étant accessoires.

* * *

L'auteur s'attache peu à décrire les divers types d'obésité : légère, moyenne, forte.

Il n'insiste que sur la difficulté de dépister les obésités légères : mensuration de la taille, des différents diamètres, pesées répétées. Parfois l'obésité est localisée (tronc, membres), parfois on trouve des nodosités lipomateuses, parfois de la cellulite douloureuse. Mais ce chapitre de symptomatologie est très bref.

Plus intéressante est l'évolution de cette obésité. Simple, et ne s'accompagnant pas de lésions organiques au début, elle va peu à peu s'accompagner de lésions nouvelles.

Tantôt surviennent des *affections intercurrentes* quelconques, qui, à la faveur d'un foie, d'un rein déjà surchargé par l'obésité, prennent une évolution souvent fâcheuse.

Parfois on retrouve *d'autres troubles de la nutrition* : diabète, goutte, lithiase. Ce ne sont pas des complications de l'obésité, mais bien d'autres affections dues à la mauvaise alimentation, l'obésité n'étant que la première en date. Un diabète sucré modéré, en particulier, accompagne souvent l'obésité, révélé par l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire.

Mais surtout vont apparaître des *lésions viscérales*, aggravant le tableau. Troubles *digestifs* : hyperchlorhydrie, douleurs gastriques, puis dilatation gastrique avec gastrite, diarrhée avec selles pâteuses ou constipation avec stase cæcale. Troubles hépatiques surtout congestion hépatique s'accentuant par crise, souvent accompagnée d'un peu de sclérose due à l'éthylisme ; souvent on trouve précocement des troubles des fonctions hépatiques, qui progresseront peu à peu.

L'appareil respiratoire est souvent atteint : essoufflement, emphysème, bronchite, stases aux bases. *Troubles génitaux*, secondaires à l'obésité, s'améliorant avec elle, et non point cause de l'obésité. L'A. insiste sur les *troubles circulatoires* ; tantôt simple adipose cardiaque avec troubles légers régressant vite ; tantôt en plus myocardite, que traduisent les signes périphériques, les signes stéthacoustiques, l'électrocardiogramme. De plus l'obésité étant un facteur de surcharge puis de sclérose rénale, elle retentit gravement sur la tension.

Troubles urinaires également : congestion, lithiase, sclérose rénale dues également à la suralimentation.

Enfin, parfois, *troubles nerveux* : névralgies, apathie, paresse psychique.

Bref, au cours de l'évolution de l'obésité, tous les organes peuvent être touchés : tant par la surcharge graisseuse que par l'hyperfonctionnement dû à la suralimentation, aggravant ainsi le tableau, diminuant la résistance du sujet.

Le traitement de l'obésité, ainsi que l'auteur l'a affirmé dès le début, consiste à lutter contre l'excès des recettes sur les dépenses de l'organisme, excès ayant abouti à « une accumulation d'énergie latente sous forme de graisse ». Il faudra donc combiner le régime (pour diminuer les recettes) et l'exercice physique. Accessoirement, on peut traiter les glandes endocrines, surtout la thyroïde, pour combattre le facteur possible de ralentissement des combustions. Enfin, selon les cas, il faudra traiter les diverses lésions viscérales surajoutées, ce qui n'a rien de particulier ici.

Le plus difficile est d'établir le régime. L'auteur cite les régimes proposés par les différents auteurs, et de ceux-ci tire une règle générale : il faut une alimentation au-dessous des besoins de l'organisme ; il faut calmer la faim par des repas petits et nombreux faits d'aliments peu nourrissants, il faut, non point une cure brutale, mais une cure lente habituant le patient à peu manger.

S'inspirant de ces directives, l'auteur préconise : *le dosage des aliments* : il faut une ration de 1.000 à 1.500 calories ; on procède par tâtonnement pour la fixer ; le moindre excès reproduit l'obésité puisque la consommation de luxe à disparu.

Il faut *choisir les aliments* : les albuminoïdes doivent être peu restreints ; au début on doit les restreindre de même que les graisses et les hydrates de carbone ; dès que le poids sera retombé à un taux normal (chez le sujet jeune, essayer de retrouver un poids normal ; chez le sujet âgé s'arrêter à 80 kilogrammes), il faut augmenter la dose des albuminoïdes en forte proportion, tout en continuant à se restreindre en graisses et hydrates de carbone. Il faut « brûler les graisses sans toucher aux albuminoïdes. »

Il faut supprimer l'alcool, l'auteur conseille par contre l'eau en abondance, pour laver les tissus, et entraver un peu l'absorption intestinale. Enfin, il faut un régime hypochloruré.

L'auteur termine ce chapitre en donnant quelques types de régime.

M. M. Labbé insiste sur la nécessité de l'exercice : s'il déconseille en général les sports, il préconise la gymnastique à doses progressivement croissantes, ainsi que la gymnastique respiratoire. Chez le sujet fatigué, il conseille la gymnastique électrique.

Enfin, très accessoirement : hydrothérapie, cures hydrominérales et au besoin traitement thyroïdien.

Mais l'important c'est, en proportionnant le traitement à l'âge du sujet et à l'état de ses viscères, d'augmenter les dépenses, par un exercice de plus en plus intense, et de diminuer les recettes par un régime qui, sans être inutilement sévère, sans entraîner le repos au lit, habitue peu à peu le sujet à manger moins.

Jacques Lemant.

LE MOIS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La chronaxie dans les maladies mentales et nerveuses

On sait que la *chronaxie*, créée par Lapicque, est le temps de passage du courant nécessaire pour obtenir le seuil de l'excitation, avec une intensité double de celle qui le donne avec une fermeture brusque du courant continu de durée prolongée, qu'on appelle rhéobase.

M. Bourguignon a recherché en 1931 les relations de la chronaxie vestibulaire avec l'émotivité, soit chez des sujets normaux, soit chez les pseudo-mongoliens et quelques déments précoces (1). A la suite de ce travail, le même auteur a poursuivi des investigations sur la mesure de la chronaxie vestibulaire, avec MM. Aubry, Claude et Baruk, dans diverses affections nerveuses ou mentales, en se servant du phénomène bien connu depuis longtemps sous le nom de vertige voltaïque. Seulement, au lieu d'employer des excitations progressives classiques, on met en œuvre des excitations brusques employées pour la mesure de la chronaxie des muscles, des nerfs moteurs et des nerfs de la sensibilité générale.

(1) G. Bourguignon. — Relations de la chronaxie vestibulaire avec l'émotivité à l'état normal et dans le pseudo-mongolisme et la démence précoce. Académie des Sciences 1931, p. 250.

En procédant de cette manière, la chronaxie vestibulaire détermine une inclinaison de la tête du côté où se trouve le pôle positif ; elle ne provoque jamais de nystagmus.

Voici comment on procède :

On place dans les deux oreilles, deux électrodes impolarisables, isolées avec un soin très particulier.

Pour apprécier la chronaxie vestibulaire, on recherche d'abord le seuil de l'inclinaison, pour l'oreille droite et pour l'oreille gauche, en inversant alternativement le sens du courant avec une fermeture de courant continu.

Dans ces conditions, on obtient le seuil en doublant le voltage.

On recherche alors la capacité qui donne le seuil avec ce voltage double. On transforme ensuite cette capacité en temps mesuré en un millième de seconde et on prend ce temps pour une unité de mesure, nommée sygma (σ) ; c'est cette unité qui constitue la *chronaxie*.

C'est cette méthode-là, dont se sont servi MM. Bourguignon et ses divers collaborateurs, qui a permis de montrer que chez l'homme normal la chronaxie vestibulaire normale oscille entre 12 σ et 22 σ. Comparée à la plus grande chronaxie musculaire normale, la vestibulaire est trente ou quarante fois plus grande. La conclusion qu'on peut en tirer logiquement est que le nerf vestibulaire, rattaché au système cérébro-spinal, paraît relever, au point de vue physiologique, du grand sympathique. Or, ce dernier se caractérise généralement par une chronaxie importante. On sait, d'ailleurs, que le nerf vestibulaire est intimement dépendant du grand sympathique comme étant le point de départ de tout un ensemble des réflexes organo-végétatifs.

Chez des sujets normaux la chronaxie vestibulaire est assez variable, selon le degré d'émotivité de chaque individu.

Elle est considérablement augmentée chez des enfants atteints de mongolisme, chez des déments précoces ; elle est moins accusée chez des simples arriérés.

Poursuivant ces recherches, MM. Claude, Bourguignon et Baruk (1) ont étudié la chronaxie vestibulaire chez un certain nombre de malades catatoniques devant leur catatonie aux affections les plus diverses : à l'hystérie avérée ; à la démence par artério-sclérose cérébrale présénile ; à la syphilis nerveuse cérébro-méningée ; à l'ictère chronique ; à la démence précoce hébéphrénique..., en tout, chez treize sujets dont six ont pu être revus après deux années d'évolution de la maladie.

Il ressort de ces recherches que la grandeur de la chronaxie vestibulaire paraît surtout en rapport avec l'intensité et la profondeur de l'état catatonique, donc, avec le degré plus ou moins important de la perturbation du *fonctionnement cérébral*. Les plus grandes chronaxies vestibulaires s'observent chez des sujets dont la catatonie ne s'accompagne pas d'une désagrégation psychique, donc, chez des hystériques ; chez des catatoniques périodiques avec rémissions presque complètes ; chez des hébéphréno-catatoniques tout à fait au début de l'évolution de leur affection mentale.

Par contre, les malades catatoniques désagrégés au point de vue psychique avaient présenté des chronaxies vestibulaires diminuées considérablement par rapport à l'état normal, et cela souvent d'une façon inégale de deux côtés.

En pareil cas, la tête s'incline du côté de la petite chronaxie vestibulaire, tandis que le sujet tient sa tête en position directe, quand les deux chronaxies sont égales.

Pendant les expériences de réveil, toutes les chronaxies vestibulaires tendent à s'approcher de la valeur normale et à s'égaliser de deux côtés : les plus grandes diminuent alors que les plus petites augmentent.

(1) MM. Claude, Bourguignon et Baruk : Essais sur les variations spontanées et expérimentales de la chronaxie vestibulaire au cours du sommeil cataleptique et de la catalepsie dans l'hystérie, la catatonie et l'hébéphrénie. *In. Ann. méd. psych.*, déc. 1932 p. 641.

Au cours des différents stades évolutifs de la maladie on fait cette constatation : si le malade s'améliore, sa chronaxie vestibulaire revient vers la normale sans passer au-dessous ; par contre, si l'état s'aggrave, la chronaxie diminue de plus en plus. Il existe donc un certain parallélisme entre l'évolution clinique et celle de la chronaxie vestibulaire. La mesure de cette dernière apporte ainsi une précision dans l'étude de l'évolution des affections nerveuses et mentales, non pas dans le sens du pronostic de l'évolution pathologique finale des troubles constatés, mais dans le sens de l'appréciation aussi exacte que possible de l'intensité et de la gravité du processus morbide actuel.

Quelques exemples cliniques illustreront mieux l'intérêt de cette nouvelle mesure en psychiatrie.

Voici un malade atteint de démence précoce à forme hébéphréno-catatonique. En février 1930, il avait une chronaxie vestibulaire très diminuée. Puis, on voit cette chronaxie s'élever progressivement entre le 17 février et le 19 mai 1930 pour passer de 2 σ 32 à 6 σ.

A partir de ce moment, le malade a continué à s'améliorer. Il est même arrivé à une rémission telle qu'il a pu sortir de l'asile et reprendre une vie normale pendant dix-huit mois environ. Une rechute survient, il retourne à l'asile ; à ce moment, sa chronaxie vestibulaire n'est plus que 2 σ 64... On fait l'expérience du réveil et on obtient 4 σ ...

Voici un autre cas d'un malade atteint de catalepsie symptomatique d'une artério-sclérose cérébrale présénile.

Son état s'est progressivement aggravé au point d'arriver à la démence totale. La chronaxie vestibulaire n'a guère varié entre mai 1930 et novembre 1932 : 1 σ 1... Mais en 1930 on pouvait encore réveiller son attention et obtenir alors chez lui une chronaxie vestibulaire même supérieure à la normale, alors que, en 1932, tous les essais de réveil ont échoué et la chronaxie est restée invariablement à 1 σ 1...

On voit par ces exemples l'intérêt qu'offre la recherche de la chronaxie vestibulaire chez des sujets atteints de troubles mentaux ou nerveux : elle permet notamment de suivre l'évolution clinique et de tracer de cette évolution une courbe précise.

Aussi, estimons nous avec MM. Claude, Bourguignon et Baruk que la mesure de la chronaxie vestibulaire et de son évolution mérite de prendre une place parmi les procédés *objectifs* d'observation des psychopathes et des névropathes.

Dr J. Roubinovitch.

« Je ne me dissimule pas que, à première vue l'idée de transfuser du sang pris à un cadavre, peut surprendre et même choquer. Je pense néanmoins, qu'à la réflexion on comprendra l'énorme intérêt biologique et pratique de mes recherches. La transfusion n'est-elle autre chose qu'une *greffe de sang* et n'a-t-on pas déjà essayé de greffer au vivant des nerfs, des tendons, des glandes endocrines, voire même des articulations prises sur les cadavres humains. Certes, j'ai pris du sang à des cadavres qui n'avaient plus rien à perdre. Mais, si j'ai utilisé près de cinquante cadavres dans mes expériences, j'ai sauvé, avec ce sang, la vie de plus de cent malades ou blessés dont beaucoup étaient, sans cela sûrement condamnés. Sauver la vie d'un homme n'est-ce pas la plus belle ambition d'un chirurgien ? (Serge Judine. La transfusion du sang du cadavre à l'homme. Un vol., 1933, Masson, édit.).

Les radiolucites. — Gougerot a défini les radiolucites « Des altérations cutanées produites par les rayons de courte longueur d'onde du soleil, et qui présentent des analogies avec les radiodermites ». Le tableau clinique, ajoute-t-il, en peut varier avec la fragilité acquise ou héréditaire de l'épiderme. Héréditaire, elle est souvent commandée par la syphilis des géniteurs et se révèle alors, après quelques mois d'exposition au soleil. Acquise, elle peut ne se manifester que très tardivement au cours de l'existence. (H. Jausion et F. Pagès. — *Les maladies de Lumière et leur traitement*, 1933. 1 vol. Masson, édit.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1933

Nouvelle contribution à l'étude de l'infection transplacentaire par le virus tuberculeux. — *MM. Couvelaire A. Calmette. J. Valtis, M. Lacomme* et *Van Deinse* avaient démontré en 1926 et 1928 la fréquence du passage transplacentaire du virus tuberculeux de la mère à l'enfant en se basant sur l'examen biologique de fragments de tissus prélevés chez les nouveau-nés au cours d'autopsies.

Dans une nouvelle série de recherches dont ils apportent les premiers résultats ils ont recherche, soit par l'inoculation au cobaye, soit par la culture sur milieu de Löwenstein, la présence de ce même virus dans le sang circulant prélevé par ponction de la fontanelle antérieure chez des nouveau-nes vivants, issus de mères tuberculeuses et séparés de celles-ci dès la naissance.

De l'ensemble de ces recherches, les auteurs concluent :

1° Que le bacille de Koch, sous sa forme normale, peut être retrouvé dans le sang des enfants vivants ; les enfants ainsi infectés ne tardent généralement pas à succomber avec des lésions tuberculeuses macroscopiquement visibles ;

2° Que le passage transplacentaire du virus tuberculeux à l'état d'ultravirus peut être démontre, non seulement chez les nouveau-nés morts (comme l'avaient déjà établi les précédents travaux des mêmes auteurs), mais aussi dans le sang circulant des enfants qui survivent et dont la plupart ne présentent par la suite aucune manifestation clinique de tuberculose.

Il semble même que la survie des enfants ainsi infectés par l'ultravirus soit fréquente, car le seul enfant qui ait succombé dans cette série de recherches était un prématuré de six mois, dont la survie ne pouvait être espérée.

Diathermie hypophysaire. — *M. Marcel Ferrier* lit un travail sur l'action de la diathermie sur la congestion utérine. Il étudie son application au diagnostic et au traitement des fibromes.

L'envahissement ganglionnaire dans les cancers de la verge. — *M. Le Roy des Barres* (de Hanoï),

Anesthésie mixte dans les opérations longues, graves, chez les sujets très déficients. — *MM. Victor Pauchet* et *Hirchberg* se sont attachés, surtout, dans ces dernières années, à l'anesthésie locale, pratiquée sur une grande échelle, Ils ont eu recours souvent à la rachi-anesthésie.

Chez les sujets déficients, deprimés ou shokés, la R. A., quel que soit le procédé employé, a donné souvent des inquiétudes. L'anesthésie locale, parfois, a nécessité une dose toxique et dangereuse par sa quantité, bien que sans accidents sérieux. Toutefois, dans des cas très graves, les auteurs ont vu le malade succomber quelques jours plus tard, par amoindrissement général, sans que la quantité exagérée de toxique absorbé ait pu être accusé.

Les auteurs ont observé récemment encore, deux cas spécialement graves de chirurgie abdominale chez des sujets obèses et anémiques : un cancer du côlon ascendant ; un cancer du côlon descendant avec adénopathie et envahissement d'une anse grêle voisine.

Voici la technique anesthésique qui fut employée pour ces deux malades :

Infiltration locale des tissus cutanés et musculo-aponévrotiques, avec une solution faible de novocaïne à 1 p. 150 ou 200. L'anesthésiste reconnut chez eux un état sympathicotonique, nécessitant une injection sous-cutanée de salicylate d'ésérine, qui a l'avantage de transformer le sujet en vagonotique et diminue ses réflexes, d'où résolution musculaire et silence abdominal.

Pendant toute l'intervention, quand le sujet cessait de respirer, l'opérateur donnait une dose minime de balsoforme (mélange de Schleich et de goménol) et provoquait la respiration à l'aide d'acide carbonique (Thalheimer). Ainsi, chez ces deux sujets gras anémiques et déficients, il n'y a eut ni shock, ni complication post-opératoire.

Le nombre des procédés anesthésiques est considérable ; la combinaison de plusieurs d'entre eux, réduits à des doses infinitésimales, permet de faire subir, aux patients fatigués et dans un état grave, une opération délicate, sans qu'ils en éprouvent le moindre shock.

L'absence de la douleur et du réflexe pharyngien. — *M. Caplesco.*

Charles Patin (1634-1693). *M. Castiglioni.*

L'orientation de la pensée médicale contemporaine considérée du point de vue historique. — *M. Castiglioni.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1933

Purpura hémorragique. — *M. Grégoire* rapporte un travail de *MM. Benhamou* et *Duboucher* (d'Alger). Ceux-ci ont observé un cas d'hémogénie caracterisé par des métrorragies abondantes. Celles-ci ont entièrement disparues après splénectomie.

Lithiase pancréatique. — *M. Billaudet* (d'Auxerre). — Rapport de *M. Mocquot.* — Il a observé une femme qui présentait une longue histoire de lithiase biliaire et chez laquelle des douleurs épigastriques inférieures et des troubles digestifs amènent à faire une radiographie. Celle-ci révèle une ombre irregulière, pommelée, situee sur le flanc droit de la première vertèbre lombaire. L'intervention permit d'enlever une vésicule contenant quelques calculs. On sent une grosse masse intrapancréatique que l'on extirpe par décollement rétro-duodéno-pancréatique. Mèche. Guérison sans fistule. M. Mocquot se demande s'il ne s'agissait pas d'une calcification localisée du tissu pancréatique.

Plaie du cœur. — *M. Cunéo* rapporte une observation de *M. Meillère* où il s'agissait d'une plaie de l'oreillette droite par coup de couteau. Après guerison, la radiographie montre une ombre anormale qui se résorbe peu à peu ; il s'agissait d'un épanchement de sang intra-médiastinal.

Diverticule de l'œsophage. — *M. Lenormant* rapporte une observation de *M. Truffert* et ajoute une observation personnelle.

Dans la première, *M. Truffert* reconnaît le diverticule et fait une diverticulopexie. Le fond du verticule se sphacèle, mais la guérison est obtenue en dix-neuf jours. Deux ans après, la malade présente de temps à autre une gêne à la déglutition.

Dans la deuxième, *M. Lenormant* a eu des difficultés opératoires et n'a reconnu le diverticule que grâce à une sonde préalablement passée. Ligature de la base et pexie. Une fistule œsophagienne s'établit peu après, mais ne dure que quelques jours.

M. Grégoire relate aussi une observation personnelle où il eut de grosses difficultés, car le diverticule était sous-musculaire. Il préconise la résection immédiate. Il faut savoir que quelquefois les sutures se désunissent. Le port d'une sonde à demeure par voie nasale suffit à rétablir le passage normal.

M. Sorrel rapporte aussi un cas où une sonde à demeure amena une guérison rapide d'une fistule œsophagienne.

Traitement des varices. — *M. Basset* résume la discussion en cours.

Anesthésie. — *M. J.-C. Bloch* montre combien les statistiques globales sont trompeuses. Il croit que l'anesthésie locale doit être employée plus souvent qu'on ne le fait généralement.

M. Sauvé dit que tous les modes d'anesthésie comprennent une administration de toxique à une dose limite. Une méthode idéale serait celle qui inhiberait les centres nerveux sans les intoxiquer. Aussi l'auteur a-t-il expérimenté l'anesthésie électrique. Cependant, il existe des trémulations gênantes et la marge de sécurité est très faible.

Grossesse extra-utérine. — *M. Abadie* (d'Oran) relate trois cas de grossesses extra-uterines opérées au voisinage du terme. Dans un cas, il extirpe un enfant mort un mois après le terme. La deuxième observation concerne une femme qu'il a opérée au huitième mois : hystérectomie difficile avec Mickulicz. L'enfant malformé a cependant vécu quelques heures.

Le dernier cas concerne une femme qu'il a opérée pour tumeur abdominale, il a enlevé la tumeur avec les anses grêles adhérentes et la trompe gauche. Dans l'intérieur de la pièce, il y avait dans la lumière intestinale des os d'un fœtus à terme :

il y avait communication avec la trompe. On peut dire que la mère avait digéré son fœtus. L'auteur n'a retrouvé qu'un seul cas analogue dans la littérature récente où le fœtus fût éliminé par l'ombilic.

M. Huet rappelle que dans un traité publié vers 1700, il existe des observations analogues.

M. Thiery a vu un cas où il a opéré et trouvé un fœtus mort avec placenta adhérent aux anses grêles.

M. Boppe a opéré une grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant depuis deux ans et où il n'a pas osé décoller le placenta.

Paralysie du plexus brachial. — *M. Boppe* présente un malade à qui il a fait une arthrodèse de l'épaule et une ostéotomie de l'humérus, avec un bon résultat.

Séance du 22 mars 1933

Un cas de rupture traumatique du foie. — *M. Jean Quénu* en rapporte une observation personnelle, traitée par la suture simple au catgut. Guérison après assèchement d'une fistullette biliaire. L'auteur insiste sur les anomalies de son observation ; pouls à 72 et contracture de bois.

Fracture de l'humérus chez les lanceurs de grenade. — *M. Braine* rapporte deux observations communiquées par *M. Baudet* (de l'Armée).

Fracture des apophyses transverses lombaires. — *M. Braine* relate également ces deux observations du même auteur.

Fracture du tibia compliquée de luxation du péroné. — *M. Huart* (de la Marine) consacre un travail sur cette question, qui est rapporté par *M. Martin*. La résection de la tête du péroné a donné dans ces cas d'excellents résultats.

Diverticule du côlon ascendant. — *M. Leveuf* rapporte cette observation de *M. Perrot* (de Genève). Il s'agissait d'un diverticule géant perforé ; la mort survint malgré la résection tentée en pleine péritonite.

Perforation utérine avec incarcération du grêle. — *M. Proust* rapporte deux nouvelles observations, l'une après accouchement au forceps, l'autre après avortement, adressées à la Société respectivement par *M. Tierny* (d'Arras) et *Laquière* (de Paris). Le premier guérit sa malade par entérectomie et hystérectomie.

Poche kystique contenant un fragment pulmonaire. — *M. Proust* analyse cette observation unique, due à *M. Gaudier* (de Lille). Il s'agissait d'un kyste latéro-sternal extrapleural. M. Proust émet l'hypothèse d'une petite hernie pulmonaire secondairement étranglée et ayant ainsi perdu ses connexions.

Abcès des muscles. — *M. Cunéo* en a observé un cas chez un ancien colonial.

M. Picot a observé plusieurs cas de myosite suppurée chez l'enfant. Il est souvent possible, après incision, de suturer *per primam*.

M. Moure rappelle que tout microbe à virulence atténuée peut donner lieu à un abcès présentant tous les caractères cliniques de l'abcès froid tuberculeux. D'où la nécessité d'examens histologique et bactériologiques. Au point de vue traitement, *M. Moure* est partisan d'une courte incision avec drainage.

M. Chevrier a observé un abcès musculaire sus-pubien qui a paru être d'origine mycosique. Guérison très rapide après incision et pansements iodurés,

De l'azotémie post-opératoire. — *M. Robineau* rapporte certaines morts post-opératoires inexpliquées par des perturbations sériques et tissulaires : hyperazotémie souvent très légère et hypochlorurémie parallèle. L'injection de sérum salé hypertonique intra-veineuse en constitue un traitement actif et simple. Il étudie très complètement le mécanisme d'action de cette injection.

G. MENEGAUX.



NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Effets remarquables de la transfusion sanguine dans un cas d'intoxication aiguë par le gardénal

A la Société médicale des hôpitaux de Lyon (31 janv. 1933) MM. Sedallian et A. Chapuy, rapportent l'observation d'une femme de 35 ans qui avait absorbé, dans un but de suicide, le contenu d'un tube de gardénal. La situation semblait désespérée, la malade étant dans le coma depuis 30 heures avec des troubles respiratoires, lorsqu'on pratiqua une transfusion sanguine. Celle-ci eut un résultat absolument remarquable et immédiat : au cours même de la transfusion, la malade sortit de son coma et put parler. Le lendemain, la malade présenta un ictère que les réactions de laboratoire montrèrent de nature hémolytique : cet ictère rétrocéda spontanément et complètement en 48 heures. Les auteurs rappellent deux autres observations lyonnaises comparables et insistent sur les résultats merveilleux de la transfusion dans ce genre d'intoxication.

Essais de traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine

Dans quatre cas de mélancolie, MM. Jean Vinchon et Pierre Bourgeois (*S. de Thér.* 8 février 1933), ont essayé l'hématoporphyrine *per os* à 0,5 pour 100 et en injection (ampoules de 10 c.c. 2 c.c. 3 à 0,2 pour cent).

Ils ont noté une diminution de l'inertie et de l'inhibition motrice ainsi que de la constipation, des sueurs et de l'insomnie dès la première série d'injections. L'amélioration a été suffisante pour permettre la suppression des opiacés et des barbituriques. Dans la dépression psychasthénique, par contre, les résultats ne sont pas appréciables jusqu'ici. Les critères cliniques ont guidé ces premiers essais. Les variations du pH urinaire ont été observées dans un sens favorable. Bien que l'action pharmacodynamique soit encore mal connue, les premiers résultats cliniques montrent que cette méthode est supérieure aux traitements classiques.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le Professeur Hutinel. — M. Babonneix lui a consacré (*Gazette des Hôpitaux*, 25 mars 1933) une notice émue dont voici quelques passages

« Depuis le dernier coup du destin, il semblait avoir repris sa vie. Ses intimes le trouvaient, le soir, attablé à son bureau, en train de répondre, courrier par courrier, aux lettres de condoléances. Il continuait à recevoir des visites. Il allait lui-même porter ses remerciements à tous ceux qui avaient soigné son Jean. Chaque jour, il se rendait au cimetière. L'autre dimanche, il avait passé sa journée à Gretz. Le mardi suivant, il était à l'Académie. A ceux qui lui conseillaient de se ménager, il répondait avec un sourire amer « A quoi bon ? N'ai-je pas trop « vécu ? »

Déjà, il était blessé à mort. Et comment eût-il pu en être autrement ? Qui n'eût été brisé par une telle secousse Son fils frappé, en pleine santé, par un mal mystérieux. Trois semaines d'angoisse. Malgré la science d'Abrami et l'habileté de Marion, le dénouement fatal. Il avait voulu être présent lors de la mise en bière. Le lendemain, il avait assisté à toute la cérémonie funèbre. Au cimetière, il avait essayé de dominer son émotion. Vains efforts ! Elle l'avait terrassé. Spectacle affreux que celui de ce vieillard sanglotant auprès de cette tombe qui, une fois encore, allait se refermer sur l'un des siens ! Le soir, il disait : « Je ne le verrai plus. Je n'entendrai plus ma maison retentir de « ses accents joyeux. Il ne nouera plus, autour de mon cou, ses « bras caressants. Sa pensée ne bercera plus ma rêverie. Et, lors-

« que sonnera, pour moi, l'heure de l'éternel repos, ses mains ne « seront plus là pour me clore les paupières ! »

Tragique existence que celle de ce vieux maître pour qui n'avait jamais compté que la famille et qui, en trente ans, a perdu tous les siens : ses deux aînés enlevés à la fleur de l'âge par une broncho-pneumonie ; sa nièce, enfant charmante et tendrement aimée ; sa femme, à laquelle tous ceux qui ont eu l'honneur d'être reçus rue Bayard gardent un souvenir respectueux ; son dernier fils, Henri, victime, sur la route de Fontainebleau, d'un accident d'automobile ; sa sœur, d'autant plus chérie qu'orphelins, ils s'étaient fraternellement appuyés l'un sur l'autre pour gravir le chemin de la vie. Il ne lui restait que Jean, dont la santé lui avait déjà donné tant de soucis : une première fois quand, en septembre 1914, on avait dû l'opérer d'appendicite ; une seconde, quand, vers juillet 1918, sur le bateau qui le rapatriait du Maroc, il avait été atteint de pneumonie double. Il semblait, le jeune homme, avoir payé sa dette à la fatalité. Et voici qu'il disparaît le premier et que son père n'a plus qu'à reconnaître, avec le poète florentin, qu'« il n'est pas de plus grande douleur « que de se resssouvenir des jours heureux dans le malheur ».

. . . .

Ses dernières joies, c'est à ses petits-enfants qu'il les aura dues. Depuis le tragique événement, il avait reporté sur eux tout son amour. Nul comme lui pour pratiquer l'*Art d'être grand-père*. Il les caressait sans fin, jouait avec eux. Il cachait, dans son armoire, des jouets pour qu'ils aient le plaisir de les y découvrir. Il passait la main dans leur chevelure blonde. Il les faisait sauter sur ses genoux. Pour leur parler, elle s'adoucissait, cette grosse voix un peu rude. Aussi, lors de son agonie, les siens ont-ils eu la touchante pensée de les lui montrer, étroitement groupés à la fenêtre en face de la chambre où il se mourait. Ils agitaient leurs petites mains dans sa direction. Ils lui envoyaient des baisers. Consolante et radieuse vision que ses yeux d'aïeul ne se lassaient pas de contempler, avant de se fermer, pour toujours, à la lumière ! »

Les éditions des Belles-Lettres et l'Association Guillaume-Budé. — Dans *Toute l'Edition* (4 mars 1933), cet interview de M. Jean Malye, par Pierre Langers :

« Avant la guerre, lorsqu'un professeur, un érudit, un simple « honnête homme » voulait lire un grand auteur classique, grec ou latin, dans son texte original, il devait se procurer une édition allemande. Les Allemands détenaient une suprématie incontestée en matière de collections de « textes ».

Aujourd'hui, et fort heureusement, il n'en est plus de même. C'est la France, au contraire, qui fournit l'étranger de bons textes donnant l'état actuel de la science.

Que s'est-il passé ? Il s'est passé que des hommes ont voulu, sur ce terrain, livrer bataille et que leur ténacité, jointe à leur science, leur a permis d'être vainqueurs.

C'est l'histoire de l'Association Guillaume Budé dont la Société d'éditions « Les Belles-Lettres » constitue le puissant moyen d'expansion.

Nous avons demandé à M. Jean Malye, le jeune directeur de la maison du boulevard Raspail, de nous parler d'une initiative à laquelle il consacre toute son activité d'humaniste.

« Pendant la guerre, nous dit-il, un groupe de professeurs et de lettrés s'émurent de ce que l'on devait recourir, en France, pour les études classiques à des ouvrages allemands. Ce petit groupe, dont M. Maurice Croiset, alors administrateur du Collège de France, et son frère Alfred, étaient les animateurs, jeta les bases d'une Association qui fut définitivement constituée à la fin de la guerre et qui, sous le patronage de Guillaume Budé, devait être ouverte à tous les humanistes, qu'ils fussent ou non membres de l'enseignement.

« Le but de l'Association était la publication *scientifique* de textes grecs, latins et français. Il s'agissait de donner, avant tout, des textes exacts et des traductions fidèles. Car, si on peut lire le texte lui-même, c'est le *bon* texte qu'il faut lire, et si on ne le peut pas, c'est la *bonne* traduction qu'il faut avoir.

« Les Collections Guillaume Budé ne contiennent que des *bons* textes, établis par les spécialistes les plus autorisés et des traductions aussi exactes que possible.

— C'est bien ce qui a fait leur succès . . .

— Oui. Notez que nous avons suivi les mêmes règles scrupuleuses dans l'établissement de notre Collection de textes français qui comprend les œuvres complètes des auteurs du XVIe au XIXe siècle. Le même souci nous a guidés dans l'édition que

nous avons entreprise, texte et traduction, des œuvres de Shakespeare.

— En somme, vous avez voulu (et l'on peut dire que vous y avez réussi) développer le goût de la culture classique d'une façon moderne ?

— C'est cela. Pour ma part, j'ai toujours rêvé de travailler à un nouvel humanisme. C'est la culture qui fait l'unité du monde. Elle est la seule base morale et intellectuelle de paix.

M. Malye s'est animé en parlant d'une cause qui lui tient à cœur. Cet ancien universitaire, devenu éditeur, a conscience de remplir une sorte d'apostolat de la pensée, une grande mission spirituelle.

— Nous faisons de notre mieux, conclut-il modestement, avec les moyens encore trop réduits dont nous disposons. Ah ! si nous étions mieux aidés ! Quand donc des industriels, par exemple, comprendront-ils que la culture classique est chose importante, même de leur point de vue ? Quand voudront-ils créer ce fonds de propagande, dont je rêve, pour la défense du livre classique français ?

Souhaitons que le rêve de M. Malye se réalise un jour et que ce jour soit proche. »

Quand les laboratoires deviennent éditeurs ..... De *Toute l'Edition*, hebdomadaire technique, cet article où Arthur K. Griggs signale les heureuses initiatives bibliophiliques de certains laboratoires :

« Les médecins sont gens heureux. Ils connaissent, tout d'abord, le bonheur de nous guérir et s'assurent, de ce fait, en même temps que notre gratitude éternelle ... le règlement, à échéance parfois lointaine, de leurs honoraires.

Puis, pour peu qu'ils soient bibliophiles — et il paraît qu'aucune corporation ne compte autant de ces inoffensifs passionnés — ils ont la joie de voir éditer à leur intention des revues fort bien présentées, où il est aussi peu question de la médecine que possible, des albums d'estampes, des volumes. De ces livres et de ces estampes nous nous occuperons seulement aujourd'hui.

Ce sont les laboratoires de spécialités pharmaceutiques qui font les frais de ces éditions, dont la réalisation technique est confiée à des maisons telles que Devambez, Office d'Editions d'Art, Roger Dacosta, Draeger.

On peut, en examinant ces différents ouvrages, déceler deux tendances nettement distinctes. Il en est, d'une part, qui traitent de sujets ayant un rapport direct avec la médecine et qui par cela même, doivent intéresser tout particulièrement ceux auxquels ils sont destinés. Il en est, d'autre part, qui se recommandent uniquement par leur valeur littéraire ou artistique et qui pourraient figurer dans les collections de n'importe quel amateur de beaux livres aussi bien que dans la bibliothèque d'un disciple d'Hippocrate.

Dans ce genre d'enquête, il est toujours difficile de déterminer d'une manière rigoureusement exacte celui qui le premier eut l'idée de ce genre d'édition.

Il semble que le prix « d'ancienneté », en matière d'édition pharmaco-littéraire, doive revenir au Laboratoire Montaigu pour son volume sur *les Salles de Garde*. Ce recueil, établi par le Docteur Cabanès, rappelle aux médecins les heures dorées de leur jeunesse. Bien que n'ayant été distribuée que le 1er décembre 1917, sa publication était prévue pour le mois d'août 1914. Il contient non seulement des textes d'une valeur documentaire, mais aussi de nombreuses illustrations.

Si les médecins aiment lire, ils ne boudent pas généralement non plus les plaisirs de la table. Aussi auront-ils pris plaisir à l'envoi des Laboratoires de la Passiflorine, qui, par les soins de l'Office d'Editions d'Art, édita, à leur intention, deux élégantes brochures ornées de fines gravures sur pierre d'André Hofer et dans lesquelles le « Prince » Curnonsky célèbre, de son inimitable manière, d'une part *le Bien Manger*, d'autre part *la France, paradis du Vin*.

Encouragée par le succès qui a accueilli ces deux plaquettes, la Passiflorine prépare, nous assure-t-on, un autre volume, consacré aux temples parisiens de la Gastronomie.

Pour leur début dans la carrière d'éditeur, les Laboratoires Deglaude ont été fort bien inspirés. Ils ont fait appel à Paul Reboux, qui a retracé, de sa plume alerte et incisive, les incidents pittoresques du séjour à la cour de Louis XIV de *la Princesse Palatine*. Est-il besoin de dire que l'auteur des biographies si vivantes du Duc de Richelieu et de la Pompadour s'est acquitté de sa tâche à la perfection ? Il s'est fait le chroniqueur malicieux de cette truculente princesse germanique, et son texte se trouve rehaussé des illustrations fines et pétillantes d'esprit d'A. Pécoud. Ce fut Draeger qui réalisa ce volume également honorable pour son auteur, son imprimeur et son éditeur.

Dans l'introduction du volume *Les Goutteux Célèbres*, imprimé par Devambez en 1921 pour les éditions de la Piperazine Midy, le Docteur Bienvenu nous parle de ses publications d'avant-guerre : *La médication anti-goutteuse à travers les âges*, *La lithiase biliaire*, etc ... De ceux-là nous n'avons pu rien voir. Signalons toutefois, parmi ceux que nous avons pu examiner, *De l'empirisme vers la raison*, par le Docteur Mousson-Lanauze, véritable panorama de progrès de la science médicale.

Nous avons parlé tout à l'heure de l'intérêt que présentait, pour l'historien du Vieux Paris, l'ouvrage sur les salles de garde. Ce même amateur se plairait sans doute à feuilleter l'album du Laboratoire Dalloz. *Quelques gravures extraites des Cris de Paris* de Carle Vernet. Ces seize planches fidèlement reproduites en couleurs par l'imprimeur H. Portier sont charmantes à tous points de vue.

Il n'est pas que des écrivains pour avoir collaboré aux éditions patronnées par des laboratoires. Des artistes réputés leur ont aussi donn d'excellentes choses. Il suffit, en guise d'exemple, de citer *Quelques Estampes* de Chimot, éditées par Devambez pour les Produits F. Hoffman-La Roche.

C'est encore Chimot que nous retrouvons, en compagnie, cette fois, de Poulbot, de Guillaume et de Barrère, dans le recueil *Les Médecins*, publié par les laboratoires Cortial.

Les laboratoires L. Longuet ont publié (Devambez, imprimeur) trois plaquettes de ce maître de la petite histoire qu'est le Docteur Cabanès, sur *le Costume du Médecin en France, Des origines au XVIIe siècle, De Molière à nos jours et à l'étranger*. Chemin faisant l'auteur raconte maintes savoureuses anecdotes.

Du même historien, aussi, les trois fascicules de *la Médecine en caricature*.

Pour en finir avec l'apport important du Docteur Cabanès, dans le domaine des éditions des Laboratoires, signalons encore les romantiques *Poitrinaires et Grandes Amoureuses*, distribuées par les Laboratoires Cortial et imprimées par Devambez.

Comment ne pas écouter Sacha Guitry lorsqu'il nous parle de ses *Médecins* ? Son élégante plaquette, imprimée pour les mêmes Laboratoires Cortial par les soins de Roger Dacosta, rassemble sept nouvelles que Sacha Guitry qui taquine avec un égal bonheur tant de muses, a embellies de sa main, de dessins d'une heureuse simplicité.

Dans un ordre d'idées bien différent, mais également digne de tous éloges, aussi bien pour sa présentation que pour son contenu, nous trouvons la plaquette établie par Devambez pour Hoffman-La Roche et Cie : *Et sur des airs anciens faisons un chant nouveau.* Il y a là, présentées parallèlement, des compositions, sur le même sujet, de Girodet et Lucien Boucher, Delacroix et Touchagues, Gustave Doré et Laboureur, etc. Rien de plus cocasse que ces transpositions auxquelles Frantz Funck-Bentano fournit le commentaire nécessaire.

Nous avons cité Lucien Boucher. Voici, signés de lui, les dessins de *La Croix, L'Ancre et La Grenade*, de Pierre Mac Orlan. Encore un volume qui, par son aspect, enchantera l'amateur de beaux livres. Devambez n'a rien négligé pour plaire aux amis du laboratoire de l'Hepatrol et cette relation des exploits de cinq soldats de France, depuis les Croisades jusqu'à la Légion Etrangère, est d une verve exceptionnelle.

C'est également le laboratoire de l'Hepatrol, en collaboration avec Roger Dacosta, qui nous offre les *Incarnations de Madame Bovary*, telles que les ont pu imaginer Odette Pannetier, G. de La Fouchardière, Francis Carco, J. de Lacretelle et J. Sennep.

Pour varier la série de publications offertes à leurs amis, les établissements Hoffman La Roche ont fait paraître un charmant petit album reproduisant six planches de l'artiste japonais Bando, où les amateurs de la peinture trouveront un savoureux mélange de pseudo-naïveté orientale alliée à une connaissance approfondie des techniques européennes.

Gardons pour la bonne bouche les livres, des vrais ceux-là, venus des Laboratoires Martinet. Le *metteur en scène* en est Robert Lang ; les écrivains, Paul Valéry, Louis Barthou, Roland Dorgelès, René Maran.

Les textes ainsi offerts justifieraient l'analyse détaillée que l'on n'accorde qu'aux œuvres d'une valeur exceptionnelle. Nous trouvons là quelques-uns des plus beaux joyaux de cette couronne que les heureux médecins bibliophiles peuvent s'enorgueillir de posséder, grâce aux largesses intelligentes et utiles des laboratoires pharmaceutiques. »

L'ignorance de l'histoire... a le double avantage de supprimer du même coup la tradition et la reconnaissance. (GUARDIA, Hist. Méd.)



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

FONDÉ EN 1873. — N° 14 LE NUMÉRO : 50 Centimes 8 AVRIL 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hommage au Professeur Proust. — A l'occasion de la nomination au professorat du Docteur Robert Proust, ses élèves, collaborateurs et amis lui ont offert un banquet qui a eu lieu le mardi 4 avril 1933, à 20 heures, à l'hôtel Claridge, 74, avenue des Champs-Elysées, Paris.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 29 mars. — Mlle RÉNIER. Les accidents nerveux au cours des insufflations du pneumothorax artificiel. — M. LUCAS. La valeur diagnostique de l'hépatomégalie dans les obstructions cholédociennes.

30 mars. — M. BAMAS. Invagination intestinale aiguë du nourrisson. — M. MOUCHET. Le chylothorax traumatique. — M. JOURDAN. Traitement chirurgical des pleurésies purulentes non tuberculeuses de la grande cavité chez l'adulte. — M. RICHARD. Les lunettes à travers les âges. — Mme PERRIER. Stérilité féminine. — M. CACHERA. L'aéro-asphyxie. Etude physio-pathologique et pathogénique. — M. BROQUIN. Accidents cutanéo-muqueux du barbiturisme et en particulier ceux du véronal, du ruténal et du gardénal ou luminal. — Mlle DEAVER MALTAD. La maladie de Hand-Schüller Christian.

31 mars. — Mlle FAMBARE-GRABOIS. Fonctionnement de la maternité hôpital Saint-Antoine en 1932. — MM. MASSET. Etat actuel du traitement médicamenteux des tumeurs malignes. — M. MISSEL. Contribution à l'étude de la lactation. — M. TOURNAFOND. L'arythmie complète au cours des maladies infectieuses.

Mercredi 29 mars (Thèse vétérinaire). — M. VERDIN. Race tachetée de l'Est en Côte-d'Or.

Vendredi 31 mars. — M. HIPPOLITE. Traitement des plaies par les ferments lactiques. — M. SALLE. Sympathectomie périartériale par agents chimiques chez quelques animaux, et en particulier chez le chien. — M. FOURNIER. Indications techniques et essais d'ostéosynthèse en chirurgie vétérinaire.

3 avril. — M. HERVY. La ponction sous-occipitale. — M. COUVE. Evolutions tuberculeuses au cours de suppurations pulmonaires. — M. CHAUVEAU. Syphilis tertiaire de l'urètre. — M. MOURRUT. Les convulsions de la coqueluche. — M. DAVIDOVICI. Obésité et gestation. — Mlle ROUSSY. Etude de l'étiologie et du pronostic immédiat de la prématuration. — M. CRIJON. Traitement des dermites entérococciques des enfants du premier âge.

4 avril. — M. SOBEL. Cancer de l'oreille. — M. PÉRETON. Etude et traitement des bartholinites chroniques. — Mlle LÉVY. Les réfractions chez les malades atteints de kératite interstitielle. — M. ALIVISATOS. Traitement opératoire des ankyloses non tuberculeuses de la hanche chez l'adulte.

5 avril. — M. DOMAIN. Leucocyto-réaction de la syphilis. — M. PRÉVOST-BOROUILLET. De la sténose pylorique par hypertrophie musculaire chez l'adulte. — M. AKERMAN. Des différents facteurs de transmission des brucelloses humaines. — M. GLAC. Etude de quelques formes atypiques du paludisme. — M. GOTTLIEB. Aperçu de l'hygiène publique et sociale en Roumanie.

PRIX DE THÈSES (1931-1932). — *Médailles d'argent.* — MM. Arnaud, Augier, Azéma, Mme Bash née Montel, Mlles Bizou, Blanchy, MM. Bocquentin, Bouthillier, Burill, Cheymol, Darfeuille, Decourt, Derot, Desoille, Diais, Douady, Durel, Even, Folliasson, Fermoselle y Bacardi, Foulon, Fourès, Frain, Garnier, Goico, Gossart, Gouyen, Guy, Horowitz, Jarrousse, Kaufmann, Kyriaco, Mlle Landowsky, MM. Laurent, Lebourg, Lereboullet, Mlle Lévy, M. Lièvre, Mlle Maire, MM. Martin, Mégnin, Michaut, Motz, Milovanovitch, Ortega, Ou Koang, Padovani, Perrot, Puech,Poumeau-Delille, Schmid, Sèze (de), Sicard, Sigwald, Soulié, Thiébaut, Thivet, Tiffeneau, Valot, Vanier, Vigneron, d'Heucqueville, Weill (A.), Weill (J.), Zadoc-Kahn.

Médailles de bronze. — MM. Aboulker, Alibert, Mlle Aysenstein, MM. Bail, Barrier, Biderman, Bridgman, Mme Bocquentin, MM. Bocquet, Bordier, Bousseau, Candon, Chaillouet, Cotet, Cuvier, Davioud, Decante, Delobel, Dumont, Mme Even née Belthoi, MM. Fayot, Gerolami, Guede, Hebert, Mlle Henry, Mme Jacquin née Chatellier, MM. Jehiel, Labesse, Laguzet, Lardennois, Mme Laur née Handjeri, MM. Laurent, Le Baron, Leven, Lévy (D.), Lubas, Martin (J.), Mathière, Mirallié, Mougin, Nomblot, Mlle Ornano (d'), MM. Perachon, Parlier, Mlle Papaïoannou, MM. Roger, Ronce, Soria (de), Streicher, Mlle Sourdillon, MM. Tran Mink Phüong, Mme Trivas née Morosoff, M. Vaissière, Mlle Versini.

Académie royale de médecine de Rome. — Sur la proposition du Professeur Sanarelli, ancien ministre de l'Instruction publique du royaume d'Italie, l'Académie royale de médecine de Rome, dans sa séance du 25 mars 1933, à l'unanimité des suffrages exprimés, a élu le Professeur Paul Delmas, membre correspondant étranger de cette compagnie savante « en témoignage de haute estime et de grande sympathie pour sa personne et sa remarquable activité scientifique et intellectuelle ».

Assistance publique à Paris. — Le Directeur général de l'Administration a décidé de confier à un assistant de pharmacie le service pharmaceutique de l'hôpital marin de la Ville de Paris à San-Salvadour (Var).

Les anciens internes, pourvus du diplôme de pharmacien ou, à défaut, les internes en pharmacie en exercice (également pourvus du diplôme de pharmacien) désirant poser leur candidature à cet emploi, devront se présenter au bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, avant le mardi 4 avril, dernier délai.

Les avantages attachés à cette situation sont les suivants : Indemnité fixe, 14.000 francs par an ; indemnité de résidence, 2.240 francs ; logement, chauffage et éclairage à titre gratuit ; congé annuel d'un mois (payé) ; nourriture à titre gratuit.

L'assistant, marié, peut, aux lieu et place de la nourriture gratuite, recevoir une indemnité représentative calculée sur le taux de 4.500 francs par an.

Journées prophylactiques de Strasbourg (14-16 mai 1933.) — Les conférences auront lieu au Centre de prophylaxie des maladies vénériennes de Strasbourg.

Dimanche 14 mai : Réunion dermatologique de Strasbourg consacrée à l'étude des intradermo-réactions.

Lundi 15 mai : 1° Conférence de M. le Docteur PAUTRIER sur : Les erreurs à ne pas commettre dans le diagnostic initial

de la syphilis : 2° Conférence de M. le Docteur NICOLAS sur : Le traitement actuel de la syphilis.

Dans l'après-midi seront organisées des visites aux établissements de prophylaxie de Strasbourg.

Mardi 16 mai : 1° Conférence de M. le Docteur PAUTRIER sur : L'organisation de la lutte anti-vénérienne dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ; 2° Conférence de M. le Docteur Louis SPILLMANN sur : Les détails d'organisation et de fonctionnement d'un dispensaire anti-vénérien.

L'après-midi sera consacrée à des visites hospitalières ou à une excursion.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques). — *Chirurgie des annexes du tube digestif.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du foie, voies biliaires, rate, pancréas, glandes salivaires, péritoine), en huit leçons, par M. le Docteur P. LECŒUR, prosecteur, commencera le mercredi 26 avril 1933, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — I. Chirurgie de la vésicule : cholécystostomie ; cholécystogastrotomie. — II. Chirurgie de la vésicule : cholécystectomie. — III. Découverte du cholédoque ; drainage externe. — IV. Sutures du cholédoque : cholédocoplastie. — V. Chirurgie de l'ampoule de Vater : décollement duodéno-pancréatique. — VI. Voies d'abord du pancréas. — VII. Chirurgie de la rate : splénectomie ; voies d'abord de l'artère splénique. — VIII. La gastropexie.

Clinique psychiatrique. — *Cours complémentaire du dimanche matin (Asile clinique Sainte-Anne).* — Le programme des cours est ainsi arrêté pour les dimanches d'avril, mai et juin (amphithéâtre de la clinique) à 10 h. 30.

Le 30 avril, M. Henri EY : Les facteurs affectifs de l'hallucination. — Le 7 mai, M. GENIL-PERRIN : La responsabilité pénale des paranoïaques. — Le 14 mai, M. TRUELLE : Les amoureuses persécutrices. — Le 21 mai, M. Pierre JANET : L'objectivation intentionnelle dans les délires de persécution. — Le 28 mai, M. LEVY-VALENSI : Mentalité primitive et psychopathologie. — Le 11 juin, M. CEILLIER : Le problème de la responsabilité pénale. — Le 18 juin, M. TINEL : Le rôle de l'émotion dans la genèse des maladies nerveuses et mentales.

Hôpital-Hospice d'Orléans. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, sera ouvert aux hôpitaux de Tours, le 21 juin 1933.

Pour tout renseignement, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

Asiles de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Prefecture de la Seine, à Paris, le lundi 29 mai 1933, à 14 heures.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227) de dix heures à douze heures et de quatorze heures à dix-sept heures : du lundi 24 avril au samedi 6 mai 1933 inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (Bureau des établissements départementaux d'assistance) sous pli cacheté et revêtu de leur signature tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par

M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, inséré au *Journal Officiel* du 22 mai 1926 et par le décret du 28 avril 1931, inséré au *Journal Officiel* du 12 mai 1931.

Institut international d'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques. — Une Association internationale, ayant pour objet l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques, vient d'être créée, à Nice. Jusqu'à présent, nous n'avons guère connu, de ces radiations, que leurs effets sonores, lumineux, calorifiques et électriques : mais elles ont certainement bien d'autres effets, puisque leurs perturbations coïncident avec les grands mouvements atmosphériques et telluriques (tempêtes, cyclones, raz-de-marée, éruptions volcaniques, secousses sismiques, etc.). Ces grands mouvements de l'atmosphère et de l'écorce terrestre sont accompagnés ou suivis de pluies, d'inondations, de fortes modifications de la température et des récoltes, de sorte qu'ils sont loin d'être indifférents pour les habitants de la terre.

En outre, les recherches accomplies, depuis quelques années, montrent que les hommes sont directement influencés par ces perturbations. Ainsi, la recrudescence des maladies et des accidents, les morts subites, les suicides, les crimes absurdes, suivent un rythme parallèle aux secousses atmosphériques et telluriques. Les radiations inconnues, au milieu desquelles nous vivons, semblent donc bien avoir une action biologique et pathologique, dont les animaux et les plantes doivent aussi ressentir les effets.

L'objet de l'Association, qui vient d'être créée, est d'étudier ces effets et de rechercher les moyens de noter, de mesurer et d'inscrire ces radiations inconnues, qui échappent, à peu près complètement à nos sens et à nos instruments usuels. L'Association mettra en relations les savants et les chercheurs désireux de connaître ces phénomènes, qui transformeront peut-être, dans un prochain avenir, nos idées sur les causes et le mécanisme de la vie, de la santé, de la maladie et de la mort. Un *Bulletin* sera publié indiquant ou résumant les recherches effectuées dans la plupart des nations. L'Association tiendra, chaque année, des réunions dans des villes différentes. Le siège social a été installé à Nice, en raison de la facilité d'observations que donne l'atmosphère particulièrement claire de cette région (55 journées d'observations solaires et stellaires, en janvier et février 1932).

Pour plus amples renseignements, écrire au président de la Société médicale, 21, quai Verdi, à Nice (France), qui répondra gratuitement à toutes demandes.

Les voyages de Pâques en Provence et sur la Côte d'Azur. — Rappelons que deux voyages médicaux internationaux sont actuellement organisés sous les auspices de la Faculté de Marseille et de la Société médicale du littoral méditerranéen.

Le premier voyage (Provence-Côte d'Azur, programme jaune) se rassemblera à Marseille le lundi 10 avril et parcourra Aix-en-Provence, Saint-Remy, les Baux, Arles, la Camargue et la Crau, Martigues, les Calanques, Cassis, La Ciotat, Saint-Cyr, Les Lecques, Bandol et Tamaris. Après une visite au port militaire de Toulon, le voyage séjournera à Hyères, visitera Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, le Trayas et se terminera à Cannes, le lundi 17 avril.

Le second voyage (Côte d'Azur, programme rose) se rassemblera à Cannes le dimanche 16 avril, et visitera Le Cannet, Super-Cannes, golfe Juan, Vallauris, Juan-les-Pins, Antibes, Grasse et Vence. Après un séjour à Nice, il suivra la route de la Grande Corniche (arrêts à l'Observatoire, à la Turbie et à Roquebrune) et visitera Monte-Carlo, Monaco, Menton, le Grimaldi (laboratoire du Docteur Voronoff), le cap Martin, pour revenir à Nice par Beaulieu, le cap Ferrat, Villefranche et le Mont-Boron.

Ces voyages sont placés sous la présidence de MM. les Professeurs Hartmann (Paris) et Imbert, doyen de la Faculté de Marseille, avec la direction scientifique du Professeur Olmer (Marseille) et du Docteur Georges Baudouin.

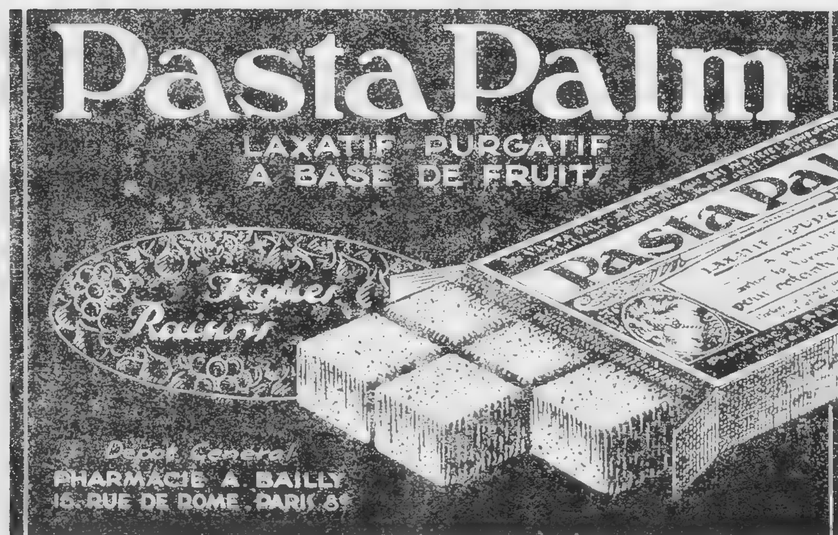
Ces voyages seront, comme de coutume, des plus confortables, l'enseignement et l'agrément y seront assurés avec un soin égal. Le droit d'inscription est de 100 francs. Des permis de parcours à demi-tarif (à l'aller et au retour) seront mis à la disposition des voyageurs. Les membres des familles des médecins

et les étudiants en médecine sont admis. Des excursions facultatives dans les Alpes et en Corse sont prévues à la fin des voyages.

Prière de se faire inscrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi à Nice, afin que la préparation et le bon ordre des voyages puissent être facilement assurés. Le montant de la cotisation est de 1.200 francs pour le premier voyage et de 1.000 francs pour le second.

Nécrologie. — Docteur Bernard Arnulphy, de Nice, décédé dans sa 81e année. — Docteur Benoist, de Pont-Rousseau (Loire-Inférieure), décédé dans sa 62e année. — Docteur Defrisé, de Paris, 87, boulevard Ney (XVIIIe). — Docteur Drevon-Duval (Mme), de Marseille, 41, boulevard Notre-Dame. — Docteur Duliège, de La Bourboule. — Docteur Le Guellaut, de Paris, 50, rue Lourmel (XVe), décédé dans sa 76e année. — Docteur Jouve, de Mirabel-aux-Baronnies (Drôme). — Docteur Emile Lobber, de Faulx (Meurthe-et-Moselle), décédé dans sa 80e année. — Docteur Antoine Linon, maire de Caylus (Tarn-et-Garonne), ancien conseiller général, décédé à l'âge de 72 ans. — Docteur Mouton, de Maroilles (Nord). — Docteur Noël, de Ville-d'Avray (Seine-et-Oise). — Docteur Peignon, de Paris, 126, boulevard Magenta (Xe), décédé dans sa 72e année. — Docteur Paul Scal, d'El-Biar (département d'Alger), décédé à l'âge de 50 ans. — Docteur Jules Trampont, de Lille, décédé à l'âge de 59 ans. — Docteur Charles Bull, de Londres, chirurgien consultant de l'hôpital Saint-Georges. — Sir Thomas Gallwey, de Londres, décédé à l'âge de 81 ans. — Docteur Hunt Stewart, de New-York, chirurgien du Knickerbocker-Hospital, le plus grand hôpital du monde pour les varices. — Professeur Fabrizio Padula, de Naples, chirurgien. — Docteur Ondrey Schrutz, décédé à Prague, professeur d'histoire de la médecine et d'épidémiologie à l'Université de Charles, il était l'auteur d'une *Histoire de la médecine*. — M. Marcel Gestin, chevalier de la Légion d'honneur, fondateur et président depuis 1912 de la Société française de bienfaisance de Leysin.

« Le bon spécialiste est celui qui est spécialiste par surcroît ». (Gaucher. — Cité par le Professeur Sergent *in* Apologie de la clinique).



◆◆

BIBLIOGRAPHIE

Autour du Régent (1674-1723), par Maurice SOULIÉ. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 8 gravures hors texte : 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'époque de la Régence, malgré sa brièveté, est une des plus importantes de l'Histoire de France, parce qu'elle marque la fin d'un ancien état social et le commencement d'un nouveau. C'est l'aube des temps modernes, soixante-dix ans avant l'aurore flamboyante de la Révolution.

Dans son ouvrage : *Autour du Régent*, M. Maurice Soulié s'est attaché à tracer, plutôt qu'un récit chronologique des événements, une série de croquis des mœurs politiques et sociales de cette époque de renouvellement qui évoque constamment la nôtre.

La personnalité du Régent, suivie depuis les dernières années du règne de Louis XIV, alors qu'il n'était encore que duc d'Orléans, la domine. Aucun chef d'État ne fut plus magnifiquement doué. Sa liberté, sa pénétration et sa justesse d'esprit, ses dons artistiques et sa curiosité intellectuelle, sont d'autant plus surprenants qu'ils contrastent avec son éducation dans un milieu de théocratie étroite. Il ne lui a manqué que des principes de gouvernement ; mais en politique, n'est-il pas aussi sage de se conformer aux événements que de vouloir les mener ?

Dans son ombre, le cardinal Dubois, son précepteur et son conseiller, fut malgré ses faiblesses trop humaines, un de nos plus grands ministres, restaurateur de la paix. Jean Law, financier génial mais faible de caractère complète la trinité des animateurs de la Régence.

Autour d'eux évolue une galerie de personnages, hommes et femmes, brillants, libertins, excessifs et déréglés comme leur époque. Leur liberté de mœurs s'exprime en paroles et en chansons, avec une crudité de langage qui donne la vraie physionomie de cette première moitié du XVIIIe siècle, encore rude, jusqu'à ce que Mme de Pompadour l'ait teinté de sa grâce légère.

Henri IV (1553-1610), par Georges SLOCOMBE. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 8 gravures hors texte : 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'étude de Georges Slocombe : *Henri IV*, retrace d'abord à grands traits en une fresque saisissante, les luttes religieuses qui ont préludé à l'enfance du roi de Navarre et reconstitue l'atmosphère dramatique dans laquelle s'est déroulée la jeunesse aventureuse de ce prince.

Puis c'est la lente et laborieuse conquête du royaume de France par « ce roi sans trône » appelé inopinément à cette situation délicate. L'auteur nous montre tout ce que Henri IV dut déployer de bravoure, de sang-froid, de souple ténacité, de sens politique, de hardiesse et de prudence, à la fois comme homme de guerre, comme diplomate et comme chef d'un État profondément divisé.

C'est enfin le triomphe des éminentes qualités d'administrateur qui ont valu au prince le nom de Grand, en rétablissant la paix à l'extérieur et à l'intérieur, en restaurant son royaume aux trois-quarts ruiné et en s'attachant le cœur de ses sujets par les traits charmants de son caractère.

La tendance de la plupart des biographes de nos jours est de rapetisser, de dénigrer le personnage qu'ils étudient, de nous montrer surtout ses petits côtés et ses faiblesses.

Georges Slocombe, lui, ne ménage à son héros ni la sympathie, ni l'admiration et c'est ce qui fait un des grands charmes de cette œuvre, une des plus enthousiastes qui aient été consacrées au plus populaire des rois de France.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement, un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 mars 1933 : G. Germain de Montauzan : Les druides, le gui sacré et l'autel de Paris. — P. Moreau ; Les origines littéraires de la France contemporaine (III) : La « fin d'un monde ». — A. Puech : Etude littéraire de quelques dialogues de Platon (V) : Le Phèdre. — H. Hannette : La légende de la « Morte vivante » (X.) — Ch. Cestre : Alexis de Tocqueville, témoin et juge de la civilisation américaine (IV) ; les libertés commerciales, fondement de la démocratie américaine. — A. Bornecque : Tite-Live (VII) : Les sources ; conséquences entraînées par la façon dont il les consulte. — L. Rudrauf : Une nouvelle théorie de l'alternance des rimes masculines et féminines dans la poésie française.

Dans le Secteur de Douaumont (25 octobre-2 novembre 1916), par le Médecin-Commandant André DREYFUSS. Extrait des Archives de médecine et de pharmacie militaires. Charles Lavauzelle, 1932.

Des lignes précises, sincères, objectives d'un praticien très cultivé qui, héroïque à Verdun, continue de se battre aujourd'hui contre les rigueurs pathologiques de l'extrême-sud algérien.

Nous sommes loin de la littérature mensongère qui ravage et l'Allemagne et la France.

Si terrible que soit le sujet, il est bon de lire cela parce que *cela c'est la vérité* et non la fiction inventée pour forcer l'attention ou servir des intentions politiques.

La vérité, rien que la vérité, voilà le mérite de cet opuscule, comme c'est celui de Voivenel dans ses souvenirs de guerre publiés par la revue toulousaine : l'*Archer*.

W. K.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement des Paralysies radiales consécutives aux fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus

Par MM.

Louis BERGOUIGNAN d'Evreux, Ancien interne des hôpitaux de Paris.

et

André GAUDICHON de Pacy, Chirurgien adjoint de l'Hôpital de Pacy-sur-Eure.

Beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense habituellement, les paralysies radiales compliquent souvent les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

a) Immédiates, elles peuvent être dues à une simple contusion du nerf, et, dans ce cas, les symptômes sont le plus souvent frustes et légers.

Elles peuvent au contraire être plus sérieuses, et dues :

— soit au soulèvement du nerf par le fragment supérieur déjeté en avant et en dehors ; le radial se trouve alors tendu sur l'extrémité inférieure de la diaphyse comme une corde de violon sur son chevalet ;

— soit à la section partielle ou complète du nerf, blessé par une esquille ou un fragment osseux.

b) Les paralysies secondaires apparaissent au cours de la période de réparation de la fracture, dans un délai très variable, de dix jours à deux mois, et même plus, après l'accident.

Le nerf peut être progressivement soulevé par la formation d'un cal exubérant ; mais souvent aussi, il s'engage et se coince dans une fissure, ou bien encore, il est peu à peu englobé dans le cal qui l'entoure, et le comprime, le déformant et diminuant son calibre dans des proportions importantes (observation personnelle).

C'est à cause de ces mécanismes essentiellement différents que les indications thérapeutiques sont souvent difficiles à poser, et que, tant pour les paralysies immédiates que pour celles survenant plus tardivement, le problème de l'intervention ou de l'abstention opératoire est discuté.

Aussi, nous appuyant sur quelques travaux récents, et sur une observation personnelle, allons-nous essayer de préciser les indications respectives de l'intervention chirurgicale, ou des traitements non sanglants.

I) Paralysies immédiates

Le traitement de la paralysie par contusion simple du nerf est facile. Ici, les signes cliniques sont légers, réduits au minimum ; un peu d'engourdissement et de fourmillements, des phénomènes paralytiques parcellaires et dissociés, des troubles sensitifs inexistants ou insignifiants, enfin — si on peut les rechercher — des réactions électriques favorables, sont autant de symptômes qui commandent l'abstention.

La fracture sera correctement réduite, le territoire nerveux sera soigneusement surveillé pendant la période de réparation, car on a parfois noté une aggravation des accidents et l'apparition de signes de névrite. Mais, dans la règle, et en quelques jours, tout rentrera dans l'ordre, et, au moment de l'ablation du plâtre, les phénomènes paralytiques auront complètement disparu.

Les paralysies dues au soulèvement du nerf par un fragment posent un problème beaucoup plus difficile.

Théoriquement, en effet, une réduction immédiate et correcte de la fracture, faisant cesser la cause, ferait cesser l'effet. Mais comment savoir, devant une paralysie radiale totale, comme c'est la règle même si la continuité nerveuse existe encore, quel est l'état du nerf ? Celui-ci est-il simplement soulevé par un fragment ? Est-il au contraire sectionné, et dans ce cas, la section est-elle totale ou partielle ? Il est pratiquement impossible de répondre par la clinique à ces questions, et c'est pourquoi la seule méthode logique de traitement est ici, à notre avis, l'intervention sanglante.

On pourrait peut-être objecter à cela qu'en cas de soulèvement du nerf par un fragment, une simple réduction eut été suffisante ; qu'il faut donc réduire la fracture, faire une vérification radiographique, et attendre. Mais si le nerf est plus ou moins entamé dans sa continuité, ne fera-t-on pas perdre un temps précieux au blessé ?

Les résultats d'une suture tardive seront à coup sûr moins bons que ceux d'une intervention faite dans les heures qui suivent l'accident. Et d'autre part, les manœuvres de réduction ne risqueront-elles pas de compléter une section jusqu'alors partielle ?

L'immense majorité des auteurs est d'ailleurs d'accord sur ce point, et, devant une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, compliquée immédiatement de paralysie radiale franche, l'intervention sanglante est la règle.

Augé a communiqué le 18 mars 1932 à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, une observation intéressante à ce point de vue, et dont voici le résumé :

« Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Paralysie radiale immédiate. Réduction non sanglante de la fracture et immobilisation. Un mois après, aucune amélioration. On fait alors vingt-cinq séances d'électrisation qui n'amènent aucun résultat, et des troubles trophiques s'installent. On intervient alors chirurgicalement, et on trouve le nerf inclus dans un tissu fibreux, et soulevé par un massif osseux : libération ; retour à la normale en quatre mois environ. »

Il est permis de penser que, si la réduction avait été faite à ciel ouvert, on aurait obtenu plus rapidement un résultat fonctionnel favorable.

Il faut donc intervenir immédiatement, en cas de paralysie radiale à symptômes nets et précis.

Les lésions étant sous le contrôle de la vue, on se bornera, en cas de soulèvement, à réduire avec prudence la fracture ; et on ne manquera pas de faire un examen soigneux du nerf sur tout son pourtour.

La section partielle ou totale commandera, bien entendu, une suture, et, dans l'ensemble, les résultats fonctionnels ultérieurs seront excellents.

II) Paralysies secondaires

Voici comment se pose le problème :

Une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, sans paralysie radiale immédiate, a été réduite et immobilisée. La radiographie a montré que la réduction était correcte, tout semblait aller pour le mieux.

Puis, soit au cours de la période d'immobilisation, souvent aussi quelque temps après l'ablation de l'appareil, le blessé ressent quelques fourmillements et une faiblesse progressive de la main. En quelques jours, parfois en quelques heures, la paralysie radiale s'est constituée.

Quel traitement appliquer ?

Ici deux thèses sont en présence : abstention, ou intervention. Nous allons passer en revue les arguments fournis par les partisans et adversaires des deux méthodes.

1° *Les partisans de l'abstention*, tout au moins immédiate, sont nombreux.

Broca, dans son traité de chirurgie infantile, estime qu'en cas de paralysie secondaire, il faut avant tout faire une radiographie. Si l'on trouve un gros déplacement des fragments, il faut opérer vite. Mais le plus souvent, on note une réduction correcte, et un cal plus ou moins exubérant. Broca conseille d'attendre alors très longtemps, trois mois, quatre mois, et plus, car, surtout chez l'enfant, le cal se résorbe, et les phénomènes nerveux guériront d'eux mêmes.

Lecène et Leriche, dans leur traité de thérapeutique chirurgicale, et s'appuyant sur une importante statistique de Dean Lewis et Edwin Muller, sont également d'avis d'attendre une guérison spontanée « qui est possible, mais non certaine ». En particulier, dans tous les cas peu nets, où les signe de paralysie sont plus ou moins dissociés, où ils ne sont pas au complet, ces auteurs conseillent d'attendre trois ou quatre mois avant d'intervenir, en se bornant à électriser et à masser les muscles.

Et récemment, Liber, a publié dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille* (24 janvier 1932) une observation qui tendrait à donner raison aux abstentionnistes.

En voici le résumé :

Enfant de 12 ans. Fracture sus-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus. Aucune lésion nerveuse immédiate. Réduction. Immobilisation sous plâtre pendant dix-huit jours. Pas de paralysie au moment où on enlève le plâtre. Mais vingt-huit jours après la fracture, paralysie radiale typique.

Traitement par électrisation galvanique, et disparition des phénomènes nerveux en quarante jours environ.

Et Liber fait suivre son observation des commentaires suivants, qui résument d'ailleurs parfaitement les arguments des abstentionnistes : les paralysies radiales secondaires sont exceptionnellement dues à l'englobement du nerf par un cal exubérant. (Jaboulay déclarait ne l'avoir jamais vu). Elles sont dues le plus souvent au tiraillement du nerf ou à son soulèvement par le cal. Or, comme, surtout chez l'enfant, des cals énormes fondent avec rapidité, il ne faut pas se hâter d'intervenir, car les accidents sont le plus souvent temporaires, et guériront par la simple électrisation du nerf. Si, au bout de quelques mois, on n'obtient aucune amélioration, il sera toujours temps d'intervenir et de libérer un nerf englobé dans le cal.

2° Mais les arguments des *partisans de l'intervention précoce*, aussitôt l'apparition des phénomènes nerveux, sont, croyons-nous, plus solides, et doivent faire pencher la balance de ce côté.

En effet, tant que l'on n'a pas le nerf sous les yeux, au cours de l'intervention chirurgicale, on est incapable de savoir s'il est comprimé ou simplement soulevé par un cal. Et nous ne pensons pas qu'un nerf puisse être comprimé pendant des mois, au point de voir parfois son calibre réduit des 9/10es, sans subir une altération profonde.

N'aurait-on pas alors les plus grandes chances d'obtenir une récupération fonctionnelle totale par une intervention précoce ? Celle-ci ne fait courir aucun risque au blessé ; elle permet de juger exactement du degré des lésions, d'abraser un cal trop exubérant, de dégager le nerf d'un tunnel osseux ou fibreux ; elle permet enfin de séparer par un lit musculaire le nerf du foyer d'ostéogénèse, et d'éloigner ainsi toute crainte pour l'avenir.

Voici quelques observations à l'appui de cette thèse :

Bianchetti, de Domodossola (*L'Ospedale Maggiore di Novare*, mai 1931), opère pour une paralysie radiale survenue un mois après une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le nerf s'engage dans un véritable tunnel formé par le cal qu'il faut sculpter sur une longueur de 4 centimètres. Le nerf, œdématié en amont et en aval, est au contraire extrêmement aminci dans son trajet intra-canaliculaire. Séparation du nerf et du foyer par un lambeau musculaire. Récupération fonctionnelle totale.

Benso (*Minerva Medica*, 24 novembre 1931) est intervenu six fois pour des lésions du radial au cours des fractures de l'humérus.

Deux libérations précoces ont donné un résultat parfait en deux mois.

Trois libérations tardives, faites de deux à quatre mois après le début de la paralysie, ont également donné de bons résultats, mais la récupération a été très lente, jusqu'à un an après l'apparition de la paralysie.

Une suture tardive a donné un résultat nul.

Voici enfin une observation personnelle :

B..., 7 ans, se fait à la suite d'une chute, le 7 août 1932, une fracture sus-condylienne de l'humérus gauche, avec gros déplacement. Il n'y a à ce moment aucun trouble nerveux. Réduction immédiate et immobilisation (Gaudichon). Bon résultat vérifié par la radio. Ablation du plâtre le 29 août, la fracture est consolidée. Il y a déjà quelques mouvements dans le coude, et aucun trouble nerveux.

Le premier septembre apparaissent quelques fourmillements, une légère perte de force de la main, et en cinq jours, il y a une paralysie radiale complète au point de vue moteur (au-dessous du long supinateur), partielle au point de vue sensitif.

Le 9 septembre, intervention (Bergouignan et Gaudichon). Longue incision suivant la gouttière bicipitale externe. On va chercher le nerf le plus haut possible, et dès qu'on l'a trouvé on le suit en descendant. Son aspect est normal. Brusquement, il disparaît dans un tunnel formé par le cal, un peu au-dessus de l'épicondyle. Libération prudente du nerf qui est réduit à l'état d'un mince fil pendant 3 centimètres environ, puis reprend son calibre normal. On régularise à la gouge la surface osseuse que l'on tapisse d'un lit musculaire sur lequel reposera le nerf. Suites opératoires simples.

Le 12 octobre, soit quarante-deux jours après l'apparition de la paralysie, et trente-trois jours après l'intervention, la fillette fait quelques mouvements en se réveillant ; et, en quinze jours environ, tous les troubles moteurs et sensitifs ont disparu, la récupération est complète.

Ce résultat nous a d'autant plus frappé que les lésions nerveuses étaient très importantes. Et l'on se demande ce que serait devenu le nerf, si l'on avait attendu plusieurs mois, ou même plusieurs semaines avant d'intervenir.

En présence d'une paralysie radiale secondaire, l'intervention chirurgicale doit être, à notre avis, systématiquement indiquée. Nous n'oserions pas, pour notre part, faire courir au blessé le risque important d'une infirmité définitive, et cela pour lui éviter une intervention chirurgicale sans danger, d'exécution facile et rapide, et qui permet de supprimer immédiatement la cause d'attrition du nerf.

La sécrétion interne des tissus embryonnaires dans le traitement des cardiopathies

Par le Docteur N. E. ISCHLONDSKY (Paris)

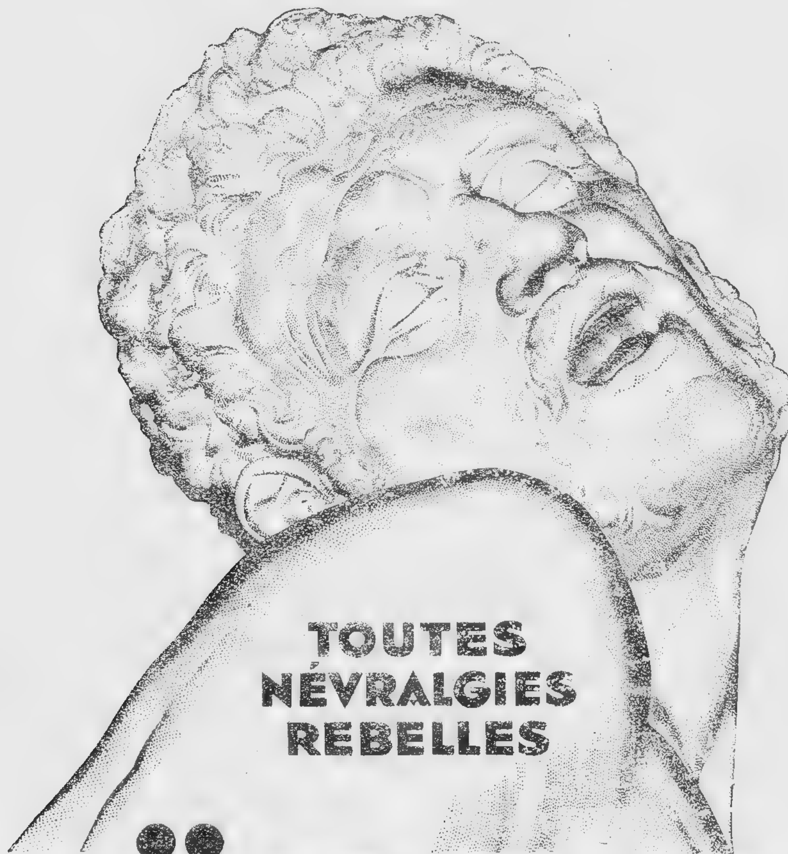
La thérapeutique médicamenteuse des maladies du cœur est, on le sait, essentiellement *symptomatique*. Si elle acquiert une importance certaine dans les cas aigus, par exemple dans les *décompensations* déterminées par des lésions mitrales, elle perd de plus en plus de cette importance dans tous les cas chroniques, et, notamment, dans les affections du myocarde qui constituent sous beaucoup de rapports le point central des troubles cardiaques. Dans ces derniers cas, les divers toni-cardiaques, la digitaline incluse, sont des palliatifs de valeur relative et à action passagère.

Le même rôle secondaire doit être attribué à l'opothérapie cardiaque. D'ailleurs, l'effet thérapeutique de cette dernière, même passager, est très douteux.

Au point de vue théorique, l'opothérapie cardiaque dérivée typique de la conception de « substitution » qui domine toute l'opothérapie moderne, est dénuée de fondement scientifique, fait que j'ai analysé ailleurs en détails (1).

La thérapeutique dont il est question dans le présent exposé a révélé son importance en tant que traitement des troubles cardiaques plutôt fortuitement au cours de recherches consacrées à un autre problème. Parallèlement

(1) N.-E. ISCHLONDSKY. — La sécrétion interne des tissus embryonnaires et le traitement des troubles endocriniens. *Revue de Pathologie comparée*, 1932.


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

au développement de ces recherches, leur importance pour la thérapeutique de divers troubles cardiaques s'est accrue de plus en plus, jusqu'au moment où elle a permis de parler d'une thérapeutique causale à des effets spécifiques.

Quelques mots sur l'origine de ces recherches.

J'étais en train d'étudier (1921-1927) le problème de la régénérescence dans des conditions physiologiques (sénilité).

Vers la fin de 1924 je réussis à isoler des tissus embryonnaires, plusieurs substances manifestant une action stimulatrice et régénératrice sur l'appareil endocrinien ainsi que sur d'autres appareils physiologiques de l'organisme vieilli.

J'ai décrit la technique de l'isolement des substances stimulatrices embryonnaires dans une monographie spéciale à laquelle je renvoie le lecteur (1).

Ici je me contenterai d'indiquer les traits essentiels de la méthode appliquée, se réduisant à l'extraction de la pulpe des tissus embryonnaires par des solvants organiques insolubles dans l'eau, à l'élimination minutieuse des graisses, des acides gras libres et des autres corps accessoires de nature lipoïde et à la purification du liquide incrétoire par filtration à froid à des températures de plus en plus basses, ce qui permet d'écarter les fractions inactives et nocives.

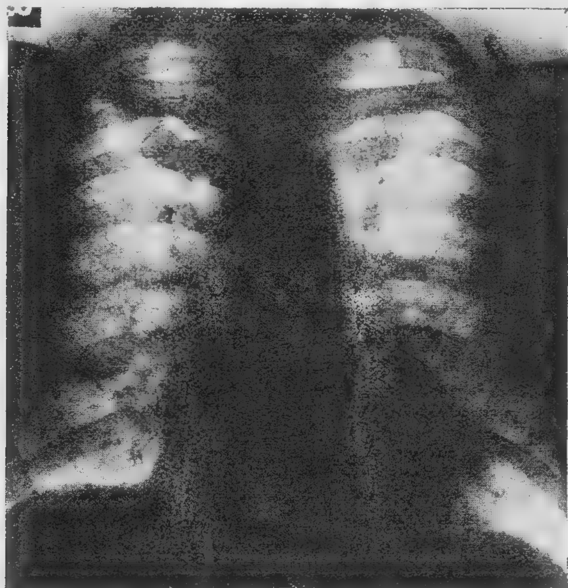


Fig. 1. — Radiographie du cœur et des poumons de G. K. avant le traitement incrétoire.



Fig. 2. — Radiographie du cœur et des poumons de G. K. après la traitement incrétoire.

Etudiant systématiquement l'action physiologique des substances isolées dans les cas de débilité sénile, j'ai été dès le début, impressionné par l'effet que l'incret embryonnaire produisait sur le muscle cardiaque de l'organisme vieilli.

Dans une communication préliminaire parue dans le *Progrès Médical* (2), j'ai cité plusieurs exemples très instructifs sous ce rapport. Depuis lors la documentation clinique concernant l'action de l'incret sur le myocarde insuffisant s'est accrue énormément et la nature même de cette action a paru sous un jour différent.

Des observations systématisées ont montré que l'incret embryonnaire isolé agissait non seulement sur l'insuffisance cardiaque provoquée par l'âge et portant, pour ainsi dire un caractère *secondaire*, dépendant de la débilité et de la défaillance générale, mais aussi dans tous les cas où l'insuffisance organique du muscle cardiaque, notamment, sa dégénérescence, n'avait aucun rapport avec la sénilité, c'est-à-dire présentait un symptôme morbide indépendant, observé chez de jeunes sujets.

Bien plus, le mécanisme de l'action incrétoire s'est montré le même dans les cas d'insuffisance cardiaque *sénile*, d'une part, et de défaillance cardiaque « *non sénile* » d'autre part, fait qui est d'une grande importance théorique, pour le problème de la régénérescence en général.

L'effet de l'incret sur l'état du cœur a pu être suivi méthodiquement à l'aide de radiographies dont je citerai un certain nombre en tant qu'exemples.

Passant à la description des effets particuliers, produits par l'incret embryonnaire sur la fonction cardiaque, je remarquerai tout d'abord que dans la grande majorité des cas observés il s'agissait d'une dégénérescence du myocarde très avancée.

Je citerai quelques cas classiques de cette catégorie, démontrant avec netteté l'action régénératrice de l'incret embryonnaire sur le cœur sénile insuffisant (1).

M. G. K..., âgé de 59 ans.

Troubles : essoufflements, lassitude, fatigues fréquentes, maux de tête, bourdonnements d'oreilles, pouls faisant souvent défaut, insomnie, enflure fréquente des jambes.

Antécédents : Le malade descend d'une famille saine. Il a eu les maladies infantiles courantes. A l'âge de 20 ans, il a eu la blennorragie. Le malade est un grand buveur.

Etat du malade le 26 janvier 1930 : Homme de haute taille (1 m. 78), de forte corpulence (101 kgr.). Face blafarde et boursoufflée, muqueuses cyanotiques, cage thoracique en position d'inspiration très marquée, bombée. Abdomen très proéminent et tombant. Cœur : la matité du cœur à gauche déborde de deux centimètres la ligne mamelonnaire, et à droite d'un centimètre la ligne parasternale droite. La matité de l'aorte augmentée. Les bruits du cœur modifiés, faibles, irréguliers (tous les 3 4 battements : extrasystole) ; souffles systoliques et diastoliques. Pouls dur, filiforme, creux, faisant défaut. Fréquence : 40 à 50 pulsations à la minute. Au moindre effort physique (trois flexions du genou) accroissement de l'irrégularité du pouls. Tension artérielle : 21 Mx. — 10 Mn. (en position couchée).

(1) « Sécrétion interne et Régénérescence. Essais expérimentaux, cliniques et biologiques généraux sur les phénomènes de régénérescence dans des conditions physiologiques (sénilité) et pathologiques ». G. Doin, éditeurs, Paris.

(2) N° 18 du 4 mai 1929.

(1) Il me serait impossible dans le cadre de cet article de décrire toutes les observations effectuées, ni de m'arrêter à tous les détails concernant ces cas particuliers. Je renvoie le lecteur pour plus amples informations à ma monographie citée plus haut.

◆◆◆

Poumons : respiration faible, bruit respiratoire rude, fréquence au repos : 28 mouvements respiratoires par minute, tympanisme léger.

Abdomen : le bord inférieur du foie se trouve à 3 cm. au-dessous des côtes. Le tissu tendu, pas douloureux.

Jambes très œdématiées. Pieds plats.

Résultat de l'examen radiographique : Radiographie du cœur de M. G. K... exécutée le 28 janvier 1930 (1) : Dilatation du ventricule gauche et de l'oreillette droite. Dilatation de l'aorte, adhérence du péricarde du côté gauche.

Dimensions :

Aorte :	Diamètre	transversal	7 cm.
«	«	longitudinal	10 cm. 1
Cœur :	Diamètre	transversal	15 cm. 6
«	«	longitudinal	16 cm. 7

Diagnostic : adiposité générale du cœur, dégénérescence du myocarde et dilatation du cœur, dilatation de l'aorte, insuffisance cardiaque, asthme cardiaque, insuffisance valvulaire, fonctionnelle, artério-sclérose.

Thérapeutique : 22 injections de l'incret embryonnaire isolé ont été pratiquées dans le courant de huit semaines.

L'état du malade a changé sensiblement, tant au point de vue subjectif qu'objectif, déjà après la quatrième injection. Le sommeil, la digestion et le bien-être général ont subi une amélioration essentielle. Les sensations de fatigue ont diminué, et le malade, a pu après trois semaines de traitement, reprendre ses occupations. La matité du cœur a diminué progressivement avec le traitement, ainsi que celle de l'aorte. Les bruits du cœur sont devenus plus forts et plus nets, les souffles se sont atténués, les irrégularités moins prononcées, les pulsations plus vigoureuses et plus amples. Leur fréquence a atteint 60 à la minute, la tension artérielle s'est abaissée à 17 Mx — 9 Mn. (Examen du 12 février 1930).

Résultat de l'examen radiographique pratiqué le 30 septembre 1930. Radiographie comparative de M. G. K... du 30 septembre 1930.

Dimensions :

Aorte :	Diamètre	transversal	6 cm. 9
«	«	longitudinal	10 cm.
Cœur :	Diamètre	transversal	15 cm.
«	«	longitudinal	16 cm.

En comparaison avec les résultats de l'examen du 28 janvier 1930, les constatations suivantes doivent être faites :

1° Disparition de l'adhérence du péricarde ;

2° Diminution du diamètre transversal de 0 cm. 3.

(1) Radiographie pratiquée par l'anc. Institut Bücky, de Berlin, chef Docteur Strauss.

Les rapports de l'Institut radiologique, cités plus haut et les radiographies jointes (*fig.* 1 et 2) illustrent l'influence remarquable de l'incret sur le cœur sénile insuffisant. Il est intéressant de constater sur les mêmes radiographies, l'amélioration considérable de la ventilation des poumons.

M. R. S... âgé de 72 ans.

Troubles : essoufflement continu, s'accroissant au moindre effort physique, engourdissement, insomnie, crises pénibles de transpiration pendant la nuit, diarrhées fréquentes (dix à quatorze selles par jour), douleurs dans les jambes, dues à la goutte et à la thrombose des veines.

Antécédents : hérédité sans reproches. Le malade a fait de nombreuses maladies dont quelques-unes persistaient pendant des années ou même des dizaines d'années : sciatique, ulcère de l'estomac. Varices et thrombose des veines.

Etat du malade le 13 janvier 1930. Inspection : 1° Peau flasque et blafarde, teint cyanotique ; muqueuses violacées, langue saburrale ;

2° Cage thoracique en position d'inspiration très marquée (essouflement permanent), sternum enfoncé à la partie inférieure, fosses supra-claviculaires saillantes (extension emphysémateuse de la partie supérieure des poumons) ;

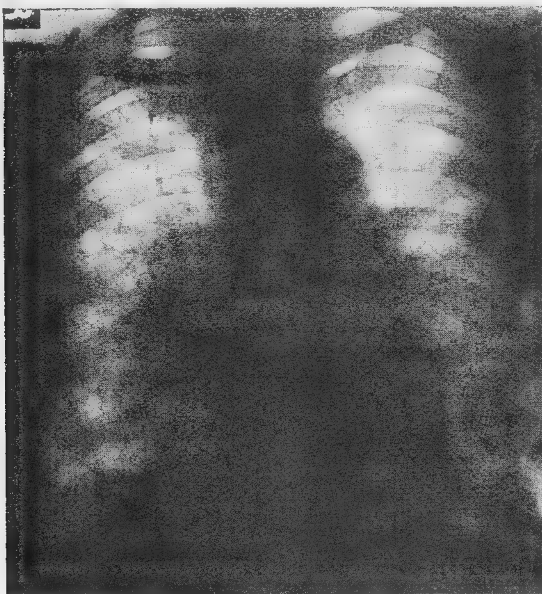


Fig. 3. — Radiographie du cœur et des poumons de R. S. avant le traitement incrétoire.

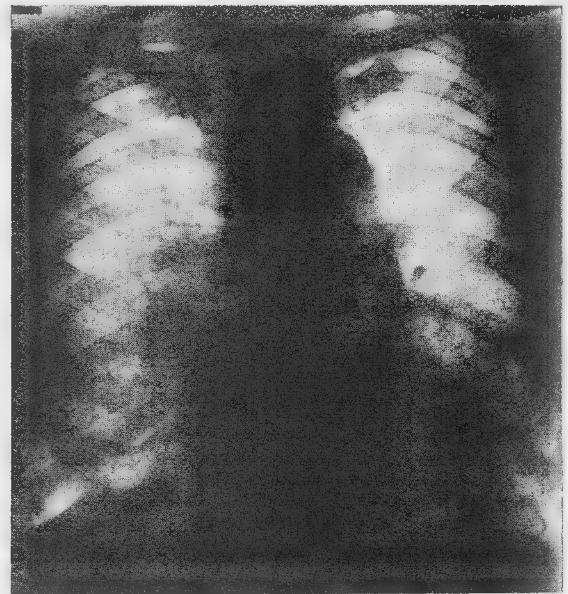


Fig. 4. — Radiographie du cœur et des poumons de R. S. après le traitement incrétoire.

3° Jambes très enflées, grosses varices. Dans la région du jarret gauche gros paquet de nœuds variqueux, très douloureux ;

4° Abdomen non proéminent, tombant. Dans la région anale des nœuds variqueux marqués, le sphincter relâché ;

5° Des mouvements plus ou moins vifs provoquent une dyspnée intense, allant jusqu'à l'étouffement, avec cyanose très prononcée de la face. Le malade est alors forcé de rester allongé jusqu'au moment où l'accès de dyspnée se soit atténué.

Examen : 1° Poumons : bruits respiratoires faibles, rauques, expiration prolongée. Poumons très mal ventilés. (Voir radiographie) ;

2° Cœur : matité augmentée du côté gauche de 3 cm. 5 du côté droit de 2 cm. Les bruits sont faibles, modifiés, souffles systoliques et diastoliques. Pouls régulier, mais faible : l'artère paraît dure. Fréquence du pouls 58-60 ;

3° Aorte : dilatée, les bruits à peine perceptibles, se transformant en souffles ;

4° Tension artérielle 25 Mx. 9 Mn ;

5° Foie : très volumineux, déborde de 3 c. m. les côtes ;

6° Estomac : ptosé 2 c. m. au-dessus de l'ombilic, dilaté, ainsi que l'intestin.

Examen radiographique : Radiographie du cœur de M. R. S... exécutée le 14 janvier 1930 (voir aussi *fig.* 3).

« L'aorte ascendante et descendante très dilatée, ainsi que le ventricule gauche. Les bases des poumons mal ventilées. Ombre hilaire nette ». Dimensions :

Cœur :	diamètre longitudinal	....	17 cm.
»	» transversal	....	16 cm.
Aorte :	diamètre longitudinal	....	11 cm.
»	» transversal	....	7 cm.

Il s'agissait donc dans le cas cité, d'une dégénérescence très prononcée du muscle cardiaque, avec dilatation considérable du cœur et de l'aorte, et d'une calcification intense des vaisseaux. En outre, l'état général du malade témoignait d'une déficience totale de l'organisme.

Thérapeutique : 28 injections de l'incret embryonnaire isolé pratiquées dans le courant de trois mois. Le traitement a été achevé le 9 juin 1930, avant le départ du malade pour un repos à Nauheim-les-Bains et a donné les résultats suivants :

Etat du malade le 9 juin 1930 : Inspection : 1° Peau ferme, bien alimentée, les muqueuses et les lèvres d'un rose normal, la langue est propre ;

2° Les ampliations respiratoires de la cage thoracique sont normales, profondes ;

3° Les paquets variqueux au jarret gauche sont réduits. Les jambes désenflées, leur surface cutanée n'est plus cyanosée ;

4° L'abdomen plus plat, pas de dilatation de l'estomac et de l'intestin ?

L'état du malade après le traitement incrétoire pouvait donc être considéré comme très satisfaisant. La déficience générale aussi bien que les manifestations de dégénérescence au niveau du cœur et des vaisseaux se sont montrées réduites. Les autres fonctions végétatives du malade, telles que l'activité de l'estomac et de l'intestin, le sommeil, se sont améliorées nettement.

Pour terminer, je citerai encore quelques cas bien instructifs d'artério-sclérose généralisée avec sclérose très marquée de l'aorte.

Le premier concerne une femme, âgée de 61 ans, chez qui l'artério-sclérose liée à une dégénérescence du myocarde très prononcée, avait causé un complexe de symptômes morbides particulièrement pénibles : des maux de tête violents, des bourdonnements d'oreilles continus, une surdité complète du côté gauche, des éblouissements, une insomnie tenace, des crises fréquentes de fatigue et de faiblesse, ainsi qu'une réduction considérable de la capacité d'accomodation visuelle.

L'effet du traitement incrétoire, qui s'est manifesté avec la même netteté dans l'état objectif de la malade que dans la sphère psychique, ressemblait beaucoup à l'action de l'incret dans les cas cités plus haut. Je ne m'y arrêterai donc pas. Je mentionnerai seulement que parmi les divers effets du traitement incrétoire on a pu constater chez cette malade aussi une amélioration considérable de l'ouïe et de la capacité d'accomodation.



Fig. 5. — Radiographie du cœur et des poumons de E. L. avant le traitement incrétoire.

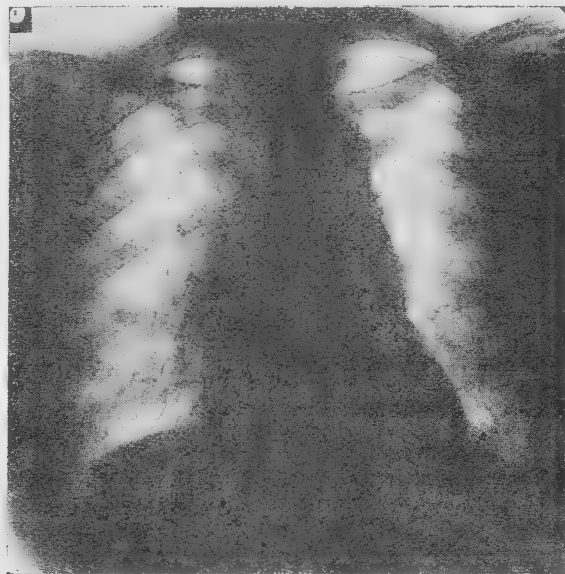


Fig. 6. — Radiographie du cœur et des poumons de E. L. après le traitement incrétoire.

5° Plus de traces d'essoufflement (le malade exécute plusieurs flexions des genoux, sans troubles respiratoires ou cardiaques).

Examen : 1° Poumons : respiration profonde, bruits respiratoires beaucoup plus purs, ventilation très bonne. (Voir radiographie *fig.* 4) ;

2° Cœur : la matité du cœur à gauche s'étend jusqu'à la ligne mamelonnaire, à droite jusqu'à 1 cm. en dedans de la ligne parasternale droite. Les bruits sont plus vigoureux, un souffle systolique minime.

L'activité cardiaque tout à fait normale. Fréquence du pouls : 70 n'augmente pas considérablement après des efforts physiques ;

3° Aorte : matité normale, bruit vigoureux ;

4° Tension artérielle : 14 Mx. 9 Mn.

5° Foie : bord inférieur à un cm. au-dessous des côtes ;

6° Estomac : la limite inférieure est au niveau de l'ombilic.

Examen radiographique : Radiographie comparative de M. R. S... du 16 juin 1930 (voir aussi *fig.* 4) : « L'aorte et le ventricule gauche dans leur diamètre transversal, très réduits. Le ventricule gauche diminué aussi dans son diamètre oblique ». Envisageant le volume du cœur et de l'aorte, on constate une diminution considérable de ceux-ci en comparaison avec les dimensions du 14 janvier 1930.

Dimensions :

Cœur :	diamètre longitudinal	....	16 cm.
»	» transversal	....	15 cm.
Aorte :	diamètre longitudinal	....	11 cm.
»	» transversal	....	6 cm

Quant aux altérations scléreuses, telles qu'elles purent être démontrées par la radiographie, elles sont bien visibles sur les figures ci-dessous (*fig.* 5 et 6).

On voit nettement sur la fig. 5 la dilatation considérable de l'aorte dans sa partie ascendante, ainsi que dans sa partie descendante.

Comme le montre la fig. 6 le traitement incrétoire a conditionné dans le cas cité, comme dans les précédents, une atténuation nette des altérations morbides.

Voici les rapports de l'Institut radiologique concernant les examens radiographiques, comparatifs.

I. Examen radiographique du cœur de Mme L... pratiqué le 29 avril 1930 (avant le traitement) :

Aorte fortement dilaté aussi bien dans sa partie ascendante que descendante. Cœur non dilaté.

Diagnostic : Sclérose de l'aorte.

II. Examen radiographique comparatif de Mme L... pratiqué le 6 octobre 1930 (après le traitement) :

Dimensions :

Aorte :	diamètre transversal	....	5 cm. 1
»	» longitudinal	....	11 cm. 5
Cœur :	diamètre transversal	....	14 cm.
»	» longitudinal	....	14 cm. 8

Encore plus intéressant est le cas d'un malade de 56 ans, atteint d'une artério-sclérose généralisée, très accentuée, liée à une lésion cardiaque et à un diabète prononcé.

Voici les données essentielles, extraites de l'observation de ce cas, communiquées par le médecin traitant :

Les troubles du malade se réduisaient à une lassitude générale, une sensation de constriction dans la tête, un abaissement de la productivité psychique, une diminution de la faculté de concentration, des sensations pénibles dans la région cardiaque et des palpitations.

Dans les antécédents on trouve le rhumatisme articulaire et la syphilis.

L'état du malade à la première inspection (le 10 novembre 1931) est le suivant : taille, 169 cm. 5. Poids, 183 livres. Le cœur est dilaté du côté gauche de un doigt et demi. La matité de l'aorte est légèrement augmentée. Les bruits du cœur sont modifiés. Le second bruit est accentué. Souffle diastolique. Pouls 96, bref, alternant. Tension artérielle 14,5 — 9.

L'examen radiographique du cœur a montré une dilatation du ventricule gauche et de l'aorte (voir les chiffres du rapport de l'Institut radiologique ainsi que la radiographie *fig.* 7).

Le malade a été soumis au traitement incrétoire. 24 injections de l'incret isolé ont été pratiquées dans le courant de dix semaines.

L'état général du malade s'est amélioré à la suite du traitement très rapidement. Les forces physiques se sont accrues. L'endurance et la productivité psychiques ont considérablement augmenté. Le malade a été désormais capable de dicter pendant quatre à cinq heures sans fatigue. Sa faculté de concentration s'est améliorée dans une proportion remarquable. L'état subjectif est devenu excellent, le sommeil parfait.

L'examen objectif (du 17 février 1932) a montré une matité du cœur et de l'aorte tout à fait normale, des bruits du cœur parfaitement nets. Le second bruit n'était plus accentué. Le pouls était plein et bien frappé. Sa fréquence était de 80. La tension artérielle était : 14 Mx. 8 Mn.

La radiographie du cœur, faite après le traitement incrétoire (examen du 19 février 1932), a montré une diminution du cœur dans toutes les dimensions (voir les chiffres du rapport de l'Institut radiologique ainsi que la radiographie, *fig.* 8).

Voici les rapports de l'Institut radiologique concernant la radiographie du cœur de ce malade, avant et après le traitement.

I. Examen radiographique de M. R..., du 14 novembre 1931.

Radiographie du cœur : Ventricule gauche et aorte dilatés. Diaphragme en position haute. Valsalva négative.

Dimensions de l'aorte : Diamètre transversal..... 5 cm. 5.
» longitudinal .... 9 cm. 2
Dimensions du cœur : Diamètre transversal..... 15 cm. 2
» longitudinal.... 14 cm. 6

II. Examen radiologique de M. R..., du 19 février 1932.

Radiographie comparative du cœur : Le cœur montre dans tous les sens des dimensions plus petites. Les vaisseaux dans les poumons ne sont plus remplis.

Dimensions de l'aorte : diamètre transversal..... 5 cm. 4
» longitudinal..... 9 cm. 0
Dimensions du cœur : diamètre transversal .... 15 cm. 0
» longitudinal .... 14 cm. 2

Très intéressant est aussi le cas d'un malade de 58 ans atteint depuis plusieurs années d'une artério-sclérose généralisée très prononcée et d'une insuffisance cardiaque marquée. Dans ce cas prédominaient surtout des symptômes cérébraux. Particulièrement pénibles étaient les vertiges dont le malade souffrait en exécutant des mouvements plus ou moins brusques (très souvent en se levant ou en se couchant). L'état général se caractérisait par une lassitude excessive.

L'examen objectif (du 28 novembre 1931) a montré une dilatation du cœur du côté gauche, des bruits modifiés, une arythmie du pouls et une tension artérielle augmentée : 17,5 Mx. 10,5 Mn.

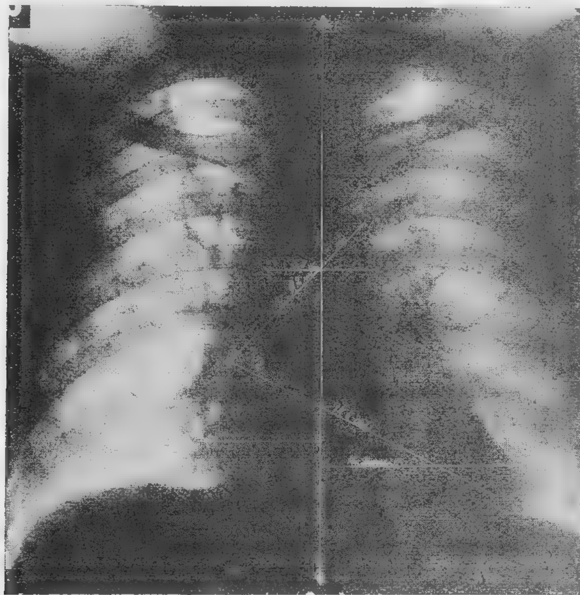


Fig. 7. — Radiographie du cœur et des poumons de M. R. avant le traitement incrétoire.



Fig. 8. — Radiographie du cœur et des poumons de M. R. après le traitement incrétoire

Après seize injections pratiquées dans le courant de huit semaines, l'état du malade a essentiellement changé. Les vertiges qui, pendant des années, n'avaient cédé à aucun médicament, ainsi que les sensations pénibles dans la région cardiaque, dont le malade était fréquemment atteint ont disparu complètement. L'appétit et le sommeil se sont rétablis, l'intérêt pour le monde extérieur a réapparu. Les forces physiques aussi bien que la résistance psychique se sont accrues, et le malade a pu non seulement reprendre toute son activité mais il l'a encore intensifiée par des occupations nouvelles très absorbantes sans éprouver la moindre fatigue.

Les radiographies (1) présentées ci-dessous (*fig.* 9 et 10) montrent nettement l'effet du traitement incrétoire sur le cœur de ce malade.

Voici les chiffres des rapports radiologiques :

Radiographie du 1-12-1931		Radiographie du 8-4-1932	
Cœur : D G'......	16,0	Cœur D G'........	15,5
D' G......	12,0	D' G........	12,0
H	15,2	H	15,2
G G'......	10,5	G G'........	9,5
Flèche	1,5	Flèche	1,0

(1) Exécutées par le Dr R. Azoulay, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris (Hôpital Saint-Antoine).

BIBLIOGRAPHIE

La transfusion du sang de cadavre à l'homme, par Serge JUDINE. Préface du Professeur A. GOSSET. Un volume de 150 pages avec graphiques : 24 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 120, boulevard Saint-Germain.

Le titre de ce livre est inattendu. Le sujet est neuf. Seuls en France une communication à la *Société de chirurgie* et quelques articles parus dans la presse ont révélé cette technique audacieuse que le professeur JUDINE a imaginée et réalisée. Cet ouvrage est l'exposé détaillé des opérations qu'il a tentées et réussies. Les chirurgiens, les médecins et les biologistes liront ce livre captivant par tout ce qu'il révèle sur les ressources de l'organisme vivant — et mort, — et ce qu'il suggère au point de vue physiologique. C'est un protocole d'expériences précises, comme faites au laboratoire, bien, qu'en réalité, ces expériences soient des *opérations* réelles qui ont sauvé des vies humaines.

Préparé par une série de recherches strictement expérimentales, c'est dix-huit mois après avoir conçu l'idée directrice que JUDINE rencontre des circonstances propices. « On lui amène en pleine nuit un jeune ingénieur qui avait voulu se suicider en se coupant les vaisseaux des plis du coude. Ce malheureux est mourant. Il faut vite une transfusion massive. Impossible de trouver aussitôt un donneur de son groupe. Voilà l'occasion attendue : un suicidé, un moribond sûrement condamné. Il a un cadavre du même groupe à sa disposition : un artérioscléreux qui vient de mourir six heures auparavant.

« En quelques instants, JUDINE ouvre le ventre et ponctionne la veine cave. Il a à peine soustrait 400 grammes de sang qu'on lui dit que le suicidé est à l'agonie ; plus de pouls, des pauses respiratoires, les pupilles dilatées. Vite JUDINE transfuse au mourant le sang du cadavre. C'est une résurrection : le blessé reprend connaissance et parle. JUDINE épie son retour à la vie : pas le moindre accident toxique. Les jours suivants, rien non plus. JUDINE respire : la preuve est faite, sur l'homme, de l'efficacité et de l'innocuité de la transfusion du sang de cadavre.

« Il fait encore 6 transfusions avec le même succès, mais n'ose plus continuer. Autour de lui, on murmure. Les médecins-légistes refusent le permis d'inhumer aux cadavres d'accidentés à qui il a ouvert le ventre pour soustraire du sang. Les autorités s'émeuvent et le directeur de l'Institut s'inquiète. JUDINE lui-même tremble à chaque nouvel essai. Qu'un malade succombe malgré la transfusion, c'est lui qu'on accusera de l'avoir tué avec le sang de cadavre. De plus, il ignore encore qu'on peut conserver le sang pendant plusieurs jours avant de l'injecter et il a parfois, vu l'urgence, fait la transfusion avant de connaître le Wassermann du donneur ».

Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif. *Sympathique et parasympathique*, par J. DELMAS et G. LAUX. Préface du Professeur Pierre DUVAL. Un volume grand in-8° de 266 pages. Broché : 80 francs. Relié toile : 100 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain. Paris.

Pour la première fois, sympathique et parasympathique sont unis en étude d'ensemble.

Aucun ouvrage n'envisageait en effet jusqu'à ce jour dans une seule étude à la fois l'anatomie du sympathique et celle du parasympathique. Ces deux systèmes avaient été jusqu'ici exposés indépendamment l'un et l'autre, alors qu'ils sont anatomiquement, comme en physiologie et en clinique, intimement intriqués.

Les auteurs traitent ce vaste chapitre d'anatomie avec une tendance nettement médico-chirurgicale. — Le système nerveux végétatif était en général envisagé jusqu'ici, exclusivement soit du point de vue anatomique pur, soit du seul point de vue médico-chirurgical. Cette manière de procéder aboutissait de ce fait à une absence de concordance entre les deux descriptions et même à des contradisctions.

C'est ce travail de synthèse et de systématisation à fins médico-chirurgicales que les docteurs Delmas et Laux ont réalisé par l'anatomie macroscopique du système nerveux végétatif.

Ainsi le médecin où le chirurgien, et à plus forte raison l'étudiant, trouveront dans cet ouvrage très nouveau, les idées directrices qu'il leur était jusqu'à ce jour difficile de dégager de la profusion de documents existants.

Le Virus tuberculeux, par Jean VALTIS. Un volume de 242 pages, (*Bibliothèque de Phtisiologie*) : 36 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Gemrain, Paris.

Ce livre est destiné à mettre les médecins praticiens au courant de nos connaissances actuelles sur le virus tuberculeux.

Une partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude de la prémunition par le B. C. G., à son mode d'application et aux résultats qu'elle a donnés.

Le Docteur J. Valtis a fait aussi une œuvre originale en exposant en détail les notions nouvelles qu'il a contribué, pour une grande part, à établir sur les éléments filtrables du bacille de Koch.

La connaissance de ces nouveaux éléments du virus tuberculeux est venue modifier d'une façon complète les notions classiques sur la pathogénie de l'infection tuberculeuse. Avec toute l'expérience qu'il a acquise sur cette délicate question, l'auteur montre comment ces éléments peuvent être décelés et le rôle capital qu'ils paraissent jouer dans certaines formes de la tuberculose. Il étudie aussi en détail le problème si débattu de l'hérédité de cette maladie et établit comment on doit le concevoir actuellement à la lumière de ces notions nouvelles.

Par sa richesse de documentation et par son caractère pratique, cet ouvrage rendra service, non seulement aux cliniciens mais aussi aux travailleurs de laboratoires.

Aorte ascend.....	7,5	Aorte ascend	7,0
Corde de l'arc...	3,5	Corde de l'arc..	3,5
Saillie arc.......	1,0	Saillie arc......	1,0

On note une diminution du volume du cœur. En outre, les radiographies présentées démontrent une amélioration de la ventilation des poumons.

Si les observations citées concernant l'action de l'incret embryonnaire dans les cas d'insuffisance cardiaque chez des séniles, l'exemple qui va suivre illustre l'action incrétoire sur l'insuffisance cardiaque n'ayant aucun rapport avec la sénilité.

M. R..., 36 ans.

Troubles : Le malade se plaint de faiblesse générale, de fatigue fréquente, d'insomnie, a de l'eczéma humide étendu aux deux bras, et aux deux jambes avec démangeaisons très pénibles. Des hémorragies intestinales fréquentes et des douleurs fulgurantes dans l'hypocondre.

Antécédents : Hérédité très chargée (neurasthénie, psychose, tuberculose, alcoolisme. Maladies infantiles courantes, rachitisme).

Diagnostic : dégénérescence du myocarde, dilatation du cœur et de l'aorte, pré-sclérose, eczéma chronique, hypertrophie de la prostate, ulcération intestinale, adiposité généralisée. Pseudarthrose du radius droit, hyperhydrose des pieds.

Thérapeutique : 28 injections de l'incret embryonnaire isolé ont été pratiquées dans le courant de dix semaines (du 10 février 1930 au 1er mai 1930).

Après sept injections en quatorze jours, l'état subjectif et objectif du malade a nettement changé. Le sommeil s'est rétabli. L'appétit a augmenté. Les forces physiques se sont accrues. L'état du cœur s'est nettement amélioré.

L'examen du malade, pratiqué le 5 mai 1930 a donné les résultats suivants :

La matité du cœur ainsi que celle de l'aorte ont diminué.

Les bruits sont nets et vigoureux. Le pouls : 72-76, bien frappé et ample. Tension artérielle : 13,5 Mx.-8,5 Mn. L'hyperhydrose des pieds a disparu. L'eczéma est complètement guéri. Plus de démangeaisons.

La radiographie comparative du cœur, effectuée le 4 octobre 1930 (voir *fig.* 12), a donné comme résultat :

« Le cœur dans son ensemble considérablement diminué en comparaison avec l'état du 7 février 1930 ».

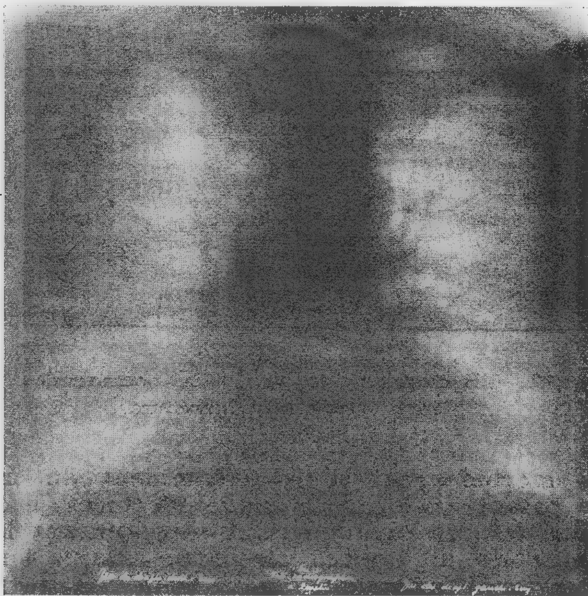


Fig. 9. — Radiographie du cœur et des poumons de A. K. avant le traitement incrétoire

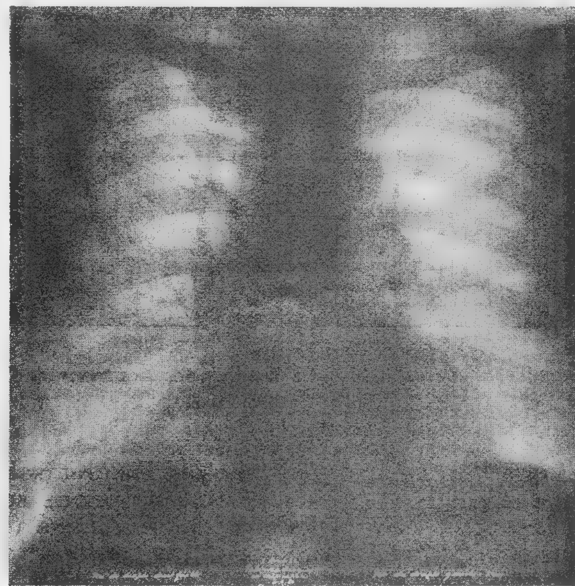


Fig. 10. — Radiographie du cœur et des poumons de A. K. après le traitement incrétoire

Etat du malade le 6 février 1930 : Homme de taille élevée, de forte corpulence, du type apoplectique. Poids 88 kgr. Figure bouffie. Peau et muqueuses très pâles, anémies, humides (transpirations fréquentes). Sudation excessive des pieds. La peau dans toute la région des membres inférieurs, du scrotum, des mains, des avant-bras et du cou est recouverte d'éruptions eczémateuses, en certains endroits ulcères profonds, dégageant une sécrétion abondante qui se décompose très facilement. Prurit intense. Dans la région lombaire du côté droit, ainsi que dans l'hypocondre droit, dans la région inguinale gauche, sur la nuque et sur l'avant-bras droit cicatrices (provenant des blessures et des opérations subies). Pseudarthrose de l'avant-bras droit, absence de testicule gauche.

Cœur : très dilaté, la limite gauche se trouve à 1 cm. 1/2 en dehors de la ligne mamelonnaire, la matité de l'aorte est augmentée les bruits modifiés, faibles, irréguliers, souffle systolique. Le pouls dur, grêle (état pré-sclérotique). Tension artérielle 18 Mx. 8 Mn.

Poumons : respiration faible, râles crépitants des deux côtés.

Foie : augmenté, douloureux. Hypertrophie de la prostate. Réflexes augmentés. Auto dermographisme blanc.

Résultat de l'examen radiographique : Radiographie de M. C. R..., exécutée le 7 février 1930 (voir *fig.* 11.)

Le cœur dans son arc auriculaire droit et dans son arc ventriculaire gauche augmente.

Dimensions : Cœur. Diamètre longitudinal......... 16 cm. 8
» » transversal .... 15 cm. 5
Aorte : 6 cm. 2 de diamètre.

Dimensions : Cœur. Diamètre longitudinal........ 14 cm. 2
» » transversal......... 13 cm. 6
Aorte : Diamètre................. 5 cm. 5

C'est avec intention que j'ai cité cette observation *in extenso*. Mon but était de montrer combien étaient différentes les conditions dans lesquelles l'insuffisance cardiaque s'était développée dans le cas cité, d'une part, et dans les cas d'insuffisance cardiaque « sénile » décrits plus haut d'autre part, et combien ressemblantes étaient malgré cette différence, les manifestations de l'insuffisance du cœur ainsi que l'effet du traitement incrétoire dans ces deux catégories de cas à première vue si différents. Comme nous le voyons, il serait vraiment difficile de faire une distinction, entre l'insuffisance du muscle dégénéré et les manifestations scléreuses, chez le malade de 72 ans, cité plus haut, souffrant d'une défaillance cardiaque sénile, et le même trouble constaté chez le jeune malade de 36 ans qui souffrait d'une dilatation du cœur pathologique, c'est-à-dire « non sénile ».

Les cas cités représentent des exemples particulièrement instructifs. Je me suis arrêtée intentionnellement à des cas d'insuffisance cardiaque extrêmement graves s'étant développée dans des conditions très défavorables au point de vue des antécédents héréditaires ainsi que personnels.

Dans ces conditions la remarquable influence de l'incret embryonnaire devient particulièrement démonstrative.

Cette influence a été analogue dans toute la série d'observations faites dans la voie mentionnée et comprenant actuellement plus de soixante cas.

Il va sans dire que dans les cas moins avancés l'effet incrétoire s'est manifesté beaucoup plus rapidement et la régénérescence du muscle cardiaque a été encore plus complète.

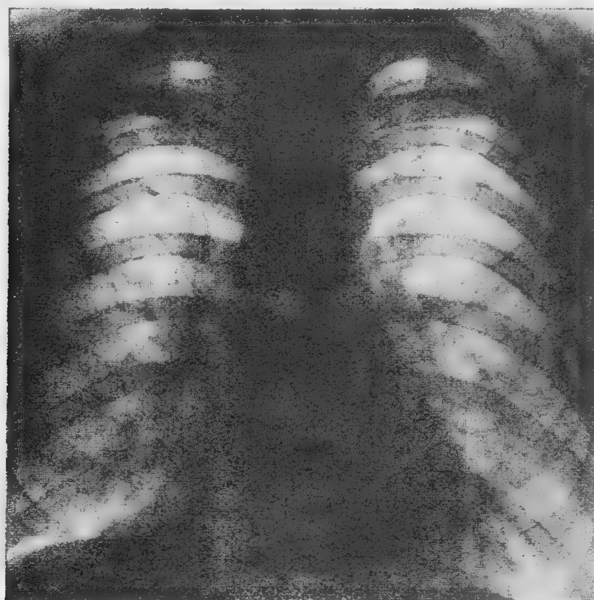


Fig. 11. — Radiographie du cœur et des poumons de C. R. avant le traitement.

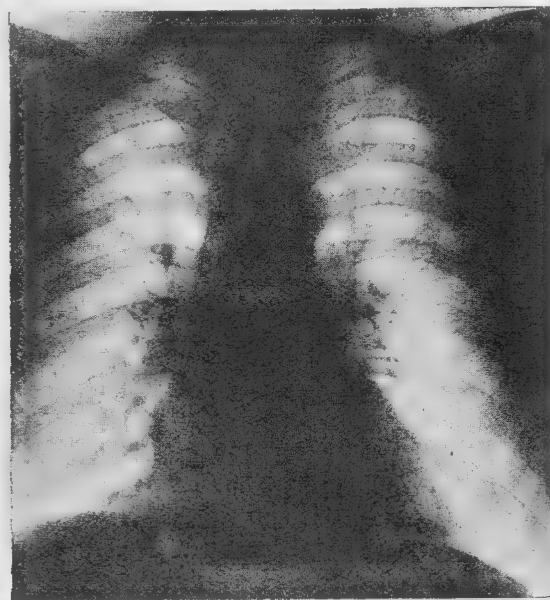


Fig. 12. — Radiographie du cœur et des poumons de C. R. après le traitement incrétoire.

J'ajouterai que l'influence régulatrice de l'incret isolé a pu être suivie également dans les cas de lésions scléreuses du cœur et du système circulatoire en général (hypertension, angio-spasmes scléreux, angine de poitrine). J'ai décrit ailleurs cette action (1).

Je me contenterai donc ici de souligner que cette action, ainsi que l'influence de l'incret dans les cas décrits plus haut, se caractérise par deux traits essentiels :

1° Par la nature *régulatrice* de l'effet obtenu, se manifestant dans les conditions les plus différentes, parfois même contraires et

2° Par le caractère *durable* de cet effet présentant une véritable régénérescence des propres mécanismes actifs de l'organisme et par conséquent un traitement causal dans le sens le plus complet de ce mot.

Ces traits caractéristiques confèrent à l'action directe de l'incret embryonnaire isolé son importance au point de vue clinique, c'est-à-dire pour le traitement des divers états morbides du cœur, notamment du myocarde.

Me basant sur les observations effectuées, je considère l'action du traitement incrétoire concernant la régénérescence de la fonction cardiaque comme susceptible d'ouvrir une ère nouvelle dans le traitement des maladies du cœur en général et de la maladie essentielle de la vieillesse, de l'insuffisance cardiaque sénile, en particulier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1933

Hygiène de l'enfance. — L'Académie vote à l'unanimité les conclusions suivantes :

« Vu la persistance du taux élevé de la mortalité dans les hospices dépositaires, l'Académie prie M. le Ministre de la Santé publique : 1° de hâter la transformation des dépôts en pouponnières de triage et d'entraînement ; 2° d'appliquer la loi Roussel dans les hospices dépositaires (en dehors de la Seine qui a une organisation spéciale).

« Considérant que la statistique générale de France donne en bloc la statistique des enfants protégés (assistés ou non), l'Académie prie M. le Ministre de faire séparer ces deux catégories et pour la première et pour la deuxième année. »

L'emploi du jus de raisin non fermenté dans l'alimentation. — *M. Marcel Labbé* apporte au nom de la Commission de l'alcoolisme les conclusions de son rapport.

En voici le texte :

« L'Académie, considérant que les fruits représentent des éléments de première importance, souhaite voir se développer partout en France, où le climat est si favorable, la culture des fruits.

« Elle engage surtout les viticulteurs à transformer une partie de leur récolte en jus de raisin non fermenté, stérilisé par l'un des procédés indiqués dans le rapport, qui sont susceptibles de fournir une boisson à la fois agréable et douée de toutes les propriétés nutritives du fruit frais.

« L'extension de la consommation du jus de raisin non fermenté représente un bon moyen de lutter contre l'alcoolisme, en même temps qu'elle sera une source de bénéfices importants pour les agriculteurs. »

L'organisation sociale du traitement du diabète. — *M. Marcel Labbé* complète les renseignements qu'il avait donnés à l'Académie l'an dernier sur l'organisation sociale de son service de diabétiques. Il apporte des détails concernant l'année 1932.

Peinture microbicide. — *M. Toussaint.* — Cette peinture détruit tous les germes après un contact de 24 heures (staphylo, Coli, Eberth, Para A, Para B, Lœffler). Elle retarde l'évolution du bacille de Koch de trois semaines sur les témoins. Cette peinture est lavable aussi souvent que l'on veut, sans perdre son pouvoir antiseptique. Elle s'applique sur tous les supports,

(1) Voir la monographie citée plus haut.



bois, fer, plâtre, ciment, papier ; elle sèche en quelques minutes et devient d'une dureté extraordinaire en quelques heures.

Recherches expérimentales et biologiques sur le diabète insipide. — *M. Sacorrafos.*

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux associés étrangers. Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. J. William Mayo (de Rochester, U. S. A.) et M. Thorwald Madsen (de Copenhague).

En deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. les professeurs Viggo Christiansen (de Copenhague) et G. Sanarelli (de Rome).

Au premier tour de scrutin, MM. J. William Mayo et Thorwald Madsen ont été élus associés étrangers.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mars 1933

Un cas d'hypotension veineuse orthostatique. — *MM. Etienne May. R. Couder* et *D. Garcin* rapportent l'observation d'une femme qui souffrait d'une céphalée violente, calmée par le décubitus et exagérée par la station debout ou la marche. Cette femme présentait en outre un abaissement de la tension veineuse et, fait remarquable, la tension veineuse baissait encore en passant de la position couchée à la position assise, puis à la position debout. Le repos au lit et les injections intra-veineuses d'eau distillée firent disparaître à la fois la céphalée et les troubles de la pression veineuse.

Cet abaissement orthostatique de la pression veineuse est un fait exceptionnel ; à l'état normal on observe au contraire une élévation de la tension qui double ou triple les chiffres obtenus dans le décubitus. Ce trouble paraît tenir à une ischémie orthostatique liée probablement à une accumulation sanguine dans les parties basses du corps ou dans les viscères. Il s'apparente ainsi aux faits d'hypotension artérielle orthostatique ou de syncope par insuffisance de la circulation de retour decrits par Laubry et ses collaborateurs. Il mérite d'être recherché chez les malades chez qui l'on constate des malaises orthostatiques.

Un cas de syndrome cérébelleux transitoire post-diphtérique. — *M. F. Meersseman* rapporte l'histoire d'un malade de 21 ans qui, à la suite d'une angine diphtérique, a fait une paralysie vélo-palatine, puis une polynévrite motrice des quatre membres, accompagnée d'un syndrome cérebelleux : troubles de la station debout et de la démarche ; hypermétrie ; adiadococinésie ; asynergie ; nystagmus ; exagération de la passivité musculaire. Le tout s'est accompagné d'une réaction méningée discrète, avec tendance à la dissociation albumino cytologique et réaction du benjoin colloïdal de type méningitique. L'évolution s'est faite vers la régression progressive des symptômes.

L'absence de troubles de la sensibilité, l'absence du signe de Romberg, l'existence de l'asynergie et du nystagmus, permettent d'éliminer l'hypothèse d'une ataxie d'origine névritique et de rapporter le syndrome observé à une atteinte du système cérébelleux, associée à une polynévrite motrice post-diphtérique. Ce cas peut ainsi être rapproché de celui récemment publié par MM. Jean Hutinel, Jacques Decourt et Albeaux-Fernet.

L'atteinte cérébelleuse peut, dans ces cas, être le fait, soit de la toxine diphtérique, soit d'une infection seconde, sans qu'il soit possible de choisir entre ces deux hypothèses.

Un cas de méningite à diplococcus pharyngis flavus II. — *MM. P.-Emile Weil, L. Duchon* et *J. Bousser* rapportent l'observation d'une femme amenée à l'hôpital avec les symptômes d'une méningite aiguë d'intensite moyenne. La ponction lombaire ayant retiré un liquide trouble riche en polynucléaires et contenant quelques diplocoques Gram négatif, on porte le diagnostic de méningite à meningocoque. Malgré un traitement sérothérapique intensif, 100 c. c. de sérum par voie intra-rachidienne et intra musculaire pendant quinze jours, l'état de la malade s'aggrave progressivement et les cultures de liquide céphalo-rachidien donnent toujours des colonies. Une identification plus complète du germe montre qu'il s'agit d'une variété de pseudo-méningocoque : D. flavus II. Un auto-lysat-vaccin guérit complètement la malade en une quinzaine de jours.

A propos de cette observation, les auteurs rappellent la rareté des cas de méningite à D. flavus. Ils insistent sur la nécessité de poursuivre dès la première ponction lombaire l'identification complète du germe par la culture sur milieux sucrés et la recherche des propriétés biologiques. Cette pratique doit empêcher de confondre le méningocoque de Weischelbaum avec les pseudo-méningocoques tels que le D. Siccus, D. cinereus, D. flavus, M. catarrhalis, gonocoque. On évitera ainsi d'attribuer au sérum antiméningococcique des échecs dont il n'est pas responsable.

Un cas de troubles visuels après une hémorragie abondante. — *MM. P. Emile Weil, Jacques Bousser* et *Pierre Halbron* rapportent l'observation d'un malade qui a présenté une épistaxis très abondante pendant six jours ; puis sont survenus des troubles psychiques et une amaurose bilatérale d'origine centrale. Trois transfusions ont guéri les troubles psychiques, amélioré l'acuité visuelle, mais une hémianopsie latérale homonyme a persisté. Cinq mois après le début des accidents, on constate une névrite optique gauche et une artérite en évolution. Les auteurs insistent sur le bon effet des transfusions sanguines.

M. P.-E. Weil oppose l'évolution des troubles psycho-anémiques qui sont dans la règle curables à celle des troubles neuro-anémiques. Ceux-ci sont souvent rebelles au traitement qui est toujours institué trop tard. Il recommande la transfusion à titre préventif.

Syndrome addisonien à évolution rapide épithélioma cortical des capsules surrénales. — *M. P. Rimbaud* (Montpellier) rapporte une observation de syndrome addisonien à évolution schématique et rapide (trois mois). A l'autopsie, kyste central d'une glande ayant entraîné la destruction partielle de l'organe. L'examen histologique révèle un adénome malin bilatéral de la substance corticale (zone glomérulaire en particulier). L'auteur rapproche cette observation d'un cas qu'il a rapporté précédemment avec MM. Puech et Dufoix : insuffisance surrénale subaiguë par adenome cortical bilatéral.

Il conclut à l'existence indiscutable de syndromes d'insuffisance médullaire par hyperplasie corticale.

Un cas de lèpre mixte à incubation prolongée. — *MM. Vialard. Verliac* et *Berge* (Rochefort) relatent un cas de lèpre dont les premiers symptômes apparurent onze ans après le retour de la malade de la Nouvelle-Calédonie. La maladie simula d'abord une insuffisance surrénale, mais bientôt les hésitations du diagnostic furent levées par l'apparition de symptômes typiques.

La forme thrombosante veineuse de la leucémie subaiguë à lymphoblastes. — *MM. Noël Fiessinger, M. Albeaux-Fernet* et *C. M. Laur* rapportent une observation intéressante par sa rareté et sa complexité clinique.

Elle se présente comme une septicémie banale sans aucun des symptômes leucémiques classiques. Très spéciale est la prédominance veineuse et le caractère tronculaire des thromboses des membres qui atteignent aussi les veines spermatiques.

L'évolution en est progressive et fatale ; la défervescence thermique marche de pair avec l'accentuation de l'anémie.

Au point de vue hématologique, il existe une leucocytose massive de 94.000 leucocytes avec une formule lymphoblastique à grands éléments et à petits éléments et une anémie profonde et progressive.

Il s'agit d'une leucémie lymphoblastique subaiguë, à forme leucanémique.

Deux nouveaux cas d'endocardite maligne lente à bacille de Pfeiffer. — *MM. Noël Fiessinger* et *Michel Albeaux-Fernet* apportent deux nouvelles observations qui portent à quatre les cas signalés en France puisque, depuis la communication de *Noël Fiessinger* et *A. Arnaudet* l'an dernier, aucun travail n'a été publié sur les endocardites à bacille de Pfeiffer signalées en Amérique par *Thayer*.

L'individualité de ces endocardites à marche lente est purement bactériologique mais, pour les mettre en évidence, il est indispensable de répéter les hémocultures, de laisser celles-ci longtemps à l'étuve, de les repiquer sur milieux ensanglantés, et de rechercher le bacille dans l'eau de condensation du tube.

Mise à nu du poumon droit par un cancer ulcéré. — *M. Maurice Renaud* présente une pièce prélevée à l'autopsie où l'on voit le poumon droit à nu sur une surface de plus de 10 cm. de diamètre, après destruction de toute la paroi thoracique, en avant et en haut. Pendant plus d'une année on vit la brèche s'agrandir progressivement. Pendant de longues semaines on vit s'extérioriser de plus en plus largement le poumon dont la surface n'était plus protégée par aucun plan. L'aorte battait presque au dehors, à peine recouverte par une mince languette

pulmonaire. L'examen de cette pièce extraordinaire est plein d'enseignements. Il n'y avait ni pneumothorax, ni collapsus pulmonaire, non plus que d'infection pleurale, le poumon comblant exactement la brèche.

D'autre part, aucun trouble fonctionnel important pulmonaire ni cardiaque ne fut observé pendant les longs mois que dura l'agonie de la malade, qui survint par les progrès d'une lente cachexie.

L'épreuve du galactose et le diagnostic de l'insuffisance hépatique. — *MM M. Labbé* et *F. Nepveux* ont pratiqué simultanement l'épreuve de la galactosurie et de l'hyperglycémie après ingestion de 40 à 50 grammes de galactose.

Chez des sujets normaux, ils ont eu une galactosurie allant de 0 à 0 gr. 67 ; une réaction d'hyperglycémie se mesurant par une aire de Ocq., 14 à 1 cq. 12.

Chez les malades atteints d'une affection du foie ils ont vu en général des galactosuries plus abondantes (0 gr. 52 à 11 gr. 4 chez les cirrhotiques) et des réactions d hyperglycémie exagérées (de 0 cq. 89 à 1 cq. 45 chez les cirrhotiques).

La fréquence plus grande de la galactosurie que de la glycosurie ne tient pas à une incapacité plus marquée de fixer le galactose que le glycose dans le foie, mais à un seuil rénal généralement plus bas pour le galactose que pour le glycose. La galactosurie ne renseigne donc pas mieux que la glycosurie sur l'état du foie.

La réaction d'hyperglycémie au galactose est plus irrégulière que la réaction au glycose sans qu'on puisse en comprendre la raison,

L'impossibilité de déterminer le taux minimum de la galactosurie pathologique, le prix élevé du galactose font considérer cette substance comme moins avantageuse que le glycose pour étudier la fonction glycogénique du foie.

M. Fiessinger répond à M. Labbé qu'il ne faut pas opposer l'une à l'autre les deux épreuves au glucose et au galactose. Il a eu recours au galactose pour des raisons de commodité et le fait qu'il n'y a pas de seuil pour le galactose est à son avantage. Par ailleurs, il est inutile d'établir des triangles glycémiques après ingestion de galactose.

Diathermie et cirrhose du foie. — A propos de la récente communication de M. Delsnitz, *M. Pagniez* rappelle qu'il a le premier présenté un cas de cirrhose grave du foie manifestement améliorée par la diathermie de la glande hépatique.

Le malade, suivi depuis 1930, présente actuellement un état général satisfaisant.

Il s'agit là d'une méthode d'exception mais parfois susceptible de donner des résultats surprenants et durables.

Séance du 24 mars 1933

Recherches cliniques sur l'indoxylémie dans les néphrites chroniques. — *MM. J.-J. Serane* et *G. Maire* ont recherché, à Saint-Nectaire, l'indoxylémie chez 130 malades. La réaction de Jolles a toujours été négative chez les albuminuriques sans insuffisance rénale, positive mais atténuée chez huit malades sur 45 rénaux sans azotémie, mais chez lesquels les données de l'épreuve de P. S. P. ou de la constance d'Ambard étaient défectueuses.

L'indoxylémie est presque constante au-dessus de 0 gr. 70 d'urée dans le sang, mais il n'y a pas de parallélisme marqué entre cette rétention et celle de l'urée. Il ne semble pas qu'il y ait de rapport entre l'indoxylurie et l'indoxylémie.

Le pronostic de l'indoxylémie, grave d'après l'école allemande, ne semble pas encore suffisamment établi ; il apparaît qu'il est dans une certaine mesure fonction du taux de la rétention.

M. Guy Laroche et *M. Grigaut* ont montré depuis longtemps la valeur que présente la recherche de l'indoxylémie comparativement aux autres tests d'insuffisance rénale. Dans la limite où l'azotémie est normale ou très légèrement augmentée, l'indoxylémie peut être précieuse en révélant une rétention que les autres tests n'ont pu déceler.

Dans les azotémies confirmées par la rétention azotée, l'indoxylémie est dans la règle élevée, et il semble que, tout au moins dans les azotémies chroniques, on puisse attribuer jusqu'à un certain point une valeur pronostique à des taux dépassant 10 milligr. Dans les azotémies aiguës, les chiffres même très élevés de rétention indoxylique sont susceptibles de rétrocéder facilement comme les chiffres d'urée sanguine.

Le claquement mésosystolique pleuro-péricardique. — *MM. C. Lian* et *Deparis,* en tablant sur 50 observations personnelles, font une description de ce signe, déjà étudié par L. Gallavardin, puis par C. Lian. C'est un bruit sec, vibrant, se plaçant entre le premier et le deuxième bruit du cœur, soit à égale distance de ces deux bruits, soit plus près du deuxième bruit. Il réalise un rythme à trois temps, il est la traduction de l'existence d'une bride pleuro-péricardique. Phénomène sans gravité, son intérêt réside dans le fait qu'il est pris communément pour un autre rythme à trois temps, parfois pour un bruit de galop, en général pour le dédoublement du deuxième bruit du rétrécissement mitral. Ce danger d'erreur de diagnostic est d'autant plus grand que ce signe d'auscultation est très peu connu, et qu'il est passé sous silence dans tous les traités des maladies du cœur.

Ce claquement est parfois suivi d'un souffle télésystolique et protodiastolique, souffle cardio-pulmonaire dû à la traction exercée sur le poumon par la bride pleuro-péricardique.

Les auteurs montrent que ce curieux souffle peut exceptionnellement exister sans le claquement et être susceptible de traduire à lui seul l'existence d'une bride pleuro-péricardique. Ils insistent sur la grande fréquence des douleurs précordiales chez les porteurs de ce claquement mésosystolique. Enfin, ils rapportent le résultat de leurs inscriptions phonocardiographiques, qui sont la preuve de l'existence indiscutable du claquement mésosystolique.

Le diagnostic clinique et radiologique des anévrysmes aortiques intra-péricardiques (sinus de Valsalva). — *MM. C. Lian, M. Marchal* et *Deparis* rapportent une observation de chacune des quatre principales modalités extensives des anévrysmes aortiques intra-péricardiques : extension à gauche vers l'artère pulmonaire, extension en avant vers la région médio-sternale, extension supérieure et droite, extension inférieure et droite.

Dans leur étude d'ensemble, ils ont surtout en vue les deux variétés où l'anévrysme bombe vers la droite.

Dans la variété supérieure et droite, les signes cliniques et radiologiques sont exactement les mêmes que dans les anévrysmes des parties plus hautes de l'aorte ascendante. Seule leur localisation diffère un peu, ils siègent dans les troisième et quatrième espaces intercostaux droits au lieu d'être dans les deuxième et troisième espaces. Toutefois avant de conclure à l'existence d'un anévrysme, il importe de savoir que la seule flexuosité d'une aorte simplement dilatée peut faire noter une inflexion à droite de la partie initiale de l'aorte fortement pulsatile et coexister avec un abaissement du point D ainsi qu'avec un raccourcissement de l'arc inférieur droit : c'est à tort que la réunion de ces signes a été considérée par quelques auteurs comme caractéristique d'un anévrysme des sinus de Valsalva.

Dans la variété inférieure et droite, en raison du siège de la poche plus bas que le pédicule vasculaire du cœur, l'anévrysme aortique risque de passer inaperçu tant à l'examen clinique que radiologique, et d'être pris pour une grande dilatation de l'oreillette droite ou de l'oreillette gauche.

Cependant un examen attentif rend le diagnostic possible du vivant du malade, comme dans l'observation que les auteurs rapportent.

Un nouveau cas de grande auto-agglutination des hématies. — *MM. Brûlé, Hillemand* et *R. Bonnard* rapportent un nouveau cas de grande auto-agglutination des hématies qu'ils ont observé chez un spécifique ancien, porteur d'un énorme foie cirrhotique avec ictère chronique et fragilité globulaire. Il n'y a pas d'auto-agglutination des plaquettes. L'agglutination des hématies disparaît sous l'action de la chaleur et reparaît par refroidissement. Ce phénomène qui semble d'ordre purement physique s'accompagne d'hypoprotéinémie avec inversion du quotient albumineux et formolgélification du sérum.

Pneumothorax spontané au cours d'une pneumokoniose sans tuberculose anatomiquement décelable. — *MM. Brûlé, Huguenin, Hillemand* et *Gilbrin* ont observé un ancien mineur ayant travaillé trente-huit ans dans les mines de charbon et qui, après un effort, constitua un pneumothorax découvert seulement à la radiographie ; celle-ci montra les deux champs pulmonaires parsemés de nodules opaques, qui pouvaient être ou de la granulie froide ou des nodules de pneumokoniose. La recherche du bacille tuberculeux fut toujours négative. Le pneumothorax se résorba spontanément et rapidement, mais le malade, suivi pendant un an, finit par succomber.

A l'autopsie il n'existait, dans les poumons, aucune lésion tuberculeuse, mais seulement une pneumokoniose très accentuée.

On sait avec quelle fréquence la pneumokoniose s'associe à la tuberculose et c'est à celle-ci que l'on tend à attribuer l'apparition de pneumothorax déjà observés, mais sans autopsie, chez les anciens mineurs. Dans le cas publié, l'examen anatomique attentif semble bien prouver que la pneumokoniose à elle seule, peut provoquer des pneumothorax, généralement latents et curables.

Prolifération de l'épithélium bronchique du poumon d'un lapin infecté (deuxième démonstration). — ***MM. G. Caussade*** et ***P. Isidor*** continuant leurs recherches sur ce sujet, montrent une série de microphotographies dans lesquelles on voit, loin et près de la sclérose, la couche basale, régénératrice de l'épithélium bronchique, proliférer et former plusieurs bourgeons qui sont pleins (ce qui élimine toute idée d'encoches, de diverticule de la muqueuse ou de la naissance d'un rameau bronchique secondaire). L'un d'eux contient à l'une de ses extrémités, une cellule assez volumineuse, en koriokynèse, qui démontre encore un processus actif. Un autre bourgeon pénètre dans un feutrage collagène établissant un rapport certain entre lui et des canaux épithéliaux. La nature infectieuse ou parasitaire est prouvée par de nombreux polynucléaires et éosinophiles trouvés non seulement dans la lumière des bronches, mais aussi dans leur voisinage. Les auteurs concluent que : 1° il s'agit d'un processus essentiellement actif dont font partie nombre de cordons épithéliaux intrascléreux, considérés ordinairement comme étant toujours un processus dégénératif ; 2° il est même probable que certains cordons épithéliaux peuvent se développer aussi bien aux dépens du revêtement alvéolaire qu'être l'aboutissant du processus bronchique ; 3° ces proliférations épithéliales actives sont d'ordre tout à fait général (infections subaiguës, tuberculose, syphilis, humaines et expérimentales).

Sur l'épreuve du galactose. — ***MM. F. Coste*** et ***M. Bolgert***, à l'appui de la valeur clinique de l'épreuve du galactose, rapportent un cas où elle leur a permis de rectifier le diagnostic primitivement porté d'ictère catarrhal et de dépister une cirrhose jusqu'alors latente.

Ostéoarthropathies déformantes syphilitiques. — ***M. Jacques Decourt*** présente un homme de 40 ans, atteint de lésions ostéo-articulaires qu'un examen superficiel pourrait faire considérer comme un rhumatisme chronique assez banal. Il s'agit en réalité d'ostéites et d'ostéo-arthrites de nature syphilitique. L'auteur rappelle combien de faits disparates sont rangés, en clinique journalière, dans le cadre si mal défini du « rhumatisme chronique déformant », terme qui trop souvent sert à couvrir d'un pseudo-diagnostic des faits dont l'analyse approfondie peut être fructueuse.

M. Milian fait remarquer que la localisation des lésions à la tête du premier métatarsien est presque pathognomonique de la syphilis.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 mars 1932

Présentation d'ouvrage. — ***M. T. Malachowsky*** présente à la Société sa plaquette *Le Vin et l'Appétit*, sujet qui lui avait été suggéré par le Professeur Loeper. Il se propose la réhabilitation du vin dans l'usage courant et la lutte contre l'alcoolisme par le moyen même du vin de France, multiple et magnifique. Il veut faire consacrer par ses confrères le rapport écrit par lui pour le Congrès gastronomique de l'Exposition coloniale.

Le transfuseur électrique. — ***M. Bécart*** présente son transfuseur électrique basé sur un principe entièrement nouveau.

L'âme de l'appareil, *véritable cœur artificiel*, réalise la transfusion du sang non seulement d'une façon automatique, mais encore de manière continue, car il n'y a jamais arrêt complet de la colonne liquide.

Son fonctionnement est analogue au rythme cardiaque et la représentation graphique de son débit est une sinusoïde toujours positive.

En dehors de sa précision mécanique et de son extrême simplicité technique, ce nouvel appareil présente les grands avantages suivants :

1° Inutilité d'adjoindre un liquide quelconque au sang.
2° Absence de caillots parcellaires.
3° Réduction considérable du temps pendant lequel le sang quitte les vaisseaux.
4° Absence de traumatisme cellulaire.
5° Absence de surcharge brutale du système circulatoire du receveur.

Ces cinq points expliquent la suppression de toute réaction post-transfusionnelle, quelle que soit la quantité de sang injectée.

L'urétroscopie est indispensable pour bien traiter une uréthrite chronique. — ***M. Georges Luys*** insiste sur la nécessité absolue de l'urétroscopie pour établir un diagnostic exact des lésions de l'urétrite chronique et le traitement précis de celles-ci. Quel que soit le flair clinique du praticien, celui-ci se trouvera en défaut devant les récidives de blennorragie qu'il n'aura pas su prévoir et qu'il aurait facilement dépistées s'il avait eu soin de pratiquer l'urétroscopie. Le malade se croit guéri et le médecin croit avoir guéri : or, il reste des foyers localisés que, seule, l'urétroscopie peut déceler. L'urétroscope doit être actuellement considéré comme un instrument habituel et courant d'exploration urétrale ; il permet de voir les lésions et de les bien localiser, de suivre les résultats obtenus par un traitement local judicieusement appliqué et enfin et surtout d'établir à coup sûr une thérapeutique parfaitement efficace. La guérison absolue d'une blennorragie chronique ne pourra être affirmée et le certificat nuptial octroyé, que lorsque le contrôle urétroscopique aura été effectué.

Le bleu de trypan dans le traitement des herpès récidivants. — ***M. Lévy-Frankel*** a utilisé dans cette affection divers corps colorants. Avec le bleu de trypan en solution à 1 %, il a obtenu la cicatrisation rapide des vésicules, et dans sept cas sur huit la rupture du cycle des récidives et des rémissions de plusieurs mois, permettant chez certains sujets, d'espérer la guérison.

Traitement de l'ulcère de l'estomac par l'application locale de substances radio-actives. — ***MM. Lippmann*** et ***Lacapère*** présentent un nouveau traitement qui réside essentiellement dans l'incorporation à la poudre inerte employée isolément jusqu'ici pour les pansements gastriques, d'une certaine proportion de nithium, complexe radio-actif remarquablement riche en rayons alpha. Une telle préparation permet ainsi d'associer à l'action purement topique l'action hautement spécifique des rayons alpha sur les hémorragies et l'activité cicatricielle des tissus.

Dans 11 cas traités par eux et suivis depuis trois ans, les auteurs dégagent les conclusions suivantes : Sédation presque immédiate et constatée toujours des phénomènes douloureux et spasmodiques avec disparition des hémorragies. Parallèlement effacement des déformations caractéristiques des images radiographiques avec retour de l'organe à un rythme de ses contractions.

La phase chirurgicale des abcès du poumon. — ***M. Pascalis*** montre qu'un abcès du poumon doit être opéré assez tôt pour que n'aient pas le temps de se former ces coques scléreuses pleuro pulmonaires qui en rendent la cure complexe et aléatoire. Il opère après ponction pratiquée sous écran au point déclive, à l'anesthésie locale, le malade assis sur une chaise. Temps pulmonaire au bistouri électrique, drain, siphon. Exercices respiratoires. C'est l'examen sous écran qui règle la durée du drainage.

S'il y a sclérose, il faut savoir choisir et associer phrénicectomie scarification sous contrôle visuel au cystoscope, Estlander, Jaboulay, Delorme, la phrénicectomie étant l'ultima ratio.

Immigration. Dix ans de la vie de réfugiés arméniens. — ***M. Martial*** présente une étude sur l'ethnographie, la démographie, la psychologie et la biologie d'une colonie de réfugiés arméniens fixée depuis une dizaine d'années dans une localité de la banlieue parisienne. Il insiste sur la facilité d'absorption de cette race par la race française se rencontrant par des exemples jusqu'aux temps du Moyen-Age.

Les régimes acidifiants et alcalinisants. — ***M. P.-L. Violle*** (de Vittel). — Lors de l'établissement d'un régime, il est capital d'envisager quel sera son retentissement sur la réaction des urines. Dans certains cas, le régime devra même être institué dans le seul but de modifier l'acidité ou l'alcalinité urinaires, comme dans les lithiases urinaires, certaines infections urinaires et particulièrement le syndrome entero-rénal. Pour bien saisir les modifications, parfois considérables que peut déterminer le régime, il faut avoir étudié le rythme horaire des variations de l'acidité ionique des urines sous l'influence des principaux régimes.

Présentation de malades. — ***M. Filderman*** présente le Dr D... guéri en cinq jours d'un anthrax de la nuque par sa méthode. Ce médecin souffre depuis la guerre de colibacillose et de staphylococcies diverses. Un anthrax de la même région avait été traité chirurgicalement en 1931. Des injections veineuses de sulfate de cuivre avaient été faites également. L'hémocrinothérapie a fait avorter l'anthrax. De plus, à en juger par les résultats d'une expérience de quatorze ans, la méthode a l'avantage de prévenir les récidives.

LUQUET.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 1er avril 1933

Les derniers vestiges du cimetière de Clamart. — ***Docteur A. Finot.*** — On sait que l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux a été édifié sur l'emplacement de l'ancien cimetière de l'Hotel-Dieu, dit cimetière de Clamart, du nom d'un hôtel voisin, appartenant aux sires de Clamart. Cet emplacement, peu à peu augmenté, depuis 1672 a gardé aujourd'hui presque exactement les dimensions qu'il avait à la Révolution : mais les vestiges que l'on peut retrouver de l'ancien cimetière sont rares. C'est ainsi que rien ne subsiste des murailles primitives : l'ancienne porte, qui s'ouvre encore — très rarement du reste — au n° 8 de la rue des Fossés-Saint-Marcel, a été également refaite ainsi que le petit bâtiment attenant, qui a remplacé l'ancienne loge des gardiens.

Cependant, un certain nombre d'arbres, dans la cour intérieure des pavillons, datent certainement du temps du cimetière. Celui-ci se décèle d'ailleurs au moindre coup de pioche que l'on donne dans le sol, et c'est ainsi que des travaux pour l'installation du tout-à-l'égout mirent à jour un véritable feutrage d'ossements disposés sans aucun ordre. Pendant des siècles, il n'y eut que des fosses communes, qu'aucune pierre ne marquait (un demi-million de corps au total) ; mais, après la Révolution, le cimetière de Sainte-Catherine, tout voisin (au sud de Clamart) étant devenu insuffisant, un certain nombre de sépultures particulières furent faites à Clamart, et cela jusqu'en 1816 environ. On peut retrouver encore quelques-unes de ces pierres tombales : l'une, fixée au mur de l'ouest, dans un coin transformé en verger, est probablement celle d'un enfant, décédé après 1811. D'autres ont été employées telles quelles, dans la construction d'une petite terrasse placée contre le mur du sud, et dont personne ne peut indiquer aujourd'hui la destination première (ossuaire ?) Trois de ces dalles, formant le dallage supérieur de la terrasse, sont encore entières, et les inscriptions lisibles en grande partie. L'une porte la date de 1816 ce qui nous renseigne de façon intéressante sur la date des inhumations. Il semblerait convenable de desceller ces pierres, et de les relever contre le mur, seule manière de protéger contre une entière destruction les derniers vestiges du cimetière de Clamart.

Nature diphtérique des paralysies attribuées par les auteurs hippocratiques à la luxation spontanée des vertèbres cervicales, et description de l'angine diphtérique par ces mêmes auteurs. — ***M. Souques***, après avoir rappelé l'opinion unanimement admise jusqu'ici, à savoir que la paralysie diphtérique a été décrite pour la première fois au milieu du siècle dernier, et qu'Arétée a décrit le premier l'angine diphtérique, avance que cette opinion doit être revisée et formule les deux conclusions suivantes :

1° La description de la paralysie diphtérique a été faite, il y a vingt trois siècles, sinon par Hippocrate, du moins par l'auteur hippocratique du *deuxième livre des Epidémies.*

2° La description de l'angine diphtérique a été faite par un médecin hippocratique, plusieurs siècles avant Arétée.

Il fonde ces conclusions sur une note qu'il a trouvée dans le deuxième livre des Epidémies, et dans laquelle il est question de paralysies survenues au cours d'une épidémie d'angines et attribuées à la luxation spontanée des vertèbres cervicales. Il déclare que ces paralysies étaient de nature diphtérique. Pour le démontrer, il fait voir qu'elles présentaient les caractères cliniques de nos paralysies diphtériques, qu'elles étaient tantôt limitées au voile du palais et tantôt étendues au reste du corps. Or, toute paralysie localisée au voile palatin ou plus ou moins généralisée, survenue à la suite d'une angine, est plus que suspecte de diphtérie, sans compter que, chez l'hippocratique, il s'agit non de cas isolés mais d'une épidémie de paralysies post-angineuses. D'autre part, les angines offraient tous les signes de nos angines diphtériques et se montraient sous une forme benigne ou sous une forme maligne. La deuxième conclusion repose sur des citations tirées de la Collection hippocratique, notamment des *Prénotions de Cos* et de la *Dentition*, où se trouve un remarquable tableau de l'ulcère égyptien ou syrien, c'est-à-dire de l'angine diphtérique. A ce propos, M. S... signale incidemment un passage du *Pronostic* qui ne peut s'appliquer qu'au croup.

Comment se fait-il que l'auteur hippocratique de la note en question ait attribué les paralysies post-angineuses qu'il observait à la luxation spontanée des vertèbres du cou ? Parce que, pense M. S... cette pathogénie était communément acceptée à cet époque — et il en donne des preuves — et parce que, en l'absence de connaissances anatomiques, on pensait sans doute expliquer par là les déformations cervicales, dues en réalité aux adénopathies et à l'œdème du cou. Si, tout près de nous, Littré a défendu cette pathogénie imaginaire, c'est sans doute parce qu'en 1846, année où il publiait le cinquième volume de sa traduction des *Œuvres d'Hippocrate*, il ignorait l'existence de la paralysie diphtérique. Tout le monde, Bretonneau lui-même l'ignorait alors, quelque surprenant que cela paraisse de la part de ce savant médecin. Et cependant, dans son fameux traité de la diphtérite, on peut retrouver quelques exemples de paralysies diphtériques méconnues.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le traitement de la poliomyélite

M. Paul Giraud (*Comité M. des B.-du-R.*, nov. 1932) le schématise ainsi :

Au début, combattre l'infection, par abcès de fixation, urotropine, bains chauds, sérothérapie (sérum de convalescent ou sérum de Pettit) aussi précoce et aussi intense que possible : 200 à 300 c. c., si l'on peut par voie rachidienne, mais aussi et surtout par voie sous-cutanée ou intramusculaire.

Pendant les premières semaines de la paralysie : bains chauds et diathermie. Favoriser la guérison de la lésion médullaire par la radiothérapie ou l'ionisation médullaire.

Pendant la période de régression, continuer le réchauffement, provoquer des contractions musculaires méthodiques par l'électrothérapie. Eviter les positions vicieuses par les appareils orthopédiques légers, par le massage prudent et la mobilisation. Faire la rééducation en mettant en jeu les suppléances fonctionnelles.

A la phase tardive : Appareillage rationnel : opérations chirurgicales (arthrodèses).

Le médecin doit pouvoir obtenir des guérisons fonctionnelles à peu près complètes dans les cas en apparence les plus graves et supprimer la phase « chirurgicale » de la maladie.

Traitement des colibacilloses par le néosalvarsan

M. J. Gaudy (*S. cl. des Hôp. de Bruxelles*, 17 déc. 1932) a traité dix-sept colibacillaires par de petites doses de néosalvarsan injectées dans les veines. Dans les infections récentes, les succès sont la règle, dit l'auteur. Dans les infections anciennes, les effets sont plus incertains.

Mélitococcie traitée et guérie par la mélitine

Dans un cas de mélitococcie, qui s'était manifesté par de grands accès avec sueurs et douleurs rhumatoïdes, avec hémoculture positive, MM. Sergeant et Parjot (*S. Méd. Ch. des Hôp. de Lille*, 21 nov. 1932) ont employé la mélitine et obtenu la guérison.

Farine de tournesol et hypersécrétion gastrique grave

M. Levesque a communiqué à la Société de Pédiatrie (20 déc. 1932) quatre observations d'hypersécrétion gastrique grave guérie immédiatement par l'administration de farine de tournesol. Les vomissements, les troubles intestinaux s'arrêtèrent brusquement alors que tous les autres régimes et médications n'eurent aucun effet.

A propos du traitement des rectites

Alors que dans les rectites ulcéreuses l'application d'huile bismuthée est indiquée, de bons résultats sont obtenus dans les rectites purulentes avec un auto-vaccin donné en instillations rectales. (Pr. Merklen et P. Bicart. *S. de M. du Bas-Rhin*, 26 nov. 1932.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Souvenirs d'un collaborateur d'Edison. — LA REVUE HEBDOMADAIRE (18 février 1933) *vient de publier un article du Docteur M.-A. Rosanoff, ancien professeur de chimie à l'Université de Clark et à celle de Pittsburgh, intitulé* : EDISON VIVANT. SOUVENIRS D'UN DE SES ASSISTANTS. « *C'est vraiment Edison vivant qu'il nous montre, avec ses tics, ses saillies, ses humeurs et ses lacunes. Oui, ses lacunes, car on découvrira, en lisant ces pages, plus d'un trait véritablement primaire chez le prodigieux inventeur* ». *En voici un extrait* :

... L'éducation était un autre sujet dont Edison ne connaissait rien mais dont il aimait à parler. Il n'avait reçu lui-même aucune instruction spéciale et un jour, à sa manière pittoresque, il m'exprima sa conviction que l'enseignement lui aurait fait plus de mal que de bien, ce que je crois également. Un journaliste naïf appartenant à un quotidien de Brooklyn vint un jour l'interviewer au sujet de l'accumulateur. Je proposai de quitter la pièce, mais le Vieux me dit de rester et d'écouter, afin d'être plus tard à même de juger s'il y aurait la moindre similitude entre la conversation réelle et le compte rendu qui serait imprimé le lendemain matin.

Quand le journaliste entra dans la pièce, le Vieux s'appliqua à ressembler à l'héroïque image du « Grand inventeur Thomas Edison » gravée dans l'imagination de ceux qui n'ont pas d'imagination. A l'instant disparurent sa naturelle jeunesse de manières et son aspect de clochard optimiste. L'immobilité figea ses traits, il prit dans son fauteuil une apparence sculpturale, et ses yeux fixés eurent le regard lointain d'un lion de cirque qui songe au désert de Nubie. L'entretien lui-même fut insignifiant et ne dura que quelques minutes. Pas un mot ne fut prononcé qui eût trait à la formation ou à l'instruction d'Edison.

Le matin suivant, le Vieux m'apporta le journal de Brooklyn : « Lisez ceci », me dit-il. Le jeune homme avait fait un grand papier sur son entretien avec le Vieux. Il racontait avec enthousiasme comment, sous l'influence de son questionnaire habile et plein de tact, Edison s'était départi de ses coutumières réticences et avait, pour une fois, ouvert son cœur et parlé de ses débuts ; comment il avait admis avec une touchante modestie qu'il avait été en classe un élève exceptionnellement brillant, étonnant parfois ses professeurs de ses questions et de ses subtiles et rapides réponses ; et que l'aspect de M. Edison,pendant ses confidences, était bien, trait pour trait, celui du grand inventeur, du fameux magicien de Menlo-Park.

— Eh bien, dit le Vieux, ne vous l'avais-je pas dit ? Qu'est-ce que vous pensez de ce gaillard de journaliste ?

— Je suis confondu d'admiration, lui répondis-je. Ce menteur de génie mérite vraiment de faire son chemin dans la vie. Mais dites-moi, monsieur Edison, est-ce vrai que vous étiez exceptionnellement brillant en classe ?

Il me lança un terrible regard plein de furieux mépris et hurla :

— En classe ? ... Pas un jour de ma vie je n'ai été en classe ! Pensez-vous que j'aurais valu quoi que ce soit si j'y étais allé ?

Et se détournant de moi, il s'éloigna tranquillement les mains derrière le dos. J'étais agacé. Je savais qu'il avait dit ceci exprès pour moi, faisant allusion à mon long passé scolaire.

Mais il ne se trompait point en ce qui concernait sa propre carrière. Des études conventionnelles sont une chose excellente pour un homme moyen : elles le nettoient, elles étendent une couche de vernis sur sa bêtise, parfois elles l'embaument vivant.

Mais n'apprivoisez pas l'aigle ! Si les frères Wright avaient été soumis à des années d'école, ils en auraient su de trop pour entreprendre une chose aussi folle que de voler dans le ciel, qu'Edison ait été méthodiquement instruit, il n'aurait jamais eu l'audace, de créer des choses aussi impossibles que le phonographe.

Edison aurait voulu que l'on révolutionnât l'instruction des Universités, en en rejetant toutes les choses inutiles. Moi, j'aurais voulu que l'on réformât l'éducation des Universités en en rejetant toutes les choses *utiles*. Et sur ce sujet, nous discutâmes un jour avec passion.

Quand Edison me demanda pourquoi les Universités n'enseignaient pas « quéqu'chose », je fis d'abord appel à la sagesse de la

Bible ! Selon la version qu'en a donnée un grand poète moderne lorsque Judas élève la voix en faveur de l'utilitarisme, Jésus le reprend doucement en demandant : « qui sait ce qui est utile et ce qui ne l'est pas ». Mais la sagesse et la poésie de cette question étaient perdues pour Edison. Je continuai à discuter. Je m'efforçai d'analyser ce qu'est un esprit cultivé.

Le but de l'éducation, dis-je, est de développer l'habitude de penser avec méthode (au lieu de procéder mentalement par bonds comme une puce), l'habitude et la patience de s'arrêter sur un sujet donné jusqu'à ce qu'il soit digéré et assimilé, d'exercer l'esprit à discerner ce qui est vrai de ce qui est faux, ce qui est beau de ce qui est laid, de l'exercer incessamment à reconnaître et à éviter les chausse-trapes des apparences, et des pièges mortels des opinions préconçues, et de continuer tout ceci jusqu'à ce que l'esprit soit délicatement accordé pour vibrer à tout ce qui est sincère dans la nature, dans la science, dans l'art.

— Nous résumons cela, dis-je, en affirmant que le but de l'éducation est la discipline de l'esprit.

— Oui, me cria-t-il d'une voix perçante, mais toute cette discipline de l'esprit dont vous me rebattez les oreilles peut-être obtenue aussi bien en apprenant aux élèves « quéqu'chose » d'utile. Pourquoi leur enseigner le latin ? Le latin est une langue morte. Le professeur lui-même ne sait pas commander une entrecôte aux pommes en latin. Qui emploie le latin en dehors de l'Eglise catholique ? Et même là personne ne le comprend, sauf le pape, aussi ne peut-il l'employer que pour se parler à lui-même.

— Monsieur Edison, affirmai-je avec toute la force de mes poumons, les nobles périodes, les nuances délicates du latin sont comme les exercices de doigts compliqués dans l'étude d'un instrument de musique.

Mais je n'étais pas convaincant ; je ne faisais que l'irriter. Il hurlait :

— Alors les collégiens devraient passer deux ans à étudier la guimbarde pour apprendre à bien faire des grimaces ? Ça serait tout aussi utile !

....

Non, Edison n'avait pas ce que les Français appellent « une intelligence ouverte », ce que l'Anglais traduit pauvrement par « un esprit réceptif ».

Il me demanda une fois de lui expliquer pourquoi la formule de l'eau s'écrit H^2O et non H^4O^2 ou H^6O^3, ce qui indiquerait également bien la composition de l'eau.

Nous nous installâmes confortablement sur nos chaises, et je commençai. Dans les termes les plus simples, j'entrepris un petit cours sur la loi d'Avogadro, sur la formule des composés de Cannizzaro ..... Pendant cinq minutes, il m'écouta, les yeux brillants ; puis l'étincelle de son regard s'éteignit ; il devint distrait ; bientôt je sus que j'avais perdu mon public, et ma conférence mourut dans un soupir de regret. Ce que j'aurais appris à n'importe quel cancre d'étudiant je ne pouvais le faire comprendre à cet homme, l'un des génies de son siècle.

....

Parfois il s'évadait du champ de ses inventions et commençait à développer des théories sur des sujets qui leur étaient totalement étrangers. Dans ces cas, la plus puérile fantaisie l'animait. Un jour, il prononça un discours sur l'origine des verrues. « Un paquet de cellules, expliqua-t-il, qui appartiennent à certain endroit du corps, s'échappe et vogue vers un endroit qui n'est pas le sien. Par exemple, une quantité de cellules quittent un doigt de pied et arrivent dans le nez. Elles ne savent pas où elles sont ni ce qu'elles ont à faire. Aussi elles deviennent folles et commencent à bâtir un doigt de pied parce que c'est la seule chose qu'elles sachent faire. Comprenez-vous ? De cette manière un morceau de doigt de pied pousse sur le nez. Nous l'appelons une verrue, mais ce n'est rien qu'un morceau de doigt de pied hors de sa place. Voilà comment viennent les verrues, conclut-il », Et son visage prit une expression de complète satisfaction philosophique.

....

Un de ses sujets favoris était sa théorie du sommeil. Il y revenait souvent. « Le sommeil, affirmait-il, est une habitude acquise. Les cellules ne dorment pas. Les poissons nagent dans l'eau toute la nuit. Eux ne dorment pas. Le cheval même ne dort pas ; il demeure immobile et se repose en songeant à des paysages attrayants. Essayez une fois. Travaillez toute la journée et toute la nuit, de bonne heure, le matin, faites un somme d'une demi-heure, puis sautez du lit, lavez-vous la figure à l'eau glacée et retournez à votre travail. Vous serez frais comme une fleur et vous vous sentirez en excellente forme ».

Edouard Julia. — *Dans la* REVUE POLITIQUE ET PARLE-

MENTAIRE (10 mars 1933) *un article de M. Paul Valery*, intitulé : MON AMI EDOUARD JULIA :

. . . . . Je suis entré en relations avec Julia, vers 1894, chez Marcel Schwob, qu'il admirait et auquel il donnait les soins les plus attentifs et les plus dévoués. Schwob traînait une vie douloureuse et profonde, partagée entre la souffrance et les travaux les plus subtils. Julia achevait alors ses études médicales ; il veillait et pansait notre merveilleux ami, que j'allais visiter presque tous les jours.

Nous causions longuement ; les conversations commencées près du fauteuil de Schwob se poursuivaient dans la rue. Il me parlait avec une clarté singulière des choses de son art ; je l'entends encore me conter les leçons cliniques de l'illustre Potain, dont il était l'élève.

La précision de son langage, la netteté quasi chirurgicale de son intelligence, et jusqu'à une certaine amertume philosophique qui se remarquait en lui, m'attachaient.

Il me souvient aussi de son culte pour Spinoza. Nous devînmes bientôt des amis — ce qui veut dire que la sympathie que je me sentais pour lui apparut, cependant que je reconnaissais de jour en jour plus clairement la sûreté de son caractère et de son cœur.

Je n'ai trouvé personne de plus loyal. Il ne dissimulait que sa bonté, qui ne s'exprimait jamais que par des actes. Il me souvient de l'avoir appelé à l'aide, une certaine fois : je vivais fort seul, un mal assez grave survint, Julia, laissant tout, accourut dans ma chambre. Je n'oublierai jamais l'expression très émue de son visage, à peine m'eut-il regardé.

Il n'y a pour moi point de doute qu'il n'eût pris promptement une des premières places parmi les médecins de notre temps si d'autres ambitions ne lui furent venues. Il avait travaillé au Collège de France, dans le laboratoire de François Franck ; il avait deviné le grand avenir des recherches de physiologie et de chimie qui conduisent à utiliser de plus en plus les préparations d'organes et les extraits de glandes dans le traitement des Insuffisances. Il avait d'ailleurs les dons de courage, de clairvoyance et de prudence qui distinguent le médecin *essentiel*. Mais il n'y a non plus point de doute qu'il n'eût pu très heureusement réussir dans les lettres, s'il eût cultivé quelque désir d'écrire que je lui aie connu. Il y songeait ; il s'y est essayé, au temps lointain dont je viens de parler.

Stendhal convenait fort à sa nature très sensible qu'il s'efforçait de rendre sèche et positive. Il eût fait des romans sombres et passionnés.

Il eût peint des excès de tendresse et d'ambition. Ni les lettres, cependant, ni la médecine le retinrent. Il paraît que la politique et les affaires ont de tout puissants attraits.

Les hommes les plus intelligents y sont séduits, comme si l'intelligence de qualité supérieure n'était pas plus embarrassante qu'utile quand il s'agit de se résoudre au désordre des événements et de s'accommoder à une moyenne d'inconnus. Julia suivit cette voie incertaine et tentante. Nous fûmes entraînés bien loin l'un de l'autre par ce qu'on nomme « la vie » ; mais dans nos rencontres trop espacées, nous trouvions aussitôt que nous ne nous étions point quittés. L'affection et l'affinité profonde demeuraient entières. Je ne l'interrogeais point, dans ces occasions trop rares. J'avais la sensation que la politique ne lui donnait point selon ses mérites. Il me semblait qu'il fût d'une nature trop fine, trop logique et trop émotive pour ne point paraître trop haute, apparence très défavorable dans ce métier.

Pinel guéri par le vin d'Arbois. «Dans la fièvre ataxique contagieuse, vulgairement appelée fièvre des hôpitaux ou des prisons . . . la débilité est parfois si extrême, qu'il faut sans cesse soutenir les forces en prenant des doses répétées d'un vin généreux.

Dans le cours d'une fièvre de cette nature que j'ai contractée en donnant des soins aux prisonniers de Bicêtre, je n'ai échappé à la mort qu'à l'aide d'un excellent vin d'Arbois de sept ans, dont on me faisait prendre des doses très rapprochées ». (Nosographie philosophique)

L'usage du lait d'ânesse dans le traitement de la tuberculose. *Docteur Henri Godlewski. Le régime lacté, sa faveur présente et passée.* (JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS, janvier 1923.)

Il est une affection cependant pour laquelle le lait était en grande faveur depuis le XVIe siècle, c'est la tuberculose ; mais à vrai dire, il ne s'agissait pas tant du lait de vache que du lait d'ânesse et la raison de cette vogue est connue. Elle mérite d'être rappelée ici :

L'usage du lait d'ânesse pour les poitrinaires fut introduit en

France sous François 1er. Le roi se trouvait très affaibli ; ses fatigues guerrières et ses excès d'un autre genre l'avaient réduit à un état de langueur qui s'aggravait tous les jours ; les remèdes n'y changeaient rien. On lui parla alors d'un juif de Constantinople qui avait la réputation de guérir ces sortes de maladies. François 1er ordonna à son ambassadeur de Turquie de faire venir à Paris ce docteur israëlite, quoi qu'il dût en coûter. Le médecin juif arriva en effet et n'ordonna que du lait d'ânesse. Ce remède réussit très bien au monarque et tous les courtisans s'empressèrent de suivre le même régime. C'est depuis lors qu'il fut d'usage dans toute l'Europe de recommander le lait d'ânesse aux poitrines délicates.

Grisolle ne manque pas d'évoquer l'usage du lait d'ânesse dans le traitement de la phtisie, mais cependant il fait les réserves sérieuses ci-dessous :

Dans la phtisie « on préconise généralement le laitage et surtout le lait d'ânesse. Mais il faut convenir qu'en agissant ainsi on obéit bien plus à la routine qu'à une pratique éclairée, car chez beaucoup de malades le régime lacté débilite l'estomac, excite la diarrhée et devient par là une nouvelle cause de faiblesse. Le lait n'est utile que chez les sujets très irritables, ayant aisément de la fièvre et des crachements de sang, chez ceux qu digèrent cette boisson sans fatigue de l'estomac ou des intestins ».

« On prendra du lait, soit de vache, soit de chèvre et l'on ne devra se fixer à aucun de ces laits plus ou moins médicamenteux qui ont été vantés par certaines personnes ».

Un palais du lait à Nuremberg. — *Détaché de l'*Allemagne nouvelle, *de M. Ludovic Naudeau* (l'Illustration, 18 février 1933.)

Dans un des faubourgs de l'Est (*Nuremberg*), les dimensions d'une usine vous étonnent ; sa blancheur, sa netteté, j'allais dire sa luminosité, vous intriguent, retiennent votre attention. D'instinct, vous êtes intéressé. Vous seriez tout à fait préparé à vous entendre dire que vous voyez là l'un des foyers de production les plus perfectionnés de quelque puissant consortium. Et quand vous apprenez qu'il s'agit tout simplement du grand centre nurembergeois de l'approvisionnement et de la distribution du lait, vous admirez encore une fois avec lequel esprit de suite, quelle résolution, quelles énormes dépenses l'Allemagne a continué depuis la guerre son organisation de l'hygiène publique.

Les Allemands nous ont devancés dans l'application des moyens propres à prévenir l'infection du lait.

L'*Alter Betrieb* de Nuremberg, la vieille centrale du lait, abandonnée pour faire place à la magnifique *Milch Zentrale*, dont je parle aujourd'hui, était déjà munie d'un outillage si perfectionné que je me demande si certaines de nos villes se sont seulement élevées à un tel niveau. D'ailleurs, d'après les statistiques internationales et contrairement à ce que nous eussions cru, contrairement à la logique des choses, la France est un payss où la consommation du lait et de ses sous-produits est relativement faible.

Alors qu'en moyenne un Allemand absorbe par an 124 litres de lait, 8 kgr. 94 de beurre et 5 kgr. 81 de fromage, le Français ne consomme que 114 litres de lait, 3 kgr. 86 de beurre et 4 kgr.77 de fromage. De plus en plus, médecins et économistes d'Outre-Rhin tendent à généraliser l'usage du lait, car l'immense cheptel germanique en fournit, nous dit le Docteur Schiele « pour 4 milliards de marks par an » !

Il est prouvé aujourd'hui que même les athlètes se trouvent améliorés par d'abondantes ingestions de lait.

La Finlande, pays producteur de champions, est aussi le pays où, par tête, la consommation du lait est le plus forte.

Il a été reconnu en Amérique que, dans les classes enfantines, certains élèves retardataires ont fait des progrès rapides après que l'habitude eût été prise de leur faire consommer chaque jour deux grands bols de bon lait.

Aussi, sous l'impulsion de la classe dirigeante allemande, voit-on se généraliser aux abords des gares, dans les squares ou sur les terrains de sport les *Milchalle*. Ce sont des kiosques, des pavillons où sont installés des bars, où seul le lait, mais le lait amené à son état le plus absolu de pureté, est débité.

Les nouvelles générations allemandes au lieu de consommer des mixtures alcooliques s'habituent ainsi à boire du lait.

C'est pour répondre à toutes ces idées que la ville de Nuremberg a terminé en 1930 sa nouvelle *Milch Zentrale*.

Dans un véritable palais du lait fait de béton, de verre, le hall principal à lui seul a 120 mètres de long, 50 mètres de large en certaines de ses parties et 18 mètres de hauteur.

Grâce à l'extrême courtoisie de la direction, j'ai pu visiter ces installations incomparables, voir comment des voies ferrées font converger de tous les districts circumvoisins vers la *Zentrale* 180.000 litres de lait par jour. J'ai vu là des cuves pouvant recevoir 60.000 litres de ce liquide et 28 bassins où 145.000 litres après purification, peuvent être conservés ; j'ai vu les rampes où coule en fleuve la « Landstrassenmilch », la grande route du lait ... Machines à laver, à emplir et à boucher les divers récipients ; mécaniques chemins de rouleaux sur lesquels s'acheminent automatiquement vers la sortie les bidons vides ; beurreries merveilleuses et du type supercolossal ; fromageries pour Gargantua, fabrique de lait en poudre et de yogourt ; glacières incomparables ; laboratoires immenses ; salles de bains pour le personnel et décuplant la joie naturelle que procure la propreté : salle de conférences et de cinéma ... que sais-je encore ! Les bureaux, la bibliothèque ?... De véritables merveilles de luminosité !... En cette esquisse j'écarte systématiquement tous les détails techniques, toutes les données scientifiques.

Résultats :

La ville de Nuremberg et sa région consomment abondamment un lait d'une pureté absolue. Or, d'après le Docteur Robert

Plank, la mortalité des nouveau-nés qui était de 15,3 % en l'an 1919, est tombée à 7,8 % en l'an 1928.

Il est difficile de savoir combien de millions ont été dépensés pour ce palais du lait.

Songez donc que seulement pour décrire cette création on a cru devoir éditer à Nuremberg en décembre 1930, sous une couverture d'apparence argentée, un magnifique album fait de papier de luxe et où figurent, avec une profusion de vues et de plans, les portraits en grand format de cinquante-huit promoteurs, ingénieurs, médecins, architectes ou conseillers municipaux qui collaborèrent à cette œuvre.

Le recrutement académique (*L'Œuvre*, 25 mars).

On prête à certains membres des plus en vue de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, l'intention de proposer un mode nouveau de recrutement pour les académiciens.

Ils ne poseraient plus, de leur propre autorité, leur candidature. Ils attendraient qu'on les découvrît et ce serait le rôle des académies. Il n'y aurait plus de candidats, mais des lauréats, lesquels se verraient d'abord nommés correspondants, avant d'obtenir le titre de membres de l'Institut.

Cette proposition, faite, dernièrement en comité secret, a rencontré, paraît-il, à l'Académie des inscriptions, un courant favorable. Mais ,les autres académies suivront-elles ?

Prévention du suicide en Allemagne. (*L'Informateur Médical*).

M. Ramond, dans une de ses dernières « cliniques » intitulée « Intoxication par le véronal » relate un fait très amusant sur le traitement prophylactique du suicide par les barbituriques en Allemagne. Cette manière est judicieuse, astucieuse, mais un peu « germanique ». Les fabricants incorporent à chacun des comprimés de véronal, etc., une dose vraiment infime d'ipéca, qui n'incommode nullement l'individu qui en prend à des doses médicamenteuses. Mais lorsque celui-ci en absorbe en grande quantité dans le but de mettre fin à ses jours, la dose d'ipéca est forcément accrue et des vomissements aussi abondants qu'impérieux le forcent à évacuer le contenu stomacal avec ses comprimés meurtriers. Ceci ne serait guère possible en France, ajoute M. Ramond, car cette incorporation d'ipéca serait vite connue par le public et chacun, allant acheter du véronal, dirait à son pharmacien . « Et surtout pas d'ipéca, hein ! »

Varia. (*L'Informateur Médical*).

Il y a certainement peu de praticiens qui connaissent la charade sur le fameux signe de Babinski, circulant dans les bouches des étudiants de Paris.

Mon premier — chausse le pied.
Mon deuxième — lave le pied.
Mon troisième — glisse le pied.
Et mon tout — gratte le pied.

Qu'est-ce que c'est ?

C'est le signe de Ba-bin-ski.

***

Depuis quelques années il ne suffit plus d'avoir été simple étudiant d'une des facultés de France, chacun cherche un petit « ancien truc ou ancien chose » de telle ou telle administration. La plus belle histoire m'a été rapportée par un ami qui a fait récemment un voyage en Turquie et qui a vu à Constantinople, la plaque suivante : « Docteur X... bey, ancien stagiaire de l'hôpital Saint-Louis, spécialiste des maladies de la peau ».

Ceci, je crois, vaut la peine d'être rapporté.

« Le Snobo-Pessimisme !... Je ne trouve pas mieux pour étiqueter de façon schématique une certaine maladie mentale et morale qui sévit périodiquement en France et plus spécialement à Paris. Pareille en cela à la grippe, même quand on n'en signale pas l'actualité, elle ne cesse jamais de rôder dans l'air. Mais, toujours comme la grippe, elle a des époques d'activité et même, parfois, d'exaspération. Or, il me semble que, présentement, la grippe snobo-pessimiste est chez nous virulente. C'est donc le moment de la signaler, de la définir, d'en montrer les ravages, et, s'il se peut, d'en chercher la cure ». (Marcel PRÉVOST. — Le Snobo-Pessimisme. *La Revue de France* ; 15 mars 1933).

P. L. M.

De France en Algérie ou en Tunisie par Marseille

Voici l'époque des beaux voyages en Méditerranée ! l'Algérie et la Tunisie, en particulier, vous attirent.

Vous pouvez vous rendre rapidement et commodément dans ces deux pays en passant par Marseille. De nombreux trains rapides ou express, offrant toutes catégories de places assises ou couchées convergent, en effet, des principaux centres de la France et de l'étranger vers le grand port méditerréanen. De ses quais partent, chaque semaine, une vingtaine de paquebots, du type le plus vite et le plus confortable, qui assurent la liaison de la Métropole avec Alger, Oran, Philippeville, Bône, Bizerte et Tunis.

Des billets simples valables 15 jours, et des billets d'aller et retour valables 30 ou 90 jours, donnant droit à l'enregistrement direct des bagages, sont délivrés pour Alger, Oran, Bougie Philippeville, Bône, Bizerte et Tunis, dans les principales gares P.L.M.

Pour des indications plus détaillées, veuillez vous renseigner auprès de votre gare.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

FONDÉ EN 1873. — N° 15 LE NUMÉRO : 50 Centimes 15 AVRIL 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 avril. — M. DUVAL. Le système réticulo-endothélial dans la tuberculose. — M. HEIMANN. Danger des médicaments antisyphilitiques chez les rénaux. — M. Pierre BUREAU. Quelques complications de l'accouchement quand le col est très reporté en arrière. — M. AUDOUARD. Considérations sur un cas de syndrome agranulocytaire avec rhumatisme chronique et splénomégalie. — M. DAVID. Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde. — M. PERETZ. Vaccination parentérale au B. C. G. Réactions locales, allergie. — M. MARCOVICI. La syphilis majeure du nourrisson et son traitement en particulier avec les préparations du bismuth lipo-soluble. — M. NGUYEN-VAN-HUONG. Contribution à l'étude du mégacôlon.

5 avril (Thèse vétérinaire). — M. VAN DE BUSSCHE. Etude radiologique normale et pathologie du thorax du chien. — M. METZGER. Etude anatomique des incisives et de l'âge du zébu de Madagascar.

Faculté de médecine de Marseille. — *Concours du clinicat.* — Des concours s'ouvriront à la Faculté pour des emplois de chef de clinique des chaires suivantes :
Clinique médicale (Prof. Victor Audibert), le 31 mai 1933.
Clinique chirurgicale (Prof. Léon Imbert), le 7 juin 1933.
Clinique urologique, le 26 juin 1933.
Clinique chirurgicale (Professeur Fiolle), le 3 juillet 1933.
Clinique gynécologique, le 13 novembre 1933.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs P.-P.-M. Gillet (de Paris) et J.-N.-C.-A. de Pindray (de Périgueux).

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur R.-E.-L. Delmas, médecin-lieutenant de la 16e région.

Société hongroise d'Ophtalmologie. — MM. le Professeur F. de Lapersonne et Morax (de Paris) ont été élus membres honoraires.

Cours pratique de sympathologie clinique. — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, dans son service de la Pitié, avec la collaboration de MM. André THOMAS, DELHERM, ROSENTHAL, BAILLIART, TOURNAY, GLÉNARD, BOURGEOIS, DESCHAMPS, MIGET, VINCHON, LARGEAU, CORNÉLIUS, KLOTZ et GUILLY, commencera le vendredi 28 avril 1933, un cours pratique sur les *Actualités sympathologiques* avec présentation de malades et exercices de laboratoire. Ce cours comprendra douze leçons et finira le 20 mai.

Chaque cours comprendra un exposé théorique à 10 heures suivi d'exercices pratiques.

ACTUALITÉS SYMPATHOLOGIQUES. — 1° Le sympathique hépatique : Vendredi 28 avril (M. GLÉNARD). — 2° Le sympathique cardiaque : Samedi 29 avril (M. DESCHAMPS). — 3° La sympathologie : ses méthodes, son intérêt pratique : Lundi 1er mai (M. LAIGNEL-LAVASTINE). — 4° Anatomie sympathique : Mercredi 3 mai (M. MIGET). — 5° Physiologie du sympathique : (avec projections) : Vendredi 5 mai (M. LAIGNEL-LAVASTINE). — 6° Sympathique et zona : Lundi 8 mai (M. André THOMAS). — 7° Nouvelles acquisitions séméiologiques : Mercredi 10 mai (M. LAIGNEL-LAVASTINE). — 8° Le sympathique oculaire : Vendredi 12 mai (M. BAILLIART). — 9° Le sympathique des tuberculeux : Lundi 15 mai (M. ROSENTHAL). — 10° Sensibilité et sympathique : Mercredi 17 mai (M. TOURNAY). — 11° Physiothérapie des sympathalgies : Vendredi 19 mai (M. DELHERM). — 12° Météoropathologie et sympathique : Samedi 20 mai (M. LAIGNEL-LAVASTINE).

Hôpital Broca. (Services des Docteurs WEISSENBACH et TZANCK.) — Avec le concours des Docteurs CIVATTE, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint Louis ; FERNET, médecin de Saint-Lazare ; BASCH, médecin des hôpitaux ; BORDIER, LEBARON, EDWIN SIDI, assistants à l'hôpital Broca ; MARTINEAU et Mlle DOBKEWITCH, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca ; MM. R. ANDRÉ, A. DREYFUS, M. CORD, LE CHARTRE et M. MOLINE, leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie du 2 mai au 3 juin 1933.

PROGRAMME. — 2 mai, M. TZANCK : Classification dermatologique et lésions élémentaires. — 3 mai, M. A. DREYFUS : Anatomie normale et pathologique de la peau. — 4 mai, M. TZANCK : 1° Erythèmes et érythrodermies ; 2° Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires. — 5 mai, M. CORD : Les séroses (eczéma, urticaire, mal de Duhring, etc.). Notions des intolérances cutanées. — 6 mai, M. ANDRÉ : Les prurigos. — 8 mai, M. TZANCK : Les cytoses résolutives (papules, végétations). — 9 mai, M. TZANCK : Les cytoses nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices). — 10 mai, M. LE CHARTRE : Thérapeutique dermatologique. — 12 mai, M. E. SIDI : Les dystrophies cutanées. — 13 mai, M. CIVATTE : Tumeurs malignes. — 15 mai, M. MOLINE : Les pyodermites. — 16 mai, M. LEBARON : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées. — 17 mai, M. FERNET : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides. — 10 mai, M. BASCH : Chancre mou. Poradénolymphite. — 20 mai, M. WEISSENBACH : Syphilis (généralités). Syphilis primaire. — 22 mai, M. LEBARON : Syphilis secondaire. — 23 mai, M. FERNET : Syphilis tertiaire. — 24 mai, M. BASCH : Syphilis viscérale tardive. — 26 mai, M. FERNET : Syphilis héréditaire. — 27 mai, M. WEISSENBACH : Les médicaments de la syphilis. — 29 mai, M. WEISSENBACH : Conduite du traitement de la syphilis. — 30 mai, Mlle DOBKEWITCH : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles. — 31 mai, M. BORDIER : Blennorragie aiguë. — 2 juin, M. BORDIER : Blennorragie chronique. — 3 juin, M. MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (Dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès du Docteur Martineau, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe). Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1932-1933, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE TROISIÈME TRIMESTRE 1932-1933. —

30 avril, M. ROUHIER, chirurgien des hôpitaux : Le traitement actuel des fibromes utérins. — 7 mai, M. Clovis VINCENT, médecin des hôpitaux : Les tumeurs de l'acoustique. — 14 mai, M. JACOB, médecin des hôpitaux : Considérations sur l'étiologie de la tuberculose (hérédité-contagion ?). — 21 mai, M. H. GRENET, médecin des hôpitaux : La famille syphilitique. — 28 mai, M. M. LÉON-KINDBERG, médecin des hôpitaux : Le traitement des dilatations des bronches (projections). — 11 juin, M. COSTE, médecin des hôpitaux : Crysothérapie du rhumatisme chronique. — 18 juin, M. LEVY-VALENSI, médecin des hôpitaux : Urbain Grandier et les possédées de Loudun (projections).

Société française d'orthopédie. — *Journées orthopédiques de Paris* (juillet 1933). — Conformément aux décisions prises par la Société d'orthopédie, des Journées orthopédiques sont organisées à Paris, les 17 et 18 juillet 1933. Ces dates ont été choisies pour permettre à de nombreux sociétaires d'assister à ces Journées, avant de se rendre à Londres au Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique s'ouvrant le 19 juillet 1933.

Voici le programme de ces Journées :

Lundi 17, à 9 heures du matin : Ouverture des Journées à l'amphithéâtre de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 27, rue du faubourg-Saint-Jacques. — A partir de 9 h. 30 : Séances opératoires dans divers services. — A 14 h. 30 : Démonstrations et présentations à l'amphithéâtre de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, par MM. P. MATHIEU, MOUCHET, SORREL, DUCROQUET, DELAHAYE, RŒDERER, WILMOTH, MAROT, MASSART, LEVEUF, CHICANDARD, RICHARD, CALVÉ, etc. — A 20 h. 15 : Dîner par souscription (dames admises).

Mardi 8, à partir de 8 heures du matin : Séances opératoires dans divers services. — A 14 h. 30 : Démonstrations et présentations à l'amphithéâtre de la Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie des Enfants-Malades, rue de Sèvres, par MM. OMBRÉDANNE, LANCE, HUC, FÈVRE, GARNIER, LEVEUF, RICHARD, RŒDERER, AUROUSSEAU, etc.

Les Journées prendront fin le mardi, vers 19 heures, afin de permettre le départ des sociétaires, soit à Londres, soit à Berck-sur-Mer, où, le mercredi matin, les chirurgiens de ce Centre organiseront la visite de leurs services et des séances opératoires.

Le départ pour Berck, par la gare du Nord, aura lieu le mardi soir à 19 h. 35, arrivée à Rang-du-Fliers, à 22 h. 45. Des voitures conduiront les sociétaires aux hôtels où les places devront être retenues dès le lundi 17, avant midi . (Ecrire à M. Delahaye, à l'hôpital maritime de Berck, pour tout renseignement complémentaire.) Départ éventuel de Berck pour Londres à 16 heures (par Boulogne-sur-Mer).

Un Comité de dames, sous la présidence de Mme Ombrédanne, envisage une excursion pour lundi après-midi.

Très important. — On est prié, de faire connaître le plus tôt possible : 1° Si on a l'intention d'assister aux Journées (seul ou avec Madame) ; 2° si on a l'intention de participer au dîner par souscription (dames admises) ; 3° si on a l'intention de se rendre à Berck le 19 juillet.

Adresser les réponses à M. le Docteur Rœderer, trésorier de la Société d'orthopédie, secrétaire général des Journées orthopédiques, 10, rue de Pétrograd, Paris (8e).

Banquet du Syndicat des médecins de la Seine. — Le treizième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le 29 avril 1933, à 19 h. 30 dans les salons de l'hôtel Continental, rue de Castiglione no 3, sous la présidence de M. le Docteur Fanton d'Andon, ancien président du Syndicat médical de la Seine et de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. Un bal suivra le banquet de 22 h. 30 à 2 heures.

Les parents et amis des membres du Syndicat médical de la Seine y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

VIe Congrès des stations thermales et climatiques. — La Fédération thermale et climatique française organise sous le haut patronage de M. le Président de la République un important Congrès en vue de rechercher la solution des différents problèmes auxquels est lié l'avenir des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires. Ce Congrès se tiendra les 5 et 6 mai prochains, Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon. Son Comité de patronage comprend encore : M. le président du Conseil, les ministres de la Santé publique, des Affaires étrangères, de l'Intérieur, de l'Education nationale, des Colonies, des Travaux publics, du Commerce et du Travail, ainsi que l'Académie de médecine, la Faculté de médecine de Paris, l'Institut d'hydrologie, l'Assistance publique, les professeurs d'hydrologie, la Société d'hydrologie de Paris, le Syndicat général des médecins des stations, l'Association de la Presse médicale de France et l'ensemble des organisations qui touchent au thermalisme et au climatisme.

Voici le programme du Congrès :

Vendredi 5 mai, à 14 heures : Réception des congressistes et exposé du programme du Congrès par le président du Congrès. — A 15 heures : Séances des Commissions.

Samedi 6 mai, à 9 heures : Séances des Commissions. — A 16 heures : Séance solennelle de clôture du Congrès, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique. Résultats du Congrès. Vote des résolutions et vœux. — A 20 heures : Banquet à l'Hôtel Continental.

ORDRE DU JOUR. — *Commission de propagande* : Méthodes pratiques pour réaliser, sous l'inspiration et le contrôle de la Fédération thermale et climatique française, la propagande des stations thermales et climatiques, tant en France qu'à l'étranger. Rapporteur : Docteur MOTHE.

Commission thermale et climatique : Orientation sociale du thermalisme et du climatisme. (Rapporteurs : Docteur DU PASQUIER, M. LÉGER, maire de Vichy). Centralisation des Services s'occupant du thermalisme et du climatisme. Unification des tarifs thermaux. Unification des faveurs et gratuités dans les établissements thermaux.

Commission des casinos : Jeux et taxes (Rapporteur : M. COLAS).

Adhésion. — Les conditions d'adhésion, donnant droit à l'envoi des rapports, à la présence aux séances du Congrès, aux avantages faits par le Comité des grands réseaux (50 % de réduction sur le tarif des chemins de fer), au compte rendu officiel du Congrès, sont fixées comme suit : adhésions collectives

municipalités, administrations thermales, sociétés et syndicats, etc.) : 120 francs ; adhésions individuelles : 60 francs.

Les vœux et communications relatifs aux questions à l'ordre du jour devaient être adressés avant le 30 mars au secrétariat général du Congrès, 101, avenue des Champs-Elysées.

Association des gynécologues et obstétriciens de langue française (VIIIe Congrès, Paris, 28, 29 et 30 septembre 1933). — Le VIIIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française aura lieu à Paris les 28, 29 et 30 septembre 1933.

Bureau du Congrès : président, M. Couvelaire ; secrétaire général, M. Brocq ; secrétaire adjoint et trésorier, M. Lantuéjoul.

Les rapports seront les suivants : 1° Le traitement chirurgical du placenta prævia. Rapporteurs : Professeur PAUCOT (Lille), Professeur REEB (Strasbourg). — 2° La tuberculose utéro-annexielle chez la femme. Rapporteurs : MM. Brocq, Moulonguet et Claude, Béclère (de Paris), Professeur Rochat (de Lausanne). — 3° Traitement des suites de la ménopause provoquée. Rapporteurs : Docteur VAN CAUWENBERGHE (de Gand), et Professeur Lucien BROUHA (de Bruxelles), Professeur MASSABUAU (de Montpellier).

Pour faire partie de l'Association de gynécologie et d'obstétrique de langue française, il faut être membre d'une des Sociétés d'obstétrique et de gynécologie de France, Belgique ou Suisse romande. L'adhésion doit être adressée par l'intermédiaire du secrétaire général de la Société à laquelle on appartient.

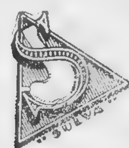
La cotisation est de 100 francs.

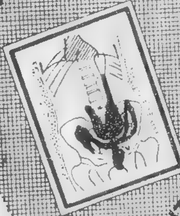
Action en faveur des Médecins juifs en Allemagne. — Les médecins soussignés s'associent aux protestations générales qui se sont élevées contre les violences et les mesures de persécutions engagées contre les Israélites par le gouvernement allemand. Ils adressent, à tous les peuples civilisés, au nom du respect humain, un appel de réprobation contre le traitement indigne infligé aux Juifs allemands, et en particulier à *leurs confrères médecins.* Faure (Jean-Louis), membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine ; Sergent (Emile), membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine ; Roux (E.), membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut Pasteur ; Calmette (A.), membre de l'Académie de médecine, membre de l'Académie des sciences, sous-directeur de l'Institut Pasteur ; Hayem (G.), membre de l'Académie de médecine, professeur honoraire à la Faculté de médecine ; Richet (Ch.), membre de l'Académie de médecine, membre de l'Institut ; Souques (A.), président de l'Académie de médecine ; Kuss (G.), chirurgien des hôpitaux ; Holevacque, professeur agrégé ; Bloch (René), chirurgien des hôpitaux ; Ravaut, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux ; Bloch (André), oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Weill (Mathieu-Pierre), professeur agrégé ; Louste (A.), médecin des hôpitaux ; Mathieu (P.), professeur à la Faculté, chirurgien des hôpitaux ; Mauclaire (P.), membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté ; M. Lévy (Jules), ancien interne des hôpitaux, ex-chargé de consultation à l'hôpital de Rothschild, chargé de centraliser les signatures de la protestation.

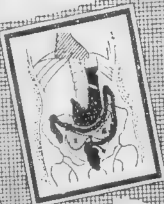
UMFIA ou Union médicale latine. — Sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine qui a organisé une série de conférences : « Les Voix Latines » et sous la présidence du Commandant Docteur Jean Charcot, M. Louis Roule, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera le jeudi 18 mai, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur : *La mer latine*, avec projection d'un film inédit.

On trouvera des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris, 16e ; Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris ; Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris ; Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris, 5e ; Librairie Hachette, 79, boulevard Saint-Germain, Paris ; Librairie Stock, 155, rue Saint-Honoré, Paris ; Librairie du *Monde Médical*, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris, 16e ; Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Nécrologie. — Docteur BEAUFUMÉ, de Paris, 69, rue de Rennes, médecin chef des P. T. T. — Docteur Marcel BIGOU, de Puybrun (Lot). — Docteur HENRIQUEZ DE ZUBIRIA, de Paris, 39, rue de Constantinople. — Marcel GALLOIS, externe des hôpitaux de Paris, fils du Docteur Marcel GALLOIS.










Blédine
JACQUEMAIRE



TRAVAUX ORIGINAUX

A propos du pouvoir antianaphylactique des eaux minérales : ses rapports avec le pouvoir anagotoxique et avec la phylaxie de Billard

Par MM.

Maurice PERRIN et **Alain CUÉNOT**

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Nancy

Interne lauréat des Hôpitaux de Nancy

Après nos recherches sur le pouvoir anagotoxique et sur le pouvoir phylactique des eaux minérales vis-à-vis des intoxications alcaloïdiques et minérales (1), nous avons été amenés à étudier la protection contre les intoxications protéiques.

Déjà Billard avait signalé les propriétés anagotoxiques des eaux de Châtel-Guyon (source Gubler) vis-à-vis du venin de vipère, toxique de nature incontestablement protéique, dont l'introduction dans un organisme sain détermine les symptômes cardinaux du choc protéique : hypotension, incoagulabilité sanguine, polypnée, leucopénie, convulsions, etc.

D'autre part, les nombreuses recherches sur l'antianaphylaxie des eaux minérales nous laissaient entrevoir la possibilité de confondre dans un même phénomène le pouvoir antianaphylactique et les pouvoirs phylactiques et anagotoxiques des eaux minérales.

Nous avons donc étudié l'antianaphylaxie des eaux minérales dans l'intoxication sérique en recherchant les points de contact entre la phylaxie de Billard et l'antianaphylaxie.

***

Avant toute discussion, se pose une question préjudicielle. Est on en droit de considérer la crise anaphylactique comme un phénomène morbide bien distinct ? S'il n'était pas possible de rapporter la crise anaphylatique à une intoxication, il n'y aurait pas lieu d'identifier l'antianaphylaxie à un phénomène de protection du type phylactique ou anagotoxique.

Or, il nous semble qu'il soit possible d'admettre avec Arthus l'identité du mécanisme du choc protéotoxique et du choc anaphylactique.

Une protéotoxie, au sens qu'Arthus lui donne, est une intoxication déterminée chez l'animal neuf par l'introduction intraveineuse de certaines albumines. Bien que ces albumines toxiques n'aient aucune parenté chimique entre elles, leur injection intraveineuse n'en détermine pas moins une succession de symptômes absolument caractéristiques et constants. Que l'on injecte du venin de vipère, du sérum d'anguille, de la peptone, de l'extrait de moule ou de tentacules d'Actinies, du latex de Ilura crépitans, on observe chez l'animal de l'hypotension artérielle, une incoaguabilité sanguine d'un type particulier, des modifications du rythme respiratoire, des convulsions, l'expulsion de nombreux bols fécaux, de la leucopénie suivie d'une hyperleucocytose tardive, une augmentation dans la lymphogenèse se traduisant par une augmentation du débit du canal thoracique, une abondante sécrétion des glandes salivaires et pancréatique ; chez certains mammifères (bovidés, cheval, homme), on peut observer, surajoutés à cette symptomatologie, des œdèmes à distance, de la cyanose des mamelles ou une éruption urticarienne.

Or, la crise anaphylactique, obtenue par l'injection intraveineuse seconde d'albumines qui, lors de la première injection, peuvent ne pas avoir de toxicité appréciable, présente précisément une symptomatologie superposable à celle de l'intoxication protéotoxique.

Ch. Richet a fait remarquer que cette superposition n'est pas rigoureuse : les symptômes de l'anaphylaxie sont immédiats et foudroyants, tandis que ceux de l'intoxication protéotoxique sont plus lents ; dans l'anaphylaxie aux congestines, on observe chez le chien au cours de la crise un symptôme spécial, le prurit. Richet croit pouvoir en déduire que l'anaphylaxie ne peut être confondue avec les protéotoxies. On a fait aussi remarquer que le lapin, en général peu sensible au choc protéotoxique, est très sensible au choc anaphylactique.

M. Arthus trouve ces arguments peu persuasifs à côté des grandes ressemblances qu'il est possible de leur opposer.

S'il existe des différences de détail entre la crise protéotoxique et la crise anaphylactique, il est difficile de nier leurs airs de famille : la symptomatologie presque identique, la protection observée après l'injection intraveineuse de la protéine toxique, l'impossibilité dans les vingt-quatre heures qui suivent une injection déchaînante ou protéotoxique de faire réagir de nouveau l'animal par une injection identique (immunité peptonique, antianaphylaxie), la suppression du choc lorsque l'injection est poussée très lentement dans les veines, etc.

La variabilité des effets suivant la nature des protéines, les doses, la vitesse d'injection et l'espèce de l'animal réactif, suffisent largement à expliquer les différences que l'on observe au cours des diverses crises protéotoxiques.

En ce qui concerne la crise anaphylactique, les mêmes airs de famille restent incontestables ; seule la sensibilité de l'animal a considérablement augmenté. Il semble donc qu'Arthus a raison de considérer la crise anaphylactique comme une intoxication protéotoxique particulièrement violente, certes, mais ne différant pas fondamentalement des accidents provoqués chez les animaux neufs par les mêmes substances. Ils sont simplement plus intenses, ou, ce qui revient au même, se manifestent pour des doses qui sont inoffensives chef l'animal neuf.

L'état d'anaphylaxie peut donc être considéré comme l'exagération de la sensibilité d'un organisme vis-à-vis d'une protéotoxie.

***

Puisque l'anaphylaxie peut être considérée raisonnablement comme une intoxication, il devient logique de rechercher si le pouvoir antianaphylactique des eaux minérales n'est pas du même type que le pouvoir anagotoxique ou la protection phylactique.

Voici les arguments en faveur de la similitude de ces phénomènes.

I. — Comme dans les protections phylactiques, nous retrouvons dans les protections antianaphylactiques les deux méthodes de neutralisation par les eaux minérales. Comme dans l'anagotoxie, où l'eau est mélangée à la substance toxique, l'antianaphylaxie peut-être obtenue par un mélange *in vitro* de la substance protéique déchaînante et de l'eau minérale. Comme dans la phylaxie où l'eau est injectée préalablement à l'intoxication, on peut également obtenir l'antianaphylaxie en injectant à plusieurs reprises et préalablement à la déchainante l'eau active.

◆◆

(1) M. PERRIN et A. CUÉNOT. Contribution à l'étude du pouvoir anagotoxique et de la phylaxie. *Journ. de physiol. et de path. générale* ; trois mémoires : t. XXIX, n° 3, p. 478 à 496, septembre 1931 ; t. XXIX, n° 4, p. 717 à 734, décembre 1931 ; t. XXX, n° 1, p. 87 à 109, mars 1932. Voir l'index bibliographique, t. XXX page 105.

II. — Comme dans les protections phylactiques et anagotoxiques, il existe des eaux très antianaphylactiques et d'autres qui présentent ce pouvoir à de moindres degrés.

III. — La durée d'une antianaphylaxie est la même que celle d'une phylaxie antitoxique : dix à quinze jours environ. Elles varient toutes deux suivant son mode d'application (injection unique ou répétée, quantité injectée, etc.).

IV. — Comme dans les travaux sur la phylaxie, nous retrouvons dans l'antianaphylaxie presque uniquement des eaux bicarbonatées sodiques, calciques, ou mixtes (Billard, Ferreyrolles, Mougeot, Arloing et Vauthey, Perrin et Abel, etc.). Ce sont ces eaux qui possèdent incontestablement le plus de propriétés phylactiques ou antianaphylactiques.

V. — Enfin, dans les deux cas, l'activité des eaux est en rapport avec leur minéralisation. Les pouvoirs protecteurs des eaux disparaissent par la précipitation de leurs sels actifs (lipisélection de Loeper, Mougeot et Aubertot). Comme corollaire, on connaît de nombreux sels dont l'injection chez l'animal sensibilisé protège contre la déchaînante (hyposulfite de magnésium, chlorure de calcium, bicarbonate de soude, carbonate de soude, etc.).

Il nous semble donc que nous sommes en droit d'envisager la similitude du mécanisme, d'une part, de l'anagotoxie et de l'antianaphylaxie *in vitro*, et, d'autre part, de la phylaxie et de l'antianaphylaxie par injection préventive. Cette conception nous conduit à considérer l'antianaphylaxie *in vitro* comme le résultat d'une modification antidotaire de l'antigène (voir notre travail précité, t. XXX, p. 87), et l'antianaphylaxie par injection préalable comme la création, au niveau des cellules réceptrices, de pôles supplémentaires d'attraction, qui fixent la protéine grâce à leur affinité chimique et la modifient avant qu'elle ne puisse agir dans le sens habituel.

Ces conclusions imposent une vérification : si le pouvoir protecteur est réductible à une action antidotaire des eaux sur la protéine toxique, cette action devra s'opérer également lors de la sensibilisation soit par la méthode phylactique (injection la veille de la sensibilisation de l'eau protectrice) soit par la méthode anagotoxique (mélange de la protéine sensibilisante avec l'eau protectrice).

Déjà Billard, Ferreyrolles et Mougeot expérimentant sur le cobaye à partir du blanc d'œuf comme protéine sensibilisante ont constaté qu'une primo-injection de blanc d'œuf dilué dans l'eau de Royat (sources Saint-Mart et Eugénie) ne sensibilise pas les animaux ; la déchaînante faite vingt-deux jours après reste sans effet.

Des résultats semblables furent obtenus par ces auteurs avec l'eau de la Bourboule (source Choussy) vis-à-vis de la sensibilisation au sérum de cheval. Nous avons essayé sans succès de reproduire cette dernière expérience. Chaque fois, malgré quelques variantes dans la technique, nos lapins et nos cobayes sont morts exactement comme les témoins.

Par contre les faits, signalés par Arloing et P. Vauthey sur l'inactivation antigénique du sérum de cheval par les sources Chomel, Grande Grille et Hôpital de Vichy, se sont montrés faciles à vérifier chez le lapin, les résultats étant moins constants chez le cobaye. De même les constatations de Perrin et Defoug, Perrin et Abel sur certaines eaux minérales de la région vosgienne.

Ces auteurs ont tous mélangé *in vitro* l'eau inactivante à l'antigène, c'est-à-dire qu'ils ont en quelque sorte fait surtout de l'antianaphylaxie anagotoxique. Nous avons ajouté à leurs protocoles une expérimentation portant sur l'antianaphylaxie phylactique qui s'est révélée positive dans la sensibilisation sérique pour Bussang (Grande Salmade) et Vichy (Chomel et Grande Grille) ; négative pour Châtel-Guyon (Gubler) et La Bourboule (Choussy).

Il existe donc des sources comme celles de Vichy ou de Bussang qui injectées au lapin à la dose de 1 centicube par 100 grammes de poids, vingt-quatre heures avant une injection de sérum (1 c.c. par 500 grammes d'une solution à 1/50 dans le sérum physiologique du sérum de cheval frais) empêche la sensibilisation de s'établir au moins dans les délais normaux. Une dilution à 1/50 de sérum équin dans ces mêmes eaux, injectée après un contact de deux heures à la dose de 1 c.c. par 500 grammes de lapin empêche également l'apparition de la sensibilisation anaphylactique.

La vérification expérimentale de l'identité des phénomènes phylactiques et antianaphylactiques que nous nous étions proposée, nous permet de penser que notre supposition était exacte.

Cependant, à la réflexion, il aurait très bien pu en être autrement. En effet, on pourrait admettre qu'une eau antianaphylactique modifie suffisamment le pouvoir antigène d'une protéine pour empêcher un choc anaphylactique sans que cette modification soit assez stable pour gêner une sensibilisation. Pour qu'une déchaînante soit sans effet, il suffit que le complexe inactif « protéine plus eau antianaphylactique » puisse subsister comme tel dans l'organisme, pendant quelques instants avant de se décomposer. Au contraire, pour empêcher une sensibilisation il faut que le complexe « protéine plus eau antianaphylactique » soit très stable, de façon que le pouvoir antigène de la protéine soit définitivement détruit. Sinon après un temps nécessaire pour la désintégration du complexe, les humeurs de l'organisme finissent par charrier des albumines libres douées de tout leur pouvoir antigène et l'organisme finit par se sensibiliser.

Par le raisonnement on comprend qu'une eau douée d'un pouvoir antianaphylactique lors de la déchaînante, peut ne pas être active si son pouvoir protecteur est utilisé lors de la sensibilisante. C'est précisément ce que l'on observe ; et par rapport au grand nombre de sources douées de pouvoir antianaphylactique, rares sont celles qui empêchent ou gênent une sensibilisation.

En résumé, le pouvoir antianaphylactique des eaux minérales semble devoir être identifié avec les protections phylactiques et anagotoxiques.

Nous étudierons ultérieurement certaines conditions de sa réalisation et nous montrerons que la sérothérapie antitoxique peut également être considérée comme un phénomène phylactique.

«..... A un moment de notre existence, nous sommes donc portés à sacrifier au souvenir du passé. Il se trouve, chose peu croyable, des gens dénués de ce que j'appellerai le *sens historique de la vie* (oubliant ou ne se rendant même pas compte que l'histoire est précisément la mémoire de l'humanité qui veut se rappeler parce que sans elle l'humanité serait comme, si elle n'avait pas existé), des gens qui ne veulent pas qu'on s'attarde à la mélancolie du passé et qu'on s'y attendrisse. Ces gens qui n'ont sans doute ni aimé, ni connu la saine exaltation pour de belles causes, ni souffert, et par conséquent véritablement vécu, prouvent en même temps qu'une décevante insensibilité, une ingratitude envers leurs prédécesseurs, sans lesquels ils ne seraient pas, se privant ainsi du plus haut enseignement et d'abord de celui de la modestie qui apprend qu'il n'y a ni choses ni êtres essentiellement nouveaux et que tout ce qui est, n'est qu'une continuation, une transformation jamais parachevée. Ce retour en arrière auquel s'inclinent les âmes nobles constitue une pause, une reprise de respiration ; mais il n'oblige pas cependant à cesser de diriger notre regard en avant toujours plus haut, malgré tous les obstacles.....). (Docteur DARTIGUES. — Faisceau scriptural. IIIe vol. Le Livre d'airain. G. Doin, édit.)

« Lorsque vous arrivez dans une famille, appelé en consultation pour une appendicite, et que vous êtes accueilli par ces paroles : « *Il va beaucoup mieux* » méfiez-vous et pensez à l'accalmie traîtresse si fréquente. »

(DUPUY DE FRENELLE. — Quelques banalités importantes sur l'appendicite aiguë. (*La Clinique*, mars 1933 A.)

Sur quelques aspects cliniques et thérapeutiques de la tuberculose

Par le Dr M. MARTINY

La tuberculose par ses aspects cliniques et thérapeutiques a un polymorphisme déroutant. Toute classification statique est inexacte. Tout changement dans l'espace est en rapport avec la nature et l'étendue de la localisation tuberculeuse et marque le diagnostic. Tout mouvement dans le temps exprime l'évolution et marque le pronostic.

Notre hypothèse soutenue avec H. Prétet et A. Berné sur le rôle de la dilution humorale des toxines dans l'organisme au cours des infections, nous permet de tirer quelques déductions physiopathologiques sur les différentes formes anatomo-cliniques de la tuberculose *hiérarchisées selon le degré de dilution dans les humeurs des poisons tuberculeux.*

Ces formes apparaissent ainsi sous un aspect tout nouveau.

BIOCHIMIE DU BACILLE DE KOCH

Le génie de la maladie se retrouve tout entier dans la connaissance des propriétés bio-chimiques du bacille de Koch et de ses productions.

Si Villemin, dès 1868, soutient la contagiosité de la tuberculose, Koch, en 1882, montre que l'agent infectieux est un bacille allongé, fragmenté ou filamenteux selon qu'il s'agit de cultures jeunes ou vieilles. Son caractère capital est l'acido-résistance au cours de sa coloration par la méthode de Ziehl. Il cultive lentement dans les milieux artificiels dont les plus favorables sont la pomme de terre glycérinée, le bouillon glycériné ou même le sang gélosé.

Inoculé sous la peau du cobaye, il produit au bout de quelques jours au point de l'injection, un véritable chancre accompagné d'une adénite tuberculeuse et suivie ensuite d'une tuberculose généralisée.

Ce point expérimental établi on discuta sur l'unité ou la pluralité des bacilles tuberculeux. En plus du bacille humain, on décrivit un bacille bovin, aviaire, pisciaire. Chaque variété est pathogène pour l'espèce correspondante. Ainsi le bacille humain n'est pas pathogène pour les oiseaux. Pour Auclair, cette immunité naturelle tiendrait à une substance spéciale au pancréas des oiseaux, capable de lyser le bacille étranger. Il est probable que ces différents bacilles viennent d'une souche unique différenciée depuis de nombreuses années par des passages en milieu constant et spécialisé. Ce qui ferait volontiers admettre ce point de vue est la création artificielle en milieu bilié, du bacille de Calmette et Guérin dont on doit apprécier l'utilité de vaccin vivant chez un enfant né dans un milieu tuberculeux.

Depuis quelques années, une série de travaux ont modifié une partie des conceptions admises sur la biologie et la morphologie du bacille tuberculeux en général. Dès 1910, Fontès prouva que le bacille tuberculeux possède des formes assez petites pour pouvoir traverser les filtres de porcelaine imperméable aux microbes normaux. La découverte de cet auteur est jugée alors avec mépris comme une simple erreur de technique.

Vaudremer, en 1923, revient sur cette question. Il utilise des milieux privés de glycérine, comme le bouillon de pomme de terre ou de pois et il obtient en partant du bacille de Koch des formes granulaires et filamenteuses non acido-résistantes. Après filtrage à travers les bougies de Chamberland, il retrouve des formes granulaires non acido-résistantes dans le filtrage.

Au cours d'un récent travail, M. et Mme Hollande, grâce à l'emploi d'une technique rigoureuse ont mis en évidence, dans le corps des bactéries évoluées, des corpuscules minuscules « les nucléosomes » qui sont les vrais noyaux des bactéries.

Dans les cellules microbiennes, près de mourir, ils ont constaté que parallèlement à la raréfaction du protoplasma, le nucléosome entre en division ; un des nucléosomes gagne le pôle apical le plus proche entraînant avec lui de la métachromatine qui après avoir entouré le nucléosome nouveau, engendrera plus tard une zone protoplasmique individualisée. Ainsi se trouve constitué un élément nouveau, auquel on a donné le nom de « rénitocytes ».

Ces éléments sont, tout à la fois, les formes de résistances et les formes filtrantes de certaines bactéries et du bacille de Koch.

Ainsi la substance filtrable des bactéries serait un rénitocyte élément différencié renfermant au moment de son élaboration, un nucléosome, du protoplasme et de la métachromatine cyanophile ; une membrane hyperacido-résistante protège l'ensemble du milieu extérieur.

Cet élément de résistance et de reproduction a été retrouvé dans les B. coli, B. typhique, B. anthracis, B. Shiga, B. pyocyanique et enfin dans le bacille de Koch.

Il semble donc qu'il s'agisse d'une loi de biologie générale d'une grande portée qui relie les modes de reproduction des êtres unicellulaires à ceux des êtres plus hautement organisés.

En repiquant ces éléments dans le milieu Petroff, on retrouve à nouveau les formes acido-résistantes. Il faut dire que que Ferran, de Barcelone, si discuté dans ses œuvres, avait depuis longtemps considéré le bacille de Koch comme le dérivé d'un colibacille ayant une échelle de mutation de α à ε et lui avait assigné le rang γ. Or, Bordet vient au cours de la dernière conférence internationale de la tuberculose à La Haye de rappeler que les animaux tuberculeux sont sensibles à un filtrat de coli-bacille.

Les travaux de Vaudremer furent repris par Hauduroy, Arloing, Dufour ; ces auteurs démontrèrent le passage à travers le placenta (véritable filtre naturel) de l'ultra-virus tuberculeux. Calmette, Valtis, Nègre et Boquet confirmèrent ces travaux. L'hérédo-tuberculose sur laquelle, nous le verrons, Auguste Lumière vient de sortir un travail statistique remarquable, est de nouveau expérimentalement admise. La cuti-réaction à la tuberculine n'apparaît que tardivement lorsque l'ultra-virus devenu acido-résistant sécrète des poisons tuberculeux complets.

Selon notre conception, la sensibilisation à la tuberculose peut être héréditaire sans que l'on puisse fatalement incriminer l'agent microbien, mais simplement ses poisons. Ceux-ci imprègnent les éléments de l'œuf et gardent leur génie propre par la puissance même de la dilution. Cette notion de sensibilisation toxinique nous apparaît aussi importante que celle du microbe ou du virus filtrant.

Les poisons du bacille de Koch ont un caractère très particulier. Les tuberculines sont des extraits artificiels de cultures de bacilles tuberculeux. Elles représentent d'une façon incomplète et variable selon les techniques employées, les propriétés globales des poisons tuberculeux vivants : exotoxines et corps microbiens.

De nombreux auteurs se sont attachés tant en France qu'à l'étranger et plus particulièrement en Amérique et en Allemagne à l'étude chimique de ces poisons. Ces travaux ont été suffisamment poussés pour que l'on puisse, aujourd'hui, se faire une représentation claire et cependant vraie de ses éléments constitutionnels.

Nous envisageons d'abord l'analyse chimique puis la synthèse fonctionnelle des poisons.

1° *Les lipides* : 40 % de leurs extraits secs sont constitués par des lipides. Ces lipides sont difficilement saponifiables, les alcalins ne modifient qu'une petite partie constituée de graisses. L'élément qui ne se transforme pas en savon est une cire. Tamura a établi sa formule $C^{29}H^{55}OH$. Celle-ci joue un rôle essentiel dans le bacille de Koch. Elle explique l'acido-résistance. Pour certains auteurs, elle constituerait une véritable coque périphérique au bacille alors que pour d'autres elles se trouverait diffuse dans le protoplasma. De toute manière, pour que le bacille soit acido-résistant, il faut que cette cire existe et pour que cette cire se produise il faut, en dehors de l'organisme, que le milieu de culture soit riche en glycérine ; ceci est tout à fait particulier.

Il est démontré aussi que les tubercules sont produites par ces lipides. C'est pour céla que l'espèce filtrable non acido-résistante qui traverse le placenta donne une affection générale curable ou non, qui d'emblée ou jamais ne donnera de tubercules.

Pour Auclair, ces poisons adhèrent aux corps microbiens. On les isole par macération des cultures dans l'éther et le chloroforme. A l'éthéro-bacilline serait dévolu le pouvoir d'engendrer la caséification, à la chloroforme-bacilline des lésions de sclérose. Cette différenciation réalisée par un artifice de préparation est schématique.

2° Les protéines : Des poisons tuberculeux on peut encore extraire 50 % de protéines dont les acides aminés contiennent surtout un phényl-alanine.

Ces toxalbumines jouent dans les poisons tuberculeux un rôle très complexe. Elles seraient responsables des phénomènes fébriles et hémorragiques.

La partie la plus importante est une toxine secondaire sensibilisante anaphylactisante. Elle est vraisemblablement présente mais atténuée dans l'allergine de A. Jousset et dans l'antigène méthylique de Boquet et Nègre. Ces deux vaccins comprennent en plus une toxine primaire directement agressive et capable pour Vaudremer de créer une antitoxine. Elle se trouverait à l'état pur dans les formes non acido-résistantes, isolée par ce dernier auteur.

3° 4 % d'extrait sec sont constitués par des *nucléo-albumines, des saccharides, des hydrates de carbone* qui semblent jouer un rôle dans la spécificité biologique de chaque variété de bacilles (haptènes de Landsteiner).

4° 6 % sont constitués par des *sels de phosphore* et accessoirement de calcium magnésium et silice.

Le phosphore est un élément dominant des poisons tuberculeux et son métabolisme est particulièrement troublé chez les phtisiques.

L'ALLERGIE TUBERCULEUSE

Cette dislocation des poisons tuberculeux étudiés au spectre de l'analyse, porte en réalité une fausse précision due aux artifices d'extraction.

Synthétiquement, le bacille de Koch a individualité biologique très particulière. Le bacille tuberculeux acido-résistant n'est pas un microbe ordinaire comme le pneumocoque, par exemple. S'il était capable de provoquer l'immunité par le cycle bio-chimique que nous avons décrit avec H. Prétet : microbe, virus filtrant, toxine, antitoxine, principe lytique, depuis longtemps ce fléau social n'existerait plus. Mais des caractères bien particuliers le différencient. Alors que les maladies facilement curables sont dans un premier stade centripètes, anaphylactisantes, puis centrifuges immunisantes, la tuberculose semble être durant toute son évolution allergisante. Cette allergie tuberculeuse a une dominante anaphylactique, mais elle constitue aussi une défense brutale de l'organisme. A. Lumière a appelé cette réaction particulière : l'immunité de refus.

Le phénomène de Koch symbolise son caractère. Si on injecte des poisons tuberculeux à un être vivant indemne, la premiere fois il ne fait aucune réaction, ni locale, ni générale, mais il sera occultement sensibilisé et à la deuxième injection il fera une réaction locale et générale de défense

La toxine tuberculeuse n'est que très accessoirement primaire, l'élément actif est avant tout une toxine secondaire se rapprochant des protéines etrangères, cause de la maladie du sérum par exemple.

L'allergie apparaît ainsi comme un mélange complexe de réactions d'immunité et d'anaphylaxie lié à une pluralité de sécrétion dans l'espace et le temps des antigènes tuberculeux. Le mécanisme de la réaction antigène anticorps reste toujours le même pour chaque élément de la mosaïque. Les phénomènes intriqués de production d'histamine, de floculations nocives entre la tuberculine et les anticorps témoins, de neutralisation bénéfique de poisons tuberculeux par les éléments antitoxines, expliquent ce caractère brutal, instable et paradoxal de l'allergie tuberculeuse.

Comme le rappelle J. Bordet au dernier Congrès de la Conférence internationale contre la tuberculose, la tuberculine injectée à l'animal normal ne le sensibilise pas vis-à-vis d'elle-même. Il est admis depuis longtemps que l'apparition de la sensibilité à la tuberculine est liée à la présence dans l'organisme de bacilles vivants, c'est-à-dire de tissu tuberculeux, et il est légitime d'attribuer à ce tissu un rôle prépondérant. Il est établi cependant par les travaux de Bessau et de beaucoup d'autres auteurs que l'inoculation copieuse de bacilles tués peut créer la sensibilité et permet notamment d'observer une culi-réaction positive.

D'après Bessau, une certaine espèce de cellules réticulo-endothéliales (tuberculocytes) seraient les agents essentiels de l'allergie en libérant un poison. Nous dirons, nous, en hypersolubilisant l'antigène. La sensibilité tuberculinique part du foyer tuberculeux, mais se diffuse dans l'organisme entier au moyen des humeurs. Les hommes et les animaux tuberculeux ne sont pas seulement hypersensibles à la tuberculine, mais encore à d'autres produits microbiens tel un filtrat de culture de bacille coli, comme nous l'avons déjà dit, en rappelant avec Ferran sa parenté d'origine.

Saranelli et Schwartzmann ont montré que l'injection intradermique de filtrat de culture de bacille coli, typhique, dysentérique, etc., donne lieu à une nécrose du point inoculé, si cette injection est suivie, à vingt-quatre heures environ d'intervalle, de l'inoculation intraveineuse de l'un ou l'autre des filtrats ci-dessus mentionnés. Si les animaux inoculés intrapéritonéalement de B. C. G. (bacilles de Koch atténués) sont injectés intrapéritonéalement deux ou trois semaines après de bacille-coli, ils succombent rapidement. L'inoculation à des animaux de bacilles infra-mortels ou atténués peut donc créer une allergie, vis-à-vis d'une injection ultérieure de bacilles d'une tout autre nature.

Les phénomènes, constatés par Bordet, Sanarelli et Schwartzmann ne sont donc que deux modalités un peu différentes du même processus. Il se produit là un élargissement apparent de la spécificité biologique dû à ce fait que le bacille de Kock est un bacille complexe hiérarchisé. L'organisme a pris une habitude de défense lui permettant de prévoir tous les cas. Cette mémoire chimique de l'organisme, on est en droit d'en trouver l'explication humorale et cellulaire dans des dilutions naturelles antigéniques.

Ainsi donc par la nature de ses antigènes dans la presque totalité des cas, la maladie reste constamment allergisante, à caractère évolutif si le malade doit succomber, stationnaire si la maladie n'évolue pas. Dans ce cas, l'équilibre de guérison reste instable et fragile. L'immunité des gens bien portants, puisque nous sommes tous citadins tuberculisés, c'est-à-dire sensibilisés à la tuberculine, n'est pas comparable à l'immunité naturelle que nous pouvons avoir acquise au bout d'un certain âge envers d'autres agents microbiens d'une constitution cellulaire beaucoup plus simple.

Au moment où l'organisme usé flanche, on peut voir quelquefois se réveiller la maladie, exemple, la tuberculose des vieillards ou des alcooliques. Beaucoup d'auteurs se sont demandé et nous après eux, à quoi pouvait tenir ce caractère non immunisant de l'antigène tuberculeux. Peut-être en partie à ce fait que les protéines antigéniques complexes difficilement transmutables en anticorps se dépolymérisent mal dans le torrent circulatoire. Un manque d'affinité avec le système réticulo-endothélial peut sans doute empêcher la formation de l'antitoxine par fixation sur la globuline de la toxine diluée. Mais en admettant cette transmutation possible, grâce à l'élément toxine primaire de l'antigène une grande difficulté persiste, les anticorps ne pourront pas réaliser la lyse des éléments bactériens acido-résistants protégés par leur cire. Cette même difficulté persiste au cours de la phagocytose de défense. Les leucocytes qui parasitent le bacille de Koch ne peuvent le digérer et sont tués par lui. Cellule géante et cellules folliculaires évoluent alors vers la caséification.

Le tubercule est la signature de l'indigestion mortelle du leucocyte. Pour digérer les lipoïdes du bacille, les leucocytes ne possèdent qu'un suc pepsique lyseur de protéine alors qu'il faudrait de vrais ferments pancréatiques capables de saponifier les lipides. J.-A. Weill estime qu'une action trop brutale des corps microbiens par les polynucléaires aggravera

le mal en libérant des produits toxiques. A nos avis, il s'agit d'un antigène trop sensible parce que trop solubilisé par l'action leucocytaire.

En somme, ce qui fait la gravité de la tuberculose, c'est qu'il s'agit beaucoup plus d'une infection parasitaire que d'une intoxication et que l'intoxication par elle-même a un type essentiellement anaphylactisant. Ces accidents anaphylactiques sont liés à l'irruption dans le torrent circulatoire de l'antigène tuberculeux : que cet antigène soit réalisé par une surinfection massive ou qu'il s'agisse d'une poussée focale, d'une rechute favorisée par le froid ou la fatigue ou encore d'une thérapeutique intempestive et mal comprise.

FORMES CLINIQUES

Les travaux que nous avons entrepris montrent que la sensibilisation de l'organisme vis-à-vis d'un antigène déchaînant, paraît due à la préexistence dans les humeurs sanguines d'un antigène similaire hautement dilué. Le taux de dilution des poisons tuberculeux plus ou moins élevé conditionne en grande partie les formes cliniques de la tuberculose.Elles peuvent s'inscrire sur une courbe croissante de dilution, c'est-à-dire inversement proportionnelle à la teneur du sang en poisons tuberculeux.

I. *Terminales*. Au plus bas degré nous trouvons la *tuberculose terminale*. Les humeurs sont très imprégnées par les poisons tuberculeux. Ce stade pré-mortem est l'aboutissant d'une tuberculose soit aiguë, granulie, bacillémie grave avec ou sans polysérites, méningite, phtisie galopante, pneumonie caséeuse non traitée, soit chronique, cachexie finale du cavitaire ou poussée grave des caséeux pulmonaires. Ces malades pré-agoniques ne présentent plus de réaction allergisante, non seulement parce qu'il y a trop de tuberculine dans leur sang, mais encore parce que le complément ou alexine reflet de la force vitale, anticorps naturel est épuisé. C'est pour cela que le tuberculeux qui va mourir a une cuti-réaction négative.

II. *Pulmonaires*. Au-dessus de cette forme terminale, nous rentrons dans le cadre des *formes curables du poumon*. Deux stades sont nettement séparés dans leur type extrême et la classification qui est la plus universellement admise quoique discutable au point de vue anatomo-pathologique, est celle de : *tuberculose pulmonaire productrice* et *tuberculose pulmonaire exsudative*.

a) *La tuberculose productrice* appelée simplement tuberculose par A. Jousset, marque la signature du bacille de Koch acido-résistant. On doit y intégrer toutes les variétés de tuberculose caséofibreuse, avec prédominance et étendue plus ou moins grande de l'un des deux éléments caséeux ou fibreux.

La tuberculose productrice pulmonaire réalise le tableau clinique d'un malade sensible à toute cause extérieure : fatigue, variation de température et d'altitude, émotions, remèdes intempestifs. Chez de tels sujets, la majorité des tuberculeux pulmonaires, il faudra éviter les causes déchaînantes ; faire une médecine d'épargne pour lutter contre la consomption. Le malade brûle à feu doux, il faudra apaiser son foyer, éviter les flambées qui peuvent l'incendier. On pourra conseiller la demi-altitude, au flanc d'une vallée orientée au soleil et abritée du vent.

b) A l'opposé, le sujet moins atteint le bacillaire de A. Jousset réalise *la tuberculose exsudative*. C'est l'histoire d'un malade qui fait une première congestion du sommet (forme pneumonique) un épisode brutal souvent hémorragique : premier signe d'alarme qui fait dire à Bist que la tuberculose commence à l'heure H.

Dans cette tuberculose exsudative, l'élément toxinique domine l'élément caséeux.

Sans trop redouter l'aggravation locale on doit tenter une médecine tonique, réalisée, par exemple, par le séjour à la montagne, où l'air raréfié, mais riche en oxygène, accélère les échanges. Le but est d'obtenir chez ce malade très curable la réaction circulatoire générale capable de guérir. On cherchera la transmutation plus ou moins théorique de l'antigène en anticorps et pour cela on luttera contre l'insidiosité même des poisons tuberculeux.

L'enfant qui fait de la température pour un rien et réagit brutalement à toute infection aiguë, réalise souvent ce type de tuberculose exsudative spontanément curable.

Les radiologistes et les pédiatres ont tous présente à l'esprit cette tuberculose pulmonaire de l'enfant, congestive, véritable pneumonie en miniature avec gros foyer lobaire, grosse adénopathie trachéobronchique similaire, qui se nettoie très bien après une période aiguë brutale de 7 à 8 jours ; alors que la cuti-réaction de von Pirquet a marqué indiscutablement la signature tuberculeuse.

Durant l'adolescence à l'âge du développement cardio-pulmonaire, on constate souvent un réveil de la tuberculose de l'enfance. Le type exsudatif se répète. Prescrire une cure d'altitude est une médecine de similitude, la montagne congestionne, mais guérit aussi les formes congestives. Au médecin incombe la tâche d'individualiser le malade, c'est un acte délicat à double tranchant. La montagne peut améliorer ou aggraver, elle est rarement indifférente.

Ce qui fait le délicat des formes pulmonaires productrices ou même exsudatives est ce fait que par leur localisation même les foyers tuberculeux sont branchés directement, si l'on peut dire, sur la circulation sanguine. La moitié du sang passe par un poumon. On conçoit que lorsqu'un poumon est atteint, il infecte le sang antant qu'une tuberculose géante qui s'étendrait par exemple sur toute la moitié du corps. Pour concevoir cela, il suffit de projeter par la pensée dans la grande circulation ce qui se passe dans la petite. Ceci nous explique facilement pourquoi dans les formes extra-pulmonaires productrices ou exsudatives, l'imprégnation générale de l'organisme par les poisons tuberculeux est beaucoup moins marquée. La lésion au lieu d'être branchée directement est en dérivation sur la circulation.Nous pouvons comprendre de suite une des modalités d'action de la collapsothérapie, qu'il s'agisse de pneumothorax, de la thoracoplastie, de la phrénicectomie, de l'oléothorax.

On met le poumon en dérivation. La lésion de ce fait change de plan et réalise en somme une forme extra-pulmonaire et prend le pronostic d'une tumeur blanche. De plus, l'immobilisation réalisée par le pneumothorax agit comme un plâtre et va permettre en même temps la cicatrice des lésions.

L'exemple le plus typique est celui de la pneumonie caséeuse. Cette tuberculose aiguë massive unilatérale, véritable tuberculose productrice d'emblée terminale guérit dans de nombreux cas, par le pneumothorax. Le poumon malade mis en dérivation, on stoppe l'empoisonnement sanguin. La collapsothérapie copie la nature et agit comme une pleurésie séro-fibrineuse ou la rétraction thoracique.

III. *Extra-pulmonaires. Dans les formes extra-pulmonaires*, nous pouvons transposer la classification productrice exsudative. *La tuberculose productrice*, réalise les péritonites caséeuses, les tumeurs blanches, comme la coxalgie et le mal de Pott. En plus de l'immobilisation, ces formes sont guéries par le séjour tonique et vivifiant de la mer. La dilution des poisons tuberculeux encore plus haute que dans la tuberculose exsudative pulmonaire, permet la transmutation curative de l'antigène.

La tuberculose exsudative extra-pulmonaire dont le type est l'adénopathie non suppurée, les pleuro-péritonites sèches ou séro-fibrineuses sont très améliorées par les stations thermales.

Dans toutes ces formes cliniques, on trouve des poisons tuberculeux dans les humeurs à un taux pondérable et selon une échelle de raréfaction ascendante. On peut étudier le degré et leur caractère évolutif par la réaction de Vernes à la résorcine. Cette réaction mesure la sensibilisation évolutive et présente un intérêt de pronostic indiscutable comme la recherche de la sédimentation globulaire. Par contre, évidemment, elle n'a aucun intérêt de diagnostic dans la tuberculose ouverte.

IV. *Tuberculiniques*. Quand un sujet n'est pas ou n'est plus tuberculeux, il peut par une sorte d'idiosyncrasie être sensibilisé à l'antigène tuberculeux. Cette sensibilisation nous apparaît en rapport avec un taux de dilution de tuberculine humorale particulièrement anaphylactisante. Il nous est im-

◆◆◆

possible, dans l'état actuel de nos recherches, d'établir le chiffre de ces très hautes dilutions. Dans ce cas, la réaction de Vernes ne donne souvent plus rien.

Tous les civilisés sont pratiquement tuberculisés et pourtant ne sont pas tous anaphylactisés. Les travaux de Calmette ont montré que la symbiose bacille et cellule géante constituent un lichen monstrueux qui sécrète une sorte d'hormone morbide. Ceci peut expliquer la sensibilisation générale des humeurs chez certains sujets porteurs d'un foyer minime et non évolutif. Cette conception amène à la notion d'instabilité humorale et relie la tuberculose comme l'avait vu Poncet aux rhumatismes et à certaines manifestations arthritiques, comme l'asthme, l'eczéma, l'urticaire.

Ces troubles peuvent se rapprocher des accidents chroniques de la maladie du sérum. Le rapport entre ces deux maladies tient au rôle des protéines allergisantes aussi bien dans les poisons tuberculeux que dans les albumines étrangères.

L'Ecole lyonnaise avec Pic et ses collaborateurs, entre autres Chapuy, Dumaret, Stephani, Ravault, a spécialement étudié le rhumatisme tuberculeux à nouveau à l'ordre du jour.

L'origine tuberculeuse de bien des rhumatismes, aigus, subaigus et chroniques avait été, dès 1896, affirmée par Poncet non par le fait d'une simple vue de l'esprit, mais par suite d'une observation clinique pénétrante.

La nature tuberculeuse d'un rhumatisme peut être prouvée par l'expérimentation, par la réaction de l'organisme à la tuberculine, par la sous-cuti-réaction, par l'intradermoréaction, par la cuti-réaction, par l'ophtalmoréaction, par l'étude du sang (séro-agglutination, sédimentation globulaire, réaction de Vernes, déviation du complément), par la radiographie, par l'étude histo-bactériologique et l'inoculation de fragments de synoviale (importance de la ponction intra-articulaire sur laquelle insistent F. Besançon et P.-P. Weill) ; par la recherche de la bacillémie tuberculeuse, etc.

Le diagnostic clinique doit être autant que possible étayé non sur une quelconque des preuves de laboratoire, dont presque aucune n'est strictement probante à elle seule, mais sur un faisceau de preuves convergentes. L'école homœopathique avec ses traitements spécifiques du rhumatisme par le nosode tuberculinum peut revendiquer une part clinique importante dans la notion du rhumatisme.

Les troubles associés des glandes endocrines jouent dans ces états diathésiques un rôle primordial et arrivent, chez les sujets jeunes à créer des modifications morphologiques. Le prédisposé à la tuberculose, le tuberculinique de Nebel peut être ou un hérédo-tuberculeux ou un infecté de l'enfance ayan eu des contact minimes

A. Lumière, par une série d'études précises, a montré que contrairement au dogme classique, la tuberculose habituelle de l'adulte paraissait en rapport avec une sensibilisation héréditaire.

Dans un récent ouvrage : Tuberculose, contagion, hérédité, il fait ressortir les contradictions flagrantes qui existent entre l'opinion officielle et les faits d'observation et d'expérience ; il a montré la légèreté et l'inconsistance des observations sur lesquelles se sont basés certains pathologistes pour étayer leur thèse contagioniste.

A son tour, il a poursuivi une enquête méthodique et approfondie, d'un nombre considérable de cas, avec étude clinique et radiologique aussi complète que possible des malades et de leurs ascendants, et il a démontré la constance de l'hérédité chez les sujets ainsi examinés.

Appliquant à ses investigations tour à tour la documentation établie directement par lui-même auprès des malades et de leurs parents, les éléments démographiques ressortant de nombreuses statistiques et de celles qu'il a personnellement dressées avec un maximum de rigueur, faisant concourir ingénieusement le calcul des probabilités à ses démonstrations, puis enfin se basant sur l'expérimentation considérable poursuivie depuis un quart de siècle dans ses laboratoires. Auguste Lumière a réuni un faisceau de preuves incontestables d'où il ressort que si la tuberculose est contagieuse pour les nouveau-nés, elle ne l'est que très exceptionnellement (si toutefois elle l'est), pour l'adulte, et que le mode de propagation commun de l'affection est sans conteste l'hérédité.

On conçoit toute l'énorme importance de cette notion.

Se basant sur des statistiques plus restreintes mais très approfondies, la contamination de la petite enfance semble primordiale pour R. Debré, Mme Th. Martiny-Gagey. Praquement, il apparaît souvent difficile de différencier les deux cas lorsque l'enfant dès sa naissance n'a pas été séparé de ses parents.

De plus, pour A. Lumière, la bacillose insoupçonnée chez des parents de tuberculeux est extrêmement fréquente. Le nombre des cas dans lesquels cette bacillose reste ignorée est énorme.

Comme l'a dit Sergent : « Le terrain tuberculeux présente une affinité ou une sensibilité pour le bacille de Koch qui correspond peut-être à une forme physico-chimique particulière ».

Debré et Lelong, à propos de l'hérédo-tuberculose, ont différencié l'hérédité humorale et l'hérédité cellulaire. L'hérédité humorale semble être strictement maternelle et constitue l'hérédité de graine. L'hérédité cellulaire peut être paternelle et constituer l'hérédité de terrain.

P. Nayrac et A. Breton pensent que dans ce dernier cas existe un trouble de la pathogénèse par orchite tuberculeuse latente.

On est en droit de se demander si un sujet ne peut pas être sensibilisé à la tuberculine, par simple analogie. Ce dernier cas de résonance morbide réalise le terrain sur l'importance duquel divers auteurs ont si justement insisté.

Quoiqu'il en soit le prédisposé porte selon une spécificité biologique remarquable la qualité anaphylactique du germe. Variable, changeant, brusque dans ses réactions, il est un sensible et un sensibilisé. Anatomiquement, il a été décrit la première fois par Hippocrate, puis repris par l'école italienne Viola, Pende, Rocco Jemma Fici, et, en France, par Sigaud, Chaillou, Mac Auliffe, Thooris, Besançon, Jacquelin.

Ce changement tient, pour nous, au caractère hautement élevé de l'antigène tuberculeux dans l'organisme. Les modifications psycho-morphologiques que peut entraîner la toxine diluée n'ajoute rien à la structure des tissus ; en ce sens elles ne constituent pas un appui à la thèse de l'hérédité acquise ; sa présence trouble simplement selon sa spécificité biologique, l'équilibre neuro-glandulaire.

Léon Bernard s'exprime ainsi : « L'hérédité est un principe de fixité et non de variation. A l'abri de cette donnée fondamentale comment concevrait-on qu'un organisme puisse, par l'accident pathologique que représente, dans une lignée, l'infection tuberculeuse d'un individu, être influencé d'une manière profonde et durable, être transformé dans sa texture et son fonctionnement ? Les modalités humorales introduites dans un organisme par l'incidence d'une infection ne sauraient du coup, s'incorporer à la potentialité définitive, éternelle, de la source à laquelle il appartient ».

Cette argumentation n'est nullement en opposition avec les notions expérimentales d'hérédo-infection et cliniques d'hérédo-prédisposition.

Longiligne asthénique de tempérament appolinien, cet être normal est un esthète, un artiste, avec une sensibilité brûlante. La démence précoce peut être l'aboutissant de son complexe psychopathologique. La tuberculine transpose dans le plan émotif et intellectuel le caractère grossièrement matériel des poussées successives du tuberculeux évolutif. Ces tempéraments sont très améliorés dans leurs excès, par des doses minimes de tuberculine buccale. H. Claude et H. Baruk citent des observations de sujets tuberculeux présentant des troubles psychiques pendant les périodes d'amélioration, ou de guérison clinique de leurs manifestations tuberculeuses. Ces troubles s'amendent au contraire au cours de nouvelles poussées évolutives. Pour J.-A. Weill ces manifestations démentielles sont sous la dépendance de la fixation à très petite dose de poisons tuberculeux diffusibles sur les centres nerveux. Borrel a montré, il y a longtemps déjà, la très grande affinité de la tuberculine ancienne de Koch pour le système nerveux. La tuberculine est plus toxique injectée à dose infinitésimale par voie intercérébrale chez un animal tuberculeux que chez un animal sain. Sa toxicité pour le système nerveux est sous la dépendance de l'état de sensibilisation antérieure du sujet. Lors d'une poussée évolutive, la dilution humorale des poisons tuberculeux s'abaisse considérablement

et la maladie symptomatologique change de plan. Il se produit une désensibilisation nerveuse naturelle comparable au phénomène de Besredka. c'est en vertu de ce mécanisme que l'on peut conseiller aux aliénistes dans certaines maladies mentales (démence précoce, schizophrénie) la tuberculinothérapie.

Il faudra quelques années encore pour que ces conceptions biologiques rattachées directement à l'hippocratisme soient à nouveau admises comme des découvertes.

Peu à peu, les travaux modernes sur la tuberculose confirment cette classification du malade selon le plan de l'imprégnation toxinique. Les tuberculeux se présenteront alors selon une hiérarchie naturelle liée à la tumeur humorale et cellulaire de plus en plus subtile d'un poison essentiellement sensibilisant. De l'hectique cachectisant à l'instable vago-sympathique la même pathogénésie naturelle persiste.

Notre conception spatiale n'indique que les états simultanéistes et complète la classification de Ranke qui conçoit trois étapes dans le temps. de la tuberculose :

1° L'accident primaire (primo contagion de la petite enfance ou plus rarement du non civilisé).

2° L'accident secondaire de la grande enfance (bacillémie bénigne ou granulie).

3° L'accident tertiaire gommeux, scléro-caséeux (de l'adolescent, adulte ou vieillard).

Nous ajouterons :

4° Les états para-tuberculeux arthritiques.

5° L'hérédo-morphologie prédisposante.

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

Si nous redescendons maintenant de la naissance à la mort, la courbe thérapeutique qui relie sans limite artificielle de temps et d'espace les états tuberculeux et si nous nous plaçons en marge des doctrines, on arrive aux conclusions thérapeutiques suivantes.

IV. Dès le début de la vie si l'hérédité tuberculeuse est nette et si l'on peut croire à une contagion certaine dans le jeune âge, le B. C. G. sera indiqué.

Au stade de prédisposition, le Naturisme, selon l'expression d P. Car.on, reste la meilleure médecine. Le soleil, le grand air, la culture physique, la gymnastique respiratoire, la vie calme à la campagne fortifieront le sujet et corrigeront sa délicatesse native.

Le pré ou post-tuberculeux fatigué ou sensibilisé relèvera de la tuberculinothérapie à doses impondérables. Le nosode tuberculinique doit être administré à un taux de dilution plus élevé que celui soupçonné dans le sang, pour obtenir un choc désensibilisateur, par le phénomène que nous avons appelé suranaphylaxie.

L'administration des dive ses tuberculines diluées aux doses et aux dates déterminées reste des cas d'espèces selon le degré mental ou physique de l'atteinte. Nous ajouterons que les déficiences viscérales si fréquentes au cours de la naissance et de la puberté ou après une maladie anergisante comme la rougeole relèvera de l'organothérapie. Des préparations d'organes frais d'animaux jeunes tendront à régénérer le prémalade ; foie cru, viande rouge, extrait de rate, de surrénale, etc. Les triturations de thyroïde freineront l'hyperthyroïdie si fréquente, celles d'hypophyse régulariseront les dyshypophysies, etc.

Devant la complexité du syndrome arthritique, la médecine des semblables avec sa variété de remèdes symptômes, son action élective sur le clavier vago-sympathique, réalisera par drainage une désensibilisation élective et mettra ainsi le sujet plus ou moins rapidement à l'abri des accidents anaphylactiques.

Cette thérapeutique garde encore toute sa valeur lors d'une tuberculose apparente, mais d'autres moyens thérapeutiques doivent intervenir.

III. Au degré le moins marqué, la tuberculose exsudative extra-pulmonaire, dont le type est l'adénopathie non suppurée tirera une très grande amélioration par les cures thermales de Salies-de-Béarn, de La Bourboule, par exemple.

A un degré plus grave, les tumeurs blanches, la tuberculose productrice extra-pulmonaire trouve sa guérison auprès de la mer.

II. La climatothérapie avec cures sanatoriales est réservée aux tuberculeux pulmonaires. Un ensemble de précautions et de soins doivent être apportés chez ces sujets dont l'hypersensibilité est en rapport avec le processus anaphylactisant de la maladie.

De la cure d'altitude de plus de 1.000 mètres spéciale aux formes toniques, on peut rapprocher le sérum de A. Jousset adapté aux formes exsudatives.

Au climat sédatif de la demi-altitude propre aux formes productrices on pourra associer des adjuvants thérapeutiques parfois très intéressants. Les sels d'or, d'abord très critiqués, semblent devoir jouir d'une action bactéricide indiscutable *in vitro* et *in vivo*. Une mise au point de doses se réalise peu à peu.

La tuberculinothérapie massive jouit depuis Koch et ses élèves d'une mauvaise réputation. Cependant, Cevey a rapporté des résultats impressionnants et suffisamment sérieux pour que Kuss ait bien voulu faire une préface à un livre sur ce sujet. L'administration de la tuberculine à dose massive dans les cas de tuberculose productrice pulmonaire n'est pas faite pour nous étonner Cette thérapeutique consiste à diminuer le taux de dilution de la tuberculine déjà pré-existante dans les humeurs. Les injections de Cevey abaissent le taux de la dilution naturelle au point de la rendre moins anaphylactisante alors que les lésions locales qui ne sont pas aussi avancées guérissent tranquillement. Cette thérapeutique parfois délicate pour les localisations pulmonaires prend toute sa valeur dans les localisations extrapulmonaires, lupus, tuberculose rénale, tumeurs blanches, etc.

Nous préconiserons pour notre part cette tuberculine pondérable par voie buccale car elle ne présente pas le même danger que par la voie sous-cutanée. Cette saturation des humeurs réalisée par un apport artificiel de tuberculine amène un état anaphylactisant sous-cutané. Cette cure doit être prolongée assez longtemps.

I. A tous les degrés enfin de la tuberculose pulmonaire la collapsothérapie dont le type est le pneumothorax reste comme nous l'avons vu une de nos meilleures armes.

On pratique même actuellement, quand les deux poumons sont pris, le pneumothorax partiel bilatéral, c'est-à-dire que l'on comprime à la fois imparfaitement les deux poumons. Le sujet continue à respirer comme un insuffisant respiratoire. L'hématose diminue et les échanges entre les produits du poumon et la circulation s'abaissent, les deux lésions retentissent moins sur l'état général et la guérison, dans certains cas a pu être ainsi réalisée. Ce que nous connaissons aujourd'hui du retentissement humoral des poisons tuberculeux nous explique très bien cette thérapeutique un peu paradoxale pour laquelle on ne peut pas invoquer comme dans le pneumothorax unilatéral, l'immobilisation pulmonaire absolue. Cette insuffisance respiratoire artificiellement réalisée est comparable à celle créée par un obstacle nasal. Or, les insuffisants nasaux font très rarement une tuberculose et quand ils en font elle a un caractère peu évolutif.

En matière de tuberculose, la thérapeutique a le droit d'être multiple, croisée, dissociée. Nous avons voulu simplement montrer qu'à certaines formes cliniques groupées selon un modèle nouveau, convient plus spécialement certaines thérapeutiques sans en tirer cependant un rigorisme absolu. L'art suprême du médecin restera toujours celui d'individualiser le malade.

M. Armbruster.... Et est-il donc nécessaire (*les malades*) qu'ils payent une taxe pour lutter contre la maladie ?

M. Henry Chéron. Si les médecins formulaient !

M. Armbruster. — Si vous étiez médecin, M. Chéron, vous formuleriez peu souvent, parce que vous sauriez que les spécialités pharmaceutiques sont la plupart du temps très bien préparées (*Mouvements divers*) (Sénat. *J. O.*. S. du 26 févr. 1933.)

CHRONIQUE

L'obstétrique courante aux Etats-Unis

On sait les excellentes méthodes de journalisme médical employées par le *Journal of the American medical Association* : grande documentation, grand souci de la recherche scientifique, grande valeur pratique. Dans un de ses plus récents numéros nous trouvons d'importantes études sur la pratique obstétricale que nous avons cru utiles de grouper pour les faire connaître au public médical français.

* * *

Les difficultés et les dangers du forceps

D'après E.-D. Plass (1)

L'application du forceps est la plus fréquente de toutes les interventions obstétricales, au point que tout praticien conserve dans sa trousse cet instrument prêt : c'est pour ainsi dire, la seule intervention qu'il soit tenté de pratiquer. Elle a cela d'unique, en effet, qu'elle peut être réalisée dans des conditions qui rendent impossible toute autre intervention. Le fait que les résultats obtenus ne soient pas plus désastreux doit être considéré comme un éloge de la patience et de l'habileté des médecins de tout pays.

La fréquence de l'accouchement artificiel instrumental varie considérablement suivant l'accoucheur même et suivant les conditions dans lesquelles il opère.

On peut se faire une opinion raisonnable à ce sujet par l'étude de 40.143 accouchements survenus dans l'État de Iowa en 1930 et première moitié de 1931. Il a été pratiqué 4.879 interventions obstéricales représentant un pourcentage de 24 % en milieu hospitalier et de 8 % en pratique de ville. Le forceps a été noté 2 833 fois, soit 7 % du nombre total des accouchements ou 58 % du nombre des interventions pratiquées.

Sur 11.060 accouchements à l'hôpital, le forceps a été pratiqué 1.531 fois, soit 13,8 %, tandis que sur 29.080 accouchements à domicile, on n'a noté que 1.302 forceps, soit 4,5 % (2).

La plus basse fréquence opératoire observée en pratique de ville a coïncidé avec la plus base mortalité de 2,45 %, tandis qu'à l'hôpital, la mortalité a été de 3,61 %. Une telle différence peut parfaitement s'expliquer par la plus grande fréquence relative des cas sérieux en milieu hospitalier. Il n'en reste pas moins que la fréquence raisonnable de l'accouchement au forceps évolue entre 2 et 4 %, d'accord avec les statistiques européennes.

Les avantages du forceps concernent surtout la mère ; car il est difficile d'accepter, sauf dans de rares cas précis, que celui-ci puisse être avantageux pour l'enfant. Et cette affirmation est faite en opposition complète avec l'opinion générale d'après trois forceps sur quatre sont nécessités pour la souffrance fœtale dont témoigne les modifications des bruits du cœur. En effet si l'on rattache les modifications du rythme fœtal à la compression de la tête et à la congestion des vaisseaux encéphaliques, l'extraction d'un enfant vivant, malgré la compression surajoutée par l'instrument, semble bien indiquer que la terminaison rapide n'était pas nécessaire. D'ailleurs le fait de ne pas tenir compte de cette indication ne modifie en rien la mortalité ou la morti-natalité. De plus, il n'y a pas de raison suffisante pour croire qu'un forceps diminue le risque de l'enfant au cours d'un travail lent, malgré les récentes affirmations tendant à établir que la tête peut être traumatisée par compression sur le plancher pelvien. L'accouchement rapide soit naturel, du fait de contractions violentes, soit artificiel en particulier par l'emploi intensif d'hypophyse, est beaucoup plus dangereux pour l'enfant du fait de la probabilité plus grande de traumatisme intra-cranien. Cependant il y a des cas, par exemple, une procidence du cordon avec une tête bien engagée, où le forceps rapide peut sauver l'enfant.

Si l'on excepte le grand nombre de forceps de complaisance pratiqués pour préserver la mère et l'enfant de dangers graves et imaginaires, les indications généralement admises sont souvent d'ordre médical, telles une cardiopathie, une maladie générale, une infection, une intoxication. De même, un retard important dans la progression du travail justifie l'extraction instrumentale en tenant compte toutefois de ce fait que c'est surtout sur l'arrêt de la progression et non sur la durée totale du travail que l'on établit l'indication. Il n'est pas discutable, en effet, que, toutes choses égales d'ailleurs, l'accouchement spontané est préférable pour la mère comme pour l'enfant. Et puisqu'il n'est pas établi encore que l'accouchement artificiel, surtout entre les mains du praticien non spécialiste, soit préférable à l'accouchement naturel, le forceps ne doit être appliqué que sur des indications précises et défendables. Le vieux principe « une heure au périnée et deux heures dans l'excavation reste encore le meilleur guide.

Les difficultés de l'extraction au forceps reconnaissent, souvent, pour causes la non-observance des principes fondamentaux de l'intervention à savoir :

1° le col doit être complètement dilaté, ou la dilatation facilement complétable ;

2° il ne doit pas y avoir de disproportion entre les dimensions de la tête et celle du bassin ;

3° la position de la tête doit être exactement reconnue, de façon à ce que les cuillers soient correctement appliquées sur le diamètre bipariétal, et la rotation effectuée dans le bon sens ;

4° la poche des eaux doit être rompue.

Dans la récente analyse de D. Miller, portant sur 558 cas de forceps avec échec, c'est la non-observance des trois premiers de ces principes qui explique la presque totalité des insuccès : la dilatation incomplète a été notée dans 81 cas, l'insuffisance du modelage plastique de la tête dans 70, la disproportion céphalo-pelvienne dans 219 cas parmi lesquels on a trouvé huit monstres hydrocéphaliques. Faute d'avoir reconnu la fontanelle postérieure, les présentations du front et de la face contribuaient pour 181 cas dans les échecs : sept enfants vivent seulement, soit 1,5 % sur l'ensemble.

Par le simple moyen d'attendre que la dilatation se complète, que la tête se modèle davantage dans l'excavation et après avoir fait un diagnostic précis de la position de la tête, il était possible d'obtenir dans 310 de ces cas un forceps simple. C'est l'intervention, même, dans sa précocité injustifiée, qui avait créé la difficulté majeure. Miller conclue sur cette opinion.

Sauver beaucoup de vies qui ne doivent pas être perdues, soulager au maximum les souffrances que l'on peut éviter par un emploi prudent et judicieux du forceps, tel est l'idéal que nous avons raisonnablement rechercher.

Faire une application de forceps sur un col incomplètement dilaté est toujours dangereux : la dilatation en effet va se compléter au prix de déchirures du col qui peuvent se propager au segment inférieur et provoquer de sévères hémorragies. La dilatation manuelle par la méthode de Harris ou les incisions radiées du col suivent la méthode

(1) The difficulties and dangers of forceps delivery. *Journal of the Amer. méd. Ass.*, 26 nov. 1932.

(2) En 1922, dans le service du Professeur Couvelaire (Clinique Baudelocque et sage-femmes agréées de la clinique), il y a eu 112 forceps sur 2.719 accouchements et, en 1923, 114 forceps sur 2.631 accouchements, soit respectivement 4,1 % et 4,3 %. Pendant le deuxième semestre de 1932, il a été fait dans le service de notre maître M. Vignes 35 forceps sur 658 accouchements, soit 5.5 %.

BIBLIOGRAPHIE

Figures Lauraguaises, par A. B. Marfan, de l'Académie de médecine Librairie académique Perrin. Prix : 12 francs.

Après tant de livres si utiles consacrés à la thérapeutique et à la pédiatrie au cours de sa brillante carrière, le professeur A. B. Marfan, ayant atteint l'honorariat, a cru pouvoir se délasser de ses travaux médicaux par une incursion dans le domaine de l'Histoire, celle que Le Nôtre a popularisée sous le nom de « Petite », et qui est souvent plus instructive et plus proche de la vérité que la grande.

C'est aussi une contribution à l'histoire régionale que notre collègue, né à Castelnaudary, nous a offerte par ses *Figures Lauraguaises*. Le Lauraguais, qui faisait partie du Languedoc, longue vallée s'étendant des Pyrénées-Orientales et ariégeoises jusqu'à la Montagne Noire, fin du Plateau Central, a vu naître de très grands personnages, qui ont trouvé place dans la grande histoire ; mais d'autres ont été oubliés ou trop peu connus.

C'est à quatre de ces compatriotes déshérités que Marfan a consacré ses recherches et il a eu raison de les tirer de l'oubli. Ces quatre figures relient le XII[e] au XX[e] siècle et nous présentent, à travers les temps, dans des états sociaux les plus divers et dans les deux sexes, « ce caractère commun, la ténacité dans la poursuite d'une fin idéaliste. Bien que d'importance inégale elles sont toutes grandes. »

I. *Pierre Nolasque*, qui fut béatifié après une vie de charité et d'apostolat, était né en 1190 près de Castelnaudary, et prit part à la croisade des Albigeois à la suite de Simon de Montfort.

Marfan trace un remarquable tableau de l'état de la catholicité au XII[e] siècle dans le Midi de la France, des hérésies régnantes et notamment de la doctrine des cathares, il explique clairement pour quelles raisons elle rencontra l'adhésion ou la tolérance des grands féodaux du Midi ; nous suivons aisément les péripéties de la guerre des Albigeois. Pierre Nolasque, qui dès l'enfance s'était distingué par les plus pures vertus chrétiennes, est choisi comme précepteur du fils du roi Pierre d'Aragon, tué à la bataille de Muret, Jaime, encore enfant ; il demeura son confident quand l'enfant devint roi et le suivit à Barcelone. C'est de là que rayonna son œuvre d'apostolat en faveur des nombreux chrétiens captifs des Mahométans, dans les provinces d'Espagne encore occupées par eux. Pierre Nolasque, grand mystique à visions et extases, était en même temps un homme d'action. Il réussit à fonder un ordre de religieux mi-partie militaire, mi-partie monastique, celui de *Notre-Dame de la Merci pour le rachat des captifs*. Les gentilhommes espagnols et français qui y adhéraient surveillaient les côtes pour s'opposer aux débarquements des barbaresques, les moines quêtaient et récoltaient de l'argent pour payer les rançons. Nolasque, qui ne fut pas prêtre, donna pourtant les marques du plus ardent apostolat ; il convia ses frères à se rendre comme lui chez les infidèles et à s'offrir en otages au prix même de leur vie. Il commença ainsi cette entreprise qui, se continuant par les Mercédaires et les Trinitaires de Saint-Vincent-de-Paul, a racheté un million et demi d'esclaves, dépensant deux milliards de francs et donnant à l'Eglise 1.500 martyrs.

L'initiateur de cette grande œuvre mourut en 1256 et fut canonisé en 1628 par le pape Urbain VIII. Bossuet a prononcé en 1665 le panégyrique de Saint-Pierre Nolasque, le grand saint du Lauraguais.

II. Cinq siècles se sont écoulés. Nous sommes à l'aurore de la Révolution française, à Versailles, le jour du Serment du Jeu de Paume. De tous les membres des Etats Généraux, *seul* un enfant de Castelnaudary, *Martin Dauchs* député du Tiers pour la sénéchaussée du Lauraguais, refuse de prêter le serment et de joindre sa signature à celles de ses collègues, parce que ses commettants lui ont donné pour mandat de défendre la religion, le roi et les constitutions monarchiques. Malgré les objurgations de 600 collègues exaspérés les huées des tribunes, malgré le danger dont le menace l'indignation de la foule massée autour du Jeu de Paume, si bien qu'il faut le faire sortir par une porte dérobée, il signe : Martin Dauch *opposant*. — Il continua pourtant à siéger dans la minorité de l'Assemblée constituante. Quand le roi, retour de Varenne, parut dans l'Assemblée, tous les députés restant assis et couverts, *seul* il se leva et ôta son chapeau.

III. Au XIX[e] siècle, c'est une femme, une religieuse qui est la figure lauraguaise tracée par Marfan. La vie et les souffrances de *Sophie de Soubiran-Laloubière* nous font connaître un caractère de femme où la piété, l'humilité, la douceur s'allient à la ténacité dans la poursuite d'objectifs difficiles : créer des œuvres charitables et des associations religieuses, (béguinages sur le modèle de ceux de Belgique, ordre des sœurs de Marie-Auxiliatrice devant desservir des maisons de famille pour jeunes ouvrières) et enfin après des traverses et des déboires cruels, la création de l'*Asile de Villepinte* pour tuberculeuses : premier sanatorium créé en France.

Trahie par l'assistante qu'elle s'était choisie et *expulsée de l'ordre qu'elle a fondé*, elle s'affilie à un autre, recherchant les besognes les plus humbles.

IV. Des quatre figures qu'a fait revivre Marfan celle qui intéressera le plus la majorité des lecteurs, c'est sans doute celle d'*Henri Laperrine, conquérant du Sahara*. Né à Castelnaudary en 1860, fils d'un officier d'Afrique, il songe dès sa jeunesse à devenir officier de spahis ; en sortant de Saumur il dut passer d'abord par les chasseurs d'Afrique, prit part aux expéditions du général de Négrier, se lia d'une vive amitié avec un autre sous-lieutenant, Ch. de Foucauld, dont l'existence si belle a été mise en parallèle par Marfan avec celle de Laperrine dans un dyptique saisissant ; ils ne devaient se retrouver que vingt ans après au Sahara où leur collaboration fut merveilleusement efficace et où tous deux devaient mourir tragiquement. Laperrine fait campagne en Tunisie, étudie les mœurs et le langage arabes, se familiarise avec le grand bled algérien et s'entraîne à la vie du désert. Le voilà lieutenant de spahis au Soudan sous les ordres du commandant Joffre ; il y fait preuve des plus rares qualités militaires, courage audacieux uni au sang-froid et à la décision. En 1901 ses vœux sont comblés quand, chef d'escadrons des spahis sahariens montés à méharis, il est nommé commandant supérieur des oasis sahariennes et commence sa magnifique entreprise d'apprivoiser les Touaregs par un habile mélange de témoignages d'amitié, de respect de leurs coutumes et de preuves d'autorité énergique. Je ne puis même résumer l'historique minutieusement documenté de Marfan. Je signale seulement ce fait que l'œuvre de la conquête pacifique du Sahara et la liaison avec le Niger réalisée en 1910 fut compromise gravement pendant la Grande Guerre à laquelle Laperrine devenu général prenait part sur le front français. Il lui fallut reconquérir le Sahara et réorganiser son œuvre. Il y réussit pleinement.

Après avoir raconté d'une façon émouvante la mort de Laperrine, victime d'un accident d'avion en 1920, Marfan conclut : « Ainsi a fini le conquérant du Sahara. On pensait autrefois que le Sahara formerait toujours une barrière infranchissable entre l'Afrique du Nord et l'Afri-

que occidentale. Laperrine l'a supprimée en réduisant la résistance des Touaregs. Si aujourd'hui les touristes peuvent sans danger aller d'Alger à Dakar, partie en automobile, partie en avion, si l'on peut prévoir dans l'avenir le chemin de fer transsaharien, il faut mettre en lumière que Laperrine a accompli la conquête du Sahara et la liaison avec l'Afrique occidentale sans demander un sou, ni un soldat, sans même y être invité par le gouvernement. Elle est donc son œuvre exclusive. En un temps où l'on s'efforce d'abolir le culte des héros, peut-être n'était-il pas inutile de raconter cette vie, de retracer cette œuvre et d'essayer d'en faire sentir la grandeur. » Cette figure héroïque clôt dignement le livre où, notre ami a couronné son œuvre de médecin par un coup de maître d'historien. Chacune de ces figures a été traitée avec son caractère propre, l'apôtre mystique et courageux, l'homme politique inébranlable dans sa conviction, la religieuse humble, mais persévérante dans son esprit de charité, le soldat au grand cœur et au cerveau ingénieux, sont dépeints tour à tour avec leurs caractères propres, si dissemblables en apparence, ayant pourtant en commun ce caractère du terroir lauraguais.

Ces « Figures lauraguaises » sont un beau livre.

Paul Le Gendre.

La spécificité biologique. *Anaphylaxie, immunité, hérédité*, par M. Martiny, H. Prétet et A. Berné. Un volume de 212 pages : 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les plus récentes notions de physico-chimie permettent de penser que les modalités de la spécificité biologique (ce pouvoir particulier qu'a la matière vivante d'approprier sa réaction à la nature de l'excitant) tout en restant liées à un finalisme supérieur, sont en grande mesure tributaires de méthodes positives et expérimentales. En physico-chimie les auteurs précisent ce qu'il faut penser actuellement du milieu transmetteur éther, du rayonnement, de la constitution de l'atome, des phénomènes de polymérisation et de dépolymérisation moléculaire. Ce dernier état de la matière auquel on a attaché moins d'importance qu'à la ionisation comporterait cependant le même dynamisme et expliquerait en plus la conservation de la spécificité biologique dans l'infinétésimalité.

C'est en restant fidèle aux faits, queces conceptions physico-chimiques, en grande partie nouvelles, basées essentiellementsur la notion des quanta, apportent des précisions sur les colloïdes vivants, sur le PH des ampholytes, sur la variation de leur point iso-électrique sur les échanges osmotiques et sur l'équilibre des membranes.

Les calculs, rejetés le plus possible dans un appendice mathématique n'encombrent pas le cours de l'ouvrage dont la lecture reste facile pour le clinicien comme pour l'homme de laboratoire.

Nantis de ces données sur la constitution intime de la matière, les auteurs abordent dans un travail général tout ce qui est actuellement connu sur la constitution des antigènes. Ces substances sont, en effet, la base primordiale de la spécificité biologique et le seul élément qui ne soit pas métaphysique.

Abordant ensuite la question des anticorps, ils apportent cette notion précise que la fonction anticorps tient à la présence dans son complexe constitutionnel de l'élément antigénique à dose nécessairement infinitésimale.

Avant eux, il avait déjà été soutenu, par une minorité de chercheurs, que l'anticorps pouvait dériver de l'antigène et que seul un principede similitude pouvait expliquer le côté merveilleusement précis de la spécificité biologique.

Mais la notion nécessaire d' « infinitésimalité » auto-catalytique est particulièrement neuve. Un appendice expérimental contient une série d'expériences en faveur de cette hypothèse.

Ces expériences quoique nombreuses ne constituent, de l'avis des auteurs, que des premiers essais ; il leur semble que cette voie peut être particulièrement fructueuse.

Dans ce travail, sont livrées des idées et des faits, afin, semble-t-il, que des expérimentations élargies puissent être tentées. Le mécanisme spécifique de la réaction antigène-anticorps clef de voûte de la spécificité biologique, avec l'hypothèse envisagée sur la constitution des anticorps et par l'appui des théories physiques, paraît élucidé.

Le phénomène de Bordet-Danysz, le phénomène de zone reçoivent une explication rationnelle.

Une étude sur le pouvoir alexique sur le principe lytique complète le côté purement biologique de ce travail.

La clinique amène les auteurs, en dehors du laboratoire, à aborder les problèmes de l'anaphylaxie et des états d'hypersensibilisation, de l'immunité et des états infectieux. Ils font jouer un rôle important aux réflexes conditionnels dont la complexité des phénomèées morbides.

L'étude de la personnalité biologique les conduit à des concepts particuliers sur l'hérédité et les phénomènes vitaux. L'état particulier de la matière vivante peut rendre compte de la spécificité phéréditaire en puissance dans le volume infinitésimal d'un œuf fécondé et dont les finesses constructives dépassent la simple spécificité antigénique de l'anaphylaxie et de l'immunité.

La personnalité thérapeutique, enfin, leur paraît devoir s'intégrerdans la personnalité biologique et les auteurs apportent quelques éclaircissements sur certains côtés pharmaco-dynamiques, de l'organothérapie et de la crénothérapie.

L'oméopathie jouit actuellement d'une mode qui n'est pas toujours soutenue par des arguments d'ordre scientifique. Il semble que les auteurs aient voulu donner par un contre-coup indirect de leurs recherches appuyées sur le semblable et l'impondérable, des preuves expérimentales intéressantes de l'action du remède dilué.

de DUHRSEN offrent une solution plus satisfaisante si l'on est obligé d'intervenir avant dilatation complète.

Il n'est pas nécessaire que le praticien possède l'habileté du spécialiste pour faire une mensuration précise des diamètres pelviens. Mais il doit savoir que l'absence d'engagement de la tête témoigne habituellement d'une disproportion et il doit se trouver en mesure de préciser l'existence et le degré d'une telle disposition en appliquant la tête sur le D. S. et en appréciant le degré du débordement en avant de la symphyse.

Le plan du D. S. fait, environ, un angle de 45 degrés avec l'horizon lorsque la malade est couchée et la pression sur le fond utérin fait plonger la tête dans le bassin et, tout au moins, l'applique étroitement sur l'orifice pelvien ; de sorte que l'exploration de la face interne de la symphyse peut apprécier le degré de disproportion.

L'examen radiologique simple ne donne pas de renseignements pratiques Quant à la radiopelvimétrie, elle ne peut être pratiquée que dans les grands centres bien outillés.

Les difficultés dans le forceps bas peuvent être dues à un rétrécissement du détroit inférieur, lorsque les branches ischiopubiennes resserrées forment un angle plus aigu que normalement. Cette disposition peut être facilement reconnue par le classique « test du poing » : le diamètre bischiatique doit normalement être suffisant pour recevoir un poing fermé ; en tout cas lorsqu'il est impossible de placer trois doigts de champs entre les tubérosités ischiatiques, il y aura difficulté à dégager une tête de dimensions normales. Pour obtenir un dégagement, la tête doit passer en arrière de ce diamètre et cette possibilité dépend du diamètre postérieur. La flexion extrême des cuisses sur l'abdomen amène une mutation du bassin qui agrandit ce diamètre et offre une méthode simple pour remédier à cette dystocie souvent légère.

La détermination exacte de la position de la tête est un temps essentiel de l'application du forceps si l'on veut se contenter d'aider seulement l'expulsion naturelle et obtenir l'accouchement par le mécanisme normal. Si l'on ne peut identifier avec certitude les sutures et fontanelles, il faut rechercher l'oreille postérieure qui donnera toujours une indication précise.

Lorsqu'il n'y a pas disproportion entre la tête et le bassin, si une traction raisonnable n'amène pas une progression de la tête, c'est que la prise est incorrecte. Il vaut mieux enlever les cuillers, refaire un examen soigneux pour obtenir une prise correcte que d'essayer d'obtenir une extraction de vive force.

Le danger pour la mère et l'enfant, dans l'accouchement au forceps, dépend largement de l'indication pour laquelle on est intervenu et également de l'habileté de l'opérateur, mais surtout de la situation de la tête.

Il est évident que le risque est moindre dans le forceps à la vulve dit de complaisance que dans celui qui est pratiqué pour un danger réel. Mais il faut savoir, surtout, qu'il est moindre dans le forceps bas que dans le forceps haut. Les prises hautes sont rarement nécessaires et l'application sur une tête mobile n'est pratiquement jamais envisagée, la version podalique avec extraction par le siège étant nettement préférable dans ce cas.

Pour la mère, le danger principal est réalisé par l'infection et les déchirures des parties molles. Si l'on adopte cette hypothèse, que l'infection puerpérale reconnait comme cause principale l'introduction de germes du dehors au cours du travail, toute manœuvre intra-utérine comporte un risque certain : il est d'observation commune que l'accouchement artificiel favorise les suites de couches fébriles. Dans le forceps simple, à la vulve, le risque est minime ; mais, avec les prises hautes, le risque devient appréciable. De strictes précautions d'asepsie réduisent quelque peu le danger mais ne l'évitent pas constamment. La température prise toutes les cinq heures dès que la malade est remise au lit et si l'on considère comme un test de morbidité l'élévation à 38° (1), celle-ci s'élève pour les forceps bas à 29 %, pour les prises moyennes, à 42 %, pour les prises hautes à 50 %. Dans la statistique de STANDER portant sur mille cas consécutifs de forceps, les suites de couches furent fébriles dans 35,4 % des cas. De sorte que, actuellement, le risque vital est certainement minime, mais il est difficile de tirer une conclusion des statistiques actuelles du fait qu'il est impossible de distinguer les morts dues à une complication maternelle préexistante et celles qui sont directement la conséquence de l'intervention.

(1) Exactement à 100,4 Fahrenheil. dit PLAN.

Quant aux déchirures, l'emploi de l'épisiotomie, pratiquée avant ou au moment de la tension du périnée, a réduit le nombre des grosses lésions périnéales. Mais, lorsque cette petite intervention est pratiquée, tout le danger n'est pas éliminé puisque l'on peut observer encore les lésions graves allant jusqu'au sphincter et, même, jusqu'au rectum. Ces lésions graves sont particulièrement fréquentes en cas de rétrécissement de l'ogive pubienne, qui oblige la tête à se dégager sur un plan plus postérieur que normalement et impose au périnée une distension inaccoutumée. Mon expérience me permet d'affirmer que la recherche systématique d'une telle disposition avec la pratique d'une large épisiotomie et l'extraction prudente de la tête permet de réduire considérablement la fréquence de ces grosses déchirures. Dans ces cas il faut, préférer l'incision mésiolatérale à l'épisiotomie médiane.

Des déchirures du col, nous ne retiendrons que celles qui constituent une vraie complication. Elles sont très rares si la dilatation est complète au moment de l'application du forceps. Cependant une grande rotation pour une occipito postérieure en augmente le risque et une prise sur tête haute la rend presque fréquente.

Dans les conditions favorables de la pratique hospitalière, la réparation immédiate de ces déchirures est particulièrement recommandable quoique, dans de nombreuses cliniques, cela ne soit fait qu'en cas d'hémorragie importante due à la déchirure. En pratique de ville, l'hémorragie constitue la seule indication valable à la suture.

Les rapports entre l'accouchement et le prolapsus de l'utérus ou des parois vaginales n'ont jamais été étudiés d'une façon satisfaisante, mais il est généralement admis qu'ils sont réels. Dans l'hypothèse que les fascias pelviens constituent le plus important des moyens de fixité de l'utérus, et avec la connaissance que ces fascias sont insérés à l'utérus, surtout au niveau du col et de l'isthme, on doit accepter que les prises hautes de forceps sont de nouvelles raisons d'éviter les interventions trop précoces.

D'autre part la faiblesse congénitale de ces fascias peut souvent rendre dangereuse une tentative, pourtant respectueuse de l'anatomie des parties molles. L'évacuation complète du contenu de la vessie et du rectum peuvent en réduire ce risque.

Si l'on excepte, pour l'enfant, la possibilité de lésions superficielles, parfois, de paralysie faciale, bénigne, le grand danger fœtal est constitué par l'hémorragie méningée : celle-ci est due à l'excès de pression intra-cranienne suivie d'un brusque relâchement. En exceptant les fœtus macérés, 50 % des enfants morts-nés ou morts dans les premiers jours présentent une hémorragie méningée macroscopique ; quant aux autres cas, au sujet desquels on porte habituellement le diagnostic d'asphyxie, HEM SATH et CANAVAN ont récemment montré qu'ils présentaient des hémorragies microscopiques de la moelle. Il n'est pas encore clairement établi quelle part prend le forceps dans l'étiologie de telles hémorragies, mais des statistiques évidentes montrent que la mortinatalité ou mortinéonatalité augmente après emploi du forceps. Cela est particulièrement net au cours des prises hautes, le grand nombre de forceps simples dits de complaisance venant nettement abaisser le pourcentage total. Le schéma de Wetterdal (1927) en témoigne. Cet auteur a établi une comparaison entre 2.000 accouchements spontanés et 2.000 forceps :

		Morts	
Spontanés..........	2.000	51	2,6 %
F. bas..............	1.624	117	7,2 %
F. moyens..........	285	41	14,4 %
F. hauts.............	91	28	30,8 %

Dans l'Etat de Iowa, le pourcentage de mortinatalité de tous les accouchements au forceps fut de 4,87, contre 2 % dans les accouchements spontanés. Dans une série de 1.114 morts-nés, on ne trouve que 138 forceps (12,4 %) tandis qu'on trouve 154 versions podaliques ou extraction du siège, quoique les premiers aient surpassé en nombre les derniers de 2.833 à 876.

Cela démontre que l'accouchement au forceps est moins dangereux que l'extraction d'une tête dernière ce qui concorde avec cette opinion que la brusque compression de la tête fœtale est plus souvent responsable des lésions intracraniennes que la pression douce résultant d'un forceps prudent. En fait, l'administration d'extraits hypophysaires pour hâter le travail ne peut éviter le forceps et est probablement plus dangereuse que le forceps lui-même. Cette innocuité relative est moins apparente dans les forceps à prise haute du fait que la compression, inévitable dans le cas, constitue le facteur principal des accidents.

C'est l'analyse faite par Wetterdal sur les effets immédiats et lointains des différents types de forceps qui est de beaucoup la plus valable. Il compare 2.000 cas d'accouchements spontanés et 2.000 cas de forceps. Dans les accouchements spontanés le pourcentage total de la mortalité précoce atteint 2,6 %, alors qu'il est de 7.2 dans les forceps bas, pratiqués sur les indications réelles de 14,4 dans les prises moyennes et de 30,8 dans les applications hautes.

Voyons, maintenant, les troubles mentaux en rapport avec la méthode d'accouchement :

Type d'accouchements	Nombre total des cas	Troubles mentaux	
Spontanées.........	1.721	113	6 6 %
F. bas..............	1.298	76	5,9 %
F. moyens.........	210	21	10 %
F. hauts...........	60	8	13,3 %

Les résultats fournis par Wetterdal donnent, ainsi, toute son importance au grand risque de troubles mentaux d'apparition tardive que l'on peut observer chez les enfants nés au moyen de forceps moyens et hauts, alors qu'il y a une très petite différence entre les résultats des accouchements spontanés et les forceps bas.

En résumé, l'extraction au forceps est nécessaire dans 3 à 5 % des accouchements totaux, même avec de strictes indications. Et, dans de telles conditions, il comporte un risque indubitable pour la mère et l'enfant. Les difficultés et dangers de la méthode peuvent être, cependant, diminués par une observation stricte des principes généraux suivants :

1° ne faire d'extraction instrumentale que sur des indications dûment reconnues ; ne pas s'abandonner à cette idée qu'il s'agit d'une intervention sans danger ;

2° observer toutes les règles habituelles de l'asepsie et se souvenir que l'infection est un danger réel ;

3° exiger que soient remplies les conditions indispensables à l'issue favorable de l'intervention : dilatation complète ; pas de disproportion céphalo-pelvienne ; un diagnostic correct de la position de la tête ; une application bipariétale des cuillers (1) ;

4° employer l'instrument avec lequel on est familiarisé et se souvenir que ce n'est pas le forceps qui importe, mais celui qui s'en sert ;

5° opérer des tractions intermittentes, pour imiter du plus près possible le processus normal d'expulsion, éviter les tractions puissantes ;

6° être prêt à faire une épisiotomie afin d'éviter une déchirure étendue du périnée.

***

Présentation du siège

D'après W.-E. Studdiford (1).

Les présentation du siège représentent environ trois pour cent de la totalité des accouchements. Depuis 1920, ce petit groupe de fait a été l'objet de publications dans le monde entier à la suite dn travail de E. Holland qui a signalé l'importance de la mortalité chez les enfants nés par le siège, mortalité dont on sait maintenant qu'elle n'est pas due à la simple asphyxie. Dans cette mortalité, il est difficile de préciser le rôle exact de l'accouchement même et cela du fait que 25 % de ces enfants sont des prématurés pesant moins de 2.000 gr. ou des macérés, du fait encore qu'on y trouve un grand nombre d'anomalies fœtales incompatibles avec la vie, du fait enfin qu'un certain nombre de cas étaient compliqués de placenta prævia.

Il semble, donc, que, pour estimer le réel risque fœtal, il soit nécessaire d'écarter tous les cas précédents, mais il faut y laisser les cas de procidence du cordon qui constitue une complication importante des présentations pelviennes dix fois plus fréquente que dans la présentation du sommet (Caverly).

Avec ces différentes corrections, la mortalité fœtale directement imputable à la présentation évolue entre 6,2 % et 16,4 %. Dans la plupart des séries, elle évolue autour de 10 %.

Les causes de la mort sont bien connues, et consistent en lésions traumatiques prédominant sur le système nerveux et l'abdomen que l'on retrouve sur la vaste majorité des enfants morts soit au cours, soit après l'accouchement. Sur 32 autopsies pratiquées au Sloane Hospital, 6,25 % montraient des anomalies incompatibles avec la vie. Parmi les autres, 6,5 % seulement étaient indemnes de lésions traumatiques importantes. Cette statistique concorde avec celle de Holland qui a trouvé 88 % de lésions semblables après accouchement des présentations pelviennes primitives.

Dans le but de diminuer, une telle mortalité trois méthodes ont été proposées. La première et, peut être, la plus importante constitue ou un traitement préventif antinatal. La seconde consiste en une conduite spéciale du travail et une technique expérimentée de l'accouchement. Enfin, dans certains cas, la césarienne peut être indiquée.

Dans le traitement préventif, il faut insister avant tout sur l'importance du diagnostic. De nombreux auteurs ont insisté sur sa difficulté dans certains cas. Wilson juge que la radiographie doit être employée dans les cas douteux. O'Leary dit que le diagnostic peut être méconnu jusqu'au travail et à la rupture de la poche des eaux. Taussig pense que, dans 20 % des cas, le diagnostic n'est pas fait, ou alors

(1) Une autre voix, une voix latine, parle dans le même sens que Plass Herculano de Sa, un Portugais de Nova Goa, actuellement professeur d'obstétrique à Bombay, vient de publier d'intéressantes remarques sur les insuccès du forceps dans un récent numéro de l'*Indian Medical Record*.

Les insuccès du forceps sont toujours imputables à ce que le médecin ne reconnait pas suffisamment l'anatomie et la physiologie du travail. De Sa rapporte l'observation d'une femme chez laquelle il avait été pratiqué trois applications de forceps et une tentative de version. Le fœtus se présentait par l'épaule et l'utérus était rompu.

Pour une bonne application de forceps, il faut, dit-il, que la dilatation soit complète ; que la présentation et position soient normales. Or, il arrive souvent aux Indes qu'une présentation anormale soit méconnue.

De Sa insiste sur ce qu'il faut tenir compte des fonctions du forceps : celui-ci doit agir uniquement par traction pour aider et suppléer les forces naturelles. Toute compression doit être évitée de même que les effets de levier.

De Sa termine en formulant les dix commandements du forceps : celui-ci ne doit pas être appliqué sans un diagnostic exact de la présentation, sans une dilatation complète du col, sans que la tête ait passé le détroit supérieur, qu'elle soit fixée dans le bassin, quand la tête est très grosse, il ne doit pas être appliqué sur un siège sauf quand celui-ci est très engagé en transverse, sur un enfant mort.

(1) W.-E. Studdiford. — Breech presentations and then delivery. *Journal of the Amer. med. Ass.*, 26 nov. 1932, p. 1820.

que la présentation s'est transformée en siège juste au début du travail. EHRENFEST cite deux cas d'erreur de diagnostic dans sa pratique personnelle GATEAUX signale, dans sa série, 40 diagnostics non faits. MOHLER, enfin, préconise l'emploi fréquent de la radio. Pendant 1926-28, à la consultation anténatale du Sloane Hospital, 50 % des sièges ont été méconnus jusqu'au début du travail. De telle sorte que l'on doit admettre que s'il est facile dans certains cas de reconnaître un siège, dans beaucoup d'autres celui-ci peut être méconnu au cours d'un examen rapide ou pour toute cause rendant la palpation difficile, ce qui impose la radio dans tous les cas douteux.

En effet, sans diagnostic préalable, le traitement prophylactique ne peut être institué : avant toute version par manœuvres externes, dont on devra faire des tentatives répétées dès que le siège sera reconnu. Correctement faite, cette manœuvre semble sans danger pour la mère et pour l'enfant. RYDER est l'accoucheur le plus enthousiaste de cette technique. GIBBERD rapporte une série de 23 cas : il est d'avis que, dans 90 %, elle est couronnée de succès, si on sait la renouveler après un premier échec. BARTHOLOMEW pense qu'il peut réduire la fréquence de l'accouchement par le siège dans la proportion de 80 %. TAUSSIG, EHRENFEST enseignent que cette version par manœuvres externes constitue un élément important de la surveillance anténatale. Au Sloane Hospital, cette méthode a été employée 106 fois de 1926 à 1928 : 86 fois, elle a été couronnée de succès. Elle doit être pratiquée entre la trente-deuxiène et la trente-huitième semaine.

La technique est facile. D'abord on désengagera le siège de l'excavation pour le reporter dans la fosse iliaque qui correspond au côté du dos fœtal. Maintenu dans cette position, l'autre main tend à repousser la tête vers le bas du côté opposé. Par une pression douce et continue des mains, le plus souvent l'enfant tourne avec facilité pour se présenter par le sommet. La position de Trendelenburg est, souvent, d'une aide efficace. En tout cas, l'échec d'une tentative ne doit pas décourager le médecin ; mais celui-ci devra la renouveler au cours d'examens ultérieurs. Quelques malades offrent une vraie résistance à cette manœuvre. L'anesthésie générale peut être employé. Mais l'opérateur doit se souvenir que celle-ci n'autorise pas à recourir à des manœuvres de force ; elle supprime simplement la contraction de défense des muscles pariétaux. Seul EHRENFEST pense que l'anesthésie est dangereuse. Un certain nombre de tentatives suivies d'échecs sont le plus souvent dues à un engagement profond du siège, soit à l'adiposité de la paroi, soit à l'hydramnios, soit à l'extension des jambes.

Inutile d'ajouter que la version est contre indiquée dans les gémellaires ou dans les cas suspects de placenta prævia.

Lorsque la correction de la présentation du siège est impossible, il faut apprécier les dimensions de l'excavation sans se préoccuper s'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare. Dans une série de présentations du siège survenues de 1923 à 1929, la fréquence des bas-ins viciés a atteint 18 % chez les primipares et 22 % chez les multipares. La fréquence des bassins anormaux en cas d'enfant mort atteint 55 % chez les primipares et 32 % chez les multiparès. Tandis que beaucoup de ces anomalies étaient de peu d'importance, un certain nombre contenaient un sérieux facteur de mortalité fœtale. Cette appréciation des dimensions pelviennes est importante du fait que, dans une présentation du siège, on ne possède pas ce précieux renseignement qu'est l'engagement de la tête. Chez les multipares à bassins rétrécis, un accouchement spontané antérieur en présentation du sommet ne permet pas d'affirmer une descente facile de la tête dernière, surtout si on se rappelle que les multipares ont des enfants plus gros. Enfin il faut attacher une grosse importance aux dimensions du fœtus même. MOHLER rapporte que, dans sa série, parmi les primipares, 33 % des enfants pesant plus de 3,628 grammes étaient nés morts tandis qu'on en trouvait 25 % chez les multipares. Dans la série du Sloane Hospital, il a été noté que, dans 16 % des cas de mort du fœtus, chez une multipare, ce dernier pesait plus de 4.535 grammes. Malheureusement l'appréciation exacte des dimensions fœtales, surtout pour un siège, est très difficile. La radiographie est souvent d'un aide précieux et pourrait le devenir plus encore si l'on pouvait établir une méthode valable de mesure par le roentgonographe.

Si, après une sérieuse étude du cas, on prend la décision de laisser la patiente aller jusqu'au travail, un certain nombre de facteurs précis jouent un rôle important pendant la période de dilatation. Il faudra préserver à tout prix la poche des eaux ; pour cette raison il est dangereux de recourir à aucune méthode de déclenchement. Il est bien établi que le siège est un mauvais agent de dilatation et que la dilatation est toujours plus rapide avec des membranes intactes

WESTMANN pense que, lorsqu'il y a rupture précoce, l'accouchement artificiel donne une mortalité fœtale de 14,3 %, tandis qu'avec une rupture tardive, il ne donne que 9,30 %. Il cite [illegible]HLSTROM pour qui 30 % des cas de rupture précoce sont suivis de mort du fœtus, tandis qu'avec rupture tardive, il n'y a que 22 % de mortalité. Dans la série de Sloane Hospital, la mortinatalité et la mortinéonatalité étaient associées avec la rupture précoce de 30 % des cas de primipares et 42 % des multipares. Une autre raison importante pour préserver la poche des eaux est la possibilité de procidence du cordon. Et, inversement, il est prudent de faire un examen vaginal dès que les membranes sont rompues pour dépister cette complication ; les bruits du cœur peuvent en effet ne pas être modifiés pendant un temps assez long.

PIPER et BACHMANN, NEWELL, IRVING et GŒTHALS, POTTER conseillent l'extraction dès le début de la période d'expulsion. Ils pensent que l'enfant est mis en danger à ce moment par la compression du cordon qui provoque l'asphyxie. Qu'ils aient ainsi obtenu une très basse mortalité fœtale par l'intervention précoce est hors de doute. On peut penser, d'ailleurs, que cela exige une habileté et une décision exceptionnelle. Et, si l'on considère que le trauma joue un rôle important dans la mortalité fœtale, cela montre que les meilleurs résultats pourraient être obtenus par l'opérateur moyen en consentant à pratiquer l'expectative. Les indications d'extraction, en effet, s'établissent sur le défaut de progression du travail et sur la souffrance fœtale. Le rapport entre la mortalité fœtale et l'extraction artificielle est magnifiquement démontré par WESTMANN qui rapporte une série de 796 cas, la moyenne corrigée de la mortalité était de 11,2 % chez les primipares et de 5,2 chez les multipares soit en moyenne de 8,8. WESTMANN divise les cas en trois groupes. Dans le premier, on trouve 466 accouchements entièrement spontanés : sur les 261 primipares la mortalité fut de 4,2 %, sur les 205 multipares la mortalité fut de 2,9 %. Le second groupe correspond aux cas d'accouchements spontanés, mais avec dégagement des bras et extraction de la tête : Sur 117 primipares, la mortalité a été de 14,5 % et, chez les 84 multipares, 8,3 %. Dans le dernier groupe de 81 extractions complètes : sur 63 primipares, 33 % de mortalité et, sur 18 multipares, 16,7 %. Inutile de signaler que sur cette longue série le facteur bassin rétréci a été négligé.

A Sloane Hospital, l'extraction du siège a été réduite autant que possible. On laisse l'accouchement se faire spontanément, avec anesthésie au moment des douleurs. Souvents lorsque le siège est bloqué à la vulve, on peut hâter le dégagement par des tractions légères d'un doigt insinué dans l'aîne antérieure. Dès que l'angle des omoplates apparaît l'anesthésie est complétée, les épaules sont alors amenée, tour à tour sous la symphyse par rotation, de façon à ce que chaque bras soit dégagé en avant. Il est, cependant, plus facile de dégager le bras postérieur en place sans rotation. Ensuite la tête est orientée dans l'un des diamètres obliques ou transvers, puis fléchie et engagée à l'aide d'une expression abdominale modérée. Celle-ci doit être toujours égale et jamais appliquée par à-coup ; on doit la diriger un peu obliquement pour favoriser la flexion de la tête. L'expression incorrecte entre, souvent, pour une large part dans les causes des lésions fœtales intracraniennes : elle doit être pratiquée par l'opérateur lui-même ou par son assistant ;

dans ce dernier cas, celui-ci est prévenu de la position de la tête de façon à éviter les efforts aveugles. Parfois la tête s'engage dans un diamètre qui n'est pas le diamètre prévu et il est souvent assez long de trouver la position suivant laquelle elle s'engagera le plus facilement. Il est inutile d'insister sur les dangers de l'engagement en anté-ropostérieure. Une fois dans la concavité sacrée, la tête est tournée occiput en avant ; mais on devra s'assurer auparavant que le bipariétal a bien passé le détroit supérieur. Dans les bassins sans hauteur, cela n'arrive que lorsque le menton est déjà sur le plancher périnéal. On s'assurera que l'occiput est bien dégagée sous la symphyse et on évitera toute torsion ou angulation du cou. La tête sera enfin extraite par manœuvre de Mauriceau. L'épisiotomie peut être de grande utilité, souvent, chez les primipares, On ne saurait trop insister sur la douceur et la lenteur de toutes ces manœuvres, de beaucoup les plus dangereuses pour la vie du fœtus. Il faut, cependant, ajouter que, dans de rares occasions, le forceps devra être appliqué sur la tête dernière.

Au cours de l'accouchement d'un siège, on devra surveiller constamment les bruits du cœur et, si leur ralentissement ou les irrégularités persistent dans l'intervalle des douleurs, l'extraction opératoire devra immédiatement être pratiquée. Du fait que cette complication peut survenir dans tous les cas, il est bon pour éviter toute perte de temps de mettre la femme à la salle de travail dès le début de la période d'expulsion de façon à avoir immédiatement tout sous la main. De même, il sera bon d'intervenir s'il n'y a aucun progrès dans l'accouchement au bout d'un temps raisonnable d'efforts expulsifs.

Pour réaliser cette extraction, la femme sera mise sous une profonde anesthésie chirurgicale et en position de Trendelenberg modérée. Lorsqu'il y a urgence, c'est le chloroforme qui convient le mieux. Le périnée est dilaté à la main et tout sera fait pour assurer la dilatation de l'orifice cervical, car un anneau cervical résistant constitue un très gros obstacle à l'extraction. Si, malgré tout effort, cet anneau persiste, il faudra s'en souvenir au cours de l'intervention et cela est fréquent dans les sièges complets à cause des jambes qui tombent dans le vagin avant dilatation complète. On pourra, dans ce cas, aisément les réduire sans refouler le siège hors de l'excavation.

Quoiqu'il en soit, c'est le plus souvent, à un siège franc que l'on a affaire à cette période. Celui-ci est refoulé dans l'abdomen vers le côté qui correspond au dos fœtal. Par une main abdominale, on appuie sur la tête de l'enfant vers le côté opposé pour exagérer la flexion du tronc. On peut, alors, trouver facilement les pieds et les abaisser. On prendra le temps de refouler le cordon, parfois aussi de croiser les bras sur la poitrine. Il est préférable d'abaisser les deux pieds, car cela permet un accouchement plus facile. Par traction sur le pied antérieur, on amène le siège dans la concavité sacrée. A ce moment, si la dilatation n'est pas complète, on ne doit pas terminer l'extraction, et si, malgré cette précaution, la dilatation ne progresse pas, il faut inciser la lèvre antérieure du col. Par la suite, une traction douce et légèrement latéralisée sur une jambe va faire tourner le siège en antéro-postérieure. Après l'accouchement des fesses, de nouvelles tractions en bas et en avant vont placer le dos sous la symphyse ; en tirant en bas on engage, alors, les épaules dans le diamètre transvers. On devra éviter au maximum de tenir l'enfant au niveau de l'abdomen, ce qui peut provoquer des lésions du foie et des surrénales.

L'angle de l'omoplate apparaît, alors, à la vulve. Une épaule est calée dans la concavité du sacrum et, par traction vers le bas, l'opposée est engagée sous la symphyse. On dégage, ainsi, facilement le bras antérieur. L'autre épaule va, maintenant, être amenée, elle aussi, en position antérieure, en refoulant le tronc dans le vagin et en repoussant l'épaule antérieure dans la cavité sacrée. Il est cependant, bien souvent, plus facile de dégager l'épaule postérieure sur place. La tête est, enfin, extraite comme il a été décrit plus haut. En tout cas, si on a réalisé l'extraction malgré la présence d'un anneau cervical, c'est à ce moment qu'il faut faire le plus attention. Si cet anneau retient énergiquement la tête, une petite incision de la lèvre antérieure peut lever l'obstacle.

Là encore, il faut insister sur la nécessité de manœuvres douces et lentes puisqu'on sait qu'une extraction trop hâtive pour souffrance du fœtus peut être fatale à ce dernier. Enfin, en plus de différentes précautions signalées, il faut éviter, de toute nécessité, la moindre angulation ou torsion du corps du fœtus.

Dans certains cas, l'accouchement ne se déroule pas aussi favorablement. Le plus souvent, il s'agit de rupture précoce de la poche des eaux, avec un siège appuyant mal sur le col. Les douleurs sont rares, irrégulières, inefficaces. Le travail pourrait, ainsi, se prolonger pendant des jours. Après un travail mensurateur soigneux pour dépister un rétrécissement pelvien en tenant largement compte de l'âge et de la parité de la mère comme des dimensions fœtales, l'introduction d'un ballon peut ramener des douleurs régulières et efficaces qui complèteront rapidement la dilatation. Il faut utiliser le plus petit ballon possible, n° 2 ou 3, ce qui donne en général de meilleurs résultats que l'introduction d'un gros ballon dans le col peu dilaté. On ne doit pas dépasser le ballon n° 4 ; le n° 5 est trop gros et donne de mauvais résultats. A l'expulsion du ballon, il faudra rechercher une procidence du cordon, assez fréquente. C'est là un des moyens les meilleurs pour arriver à un accouchement spontané du siège, si celui-ci est possible, en obtenant surtout une dilatation complète.

Dans les cas négligés, avec très long travail et petite dilatation, la césarienne n'est pas toujours utile. Malgré la faible mortalité maternelle des interventions du type extra-péritonéale, la mortalité fœtale reste très haute du fait de l'infection amniotique intra-utérine. Dans ces cas, il vaut mieux accepter la perte de l'enfant que de faire courir à la mère un risque quelconque puisque la vitalité du fœtus est, de toute façon, compromise.

Comme il a été dit, la procidence du cordon est beaucoup plus fréquente dans les sièges que dans les sommets. De 1923 à 1927, au Sloane Hospital, elle a été observée douze fois dont huit avec mort du fœtus. Elle contribue à la mortinatalité dans les proportions de 27 % chez les primipares et de 20 % chez les multipares. Caverly qui a rapporté 35 cas de procidence, établit qu'elle entre, pour 26 % dans les causes de mort du fœtus, au cours de la présentation du sommet, tandis qu'elle atteint 75 % dans les sièges. La raison peut bien en être que l'on est moins tenté de faire un accouchement artificiel rapide dans un sommet que dans un siège, lorsque le col est incomplètement dilaté. Beaucoup de ces enfants peuvent être sauvés par replacement du cordon ou par l'usage de ballons. Lorsqu'il n'existe qu'un léger anneau cervical, l'incision du col peut être tentée.

Dans certains cas de procidence avec col épais en début de la dilatation, la césarienne peut être indiquée.

Dans certains cas, il n'est pas douteux que la césarienne est une méthode de choix. Mais cette méthode doit être strictement réservée au cas où se rencontre une indication autre que la seule présentation du siège. Il est difficile d'expliquer pourquoi de nombreuses césariennes ont été pratiquées pour de simples présentations du siège non compliquées ; mais c'est cependant là un fait certain. Dans de telles conditions, il faut bien se souvenir qu'à part les cas de bassin nettement rétrécis, une telle opération est pratiquée dans l'intérêt de l'enfant beaucoup plus que dans celui de la mère. Il faut se rappeler aussi que les présentations du siège répétées sont rares et que pratiquer une césarienne pour un siège simple chez une primipare jeune, c'est la condamner à des interventions itératives au cours des grossesses ultérieures, quelle que soit la présentation. De Lee en rapporte 43 cas sur 250 tandis que Westmann n'en donne que 1 cas sur 796. Si une telle méthode devait se répandre, la mortalité maternelle dans les présentations du siège subirait une brusque ascension. Dans une série de 352 cas rapportée par le Sloane Hospital, la mortalité maternelle fut de 0,75 % et dans celle de West-

mann de 796 cas de 0,27 %. Sauf une seule exception, l'accouchement, dans ces cas, s'est toujours terminé par les voies naturelles ; or, même entre les mains des opérateurs les plus avertis, la mortalité maternelle de base dans la césarienne est au moins trois ou cinq fois supérieure.

Quoiqu'il en soit, après un examen soigneux, il n'est pas douteux que certains cas soient justiciables de l'opération, les gros rétrécissements pelviens par exemple. Dans les rétrécissements légers, l'intervention ne sera indiquée qu'en présence d'un fœtus anormalement volumineux. Enfin, chez une primipare âgée, avec un gros enfant et s'il s'agit d'une grossesse inespérée, la césarienne est encore indiquée, car ces femmes ont souvent des accouchements laborieux. WESTMANN, dans un groupe parmi lequel les bassins rétrécis sont négligeables, rapporte que la mortalité fœtale est beaucoup plus importante après 30 ans. Il pense que, chez ces femmes, il faut tenter l'épreuve du travail ; mais si la rupture des membranes est précoce, suivie d'une diminution des douleurs, le meilleur parti à prendre est de proposer une césarienne. De nombreux auteurs avec TAUSSIG, GATEAUX, insistent sur la haute mortalité fœtale dans ce groupe. Finalement, si l'on prend la décision de faire une césarienne dans un cas de présentation du siège, l'examen radiographique du fœtus est à faire, car les anomalies sont fréquentes.

LANDRIEU.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Géographie médicale

Le domaine de la fièvre exanthématique paraît étendu. Les foyers du littoral français sont de date relativement récente ; les échanges avec l'Afrique du Nord semblent avoir facilité la propagation. Marseille est un foyer extrêmement important ; l'augmentation de fréquence est bien réelle, elle n'est pas simplement due au fait que la maladie est mieux connue et, par suite, diagnostiquée plus souvent ; la périphérie est particulièrement frappée. La fièvre exanthématique s'étend actuellement entre l'Aude et la principauté de Monaco ; elle remonte au nord jusqu'à la Durance.

Sur le littoral méditerranéen les foyers sont nombreux ; il y en a en Italie, en Sicile, en Espagne, au Maroc, en Tunisie, en Algérie, en Egypte, en Syrie ; d'autres sont voisins de la Méditerranée ; au Portugal et en Roumanie.

Il existe des relations intéressantes entre la fièvre exanthématique, la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses et la fièvre fluviale du Japon.

On a voulu rattacher à la fièvre exanthématique des cas observés au Soudan égyptien, au Kenya, dans l'Angola, aux Indes britanniques ; on doit rester sur la réserve pour l'interprétation de ces faits ainsi que pour le rattachement de la *tickbite fever* de Lourenço-Marquès.

(D. Olmer. Données actuelles sur la symptomatologie, le diagnostic et la prophylaxie de la fièvre boutonneuse. (Fièvre exanthématique du littoral méditerranéen) *Maroc Médical*, 15 novembre 1932.)

Circulation

Les réflexions sur la pression artérielle, faites par Regnier, de Dijon, sont pleines à la fois de bon sens et de malice. L'historique de la recherche des différentes pressions et de l'instrumentation nous montre combien nous sommes peu avancés dans une question, où les chiffres couvrent notre ignorance réelle. En voici le résumé, qui suffit à montrer l'originalité d'esprit et l'indépendance de jugement de l'auteur :

1° Autrefois, avec Potain, on se contentait de la maxima ; c'était simple ;

2° Bientôt Pachon survint ; il nous dota de son oscillomètre et des notions classiques : maxima et minima ; c'est surtout la minima qui compte ;

3° Quelques années plus tard le sphygmotensiophone de Vaquez Laubry donne des chiffres différents surtout pour la maxima. La maxima de Pachon est trop élevée ; il faut la réajuster, en la fixant à la première grande oscillation. Gallavardin arrive à supprimer à peu près les supra-maximales avec l'emploi du brassard à double manchette ;

4° Depuis dix ans la minima de Pachon a subi à son tour le reproche d'être trop élevée ; Gallavardin et Lian l'abaissèrent à la première grande diminution des oscillations ; bientôt Pachon surenchérit et la reporta encore plus bas, au point où les oscillations ne diminuent plus que faiblement. Le chiffre normal de la minima tombait de 9 à 6.

5° La situation se complique encore. Les partisans de la méthode auscultatoire s'aperçoivent vite que leur minima est plus élevée que celle obtenue par l'oscillométrie et, ce qui est plus grave, pas toujours d'une façon égale ; ils abandonnent le repère de Vaquez (première diminution des bruits artériels) pour adopter les uns le premier assourdissement net du son, les autres sa disparition totale.

Voilà donc six repères différents pour la seule pression minima : trois pour la méthode oscillométrique et trois pour l'auscultation.

6° La révolution éclata au début de 1931 ; elle consista dans la démolition pure et simple de la minima par Vaquez et ses élèves ; ils la remplacèrent par la pression moyenne, la seule, l'unique, la meilleure.

7° Mais cette pression moyenne, qui correspondait à l'oscillation maximale ou à l'indice oscillométrique, n'est pas constante pour Lian ; il n'est même pas sûr qu'elle existe. Barrieu fixe quatre repères : la minima totale au moment des plus grandes oscillations (indice oscillométrique) ; la minima réelle au changement de pente des oscillations décroissantes (troisième repère de Pachon) ; la maxima totale au début de la zone d'oscillations croissantes (premier repère de Pachon) ; la maxima réelle au début de la zone des grandes oscillations (deuxième repère de Pachon). C'est la réhabilitation pure et simple de la minima, avec cette différence qu'il y en a deux au lieu d'une.

8° Le remède, destiné à corriger les variations inévitables d'une méthode récente, est indiqué par Regnier ; c'est l'inscription graphique de la tension ; chacun choisit sa tension suivant ses préférences personnelles ; telle est la conclusion pleine d'humour d'un auteur, qui ne s'en laisse point conter.

(Regnier. Quelques réflexions à propos de la pression artérielle en clinique. *Bourgogne Médicale*, septembre-octobre 1932.)

Thérapeutique

Le traitement de l'épilepsie ne tient pas dans une équation : épilepsie = gardenal, remplaçant celle : épilepsie = bromure.

L'épilepsie n'est pas une entité nosologique mais un syndrome et le diagnostic étiologique commande la thérapeutique.

Lorsque la cause reste cachée et que l'épilepsie semble essentielle, il y a lieu de se guider sur les connaissances pathogéniques actuelles :

1° La participation du cerveau requiert l'attention : traitement d'épreuve d'une lésion supposée ; médications sédatives, médications dynamiques, ayant une influence sur la pression du liquide céphalo-rachidien ou sur la circulation corticale ;

2° Les perturbations du système neuro-végétatif ont pour corrolaire thérapeutique l'emploi des médications inhibitrices du parasympathique ;

3° Les troubles endocriniens doivent être corrigés ;

4° Le terrain humoral a donné lieu à des recherches innombrables, sans portée pratique, pour le moment du moins.

5° Les médications de choc agissent par pyrétothérapie, conformément à l'adage : « La fièvre résout les spasmes ».

On s'éloigne ainsi peu à peu de l'écorce cérébrale pour envisager la participation globale de l'organisme.

(Paul Michon. Données actuelles sur le traitement de l'épilepsie. *Revue médicale de l'Est*, 1er décembre 1932.)

L'asthmatique, anaphylactisé par les toxines tuberculeuses peut être désensibilisé par la tuberculinothérapie ; cette désensibilisation est particulièrement délicate et nécessite l'emploi de doses infinitésimales.

La désensibilisation comprendra, par exemple, douze injections, à trois jours d'intervalle et aux doses progressives suivantes : les six premières de 1 à 7,5 cent-millièmes de milligramme ; les 6 dernières de 1 à 7,5 dix-millièmes de milligramme ; on consolide les résultats par douze injections hebdomadaires d'un millième de milligramme à 8/10 de milligramme.

Cinq observations montrent le parti que l'on peut tirer de cette thérapeutique inoffensive.

(Narich. Le traitement de l'asthme par les doses infinitésimales de la tuberculine. *Languedoc Médical*, 10 novembre 1932.)

Médecine militaire

L'organisation générale du Service de santé en campagne doit être basée sur des principes invariables ; ce sont en effet des principes techniques acquis par les recherches scientifiques et contrôlés par l'expérience ; ils conservent donc leur valeur, quels que soient le milieu ou les circonstances.

Ce qui domine c'est l'évacuation. Un homme est mis hors de combat ou se juge hors d'état de combattre. Militairement, s'il est reconnu malade, c'est une non-valeur. Médicalement, c'est un homme à guérir rapidement. Les exigences militaires obtiennent la conservation des effectifs par la récupération des évacués.

Exposé clair, simple et complet de la question, à travers lequel semble percer la crainte que certaines formations, parfaitement adaptées à la guerre de position, n'aient pas la mobilité nécessaire pour une guerre de mouvement. La solution consisterait à créer des organismes légers, possédant un rendement suffisant, ce qui est difficile à concilier.

(Lieutenant-colonel Chatain. Organisation générale du Service de santé en campagne. *Gazette médicale Limousine*, novembre 1932.)

Stomatologie

Toute ouverture de l'antre maxillaire, consécutive aux avulsions dentaires, offre un risque de fistulisation, un danger d'infection susceptible de provoquer une sinusite maxillaire chronique ou d'aboutir à des accidents beaucoup plus graves.

Il y a des cas où il faut s'abstenir de toute thérapeutique (dent peu infectée, avulsion à froid), tout rentre dans l'ordre en quelques jours ; il y en a d'autres au contraire qui nécessitent l'intervention du rhinologiste (avulsion à chaud, dent ou racine incluse, coexistence d'une sinusite odontogène ou d'un kyste paradentaire ou d'une fracture du corps du maxillaire).

On ne devrait plus voir qu'exceptionnellement ces intarissables fistules bucco-sinusales, qui condamnent les malades à une véritable pyophagie.

(Cablan, de Belfort. De l'ouverture de l'antre maxillaire consécutive aux avulsions dentaires. *Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1932.)

Accidents du travail

L'incertitude choquante des barèmes serait grandement atténuée par la mise en pratique des principes d'Etienne Martin :

1° Il est impossible d'établir un *taux moyen* de la diminution de capacité ouvrière correspondant aux différentes mutilations des membres, en se basant sur le nombre considérable de décisions judiciaires que l'on peut relever dans la jurisprudence.

2° Ce taux moyen doit être augmenté en cas de complications fonctionnelles ou trophiques et diminué en cas de suppléance ou de rééducation.

3° L'expertise médico-légale consiste à établir si le taux moyen est simplement applicable ou non.

Le taux moyen constitue, au point de vue scientifique, un progrès indiscutable, dont le plus précieux est celui de fixer un chiffre unique ; il offre l'avantage d'une simplicité indiscutable pour l'étudiant, le praticien, l'expert et le juge ; il présente une garantie sérieuse pour le blessé.

Le taux moyen triomphera-t-il des barèmes élastiques et s'imposera-t-il pratiquement, comme l'est officiellement le taux fixe des pensions militaires ? Souhaitons le, car ce serait en outre un hommage rendu à l'intelligence pratique dont ont fait preuve les médecins militaires et la disparition des évaluations fantaisistes, qui estiment un œil 25 % dans une région et 33 % dans une autre.

(Etienne Martin. Les évaluations des infirmités et du taux des incapacités permanentes et partielles de travail consécutives aux accidents du travail. (*Journal de médecine de Lyon*, 20 novembre 1932.)

Hygiène

« **Il existe une véritable mystique de la désinfection.** » Elle est répandue surtout dans le grand public ; elle a suivi le triomphe des doctrines pastoriennes ; elle est consacrée officiellement par la loi du 15 février 1902.

La législation ne connaît que la désinfection ; toute maladie à déclaration obligatoire est en même temps à désinfection obligatoire.

La loi, par contre, ignore totalement l'isolement du malade, la recherche des porteurs de germes, leur isolement, leur traitement, la prophylaxie, la vaccination (sauf pour la variole).

Dans l'état actuel de nos connaissances épidémiologiques et bactériologiques, « *une telle conception de la prophylaxie apparaît proprement absurde* ». Telle est l'opinion que défend avec courage et habileté A. Rochaix ; il ne craint pas de dire tout haut que notre organisation officielle est peu brillante ; il s'appuie sur une argumentation rigoureuse ; la démonstration est vraiment impressionnante.

On distingue deux temps dans la désinfection : la désinfection en cours de maladie et la désinfection finale, après guérison, transport ou décès.

A. Rochaix ne discute pas la nécessité prophylactique de la désinfection en cours de maladie, c'est-à-dire de la destruction des germes au fur et à mesure de leur émission hors de l'organisme ; le danger de contagion réside surtout dans le malade lui-même, dans ses sécrétions et ses déjections fraîchement émises. Il est rare que, dans les milieux extérieurs, sauf quelques exceptions, les microbes conservent un haut potentiel infectant. La désinfection finale, c'est-à-dire des locaux, des meubles, de la literie, ne tue généralement que des cadavres.

Les maladies contagieuses peuvent être divisées en trois classes en se plaçant au point de vue de la désinfection :

1° *La désinfection est entièrement inutile.*

Le germe de la rougeole est d'une fragilité extrême ; la période de contagiosité, qui est la période préeruptive, est terminée habituellement au moment où le diagnostic est fait.

Les méningocoques sont également très sensibles et se propagent toujours directement de malades ou de porteurs de germes à individus sains.

Il en est de même pour la rubéole, la poliomyélite, la coqueluche, la grippe, les oreillons.

La désinfection est *complètement inopérante* dans les maladies qui sont transmises exclusivement par des insectes ou des acariens : fièvre jaune, peste bubonique, paludisme, maladie du sommeil, typhus exanthématique ; c'est à la destruction des réservoirs de virus (rats, etc.) ou des intermédiaires (poux, puces, moustiques, mouches, etc.) qu'il faut s'attacher.

2° *La désinfection en cours de maladie est nécessaire.*

Elle est très importante dans la peste pneumonique et doit détruire les crachats, qui sont très dangereux. Elle est également utile dans la variole (produits cutanés et objets souillés par eux).

3° *La désinfection finale est nécessaire.*

Le germe de la variole est très résistant dans les milieux extérieurs ; la désinfection en cours de maladie est également utile ; mais la mesure capitale de prophylaxie est la vaccination obligatoire.

Le germe de la scarlatine nécessite la désinfection finale ; il en est de même dans la diphtérie.

La persistance du bacille de Koch est très variable ; la désinfection des locaux que vient d'abandonner un tuberculeux, doit être réalisée avant d'être occupés de nouveau, surtout par des enfants.

L'auteur ne se fait pas d'illusions sur la valeur de la désinfection, telle qu'on la pratique. Le formol n'est qu'un désinfectant de surface ; il doit être projeté en quantité considérable (3 à 4 grammes par mètre cube) ; même associé à la vapeur d'eau, il n'a pas, à la température ordinaire, une force de pénétration bien considérable.

Il est préférable de nettoyer d'abord les locaux par dépoussiérage et lavage des locaux ; il semble bien que la propreté soit plus importante que la désinfection. L'aspirateur précède le fumigateur.

Même pratiquée très minutieusement, la désinfection n'est en réalité qu'une mesure *accessoire* ; elle apparaît même comme dangereuse (si l'on s'en rapporte aux exemples donnés par l'auteur), en ce sens qu'elle efface l'importance de la contagion directe.

Un enfant, placé à la campagne dans une famille, contracte la scarlatine ; on le retire, on désinfecte ; un second enfant est confié à la même garde ; scarlatine ; la garde est porteuse de germes.

L'infection puerpérale sévit dans une maternité ; on ferme, désinfecte, etc. ; à la réouverture infection puerpérale, encore ! C'est le personnel qui est porteur de germes.

En somme la désinfection doit occuper une place *secondaire* et pas plus dans la prophylaxie des maladies contagieuses.

Qui triomphera de la mystique ou de la logique ?

(A. Rochaix. La désinfection est-elle utile dans la lutte contre les maladies contagieuses ? *Journal de médecine de Lyon*, 5 décembre 1932.)

J. Lafont.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1933

La vérification des décès. — ***M. Balthazard.*** Par lettre en date du 13 avril 1932, M. le Ministre de la Santé Publique a demandé à l'Académie s'il était possible de rappeler les prescriptions du Ministre de l'Intérieur La Valette, en date du 24 décembre 1866, relativement à la vérification sérieuse des décès. Y aurait-il lieu de reviser cette circulaire et de combler ses lacunes ?

M. Balthazard a condensé sa réponse dans le projet d'arrêté suivant :

« *Mesures à prendre pour empêcher les inhumations prématurées.*

« Considérant que la déclaration faite par les témoins appelés à la rédaction de l'acte de décès est insuffisante pour donner la certitude de la mort, puisqu'ils ne peuvent pas eux-mêmes en obtenir la preuve ;

« Que si la loi fait peser sur l'officier de l'état civil la responsabilité de la constatation du décès, cette responsabilité implique l'obligation de s'entourer de tous les moyens propres à obtenir ce résultat formellement exigé :

« Qu'un homme de l'art est seul compétent pour affirmer la réalité d'un décès.

« Art. I. — Le maire de chaque commune fera choix d'un ou de plusieurs docteurs en médecine qui seront chargés de vérifier les décès dont la déclaration aura été faite à la mairie, conformément aux prescriptions de la loi.

« Art II. — Dès que la déclaration d'un décès aura été faite, le maire fera parvenir au médecin vérificateur du décès une feuille en double expédition, sur laquelle il inscrira les nom, prénoms, sexe, âge, profession, de la personne décédée, autant que possible la nature de la maladie à laquelle il a succombé, le nom du médecin qui a soigné le malade, le nom du pharmacien qui a délivré les médicaments.

« Art. III. — Dans le cas où le décès paraîtrait douteux l'officier de l'état civil retarderait la délivrance du permis d'inhumer jusqu'à certitude complètement acquise de la mort, par une nouvelle visite et un rapport spécial du médecin vérificateur.

« Art. IV. — Il ne pourra être procédé à l'inhumation d'une personne décédée qu'après 24 heures expirées depuis la déclaration faite à la mairie.

« Pourront être exceptés les cas de putréfaction cadavérique avancée ou de toutes autres conditions préjudiciables à la santé de la famille. Dans ces cas exceptionnels, le médecin vérificateur fera un rapport spécial à la mairie. »

Les conclusions de M. Balthazard, mises aux voix, sont adoptées.

Rapport sur le « Cristalla ». — ***M. E. Lesné.*** — M. le Ministre de la Santé publique a demandé l'avis de l'Académie de médecine, sur la possibilité d'utiliser une substance nommée « Cristalla », destinée à l'enrobage des produits de la charcuterie.

Le « Cristalla » consiste principalement en une gélatine additionnée d'acide benzoïque, dans laquelle sont trempés les produits de la charcuterie, les saucissons par exemple, qui se trouvent ainsi enrobés dans une matière devenue solide par refroidissement, contenant un antiseptique destiné à assurer leur conservation.

Des charcuteries enrobées dans le cristalla, ont été examinées au laboratoire central du ministère de l'Agriculture, et aussi au laboratoire du service vétérinaire des Halles. Il a été reconnu que l'enrobage renfermait de l'acide benzoïque, et que cet antiseptique était présent dans les produits humides de charcuterie, mais qu'il ne pénétrait pas à l'intérieur, lorsqu'il s'agissait de produits secs.

Le Ministre de l'Agriculture, service des fraudes, est d'avis que si l'emploi d'une substance enrobante, renfermant de l'acide benzoïque, ne peut être autorisé pour les produits de la charcuterie à l'état humide par application des prescriptions du décret du 15 avril 1912, et de l'arrêté interministériel du 28 juin 1912 sur la conservation des denrées alimentaires, cette même substance pourrait être utilisée pour l'enrobage des produits secs.

La Section d'hygiène admet qu'une réglementation établie sur des bases aussi fragiles est difficilement applicable ; elle propose à l'Académie de répondre à M. le Ministre de l'Hygiène que si l'enrobage dans le cristalla ne peut être autorisé pour les produits humides de charcuterie qu'il rend nocifs par l'acide benzoïque qui les pénètre, cette même interdiction doit être appliquée à la préparation des produits secs dans l'intérêt de la santé publique.

Ces conclusions sont adoptées.

La répartition du cancer et de la tuberculose. — ***MM. Auguste Lumière*** et ***Paul Vignes*** ont montré, par divers travaux et communications, le réel intérêt que présentent les statistiques démographiques officielles, en particulier les statistiques de décès, pour l'étude de certaines questions médico-sociales, notamment celles, si importantes, de la fréquence et de la répartition du cancer et de la tuberculose.

Dans la note présentée par eux, le 4 avril, sur la régression de la mortalité par tuberculose et par cancer, comparée à celle de la mortalité totale, d'après l'interprétation des statistiques officielles de Lyon, de 1923 à 1931, ils apportent une preuve nouvelle de l'importance des renseignements que l'on peut trouver dans une telle documentation.

Par des données établies avec une rigueur toute mathématique, les auteurs démontrent que, pendant la période envisagée, c'est en 1925 que les taux de mortalité ont été les plus élevés, aussi bien pour ce qui concerne la mortalité générale que pour la tuberculose et le cancer.

La situation sanitaire va ensuite en s'améliorant et plus particulièrement au cours des six dernières années.

Le taux de la mortalité générale qui était, en 1925, de 14,19 pour 1.000 habitants, passe à 11,89 en 1931. Pendant la même période, la mortalité par tuberculose passe de 1,85 à 1,53 ; la mortalité par cancer passe de 1,34 à 1,01.

L'amélioration, surtout sensible pour la tuberculose, est sans doute, en partie imputable aux meilleures conditions générales de la vie. Il faut aussi faire une juste part aux perfectionnements apportés dans la lutte contre le cancer, en particulier par la création de centres anticancéreux. Dans la lutte contre la tuberculose, les efforts réalisés et les thérapeutiques nouvelles ont également donné des résultats appréciables, mais qui ne correspondent peut-être pas exactement aux énormes capitaux engagés.

Ces constatations témoignent du puissant intérêt que présentent les indications étiologiques portées par les médecins sur les déclarations de décès, et combien il serait regrettable que la science fut privée de cette source de documentation par une interprétation erronée des obligations liées au secret professionnel.

Le traitement des troubles post-encéphalitiques par l'atropine à hautes doses. — ***MM. Marinesco*** et ***Facon.***

Action des sérums sur la décoloration du bleu de méthylène par les tissus hépatiques et par le lait. — ***MM. Boutaric*** et ***Jacquinot.***

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 1[re] section (médecine), en remplacement de M. Chauffard.

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne : M. Pierre Lereboullet ; en deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Clerc, Crouzon, Laubry, Loeper, Villaret. Adjoints par l'Académie : MM. Laignel-Lavastine, Milian, Ribadeau-Dumas.

Au premier tour de scrutin, ***M. Lereboullet*** est élu par 52 voix contre 12 à M. Laubry, 8 à M. Loeper, 1 à M. Clerc, 1 à M. Laignel-Lavastine et 1 à M. Ribadeau-Dumas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 avril 1933

Syndrome de Volkmann. — ***M. Lance*** a traité un cas de maladie de Volkmann par resection de l'artère humérale oblitérée. Amélioration considérable.

Rupture traumatique du foie. — ***M. Brocq*** a pu suturer une large plaie du foie, mais a jugé bon de placer une mèche au contact de la suture. Guérison. Une autre fois, il a suivi la même conduite avec succès. Dans deux autres cas où la suture fut impossible, il se contenta d'un simple tamponnement.

Hémorragie d'origine ovarienne. — ***M. Moulonguet*** rapporte une observation de ***MM. Vergoz*** et ***Loubat*** (d'Alger). La guérison fut obtenue par castration droite. Il est à noter qu'il existait des troubles sanguins : augmentation du temps de saignement et du temps de coagulation.

M. Grégoire confirme l'existence fréquente de ces troubles dans les hemorragies cataclysmiques d'origine génitale.

Accidents graves de la dent de sagesse. — *M. Brocq* relate une observation de *M. Truffert* d'un vieillard de 76 ans. Ablation de la dent par trépanation. Ultérieurement, il y eut formation d'un séquestre énorme composé de la branche montante et de l'angle de la mâchoire.

Luxation médiocarpienne palmaire. — *M. Brocq* rapporte une observation de *M. Boularan* (de Toulouse).

M. Mouchet insiste sur la rareté des fractures verticales du scaphoïde

Pancréatite œdémateuse. Cholécystite calculeuse. —*M. Brocq* apporte une nouvelle observation due à *M. Duval* (du Havre).

Dérivation pancréatique et ulcère. — *M. Proust* rapporte un travail de *M. Lœwy* relatant de nouvelles expériences chez l'animal.

Syncopes cardiaques. — *M. Soupault* rapporte trois observations de *M Wahib Nini* (de Tripoli). Dans deux cas une injection d'adrénaline intracardiaque et dans le troisième, une injection par la même voie d'atropine, assurèrent le succès.

M. Thiéry se demande si les résultats ne viennent pas plutôt de la piqûre du cœur que de la nature du liquide injecté.

M. Brocq possède cinq observations personnelles.

Deux de ces cas concernent des plaies du cœur où la réanimation adrénalinique fut obtenue *de visu.*

M. Raoul Monod dit que l'injection intraveineuse d'adrénaline donne le même bon résultat que l'injection intracardiaque.

Anesthésie. — *M. Riche* préconise l'anesthésie rachidienne.

M. Hartmann utilise surtout l'anesthésie chloroformique.

M. Desplas montre les avantages de l'anhydride carbonique dans les anesthésies et utilise un appareil de sa construction.

Radiographie des plis de la muqueuse vésicale. — *MM. Fey* et *Truchot* ont utilisé la propriété de floculation qu'a le bioxyde de thorium.

Ostéochondrite disséquante. —*M. Paitre* a observé vingt-cinq cas de cette rare maladie, dont il présente de fort belles radiographies.

G. MENEGAUX.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Clients israélites et médecins. — *Extrait des* SOUVENIRS D'UN MÉDECIN (La Société. JOURNAL DES PRATICIENS, 18 mars 1933) :

... Aujourd'hui il voudrait insister sur les qualités qu'il n'a jamais cessé d'apprécier dans un de ces mondes et que des préventions injustifiées, des rancunes, des craintes empêchent de voir et de reconnaître. Nous voulons parler du monde israélite. Or, tous les médecins sont unanimes sur ce point. Il est deux sortes de malades avec lesquels ils n'ont jamais eu de désagréments : les officiers et les juifs. Mon ami pourrait ajouter les prêtres. Mais il est entendu que ces derniers appartiennent à une classe à part et curés, pasteurs et rabbins, sont trop occupés de l'âme de leurs ouailles pour consacrer des loisirs qu'ils n'ont pas à critiquer et à dénigrer les soins de leurs médecins.

Comme les officiers, les juifs sont des malades excellents. Ils obéissent, exécutent l'ordonnance à la lettre, ne récriminent pas, gardent la reconnaissance au médecin qui les a tirés d'affaire. Sans doute, il est deux sortes d'israélites, les anarchistes et les idéalistes d'un côté et de l'autre, ceux qui travaillent et sont possédés par un très vif sentiment du réel. Mon ami n'a jamais connu que les seconds et ces derniers méritent que justice soit rendue à leurs qualités de bon sens, d'initiative, de fermeté dans le travail et de vertus familiales dans l'intérieur et les soins du foyer ». Il en parle pour les avoir connus au cours de toute sa carrière et même dès son enfance, alors que son père, médecin à Mutzig, dans le Bas-Rhin, traitait toute la colonie juive de l'endroit.

Pourvu qu'ils manœuvrent habilement leur barque au mieux de leurs intérêts, ils ne songent guère à bouleverser les sociétés

en vue d'implanter sur les ruines l'idéologie de leurs rêves. Ayant pris racine en France, ils ont besoin, comme tous les travailleurs d'une atmosphère de calme où puissent fleurir leurs ressources d'activité dans un cadre propice aux affaires et ouvert aux ressources du négoce. Quel mal à cela et qui pourrait leur tenir rigueur de cette direction à leur idéal !

Les médecins n'épousent nullement les préventions et les dédains à l'égard de leurs confrères juifs. Il les reçoivent aux hôpitaux, à l'Académie de médecine, sur la seule présentation de leurs connaissances, de leurs travaux, de leurs aptitudes. Sans doute, dans le monde du commerce, l'Israélite se montre supérieur. Il fait preuve d'initiative, l'esprit de prévision le guide et quand la veine tourne, il trouve moyen de tirer son épingle du jeu. Habiletés de conduite et mérites de souplesse, contre lesquels il n'y a rien à dire. Dans les lettres, les sciences, les arts, les chances sont égales et il ne porte aucun préjudice à ses rivaux. Ces derniers cherchent simplement à le dépasser et à mieux faire. Si le juif s'impose comme un commerçant infiniment exercé, pourquoi les commerçants n'imitent-ils pas à leur tour les médecins, les artistes et les savants ? De leur côté, ils n'ont qu'à rassembler toute l'énergie et les capacités dont ils disposent pour s'adjuger les atouts et gagner la partie.

En musique, il est vrai, l'Israélite a maintes fois affirmé sa prééminence. Parmi les médecins qui assistent aux concerts parisiens, plus de la moitié sont israélites. Les sons et les accords éveillent-ils chez ces derniers, des résonances secrètes où vibrent les accents d'une sensibilité meurtrie au cours des siècles et qui n'ont osé formuler les revendications exprimées dans la netteté des mots ? Si l'intelligence est précise, nette, tournée de préférence vers les avantages des acquisitions pratiques, elle s'élève tout aussi bien dans la région des idées générales et les domaines abstraits de la philosophie. Cette ascension naturellement est coupée de bien des chutes, mais les dégringolades ne sont pas spéciales aux juifs. Si Durkheim avec sa conception de la conscience collective a égaré la sociologie sur une fausse voie, Spinoza, bien qu'excommunié par ses coréligionnaires du XVII[e] siècle et aujourd'hui Bergson ont exhaussé les plans de la raison humaine et lui ont ouvert une profondeur d'horizons qu'elle ne soupçonnait pas.

Dans ses relations avec le médecin, quand le milieu israélite a donné sa confiance, il ne la retire pas. A-t-il insuffisamment compris ? Il téléphone pour obtenir les précisions nécessaires. Jamais médecin n'a connu de malades plus empressés, plus ponctuels, plus fidèles...

Ils ont le respect des titres et se méfient des méthodes de traitement qui n'ont pas reçu l'assentiment des milieux officiels. La santé dont ils ont besoin exige pour sa préservation, les garanties nécessaires. L'homœopathie, par exemple, dont les principes justes se perdent dans l'acceptation d'hypothèses indémontrées ne leur inspire aucune confiance. Ils savent que les opérations de la nature sont obscures, que bien des maladies guérissent spontanément et ils se gardent d'attribuer aux effets de la médication l'évolution d'un mal qui sans le secours d'aucun remède se serait terminé tout aussi favorablement. Un homme sage dans la vie se méfie de l'illusion du coq dont le chant fait lever le soleil.

Nous ne disconvenons pas que l'israélite a ses défauts tout comme un autre, un peu plus voyants peut-être, mais en dehors des mystiques anarchiques dont il réprouve les tendances parfaitement inoffensifs à l'égard d'autrui. Le besoin d'ostentation qu'on lui reproche ne fait tort à personne. S'il met un peu trop de complaisance à l'étalage de sa fortune, de son intelligence, de ses talents, en quoi cette manifestation de contentement naïf envers soi, a-t-elle jamais porté préjudice à quelqu'un ? Notre amour-propre s'impatiente au rappel de ces supériorités diverses dont est reçue la confidence. Voyez les mérites de travail et d'initiative dont elles témoignent et vous ne vous irriterez pas à la candeur de l'aveu. Quant à l'insistance et à l'âpreté dans les moyens de réussite ne sont-elles pas simplement l'effet de la tension de l'esprit et de la volonté décidés à aboutir, coûte que coûte et en dépit des obstacles ? Dans les parties qu'il engage, l'israélite cherche à mettre tous les atouts dans son jeu. Vous dites qu'il vous fait tort. Montrez-vous plus habiles que lui. Soutenu par la ténacité de l'effort, il n'est point de talent qui ne finisse par opérer sa trouée. Un triomphe qui dure est annoncé par le cortège de qualités très hautes qui en précèdent la venue. Et si ces qualités sont entremêlées de défauts, quelle est la lumière qui n'est pas obscurcie par des coins d'ombre...

Les médecins et la société des salons. — *Extrait des* SOUVENIRS D'UN MÉDECIN DE CAMPAGNE (*Docteur Charles Fiessinger.* CANDIDE, 9 mars 1933).

A l'égard des médecins, la société des salons a ses positions prises. Pour elle, le prestige de la nouveauté, la réputation plus ou moins justifiée, le succès apparent d'une cure jouent beaucoup plus que le mérite propre et la valeur des capacités techniques. Le public ne sait pas ; celui des salons, pas davantage. Les connaissances spéciales font défaut. Pour les remplacer, la culture de l'esprit, le goût, les aptitudes, le don de discernement ne suffisent pas. On juge un sculpteur, un peintre, un homme de lettres. On se prononce de même sur un médecin. Seulement, les appréciations formulées de la sorte manquent de fondement et l'édifice des critiques et des éloges menace de s'élever sans appui à la base et de s'abattre ensuite, et soudain, comme un château de cartes.

Ce qui n'entrave en rien l'intrépidité des assertions. Les uns exaltent, les autres condamnent, et tous de la même façon systématique et péremptoire. Rien de curieux comme ces mouvements d'opinion opposés et divers. L'enthousiasme chante le triomphe d'un médecin, d'une drogue, d'une médication. Cela dure une saison ou deux, puis c'est un autre médecin, une nouvelle drogue, une médication inconnue qui recueillent les suffrages et accaparent l'attention. Il est des modes pour les médecins comme pour les remèdes. De tout temps, il en a été ainsi. Le spectateur assiste à un bouillonnement d'ondes qui viennent arroser certaines rives ; l'année suivante, la direction des eaux a changé et celles-ci se traient un passage à travers de nouvelles terres.

. . . .

Les maladies à la mode forcent la porte et pénètrent dans l'altération des traits qui leur est imposée : « J'ai la colibacillose » confie une dame dans un salon de la ville. Les conversations s'arrêtent. Les amies se regardent. La colibacillose, qu'est-ce que cela peut bien être ? La dame se félicite de son succès, se rengorge, explique, invoque des analyses. On la traitait comme une nerveuse. C'était de la colibacillose. Une atmosphère d'inquiétude circule dans le salon. Les assistantes s'effraient un peu. Si elles aussi étaient atteintes de la même maladie ? Mais, non, Mesdames, rassurez-vous. Déjà aujourd'hui, la colibacillose est en train de passer de mode. Dans bien des cas, elle ne figurait qu'un mythe. Le colibacille est un hôte habituel de nos cavités profondes. On le rencontre partout. Il suffit de quelque retard dans une analyse pour le voir apparaître et pulluler, en dépit des précautions soigneusement ménagées avant l'envoi au laboratoire. Aussi la maladie perd-elle du terrain. Les dames qui en parlent n'attirent plus l'attention. Il faut trouver autre chose.

La recherche de la tension artérielle continue, par contre, de frapper les esprits. La comtesse de X... aurait, paraît-il, chez elle, un oscillomètre de Pachon. Avant de se rendre à table, elle prend la tension de ses invités : « Vous avez 22-10 », dit-elle à une dame opulente, qui a la beauté de Junon. « A vous, baron, maintenant. » Le baron s'exécute, un peu ennuyé. Il est obligé de passer dans une chambre à côté, d'enlever son habit, de retrousser sa manche de chemise. Avec la dame, cela allait tout seul. Elle avait ses bras nus et magnifiques. « Baron, vous avec 23-11, faites attention au régime. » On rentre au salon, mais le baron, d'apprendre sa tension, a reçu un coup. Il était venu doué d'un excellent appétit. Maintenant, il n'a plus faim. A peine si, à table, il dit mot à sa voisine, et, d'un regard absent, il suit, dans la conversation, la rosserie des petites médisances qui sont assénées sur le dos des absents. La maîtresse de maison coupe court à ces commérages et revient sur la valeur de la tension artérielle. Pour elle, cette valeur est absolue. Les médecins, sur ce chapitre, disposent d'une conviction moins solidement assise. Un confrère compte parmi les convives. Il risque une objection : « La tension artérielle, insinue-t-il, annonce moins une maladie que la conséquence d'un autre trouble. Le sujet est trop gros, il est nerveux, ses humeurs circulent avec paresse, son rein filtre mal, c'est la cause qu'il convient de dépister pour la soigner avec succès ».

La dame, au profil de Junon, est prodigieusement intéressée. « Si alors, interroge-t-elle, je me faisais maigrir, ma tension baisserait. — Vous avez des chances, répondit le docteur. » Dès ce moment, la déesse imita le baron. Elle ne mangea plus de pain, évita les sauces, refusa les foies gras et le dessert. Un pli de volonté barrait l'ivoire de son beau front et les lèvres se serrèrent dans un mouvement dépité qui fermait toute échappée à la tentation de la gourmandise.

. . . .

De même qu'une maladie n'est abordée que par un trait de sa figure et qu'un mode d'exploration n'est jugé que par ses avantages, le médecin, lui-même, ne s'offre aux appréciations du public, que sous l'image d'un défaut ou d'une qualité unique. Les jugements des salons sont dénués de correctifs qui en réduisent la rigueur et en adoucissent les angles. Tout ou rien.



Un praticien magnifique ou un charlatan, un esprit intelligent ou un imbécile, un travailleur ou un paresseux, un homme de foyer ou un fêtard, un rustre ou un homme du monde, un misogyne ou un gaillard adoré des femmes. Il n'y a pas de milieu. C'est l'un ou l'autre, alors que les teintes du milieu répondraient seules à la vérité des nuances.

Surtout que le guérisseur ne s'avise pas de se présenter avec le bagage d'un mérite double, médecin et philosophe, ou musicien, ou connaisseur d'art, ou écrivain. Cette fois, l'audace est à son comble. On n'impose pas à une société un effort qui consiste à reconnaître chacun de ces dons, l'un après l'autre, sur l'ensemble d'un visage qui n'a le droit de se recommander que par une qualité, l'une ou l'autre, mais jamais par deux en même temps.

On est bon médecin ; si l'on s'obstine à être autre chose à côté, si le champ de la curiosité ne s'épuise pas dans l'activité de l'exercice professionnel, la riposte du jugement public ne tarde pas. La compréhension des aptitudes multiples n'est jamais entrée dans les possibilités de son esprit critique. Un touche-à-tout est l'expression dédaigneuse qui caractérise la nature de ces tempéraments.

. . . .

Ce qui peut consoler les intelligences de marque, c'est que les timides, les modestes, les effacés ne sont pas logés à meilleure enseigne. Il suffit qu'ils durent. Le blâme, ensuite, ne tardera pas à s'abattre sur leur obstination à vivre. A l'origine, le public s'extasiait sur leur dévouement et leur bonté. Ils continuent à lui donner des soins les plus attentifs et les mieux compris. « Tout de même, ils ne sont pas très forts », opinent leurs malades qui sourient entre eux.

Bien faire et laisser dire. Excellente pour toutes les professions, la formule s'applique plus encore aux médecins. Il n'est pas de métier dont ceux qui l'exercent sont le plus en pâture aux médisances et aux calomnies. Les bons confrères, par leurs allusions enveloppées, ajoutent au chargement de toutes ces poubelles. L'isolement et la réflexion sont les meilleurs remèdes à l'impatience où vous jettent, parfois, ces pitoyables méconnaissances du réel. On se demande : « Pourquoi ont-ils dit cela ? »

La légèreté du milieu, le plaisir de médire, la joie de diminuer ce qui est noble et désintéressé, l'envie aussi qui intervient et joue son rôle, voilà bien des facteurs qui justifient la nature des propos qui sont tenus. Si le médecin, par leur tendance désobligeante, et, souvent, la méchanceté qui les inspire, en éprouve quelque désagrément ou malaise quant à loi, il n'a qu'à désarticuler le mécanisme mental de ceux qui les ont énoncés et répandus. Cela fait et toutes pièces étant dissociées, il se rendra compte et se dira : « Le malheureux, il ne faut pas lui en vouloir. Il ne pouvait se comporter autrement »...

« En vingt ans les inscriptions aux facultés de médecine ont plus que doublé : elles ont doublé en dix ans à la Faculté de médecine de Paris.... Mais la pléthore médicale, antérieure au développement de la crise économique, représente simplement un aspect particulier du vaste problème que pose la multiplicité des diplômes supérieurs. » (A. DE MONZIE. Extrait du discours prononcé le 17 février, à l'ouverture de la session du Conseil supérieur de l'Instruction publique.)

FONDÉ EN 1873. — N° 16 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 22 AVRIL 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique médicale (Hôpital Saint-Antoine.) — Le Professeur F. Bezançon reprendra ses leçons cliniques le vendredi 5 mai 1933, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique de l'hôpital Saint-Antoine et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Programme des leçons. — Vendredi 5 mai : La température du corps humain : Le mécanisme de la régulation thermique ; Fièvre et hyperthermie. — Vendredi 12 mai : Fièvre et états infectieux. — Vendredi 19 mai : Fièvre protéinique. — Vendredi 26 mai : Troubles de la régulation thermique et glandes endocrines. — Vendredi 2 juin : Troubles de la régulation thermique dans les états cardio-rénaux et hépatiques. — Vendredi 9 juin : Pyréthothérapie. — Vendredi 16 juin : Médication antithermique.

Programme des conférences-promenades. — La première conférence-promenade du Professeur Laignel-Lavastine aura lieu le dimanche 30 avril, à 10 h. 1/2 (Docteur Neveu). Réunion dans la salle des Pas-Perdus de la Faculté.

La deuxième aura lieu le dimanche 14 mai à 10 h. 1/2 : Faculté de pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire (Professeur Guérin). Réunion dans le vestibule.

La troisième aura lieu le dimanche 28 mai à 10 h. 1/2 : Académie de médecine et Musée Chaumier (Docteurs Camus et Genty). Réunion dans la salle des Pas-Perdus.

La quatrième aura lieu le dimanche 11 juin à 10 h. 1/2 : Hospice de la Salpêtrière (Docteur Crouzon). Réunion dans la salle des conférences, Ecole des infirmières.

Clinique médicale propédeutique de la Charité (Professeur Emile Sergent.) — Le cours annuel de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du 12 juin au 8 juillet inclus.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

Muséum national d'histoire naturelle. — *Cours d'anthropologie.* — M. P. Rivet, professeur conservateur du Musée d'ethnographie, commencera ce cours le lundi 24 avril 1933, à 20 h. 30, au laboratoire d'anthropologie, rue de Buffon, n° 61, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure.

Le professeur fera l'étude des Races et des civilisations de l'Indochine.

M. P. Lester, sous-directeur du laboratoire, fera ensuite aux mêmes jours et heures des conférences sur les races de l'Afrique.

Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques. (Professeur Maurice Villaret.) — *Cours de perfectionnement de clinique pratique* (19 juin au 2 juillet 1933) : La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies rénales, vasculaires et humoro-végétatives à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 19 juin 1933, à 9 heures, à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), sous la direction du Professeur Maurice Villaret, médecin de l'hôpital Necker, avec la collaboration de MM. Henri Bénard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu ; Henry Bith, ancien chef de clinique de la Faculté, assistant du service ; Fr. Saint-Girons et L. Justin-Besançon, anciens chefs de clinique, chefs de laboratoire à la Faculté ; Robert Wahl, Roger Even, Henri Desoille et René Cachera, chefs de clinique à la Faculté ; Robert Wallich, ancien interne, médaille d'or.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures, l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 heures.

Il comprendra trente-deux leçons et sera complet en deux semaines.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice Villaret et le Docteur Henry Bith, avec démonstrations radiologiques par le Docteur Brunet, assistant de radiologie du service.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude hydrologique sera organisé les 30 juin, 1er et 2 juillet, à Evian, où se feront les deux dernières leçons du programme. Les élèves de ce cours et des autres enseignements de perfectionnement dirigés au cours de l'année par le Professeur Maurice Villaret, qui seraient désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance au Laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions seront limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 200 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Chaque année aura lieu un cours semblable à la même époque. Il sera complété par un autre enseignement de vacances, pendant les vacances de Pâques 1934, portant sur la thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du foie, du tube digestif et de la nutrition.

Pour tous renseignements s'adresser au Laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris (Ecole pratique).

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Enseignement supérieur de thérapeutique et de technique chirurgicale orthopédique, sous la direction du Docteur P. Mathieu, professeur de clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte.

Cours de chirurgie articulaire en douze leçons (du 1er au 6 mai 1933). Ces cours seront gratuits, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — Lundi 1er mai, à 14 h. 30, M. Wilmoth : La résection de l'épaule ; les butées ; à 16 heures, M. Alglave : Chirurgie du coude ; les voies d'accès. — Mardi 2 mai, à 14 h. 30, M. Robineau : Fractures récentes du col du fémur ; à 16 heures, M. Mouchet : Chirurgie du poignet ; les luxations des os du carpe. — Mercredi 3 mai, à 14 h. 30, M. Mathieu : Chirurgie de la hanche ; voies d'abord, arthrodèses, butées ostéo-plastiques ; à 16 heures, M. Mathieu : Résections arthroplastiques de la hanche. — Jeudi 4 mai, à 14 h. 30, M.

FREDET : Fractures de la rotule ; à 16 heures, M. BRAINE : Chirurgie des ménisques du genou. — Vendredi 5 mai, à 14 h. 30, M. BRAINE : Les amputations du pied et l'amputation de Ricard en particulier ; à 16 heures, M. MATHIEU : Chirurgie des articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne. — Samedi 6 mai, à 14 h. 30, M. FREDET : Résection du genou pour ostéo-arthrite tuberculeuse ; à 16 heures, M. ALGLAVE : Chirurgie du genou ; les voies d'accès.

Association générale des médecins de France. — *Bourses familiales du Corps médical* (Fondation de M. le Docteur ROUSSEL). — Il est rappelé que dix bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront simplement avertir par lettre qu'ils maintiennent leur candidature pour 1933.

Croisière médicale française des grandes vacances de 1933. — Le Comité d'organisation des Croisières médicales françaises est heureux d'annoncer sa quatrième croisière qu'il organise pendant les grandes vacances de 1933 du 22 juillet au 15 août au Spitzberg avec escales en Irlande, Ecosse, les Iles Féroé, Islande, et au retour en Norvège et de nouveau en Ecosse.

C'est sur le *De Grasse* de la Compagnie générale transatlantique que partira du Havre, le 23 juillet, la Croisière pour le Spitzberg. Le *De Grasse*, paquebot de luxe de 23.000 tonnes sera détourné de son service régulier de la ligne de New-York pendant cette période de trois semaines, et assurera aux passagers, par son confort et sa stabilité, la possibilité de faire un beau voyage, en prenant le repos intellectuel et physique que procurent les séjours en mer.

La première escale à Cobh (Queenstown) et Bantry Bay avec excursion organisée en autocar, donnera une vision de l'Irlande que le *De Grasse* quittera pour toucher Iona, Staffa et Skye en Ecosse et être le 28 juillet à Thorshavn aux Iles Féroe.

Une escale de trente-six heures à Reykjavik en Islande donnera le temps d'excursionner aux Geysers avant de reprendre la mer pour Magdalena Bay, la Banquise, Cross Bay et Kings Bay.

Le retour se fera par le cap Nord, Hammerfest en pleine Laponie norvégienne, Digermulen, Aandalsnes, et la visite du Molde Fjord et du célèbre fjors de Merok.

Une escale dernière en Ecosse à Leith donnera la facilité aux curieux toujours avides des beautés de la nature, de terminer leur périple par une excursion aux lacs d'Ecosse.

Journées d'étude biologique du cancer. — Ces Journées doivent se tenir à Bordeaux du 12 au 14 mai prochain. Dans les séances de travail seront particulièrement étudiés les rapports suivants :

Etiologie : L'hyposphyxie cellulaire, première étape biologique de la cancérisation (Professeur BOUNHIOL). — Etude clinique de l'étiologie des cancers humains (Docteur PFEIFFER). Différence entre les facteurs étiologiques des tumeurs primitives et ceux des récidives (en particulier au point de vue terrain) (Docteur DELAGÉNIÈRE).

Diagnostic : L'Isopatinodiagnostic (Professeur NELLO MORI). La séro-interférométrie (Ch. O. GUILLAUMIN). — Exposé des recherches expérimentales (IONESCU).

Thérapeutique : L'endocrinothérapie des cancers (Docteur LERICHE). — Le drainage osmotique par solution hypertonique, complément de l'exérèse chirurgicale (Docteur NADAL). — Les bases physio-pathologiques de l'action d'un extractif des tumeurs (Docteurs CARRÈRE et CUVIER), etc.

Des conférences seront faites sur les sujets suivants : Cancer et grossesse (Professeur FAVREAU). — Mécanisme électro-chimique de la cancérisation (M. LAVILLE). — Le rôle des facteurs héréditaires (Mme DOBROWOLSKAÏA). — L'index karyokynétique, guide de la curiethérapie (Docteur DE NABIAS).

La séance d'ouverture, le vendredi 12 à 16 heures, aura lieu 57, rue des Trois-Conils, sous la présidence de M. le Professeur BOUNHIOL ; et la séance de clôture, le dimanche, 14, à 10 heures, sous le patronage de la Confédération des A. C. et la présidence de M. le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde.

Pour tous renseignements, pour les inscriptions et l'obtention des bons de réduction de 50 % sur les chemins de fer, s'adresser au secrétaire des Journées , Docteur Cuvier, 30, place Gambetta, Bordeaux.

Faculté de médecine de Strasbourg. — *Cours de perfectionnement* sur quelques méthodes modernes de diagnostic et de traitement des tuberculoses médicales et chirurgicales et de quelques affections des voies respiratoires, organisé par MM. CANUYT, SORREL, GUNSETT, VAUCHER et Alfred WEISS.

Mercredi 21 juin 1933 : Réunion des auditeurs au service central de radiologie de l'hôpital civil. La technique des radiographies pulmonaires (Docteurs GUNSETT et SICHEL). — La conduite de la cure par le pneumothorax et ses complications (Docteur VAUCHER).

Jeudi, 22 juin 1933 : L'asthme et l'oto-rhino-laryngologie. Réflexions sur l'examen et le traitement des asthmatiques par l'oto-rhino-laryngologiste (Professeur CANUYT). — Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire (première leçon) (Docteur SCHAAF).

Vendredi 23 juin 1933 : Traitement des maux de Pott. Traitement des tuberculoses articulaires du membre supérieur (Professeur SORREL). — Examen radiologique du médiastin. Les tumeurs et adénopathies médiastinales chez l'adulte (Docteur OHLMANN). — Les perforations pulmonaires (Docteur VAUCHER).

Samedi 24 juin 1933 : Traitement des coxalgies et des arthrites tuberculeuses du genou et du pied (Professeur SORREL). — La laryngite tuberculeuse (diagnostic et traitement) (Professeur CANUYT et Docteur KANONY, Sancellemoz).

Lundi, 26 juin 1933 : Traitement des ostéites tuberculeuses, des abcès froids des parties molles, des adénites tuberculeuses, des synovites tuberculeuses (Professeur SORREL). — Le diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire (deuxième leçon) (Docteur SCHAAF). — Les cancers du poumon (Docteur HUGUENIN, Paris, Docteurs GUNSETT et SCHAAF).

Mardi, 27 juin 1933 : Visite du sanatorium de l'Altenberg (Haut-Rhin). Le rôle des scissures dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire (Docteur FATH).


Pasta Palm
LAXATIF PURGATIF
A BASE DE FRUITS
Dépôt Général
PHARMACIE A. BAILLY
16, RUE DE ROME PARIS 8e

Mercredi 28 juin 1933 : La bronchoscopie (démonstrations) (Professeur CANUYT). — Les pneumokonioses et leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire (Docteur FATH). — La thoracoscopie et la section des adhérences (avec démonstrations) (Docteur BRISSAUD, Paris, et Docteur DOUADY, Saint-Hilaire-du-Touvet).

Jeudi 29 juin 1933 : Démonstrations opératoires des divers procédés de thoracoplastie et d'apicolyse (Docteur WEISS).— Le diagnostic radiologique de la dilatation des bronches (Docteur OHLMANN). — La phrénicectomie. Examens de malades (Docteurs VAUCHER et WEISS).

Vendredi 30 juin 1933 : Le traitement bronchoscopique des abcès du poumon (Docteur SOULAS, Paris). — Le traitement chirurgical des abcès du poumon (Docteur Rob. MONOD, Paris). L'apicolyse avec plombage (Docteurs HAEBERLIN et BEHRENS, Davos).

Samedi 1er juillet 1933 : La thoracoplastie et les apicolyses (Docteurs MAURER, Paris, Rob. MONOD, Paris, PICOT, Lausanne, DE WINTER, Bruges, Docteur WEISS.

Les conférences seront suivies de l'examen de malades, de documents, pièces radiographies, films cinématographiques et de quelques-unes des interventions correspondant aux cas envisagés.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur VAUCHER, 8, quai Finkwiller, à Strasbourg. Le nombre des auditeurs est limité. Droits d'inscription 300 francs.

Concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 23 mai 1933, à 9 heures du matin, à l'Administration centrale 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, du samedi 29 avril 1933 au lundi 8 mai 1933 inclusivement, de 14 à 17 heures, dimanches et fêtes exceptés.

Bourses de vacances du docteur Debat. — Comme les années précédentes, le Docteur Debat offre à nouveau, pour l'été 1933, cent bourses de vacances de mille francs chacune. Ces bourses sont destinées à des étudiants en médecine fatigués et peu fortunés.

Prière d'adresser les demandes avant le 1er juin, avec toutes précisions concernant l'état de santé, la situation de famille, sans omettre le numéro du dossier à la Faculté, aux laboratoires du Docteur Debat, Service des bourses de vacances, 60, rue de Prony, Paris.

Nécrologie. — Docteur Joseph AMMEUX, de Wormhoudt (Nord). — Docteur Adam DE BEAUMAIS, d'Auray (Morhbian), décédé à l'âge de 61 ans. — Docteur BREGI, de Sedan (Ardennes), décédé dans sa 83e année. — Docteur Octave-Emile CHARDON, décédé à Marcq-en-Barœul (Nord). — Docteur Louis-Léon DELARUE, de Paris, 64, rue d'Amsterdam. — Docteur FILAUDEAU, de La Roche-sur-Yon (Vendée). — Docteur Pierre GRIFFAULT, décédé à Paris. — Docteur Georges-Jérémie-Ernest MARSAT, de Rouen, 14, rue Thiers, décédé dans sa 60e année. — Docteur MONJAUZE, de Paris, 38, rue Bolivar (XIXe), décédé dans sa 60e année. — Docteur MARCHAL, de l'armée. — Docteur Raoul MORISSON, de Paris, 10, rue Abel (XIIe). — Docteur Olivier MOURLON, de Paris, 23, rue Château-d'Eau (Xe). — Docteur PAPON, de Langon (Gironde). — Docteur PAYRÉ, de Perpignan (Pyrénées-Orientales). — Docteur REYNIER, de Trans-en-Provence (Var). — Docteur Henri SABROUX, de Gemozac (Charente-Inférieure), décédé à l'âge de 59 ans. — Docteur TARNAUD, de Paris. — Docteur DE VIVILLE, de l'armée. — Docteur J.-W. WAITZ, de Bagnolet (Seine), 6, rue Charles-Graindorge. — Docteur J. HUTCHINSON, chirurgien consultant à l'hôpital de Londres, décédé à l'âge de 74 ans. — Professeur TURTON PRICE, titulaire de la chaire de chirurgie de l'Université Saint-André d'Edimbourg, décédé à l'âge de 59 ans. — Docteur HOSKINS, décédé à Sydney. — Docteur G. HAMLIN WASHBORN, décédé à Boston, à l'âge de 93 ans. De 1918 à 1919, il établit quinze hôpitaux en Asie-Mineure. — Docteur G. HOOPER MALLETT, décédé à Hendersonville (U. S. A.), à l'âge de 69 ans, membre de l'Académie de médecine de New-York. — Docteur SAIBE, professeur à l'Université de Nigata (Japon), mort de typhus exanthématique contracté en étudiant cette maladie. — Docteur ATTILIO OMIZZOLO, de Padoue, président de l'Ordre des médecins de la province de Padoue, décédé à l'âge de 68 ans. — Médecin lieutenant-colonel Jean JACQUEMART, décédé au Val-de-Grâce.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des abcès du sein par ponction et injection de bouillon-vaccin

Par MM.

V. RICHE et E. MOURGUE-MOLINES

Professeur de clinique chirurgicale — Chargé des fonctions d'agrégé
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Quel est actuellement le meilleur traitement des mastites de l'allaitement ? Une enquête, sur ce sujet, provoquerait sans doute, des réponses diverses ; mais il est probable que nombre de praticiens, d'accoucheurs, de chirurgiens, accorderaient toujours leur préférence à la thérapeutique classique qui consiste à évacuer le pus, dès qu'il est collecté, par une incision radiée.

Cette méthode donne, en général, d'excellents résultats ; mais elle a aussi ses inconvénients. Sans parler des abcès multi-lobaires ou récidivants de loge en loge, pour lesquels il faut de nombreuses incisions ou contre-ouvertures, malgré quoi la suppuration peut se prolonger indéfiniment, l'incision radiaire, même unique et petite, laisse une cicatrice, toujours inesthétique, souvent gênante pour le fonctionnement ultérieur de la glande mammaire. De plus, l'opération est douloureuse et les pansements consécutifs ne le sont guère moins.

On accordera donc facilement que, chaque fois que cela est possible, il y a intérêt à éviter l'ouverture chirurgicale d'un abcès du sein.

Dans cet ordre d'idée, les tentatives thérapeutiques ont été nombreuses depuis une dizaine d'années. Les antiseptiques locaux, les agents physiques (diathermie, ultra-violets), la vaccinothérapie générale ou locale, la bactériophagothérapie, la méthode des chocs, ont été tour à tour prônés comme traitement pour faire avorter les mastites en formation, ou résorber les abcès constitués, sans recourir à l'évacuation au bistouri.

Entre autres, l'un de nous avait, dès 1926, traité les mastites aiguës, sans incision, par simple ponction évacuatrice, suivie d'injection d'un bouillon-vaccin polyvalent. Il avait fait exposer sa technique et ses premiers résultats dans la thèse de son élève Mary, en mai 1928. Aujourd'hui, après plusieurs années de recul et une expérience plus assurée, nous voudrions décrire ce mode de traitement dont le principal mérite est la simplicité et la bénignité et qui donne des résultats surprenants.

Depuis les travaux fondamentaux de Besredka sur *l'immunisation locale*, l'emploi des bouillons-vaccins en application *loco dolenti*, s'est beaucoup répandu. Il ne semble pourtant pas s'être vulgarisé pour la prévention et le traitement des complications mammaires de l'allaitement. En 1928, Hamm, de Strasbourg, a préconisé l'application sur le sein, d'antivirus en bouillon ou en pommade, à titre prophylactique, pour éviter les mastites puerpérales. Peu de temps avant, Le Lorier avait signalé les bons résultats qu'il avait obtenus dans les mastites puerpérales par la ponction de l'abcès au thermocautère, pour évacuer le pus collecté, suivie de lavages de la poche au bouillon-vaccin et de pansements humides avec le même produit. Depuis ces deux publications, nous n'avons pas vu que d'autres auteurs aient publié les avantages de la vaccination locale. Celle-ci peut, pourtant, selon nous, donner plus et mieux que ce qu'en attendaient Hamm et Le Lorier, si l'on emploie la technique que nous utilisons.

Voici comment elle était résumée dans les conclusions de la thèse de Mary :

« La méthode consiste essentiellement :

« *a*) Dès l'apparition des phénomènes inflammatoires, « dans l'application sur le mamelon de compresses imprégnées de bouillon-vaccin.

« *b*) Dès que la collection purulente apparaît, dans l'évacuation par ponction et aspiration avec l'instrumentation de Houzel par exemple, de la collection, qui sera « suivie de l'injection d'une quantité de bouillon-vaccin « que nous évaluerons à la moitié de la quantité de pus « retiré. »

Il y a peu à ajouter à ce schéma. Lorsque l'élévation de la température et la lymphangite font craindre l'apparition d'une mastite, la cessation de l'allaitement, l'application d'une vessie de glace ou l'emploi de la chaleur (compresses chaudes, antiphlogistine), l'usage de pansements humides au bouillon-vaccin résument le traitement prophylactique.

Lorsque le sein devient gros, tendu et douloureux, que la température reste élevée, qu'une tuméfaction plus ou moins localisée traduit la formation de pus dans la profondeur, il convient de recourir à la ponction suivie d'injection vaccinante.

Pour cela, ne pas attendre la fluctuation évidente, l'amincissement et la rougeur de la peau, qui signent les progrès de la suppuration. Au contraire, il faut s'efforcer de surprendre celle-ci à son début, lorsque l'abcès collecté est encore petit, entouré d'un empâtement de réaction fibreuse. La douleur élective en une zone légèrement rénitente, au milieu de la tuméfaction dure qui occupe la plus grande partie du sein, indique le point où doit porter la ponction. Il est rare que l'aiguille, profondément enfoncée à ce niveau, ne ramène pas de pus.

L'évacuation de l'abcès est assez difficile. Pour arriver à aspirer le pus épais et grumeleux, encore insuffisamment collecté, on se servira d'un trocart assez gros et d'une bonne seringue. Nous employons l'instrumentation de Houzel ou celle de Calvé. Il est, du reste fréquent que d'une volumineuse masse inflammatoire, qui ferait préjuger d'une assez grosse collection, on ne parvienne à retirer que quelques centimètres cubes de pus. Cela n'a pas une très grande importance. L'évacuation n'est peut-être pas la partie essentielle de l'opération. Il suffit qu'elle permette l'introduction des éléments vaccinants dans la poche de l'abcès.

Nous employons un bouillon-vaccin stock antistaphylo et antistrepto. L'immunizol Grémy n° 31 nous a toujours donné satisfaction.

Lorsque l'aspiration ne ramène plus rien, on injecte une quantité de bouillon-vaccin équivalente à la quantité de pus retiré. Cette injection est habituellement un peu douloureuse. On laisse le vaccin dans la cavité durant 4 à 5 minutes, puis on l'évacue par aspiration. Le bouillon ayant un peu fluidifié le pus, il n'est pas rare que l'on retire davantage de liquide que l'on en a injecté. On termine l'opération en injectant et en abandonnant dans la poche, à peu près moitié autant de bouillon-vaccin

◆◆

que l'on avait retiré de pus. De cette façon, on est assuré de ne pas provoquer la distension de la cavité et la fistulisation de l'abcès.

Il est de règle, que le soir de l'injection, une assez forte élévation de température se produise. Elle baisse dès le lendemain.

L'action du vaccin se fait sentir rapidement. La douleur est presque immédiatement influencée. Les sensations de tension du sein, d'élancements cessent et la malade peut reposer le soir même de l'injection.

Le lendemain, la maturation de l'abcès paraît s'accélérer : l'empâtement périphérique diminue ; la fluctuation devient plus manifeste. On peut parfois se demander si l'on pourra éviter l'incision et le drainage.

Quarante-huit heures après la première ponction, on en pratique une nouvelle. Elle évacue aisément un pus fluide, presque séreux, aussitôt remplacé par du bouillon-vaccin. Il arrive parfois que cette deuxième ponction est rendue inutile par la fistulisation de l'abcès par l'orifice laissé par le trocart. On utilise alors ce trajet pour injecter du bouillon-vaccin et on l'obture avec un petit tampon de coton fixé par du collodion.

C'est dans les jours qui suivent que l'amélioration est réellement surprenante : les douleurs ont disparu, la fièvre est tombée, la tuméfaction du sein diminue, l'abcès se résorbe pour ne laisser à sa place qu'une zone d'induration limitée, qui disparaît progressivement. En général, on peut dire que la guérison est obtenue en une dizaine de jours, même s'il y a eu fistulisation temporaire par l'orifice de ponction.

Il importe de souligner que la méthode que nous préconisons, doit être utilisée de façon précoce. Si l'on attend pour ponctionner, d'avoir une fluctuation nette et un abcès volumineux et superficiel, l'action du bouillon-vaccin risque d'être trop tardive pour empêcher le processus suppuratif de provoquer une nécrose massive des tissus, de s'étendre et de gagner la peau. Quoique n'ayant pas été inutile, la vaccination locale n'aura pas évité la nécessité de l'incision et du drainage.

Au contraire, employée à temps, l'injection de vaccin sera capable d'agir utilement même en cas d'abcès multilobaire. Nous en voulons pour preuve, l'observation suivante :

Mme C..., jeune femme de 25 ans, ayant accouché le 6 décembre a dû interrompre l'allaitement, après deux semaines, à cause de crevasses et de poussées de lymphangite. Trois injections sous-cutanées de bactériophage faites par le médecin traitant, restent sans résultat.

Vers la fin du mois, douleurs très vives, température à 39°. Le 31 décembre, le sein droit est le siège d'un énorme empâtement diffus qui paraît pourtant prédominer dans la moitié supérieure. Le prolongement axillaire de la glande mammaire est tendu, dur et douloureux. Adénopathie axillaire. La palpation de tout le sein tuméfié est douloureuse, mais la malade signale dans le quadrant supéro-interne, une zone où la sensibilité est plus vive. La pression à ce niveau, révèle une vague rénitence, alors que partout ailleurs on a la sensation d'un bloc uniformément dur. On ponctionne à ce niveau et l'on retire 10 à 12 c.c. d'un pus crémeux, épais. Lavage de la cavité au bouillon-vaccin 31, dont on laisse 5 à 6 c.c. dans la poche. Le soir, fièvre plus élevée et frissons, mais cessation des douleurs.

Trois jours après, on note dans le quadrant supéro-interne, un abcès bien localisé. Dans le prolongement externe, une zone d'empâtement rénitent et douloureux qui traduit l'envahissement d'un deuxième lobe. Le surlendemain, fistulisation par l'orifice de ponction. On injecte du bouillon-vaccin par la fistule. L'abcès du lobe externe est moins tendu ; on surseoit à sa ponction.

Deux jours plus tard, la température est à 37°1, le soir. La fistule s'est refermée et l'abcès sous-jacent desséché. L'abcès externe s'est presque entièrement résorbé.

Le 10 janvier, le sein est souple et indolore dans toute son étendue.

Lorsque le traitement vaccinant local n'a été entrepris que tardivement, dans les cas graves, à foyers multiples, véritables panphlegmons mammaires, en dépit de ponctions et d'injections répétées, le résultat reste insuffisant. La température se maintient élevée. Si la fistulisation s'est produite, malgré les lavages au bouillon-vaccin par le trajet fistuleux, la tendance à la guérison est faible. C'est que ce n'est plus seulement à l'activité et à l'abondance des germes microbiens qu'est due la suppuration : elle est surtout entretenue par les éléments mortifiés des tissus sphacélés formant des blocs amorphes, qui doivent de toute nécessité, être évacués. L'incision chirurgicale s'impose.

Toutes nos préférences vont alors à l'*incision dissimulée sous mammaire*. Cette incision due à Boeckel, à Bardenheuer, dont Desmarests avait précisé les indications et la technique, a été à nouveau recommandée il y a quelques années par Naumann, par Bohler. Elle permet de relever la glande mammaire, d'exposer sa face profonde, et d'effondrer au doigt toutes les loges de l'abcès, d'en poursuivre les clapiers et d'assurer le drainage au point déclive. En poursuivant l'immunisation locale avec des mèches imbibées de vaccin, la durée de la suppuration est réduite au minimum. Après guérison, le sein ne conserve ni déformation, ni cicatrice visible.

En résumé, le traitement des abcès du sein par la ponction suivie d'injection d'un bouillon-vaccin polyvalent donne, dans les cas où il n'est pas employé trop tard, un résultat remarquable et constant, amenant en une dizaine de jours la guérison sans ouverture chirurgicale. Par sa simplicité, sa bénignité, son efficacité, cette technique paraît digne d'être retenue.

Il convient de souligner que cette méthode comporte deux éléments : l'évacuation du pus sans incision, par ponction simple et l'utilisation *in situ* de bouillon-vaccin afin de réaliser l'immunisation locale.

En ce qui concerne la ponction, on n'aura pas été sans remarquer qu'elle a été proposée de façon à peu près identique par Raiga, lorsqu'en 1930, il a préconisé le traitement des abcès mammaires par le bactériophage de d'Hérelle. Cet auteur croyait alors pouvoir dire nouvelle cette idée de ponctionner un abcès chaud. Il nous suffira de rappeler que le premier de nos cas, date de mai 1926 (observation 1 de la thèse de Mary). Au reste, bien antérieurement, la ponction, suivie ou non d'injection d'antiseptique, avait été utilisée dans les abcès du sein par Gardiner, Rosenstein, Chirié.

Il est possible *qu'à elle seule* la ponction ait déjà une valeur curatrice. En 1919, Gardiner a publié huit cas de mastites aiguës traitées par ponction, aspiration et compression humide alcoolisée. La guérison était survenue en six ou neuf jours, laissant une cicatrice pratiquement invisible.

Cependant, il paraît logique de compléter l'action de la ponction évacuatrice par une injection modificatrice.

Les antiseptiques ont-ils une valeur ? Chirié se ser-

vait d'électrargol. En Allemagne, on semble avoir employé fréquemment le rivanol (Rosenstein) avec d'assez heureux résultats.

A l'heure actuelle, il paraît préférable de rechercher une médication spécifique. Depuis les travaux très importants de Raiga, la bactériophagothérapie a pris dans la thérapeutique des inflammations à staphylocoques, une place considérable. Elle est devenue une des méthodes courantes de traitement dans les abcès du sein. Après Raiga, Cabanes, Mangé, en ont obtenu de très beaux succès. Nous n'en avons pas l'expérience, ayant continué à nous servir de l'injection de bouillon-vaccin dont nous avions l'habitude et qui, croyons-nous, donne des résultats largement équivalents à ceux que peut donner le bactériophage.

La méthode de l'immunisation locale, par les antivirus a même, à notre avis, l'avantage de l'*unité du traitement* : prophylactique par l'application précoce sur le mamelon de pommade ou de bouillon-vaccin, abortif par l'injection dans la cavité de l'abcès, il n'empêche pas de rechercher une immunité générale par l'injection sous-cutanée de doses croissantes de vaccin. Au contraire, la phagothérapie ne peut être utilisée que seule, et contre-indique toute vaccination concomitante. Enfin, la formation d'antiphages et leur contrôle, vient compliquer ce traitement, qui est ainsi moins accessible au praticien moyen.

Comment agit le bouillon-vaccin injecté dans la cavité de l'abcès ? Tout ce que l'on sait depuis les travaux de Besredka, de l'action antimicrobienne spécifique des filtrats, permet de penser qu'il y a immunisation locale directe. Dans la cavité close de l'abcès, le filtrat vaccinant doit agir directement comme il agirait en application par mèches sur les parois de la poche, après incision. Besredka avait relaté deux cas de mastites suppurées rapidement guéris après incision par des applications de bouillon-vaccin. Le Lorier a érigé en méthode le lavage de la cavité de l'abcès et l'application à son intérieur, de mèches imbibées de vaccin. Ses élèves Hébert et Nicoglou en ont, récemment, publié la technique. La vaccination locale des mastites, est donc un fait bien établi.

On peut pourtant se demander si, à côté de cette action spécifique, le bouillon-vaccin n'intervient pas aussi par un véritable *choc protéique*.

La médication par les chocs a pris une extension considérable et dans certaines affections, concurrence la thérapeutique spécifique. Dans l'infection charbonneuse Destefano et Vaccarezza ont montré que la *protéinothérapie* donnait des résultats équivalents à ceux obtenus avec la sérothérapie anticharbonneuse. On sait l'action, mal précisée mais certaine, de l'*auto-hémothérapie* dans les staphylococcies cutanées. Ces médications ont aussi donné des succès dans les abcès du sein.

Schmidt, de Halle, appliquant aux inflammations mammaires la méthode des injections périphériques de sang, établie par Laewen, pour le traitement des furoncles, a obtenu de bons résultats. Mais cette action locale n'est pas indispensable ; il n'est pas nécessaire de circonscrire la lésion, l'auto-hémothérapie à distance, par injection à la cuisse, de 30 c.c. de sang, a donné dans dix cas, dix succès à Rubeska.

Voici qui est plus intéressant encore : Sézary a fait connaître l'action favorable de l'eau peptonée, injectée dans les bubons chancrelleux, les bartholinites, certains abcès chauds. A sa suite, Laffont, Fulconis et Ricard ont traité de cette manière, les mastites aiguës. Après ponction et évacuation de l'abcès, ils injectent dans sa cavité 2 à 4 c.c. de solution de peptone. Dans cinq cas, le succès a été complet.

Si l'on songe que la peptone, milieu de culture usuel, entre dans la composition de nos bouillons-vaccins, on peut se demander si cette substance protéique n'a pas un rôle non négligeable dans les résultats que nous obtenons. Au reste, le mécanisme de la réaction de l'organisme vis-à-vis de l'infection, ne peut être que complexe. Ne voyons-nous pas que l'hyperémie passive de la méthode de Bier agit incontestablement et qu'elle garde des partisans, que la simple congestion locale par la diathermie a permis à Fainsilber et Portret, de faire avorter, sans autre traitement, des mastites aiguës, que la photothérapie, l'actinothérapie ont été préconisées non seulement pour la prophylaxie des infections mammaires, mais encore pour leur traitement ?

Quoiqu'il en soit, parmi les diverses thérapeutiques que l'on peut utiliser dans les mastites de l'allaitement, l'emploi des bouillons-vaccins en application locale immunisante prophylactique, en injection intra-cavitaire curatrice, donne des résultats très intéressants que nous avions le devoir de faire connaître. Ponctionné et injecté assez tôt, un abcès du sein se résorbe et guérit en une dizaine de jours sans laisser de séquelle ni de cicatrice. Dans les cas avancés, traités tardivement, l'emploi du bouillon-vaccin, quand l'incision s'est imposée, raccourcit considérablement la durée des pansements.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Traitement des mastites par les bouillons-vaccins**

BESREDKA. — **L'immunisation locale et ses applications pratiques.** *Presse Médicale*, 27 oct. 1926, p. 1345.

LE LORIER. — **Le traitement des abcès du sein, par la ponction et les pansements, suivant la méthode de Besredka.** *Soc. Obstétr. et Gyn. Paris*, 12 décembre 1927, p. 707.

HEBERT et NICOGLOU. — **Traitement des mastites de l'allaitement.** *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, oct. 1931, p. 548

MARY. — **Contribution à l'étude du traitement des abcès du sein par ponction et injection de bouillon-vaccin.** *Th. Montpellier*, 8 mai 1928, n° 49.

HAMM. — **Traitement et prophylaxie de la mastite puerpérale.** *Soc. Obstétr. et Gyn. Strasbourg*, 3 mars 1928, p. 475. — **Traitement dermo-antergique de la mastite puerpérale.** *Presse Médicale*, 19 mai 1928, p. 628.

***

II. **Traitement par le bactériophage**

RAIGA. — **Traitement des mastites aiguës de l'allaitement par le bactériophage de d'Hérelle.** *Soc. de Chir.* (rapport de Gosset), 29 janv. 1930, p. 106. — *Presse Médicale*, 8 février 1930, p. 197.

CABANES. — **Un cas de mastite traité par le bactériophage.** *Soc. Obstétr. et Gynéc. Alger*, 15 fév. 1930, p. 420.

MANGÉ. — **Trois cas de mastites traitées par le bactériophage.** *Soc. Obstétr. et Gynéc. Bordeaux*, 27 mai 1930, p. 646.

***

III. **Traitement par simple ponction**

GARDINER. — Traitement des abcès du sein, sans ouverture par aspiration et compression. *Amer. Journ. of. Obstetr.*, 1919 Anal in *Presse Médicale*, 21 février 1920, p. 152.

***

IV. **Traitement par ponction et injection antiseptique**

LE LORIER. — Traitement par l'électrargol. *La Clinique*, 27 mars 1908.

ROSENTEIN. — Traitement par le rivanol. *Zentralbl. f. Gynaek.*, 1923, n° 2.

***

V. **Traitement par hémothérapie**

SCHMIDT. — Die Behandlung der beginnenden Mastitis mit,

lokalen Eigenblutinjektionen. *Zentralbl. f. Gynaek.*, 1925, n° 34, p. 1.893.

RUBESKA. — Bemerkungen zum Aufsatz von W. Schmidt. *Zentralbl. f. Gynaek.*, 1926, n° 5, p. 284.

* * *

VI. **Traitement par protéinothérapie**

LAFONT, FULCONIS et RICARD. — Traitement des abcès du sein, par les injections de peptone. *Soc. Obstétr. et Gynéc. Alger*, 14 février 1931, p. 465.

* * *

VII. **Traitement par les agents physiques**

FAINSILBER et PORTRET. — La diathermie dans les affections inflammatoires pelviennes et mammaires. *Presse Médicale*, 15 août 1931.

TEMESVARY. — Die Behandlung puerperaler Brusterkrankungen mit Licht. *Zentralbl. f. Gynaek.*, 1923, n° 38, p. 1.513.

TAUBER. — *Medizin. Klinik.*, 4 mai 1924, n° 18.

* * *

VIII. **Traitement chirurgical (incision sous-mammaire)**

DESMAREST. — Traitement chirurgical des abcès du sein. *Presse Médicale*, 4 juillet 1914, p. 505.

NAUMANN. — *D. Zeitschr. f. Chir.*, 1923.

BOHLER. — L'opération de la mastite puerpérale. *Soc. Obstétr. et Gyn. Strasbourg*, 5 janvier 1929, p. 269. — *La Gynécologie*, avril 1929.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

Albuminurie orthostatique. Les facteurs locaux du ralentissement de la circulation rénale (1)

Par le Prof. P. NOBÉCOURT

La malade, dont nous allons parler aujourd'hui, est sortie de l'hôpital il y a huit jours ; je ne puis donc pas vous la montrer.

Paulette est née le 11 janvier 1920, à terme, après un accouchement normal, avec un poids de 3 kgr. 500.

Ses parents sont bien portants.

Elle a, à 2 ans, la coqueluche, à 4 ans, la rougeole, à 9 ans un ictère, qui serait apparu à la suite d'une émotion due à une brûlure par du café bouillant.

De façon générale elle se porte bien.

Le 10 octobre 1932, elle ressent des douleurs à la région sus-pubienne et de la céphalée. Le 16 octobre, le médecin consulté pense à une appendicite ; il fait faire un examen radiologique : après ingestion d'une bouillie opaque, cet examen ne montre rien d'anormal du côté de l'appendice.

Les jours suivants, des douleurs légères du ventre persistent avec quelques irradiations dans les lombes ; il n'y a pas de fièvre, pas de vomissements : les selles et les mictions sont normales.

(1) Leçon du 21 janvier 1933.

Paulette est amenée à la Policlinique le 3 novembre. Nous découvrons des traces d'albumine dans ses urines.

Le 17 novembre, elle entre à la salle Parrot, pour qu'on puisse préciser la signification de cette albuminurie.

Elle est âgée de 12 ans 10 mois. Elle paraît petite pour son âge et a une apparence grêle. Elle ne présente aucun signe de puberté ; on ne voit ni poils pubiens, ni poils axillaires ; les seins ne commencent pas à grossir.

Un examen médical complet ne révèle rien de particulier.

La cutiréaction à la tuberculine est négative ; sept autres, qui seront faites jusqu'au 8 janvier, le seront également.

Le Bordet-Wassermann (H7) et le Hecht sont négatifs.

Pour préciser les *caractères anthropométriques*, M. Danhier fait, le 21 novembre, les mensurations habituelles.

A 12 et 10 mois, Paulette a une taille de 137 cm., tandis que la moyenne des filles de son âge est 145 cm. La réduction staturale est de 8 cm. (9,8%). La taille est celle d'une fille de 11 ans et 4 mois.

Comparons les mesures de Paulette à celles d'une fille de son âge et d'une fille de 11 ans 4 mois.

	Paulette	Fille de 12 ans 10 mois	Fille de 11 ans 4 mois
Buste	70 cm. 5		
S..............	66,5		
S/B	0,943	0,905	0,920
Poids..........	30 kgr. 800	36 kgr. 500	31 kgr. 250
P/T............	224	251	227
Pt. xiph.......	59-64 = 61 cm. 5	66 cm. 5	64 cm 5
Pt./T..........	0,448	0,458	0,470
Perim. cran.,..	51 cm.	52, cm.	52, cm.
Coefficient de Pignet.......	44,7	42	41,25

Comparée à une fille de 11 ans et 4 mois dont elle a la taille : Paulette est mésoskile ; elle a un poids et un rapport du poids à la taille conformes ; par contre le périmètre thoracique et le rapport du périmètre thoracique à la taille sont plus faibles et, par suite, le coefficient de Pignet est plus fort.

Somme toute, Paulette présente une hypotrophie staturale simple légère avec un thorax étroit.

Voyons comment se comporte l'*albuminurie*.

M. Gouyen a poursuivi une série de recherches pour en préciser les caractères.

Lorsque Paulette est au lit, on ne trouve jamais d'albumine dans ses urines.

On recherche l'*influence de l'orthostatisme*.

Avant le lever, on vérifie que les urines ne contiennent pas d'albumine.

Paulette se lève et reste debout.

Dans la première miction, qui suit le changement de position, 15,45 ou 60 minutes après le lever, suivant les épreuves, on y trouve de l'albumine. Celle-ci persiste pendant 3, 4 ou 6 heures, tant que l'enfant reste levé et circule dans la salle. Durant ce temps elle présente des variations. Elle est peu abondante, à l'état de traces ou en petite quantité.

Elle disparaît généralement avant le coucher.

Voici, à titre d'exemple, les résultats de l'épreuve du 30 décembre :

Au lit, à 10 h. 30......................	Pas d'albumine.
Lever, à 10 h. 45......................	0. gr. 10 par litre
11 heures......................	0. gr. 10 —
11 h. 15......................	traces
11 h. 30......................	0. gr. 10 —
11 h. 45......................	0. gr. 20 —
12 heures......................	traces
12 h. 15......................	pas d'albumine.
12 h. 30......................	traces
12 h. 45, 13 h., 13 h. 15, 13 h. 30.	pas d'albumine.

L'*épreuve de la lordose provoquée*, dont je parlerai tout à l'heure, donne les résultats suivants :

D'abord, l'épreuve en décubitus dorsal. On place un gros coussin sous la région lombaire et on détermine ainsi une forte lordose. L'épreuve est faite le 31 décembre : l'enfant reste dans la position de 10 h. 45 à 13 heures, soit pendant deux heures quinze minutes ; à aucun moment on ne constate d'albumine dans les urines.

Ensuite, l'épreuve en position assise.

Le 4 janvier, on fait asseoir Paulette devant un pupitre en plaçant la chaise successivement dans trois positions différentes :

1° Le bord antérieur de la chaise est à 30 cm. du bord postérieur du pupitre sur lequel Paulette s'accoude (distance positive) ; elle reste dans cette position de 11 h. 5 à 11 h. 20.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

2° La chaise est rapprochée de la table, son bord antérieur correspond au bord postérieur de la table (distance nulle). Paulette reste pendant vingt minutes, de 11 h. 20 à 11 h. 40 dans cette position.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

3° La chaise est poussée sous la table (distance négative). Paulette reste dans cette position pendant quinze minutes de 11 h. 40 à 11 h. 55.

On ne constate pas d'albuminurie.

A 11 h. 55, Paulette se lève et reste debout, immobile. Dix minutes après, à 12 h. 5, les urines contiennent de l'albumine.

Parallèlement on a recherché la glycosurie ; elle a toujours fait défaut.

L'*influence des repas* sur l'apparition de l'albumine dans les urines a été nulle ; on n'a jamais constaté d'albuminurie après le repas, quand Paulette était couchée ; quand elle était levée, le taux de l'albuminurie n'augmentait pas.

A l'examen microscopique des urines, pratiqué le 22 novembre, on note l'absence d'hématies, de cylindres et seulement la présence de quelques leucocytes.

Il convenait aussi d'étudier les FONCTIONS RÉNALES.

Après injection de *phénolsulfonephtaléine*, l'élimination se fait normalement ; on en retrouve 45 % dans les urines.

Du point de vue de *l'élimination chlorurée*, on note que l'enfant n'a pas d'œdème.

Il n'y a pas d'azotémie et *l'épreuve de l'azotémie provoquée* est négative.

Le 23 et le 24 novembre, Paulette ingère chaque jour 15 grammes d'urée.

Le 22, avant l'ingestion, et le 25, l'ingestion étant terminée, le taux de l'urée dans le sérum du sang est de 0 gr. 18 et de 0 gr. 25 par litre.

La constante d'Ambard établie le 27 décembre, à jeun, est normale ; K = 0,063. Dans le sérum sanguin on dose 0 gr. 18 d'urée par litre.

Ces examens montrent qu'il n'y a pas de troubles du fonctionnement rénal.

Le 26 décembre, le sang est recueilli à jeun, l'enfant étant en décubitus. On dose, par litre de sérum, 47 gr. 85 de sérine et 33 gr. 15 ‰ de globuline. Le rapport sérine-globuline est de 1,4, le rapport moyen étant de 1,6.

Par ailleurs, on a étudié l'influence de l'orthostatisme sur la fréquence du pouls et sur la pression artérielle.

Voici pour la *fréquence du pouls* :

	Au lit	Debout	Au lit	Différence
3 janvier.....	92	108	92	— 16
7 janvier.....	92	120	92	— 28
10 janvier.....	92	112	92	— 20

Il y a donc une légère exagération de la tachycardie orthostatique, ce qui est fréquent.

La *pression artérielle* a été explorée, au bras, avec l'appareil de Pachon. Voici les constatations :

	Mx	Mn	Différentielle
1er janvier décubitus.........	10,5	8,5	2
debout............	11	8,5	2,5
3 janvier décubitus............	11	8,5	2,5
debout............	11	8,5	2,5
7 janvier décubitus............	12,5	8,5	4
debout............	12,5	7,5	5

Le passage du décubitus dans l'orthostatisme n'a donc pas d'influence appréciable sur la pression artérielle.

Le *réflexe oculo-cardiaque* a été recherché à deux reprises. Voici le résultat de ces deux examens :

		Nombre de pulsations		Nombre de pulsations
21 novembre..	Avant compression	84	après 15 sec..	68
25 novembre......................		96	....	60

On constate donc une diminution de 16 dans la première expérience et de 36 dans la seconde.

En somme, ces épreuves ne donnent pas de renseignements bien précis.

Pendant son séjour à l'hôpital, Paulette se porte bien : elle augmente de poids.

Elle quitte le service le 14 janvier. Elle a 13 ans. Elle pèse 32 kgr. 900. Mais sa taille est la même qu'à son entrée, alors qu'en deux mois une fille de son âge grandit de 2 cm. Elle mesure 137 cm., la taille moyenne pour son âge étant de 146 cm. La réduction staturale a augmenté ; elle est de 9 cm., soit 6,1 %. Il n'y a toujours pas de signes de puberté.

L'albuminurie orthostatique persiste.

***

C'est en 1878 que Dukes remarque l'apparition dans la station debout d'albumine dans les urines de certains adolescents âgés de 15 à 17 ans.

En 1889, Stirling dégage du groupe des albuminuries intermittentes l'*albuminurie de posture* (*postural albuminuria*).

La même année Joseph Teissier donne à cette variété d'albuminurie le nom d'*albuminurie orthostatique*.

De nombreux travaux ont été consacrés à cette époque et dans la suite à l'étude de cette albuminurie. Il me serait impossible de les énumérer. Mon élève, M. Guy Barreau, en 1927, a fait dans sa thèse sur *Les albuminuries orthostatiques* un exposé complet de la question.

Je lui ai moi-même consacré deux leçons.

La première donnée le 29 janvier 1910, est publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 février de la même année. Elle est intitulée : *A propos d'un cas d'albuminurie orthostatique fonctionnelle*.

La seconde, donnée le 17 juin 1922, est intitulée *Albuminuries de station et de position, albuminuries orthostatiques chez les enfants*. Elle se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil urinaire*.

Je ne veux pas entreprendre aujourd'hui une étude complète des problèmes que posent les albuminuries orthostatiques ; je désire simplement envisager quelques-uns de ceux que suggère l'observation de Paulette.

***

Il convient tout d'abord de définir l'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE.

Du point de vue étymologique, le mot *orthostatisme* est formé du mot grec ὀρθός, qui veut dire *droit*, et, par extension, vertical, et du mot latin *stare*, qui veut dire *rester debout, immobile*. Le suffixe *isme*, qui est d'origine grecque, renforce l'idée d'immobilité. Dans le sens littéral, l'orthostatisme est la position du garde à vous.

Mais ce terme n'est pas pris dans son sens strict : il désigne d'une façon générale la position opposée à la position couchée, que le sujet reste immobile ou marche.

***

L'albuminurie orthostatique est caractérisée par son *rythme*. Voici comment il se présente.

On fait coucher le sujet. Une heure au moins après le coucher, on vide la vessie et on rejette l'urine qui pourrait encore contenir de l'albumine provenant du lever précédent. Avant de faire lever le sujet, on le fait uriner; les urines ne contiennent pas d'albumine.

Alors le sujet se lève. Tout d'abord il reste debout immobile, puis on le laisse circuler. On le fait uriner à intervalles rapprochés, au début de quinze en quinze minutes, par exemple. On recherche l'albumine dans chaque échantillon ainsi recueilli.

L'albumine apparaît plus ou moins vite, suivant les cas, au bout de dix minutes à une heure, le plus souvent pendant la première demi-heure.

Dans la suite, l'albuminurie se comporte différemment suivant les sujets.

Tantôt la quantité d'albumine augmente ou atteint son maximum pendant la deuxième, la troisième et la quatrième heure.

Tantôt la quantité d'albumine atteint son maximum dès le début, puis ne change pas ou diminue.

Tantôt la quantité d'albumine présente des oscillations pendant la durée du lever : elle peut même disparaître passagèrement, puis reparaître.

Dans nombre de cas, l'albuminurie diminue ou même disparaît au cours du lever.

Enfin on fait coucher le sujet. Si l'albuminurie a persisté jusqu'à ce moment, on constate sa disparition au bout de quarante à soixante minutes.

La quantité d'albumine, est, en général, faible ; on en trouve des traces ou quelques centigrammes par litre. Quelquefois la quantité est plus forte ; elle atteint 1 gramme, 2 grammes, 5 grammes et même 10 grammes par litre.

Au total la quantité d'albumine éliminée pendant la durée de l'orthostatisme est faible.

L'albumine est constituée par de la sérine et une petite quantité de globuline.

Il est intéressant de répéter l'épreuve à plusieurs reprises. On constate, en général, le même rythme de l'albuminurie ; assez souvent le rythme diffère d'une épreuve à l'autre.

La *position du garde à vous, dans l'immobilité*, provoque de l'albuminurie chez beaucoup d'enfants. Ainsi, sur 100 écoliers examinés, MM. Weith et Scholder, en 1921, en trouvent 37 qui ont de l'albumine dans les urines, M. Jeanneret, en 1915, en trouve 61.

La *marche*, sans fatigue provoque quelquefois une augmentation de l'albuminurie ; plus habituellement, elle entraîne sa diminution ou même sa disparition.

Les *mouvements des membres inférieurs* seuls peuvent entraîner la disparition de l'albumine. M. Jeanneret, sur des écoliers, qui, au garde à vous, ont de l'albuminurie, ne trouve, s'ils effectuent des mouvements des membres inférieurs, de l'albumine que dans 1,5 % des cas.

En général, l'albuminurie diminue lorsque, après être resté debout, le sujet s'assied.

Mais l'albuminurie peut apparaître dans la *position assise*, si on impose au sujet un certain maintien entraînant la lordose.

MM. Weith et Solder, sur 100 écoliers assis en position lordotique, trouvent 17 fois de l'albumine dans les urines.

M. Jeanneret précise l'influence du maintien imposé à l'écolier sur l'apparition de l'albuminurie. Voici ses conclusions :

Les écoliers assis à distance positive n'ont pas d'albuminurie.

Les écoliers assis à distance nulle ont de l'albuminurie dans 3 % des cas.

Les écoliers assis à distance négative ont de l'albuminurie dans 34 % des cas.

Mais si l'enfant est autorisé à remuer les membres inférieurs, il n'y a pas d'albumine dans les urines.

***

Si la réalité de l'albuminurie orthostatique n'est pas contestée, sa PATHOGÉNIE est encore discutée.

Étudions tout d'abord le MODE D'ACTION DE L'ORTHOSTATISME.

L'orthostatisme produit l'albuminurie par les troubles de la circulation rénale qu'il entraîne. L'albuminurie n'est pas due à un abaissement de la pression artérielle, ni à une augmentation de la pression veineuse ; elle résulte du *ralentissement de la circulation rénale*, de la stase rénale.

Pour réaliser le ralentissement du cours du sang dans le rein peuvent intervenir des *facteurs locaux* et des *facteurs généraux*.

Passons en revue les FACTEURS LOCAUX.

L'expérimentation a démontré leur rôle.

Hermann et Overbeck, Weissgerber et Perls, d'autres encore posent une ligature incomplète soit sur l'artère rénale soit sur la veine rénale : l'albuminurie apparaît. M. Courcoux place un fil de soie autour de la veine rénale sans le serrer, simplement pour en gêner l'expansion : il voit survenir de l'oligurie et de l'albuminurie.

Pour comprendre comment peut agir l'orthostatisme quelques notions d'anatomie sont indispensables.

Les reins sont appliqués sur la paroi abdominale postérieure, de chaque côté de la colonne vertébrale ; ils sont soutenus par une enveloppe fibreuse, le *fascia périrénal*, lequel dépend de la couche conjonctive qui double le péritoine.

Le fascia périrénal est séparé du rein par une lame de tissu cellulaire lâche, qui se charge de graisse, surtout à partir de 8 ans, et qui atteint son maximum chez l'adulte.

Les artères rénales, qui naissent de l'aorte abdominale, les veines rénales qui se jettent dans la veine cave inférieure, ont une direction générale horizontale et ne peuvent servir à soutenir le rein dans l'orthostatisme. La veine rénale gauche est plus longue que la droite : elle passe en avant de la colonne vertébrale et de l'aorte pour gagner la veine cave, qui est à droite. Dans son trajet, elle passe au-dessous de l'artère mésentérique supérieure qui naît de l'aorte un peu au-dessus du point de croisement.

Le passage du décubitus dans la position verticale peut *modifier les conditions de la circulation rénale*. Diverses explications ont été proposées.

Linossier et Lemoine, en 1903 et en 1909, pensent qu'il se produit une légère torsion du pédicule rénal, qu'il en résulte une diminution du calibre des vaisseaux et le ralentissement du cours du sang.

Divers facteurs peuvent exagérer cette disposition.

Sutherland, en 1903, fait intervenir une *mobilité anormale des reins*.

Celle-ci serait, d'après lui, assez fréquente chez les jeunes gens ; il l'a rencontrée chez 37 sujets sur 100.

Cependant on ne trouve pas d'albuminurie orthostatique chez beaucoup de sujets présentant de la néphroptose.

Mais il est juste de rappeler que Sutherland et que M. Nivière ont obvervé que le port d'une ceinture maintenant les reins en place fait disparaître l'albuminurie orthostatique.

On a surtout insisté sur le rôle de la *lordose lombaire*, c'est-à-dire de l'exagération de la courbure à convexité antérieure de la colonne vertébrale au niveau de la douzième vertèbre dorsale et des deux premières vertèbres lombaires, qui se produit dans la station debout.

Jehle, en 1908, constate fréquemment de la lordose chez les enfants qui ont de l'albuminurie orthostatique ; chez ces sujets, l'albuminurie disparaît par l'inclinaison du buste en avant la suppression des talons trop hauts, en plaçant un pied sur une chaise, tous moyens qui corrigent la lordose.

Le rôle de la lordose dans la production de l'albuminu-

rie orthostatique est admis par divers auteurs. Certains auteurs en font le facteur de l'albuminurie et même, en 1909, Nothmann propose l'expression *d'albuminurie lordotique*.

MM. Weith et Solder, M. Jeanneret nous l'avons vu admettent le rôle de la lordose.

Pour démontrer le rôle de la lordose, Bingel, en 1908, et Nothmann réalisent la lordose chez des sujets couchés dans un lit en plaçant un billot sous la région lombaire : dans ces conditions ils constatent de l'albuminurie.

Mais ces résultats ne sont pas constants.

Bechmann et Schleger, en 1908, n'ont constaté l'apparition de l'albuminurie que dans 3 cas sur 7.

M. G. Schreiber, M. Langstein, M. Jeanneret ont constaté également que très souvent l'albuminurie fait défaut.

M. Schreiber fait remarquer que les enfants, qui présentent une ensellure lombaire très marquée, du fait d'une coxalgie, par exemple, n'ont pas d'albuminurie.

D'autre part, chez les enfants qui ont de l'albuminurie orthostatique la lordose manque souvent.

Vas, en 1909, sur 26 filles atteintes d'albuminurie orthostatique, en trouve 15 ayant une lordose prononcée, et 11 sans lordose.

Les auteurs, qui admettent que la lordose joue un rôle dans l'apparition de l'albuminurie orthostatique, ont cherché à préciser le mécanisme de son action.

M. Jehle pense que la lordose, en écartant les reins, entraîne une flexion des vaisseaux et la stase rénale.

Pour MM. Weith et Scholder, la lordose comprime la veine cave inférieure au-dessus de l'abouchement des veines rénales et par suite entraîne la stase rénale. Ils provoquent de l'albuminurie en comprimant la veine cave au-dessus de l'ombilic.

W. et S. Rieser, en 1922, pensent que l'albuminurie lordotique provient du rein gauche par le mécanisme suivant : 1° La lordose refoule en avant l'aorte abdominale ; 2° le poids des organes abdominaux étire l'artère mésentérique supérieure, qui naît, je l'ai dit tout à l'heure, de l'aorte sous un angle aigu et descend en avant de la veine rénale gauche qu'elle croise. Par suite de cet étirement, la veine rénale se trouve serrée comme dans une pince, d'où la stase rénale.

A l'appui de cette explication, on peut citer les constatations faites par Sonne, en 1918 et en 1921 ; il fait le cathétérisme des uretères chez dix enfants ayant de l'albuminurie orthostatique ; seule l'urine du rein gauche contient de l'albumine.

En CONCLUSION : on peut admettre que, dans l'orthostatisme, des facteurs locaux, entraînant le ralentissement du cours du sang et la stase dans le rein, provoquent l'apparition de l'albuminurie.

La lordose paraît jouer un certain rôle chez quelques sujets, mais elle n'intervient qu'intriquée avec l'orthostatisme : suivant l'appellation proposée par Jehle, il s'agit d'*albuminurie orthostatico-lordotique*.

Toutefois ces deux facteurs ne paraissent pas suffisants pour provoquer l'albuminurie ; il faut d'après M. Jeanneret, qu'il s'y associe l'*immobilité*, c'est-à-dire un facteur musculaire.

Au moment du lever, la contraction des muscles lombaires exprime le sang, qu'ils contiennent, dans la circulation rénale et périrénale, d'où un afflux de sang dans le système cave inférieur.

L'immobilité, en supprimant les contractions musculaires, gêne le cours du sang : elle permet à l'orthostatisme et à la lordose d'entraîner la stase rénale. Les mouvements empêchent cette stase ; il suffit que le sujet remue ses membres inférieurs pour qu'il n'y ait pas d'albuminurie.

Aucune des théories n'est pleinement satisfaisante et ne peut s'appliquer à tous les cas.

Mais, sans qu'on puisse en préciser la pathogénie, la stase rénale provoquée par des facteurs locaux, peut seule expliquer les cas d'albuminurie orthostatique où font défaut les facteurs généraux, dont je vais vous parler. « Les cas d'albuminurie chez les jeunes sujets bien portants, écrit M. Guy Barreau, paraissent relever de la théorie de Jeanneret, qui présente l'avantage de rendre compte du rôle favorable des exercices ».

Les facteurs locaux ne sont pas les seuls qui puissent entraîner le ralentissement de la circulation rénale ; ce ralentissement peut aussi relever de FACTEURS GÉNÉRAUX.

Ces facteurs généraux interviennent par les modifications qu'ils entraînent dans la circulation générale.

Normalement, le passage du décubitus à l'orthostastisme entraîne une baisse de la pression artérielle et une élévation de la pression veineuse dans les parties inférieures du corps. Ces modifications sont souvent peu importantes et passagères ; elles restent occultes.

Sous des influences diverses, ces modifications peuvent être plus importantes et plus durables. Elles entraînent alors des symptômes divers, parmi lesquels l'albuminurie, dont l'ensemble réalise la *maladie orthostatique*, que M. Roger Parlier a étudiée en détail dans une thèse soutenue à Paris en 1932.

Je n'entreprends pas l'étude de ces facteurs généraux ; elle m'entraînerait trop loin. Aussi bien, nous ne les avons pas rencontrés chez Paulette.

D'ailleurs les facteurs locaux et les facteurs généraux ne s'excluent pas ; ils peuvent très bien se combiner.

On s'est demandé souvent si le ralentissement du cours du sang suffit à entraîner l'albuminurie ? et si un FACTEUR RÉNAL n'était pas nécessaire.

Pour les uns, le ralentissement de la circulation rénale, lorsqu'il atteint un certain degré, suffit pour entraîner l'albuminurie orthostatique.

Pour les autres, une altération des reins est indispensable.

Rarement, l'altération des reins est caractérisée ; il en est ainsi par exemple, quand l'albuminurie orthostatique apparaît pendant la période de régression d'une néphrite infectieuse aiguë (dans ces cas d'ailleurs, elle est peut-être antérieure à la néphrite) ou à la phase initiale d'une néphrite chronique.

En général, il n'y a pas de lésions rénales appréciables ; on ne décèle aucun signe clinique, aucun trouble fonctionnel qui puisse la faire dépister. On parle de néphrite légère, de néphrite parcellaire, de dystrophie rénale. Mais on reste dans le domaine de l'hypothèse, car rien ne permet ni d'affirmer ni de nier leur réalité.

En tout cas, du point de vue pratique, il ne faut jamais négliger de rechercher les symptômes d'une affection rénale toujours possible.

***

L'albuminurie orthostatique se rencontre presque exclusivement dans l'ENFANCE et la JEUNESSE. On l'observe surtout entre 10 et 18 ans : elle est rare après 25 ans et avant 6 ans.

Pour M. Jeanneret cependant, elle serait aussi fréqente avant qu'après 6 ans ; il la trouve, avant 6 ans, chez 60 % des enfants, après 6 ans, chez 62 % des enfants.

Mais, il ne faut pas oublier que ces données sont relatives non pas à des albuminuries spontanées, mais à des albuminuries provoquées dans des conditions spéciales par la position lordotique du garde à vous.

« L'âge, écrit M. Jeanneret n'a pas grande signification. Le jeune enfant essentiellement mobile, ne prend pas volontiers une attitude lordotique ; aussi ne rencontrons-nous pas d'albuminuries posturales spontanées au-dessous de 6 ans. Par contre, si nous avons la patience d'immobiliser un enfant en position lordotique, il réagit de la même façon quel que soit son âge... »

Quoi qu'il en soit, l'albuminurie orthostatique est une albuminurie de la *période de croissance*, de la *période de*

la puberté. Ce qui ne veut pas dire, je précise, albuminurie due à la croissance ou à la puberté.

Cette albuminurie se rencontre aussi bien chez les filles que chez les garçons.

Pendant longtemps, on a considéré que l'albuminurie orthostatique était l'apanage des enfants et des jeunes gens de haute stature, à croissance staturale forte et rapide.

En réalité elle se rencontre aussi souvent chez des enfants de toutes tailles. On la trouve dans les trois types de taille, comme je l'ai montré dans ma leçon du 17 juin 1922.

Le premier type est celui des *enfants de tailles moyennes*.

La fille de 11 ans et 3 mois, que j'ai présentée dans cette leçon, avait une taille de 132 cm., la taille moyenne de son âge étant de 136 cm. 5, elle présentait une réduction staturale de 4 cm. 5, soit 3,4 %, restant dans la limite des variations physiologiques ; elle avait la taille d'une fille de 10 ans et 8 mois.

Le deuxième type est celui des enfants présentant de l'*hypotrophie staturale simple*. Comme je le disais dans ma leçon de 1910, « on n'insiste pas assez sur cet autre type ».

A l'appui de cette opinion, je présentais une fille de 14 ans et demi, qui avait une taille de 140 cm., la moyenne pour son âge est de 151 cm. ; elle présentait une réduction staturale de 11 cm. soit 7,7 %. Sa taille était celle d'une fille de 11 ans et 9 mois. Les signes de puberté étaient à peine ébauchés : quelques poils pubiens, seins commençant à grossir. Elle n'était pas encore réglée.

Le troisième type est celui des enfants présentant de l'*hypertrophie staturale*. C'est celui le plus habituellement considéré. Il convient d'ailleurs d'en distinguer deux variétés :

1° L'*hypertrophie staturale du type Hutinel*, que celui-ci appelle la *forme commune de la dystrophie* des adolescents :

2° *L'hypertrophie staturale simple, physiologique.*

D'une façon générale, l'albuminurie orthostatique se rencontre dans deux ordres de circonstances.

On l'observe, d'une part, chez des enfants qui *ne paraissent pas malades* ; elle est découverte au cours d'un examen systématique : elle ne s'accompagne d'aucune manifestation clinique.

On la constate, d'autre part, chez des enfants *présentant des troubles divers*.

Ces troubles dépendent soit de facteurs pathologiques variés, soit de l'orthostatisme, par l'intermédiaire des variations de la circulation,

On a dit que la déperdition répétée d'albumine pouvait à la longue entraîner de la dénutrition. Cette conséquence est peu probable, car l'albuminurie est, en général, très faible et la quantité d'albumine éliminée pendant les heures de lever ne dépasse guère quelques centigrammes, 1 gramme au plus, sauf dans des cas assez exceptionnels.

L'albuminurie orthostatique ne prédispose pas aux néphrites qui peuvent compliquer les maladies infectieuses ; l'albuminurie disparaît au cours de l'alitement que nécessitent ces maladies. Elle ne prédispose pas aux néphrites qui peuvent survenir au cours de la vie, ni aux albuminuries de la grossesse.

Elle ne doit pas faire interdire certaines carrières ni le service militaire, refuser une assurance sur la vie.

Elle disparaît plus ou moins tôt, au plus tard de 20 à 25 ans.

De tout ce qui vient d'être dit, il résulte que l'albuminurie orthostatique ne nécessite pas de TRAITEMENT particulier.

On conseille un régime et une hygiène normaux.

Si on précise quelques facteurs particuliers, on cherche à les supprimer ; parfois nous l'avons vu le port d'une ceinture qui maintient l'abdomen est efficace.

Somme toute, l'albuminurie orthostatique n'est pas, pour ainsi dire, une maladie par elle-même.

***

Revenons à Paulette.

Elle présente une albuminurie orthostatique constatée par hasard à 12 ans et 10 mois.

L'albuminurie est provoquée uniquement par l'orthostatisme. Elle est peu abondante.

On ne trouve aucun signe d'une affection rénale, aucun trouble circulatoire appréciable sous l'influence de l'orthostatisme.

La lordose provoquée en position debout, assise ou couchée n'entraîne pas d'albuminurie.

Nous ne pouvons pas préciser la pathogénie de cette albuminurie. Il s'agit probablement d'une albuminurie orthostatique liée à des dispositions locales.

Par ailleurs Paulette présente une hypotrophie staturale simple ; à 13 ans, elle a la taille et les caractères anthropométriques d'une fille de 11 ans et 4 mois, elle ne présente pas de signes de puberté.

A l'origine de cette dystrophie nous ne trouvons pas de causes congénitales ou acquises, notamment pas de syphilis. Il est possible que cette dystrophie intervienne dans la genèse de l'albuminurie orthostatique : mais c'est une pure hypothèse.

Pour Paulette, l'albuminurie orthostatique n'est pas une maladie.

Nous avons donc pu rassurer sa mère. Nous lui avons demandé, par prudence, de nous ramener sa fille de temps en temps pour pouvoir contrôler l'évolution de l'albuminurie.

Nous avons prescrit une hygiène et un traitement pour stimuler dans la mesure du possible sa croissance et son évolution pubertaire.

Nous avons enfin recommandé de ne pas troubler son existence normale par des précautions exagérées, sous prétexte d'empêcher l'albuminurie.

CHRONIQUE

L'Acidose du nourrisson

Le court volume (1) que nous nous proposons d'analyser comporte deux parties ; dans l'une, l'auteur étudie l'acidose ; dans l'autre, il envisage l'insuffisance rénale du nourrisson, qui, d'ailleurs, s'accompagne souvent d'acidose. Il fait le plus grand honneur à son auteur MAX LÉVY et il comporte d'intéressantes sanctions thérapeutiques.

***

Acidose du nourrisson

Dans un premier chapitre théorique, l'auteur nous montre que, grâce aux travaux modernes, nous devons comprendre et étudier l'acidose d'une façon nouvelle.

1° AUTREFOIS ON N'ÉTUDIAIT QUE L'ACIDITÉ DU MILIEU

Le bicarbonate de soude plasmatique neutralise tout excès d'acide en donnant CO^2 (qu'élimine le poumon) et un sel neutre (dont le rein élimine l'ion acide, garde l'ion Na). Le bicarbonate de soude du plasma intervenant seul l'étude de

(1) MAX LÉVY. — *L'acidose, l'insuffisance rénale aiguë chez le nourrisson* (leçons faites à la Charité dans le service du Docteur Vignes). Masson et Cie, éditeurs.

l'acidose se borne à rechercher la R. A. (qui est parallèle au taux de CO^3Na^2) ; au début, la R. A. baisse ; puis, quand les amortisseurs (substances tampons et organes éliminateurs) cèdent, le pH baisse à son tour ; l'acidose compensée devient décompensée.

2° MAIS ON DOIT SE DEMANDER SI L'ACIDITÉ OU LA NEUTRALITÉ DU PLASMA INDIQUE BIEN L'ÉTAT DU SANG ENTIER, de l'organisme entier. R. A., pH nous renseignent sur l'état du plasma ; mais encore faut-il savoir si les globules sont au même état.

Il n'en est rien. Ambard montra qu'en ajoutant ou en retirant CO^2 (radical acide) au plasma, on fait passer Cl (radical-acide) du plasma aux globules et inversement : ainsi, le plasma reste neutre indépendamment de la charge acide ou alcaline des globules.

De même, en ajoutant au sang un sel neutre, ce qui évidemment ne modifie pas la neutralité plasmatique, il y a formation d'HCl ($NaCl + CO^3H^2 - CO^3NaH + HCl$) qui se fixe sur les tissus, les globules. C'est l'inverse quand on retire du NaCl.

Donc, l'état chimique du plasma (acidose, neutralité, alcalose) ne nous renseigne en rien sur l'état de l'organisme entier ; la mesure de la R. A. et du pH (qui servent à étudier le plasma) n'ont donc pas l'intérêt qu'on a voulu leur accorder.

Puisque la charge acide des globules (l'expérience montre qu'elle est la même que la charge acide des tissus) varie indépendamment de la charge acide du plasma, il faut étudier les deux facteurs.

3° LE VRAI TEST DE L'ACIDOSE EST LE RAPPORT $\frac{\text{chlore globul.}}{\text{chlore plasmat.}}$ ainsi que l'ont montré Chabanier et Lobo Onell. Ce rapport permet d'étudier la répartition du Cl sanguin entre plasma et globules ; or nous avons vu plus haut que, bien mieux que l'acidité plasmatique, c'était la modification de répartition du Cl qui marque l'acidose.

A) *L'augmentation du rapport qui normalement est de 0,50 traduit l'acidose.* Elle se produit en diverses circonstances :

— augmentation des sels neutres (ainsi que nous l'avons vu) ; alors, HCl se fixant sur toutes les albumines de l'organisme excite le centre respiratoire, entraîne l'hyperventilation, avec départ de CO^2 ; il y a baisse de la R. A. ;

— excès d'acide carbonique (obstacle sur les voies aériennes ou défaillance du centre respiratoire) ; c'est l'acidose gazeuse ; mais, dans ce cas, il y a aussi excès de bicarbonate et l'augmentation du rapport va de pair avec une élévation de la R. A. d'où son utilité ;

— excès d'acide quelconque (cétones par exemple) ; ici l'augmentation du rapport va de pair avec une baisse de la R. A.

B) *Diminution du rapport* :

— diminution des sels neutres : la R. A. s'élève puisque le centre respiratoire n'est pas excité ; c'est ce qui se passe au cours des vomissements incoercibles ;

— excès d'alcalins : le rapport s'abaisse, la R. A. monte ;

— hyperventilation provoquée : le CO^2 alvéolaire disparaît, CO^2 dissout aussi ; donc les carbonates, c'est-à-dire la R. A. diminuent ; il y a R. A. diminuée avec baisse du rapport. C'est l'alcalose gazeuse.

Ainsi donc, les modifications du rapport $\frac{\text{Cl globulaire}}{\text{Cl plasmatique}}$ ne vont pas de pair avec celles de la R. A. et d'autre part, elles sont plus précises, puisque le rapport varie même pour une simple modification de la teneur en sels neutres qui, à première vue, ne paraissait pas devoir modifier l'équilibre acido-basique. L'auteur conclut donc

si le rapport est élevé, il y a acidose quel que soit le pH ; si la R. A. est basse, il y a excès d'acide ou de NaCl ; si elle est haute, il y a acidose gazeuse ;

si le rapport est abaissé, il y a alcalose, quel que soit le pH ; si la R. A. est élevée, il y a défaut de NaCl ou excès d'alcalin ; si elle est basse, il y a abaissement du CO^2 alvéolaire.

***

Donc seul le rapport $\frac{\text{Cl globulaire}}{\text{Cl plasmatique}}$ est utile. Disons, dès maintenant, que toutes les recherches ont montré que l'imprégnation acide des globules rouges correspond à celle des autres tissus, ce qui prouve bien l'intérêt de son étude.

Puisque c'est l'étude du rapport et non celle de la R. A. qui renseigne sur l'état d'acidose, c'est ce rapport qu'on devra mesurer et qui orientera la thérapeutique. La mise en pratique est simple. On prélève 4 c. c. de sang dans le sinus veineux longitudinal supérieur, et on le porte dans un tube à analyse, sous une couche d'huile, avec un peu d'oxalate de potasse On recherchera, sur 1 c. c. de globules, le Cl globulaire, puis le Cl plasmatique, enfin la R. A.

L'élévation du rapport, partant l'acidose, est plus fréquente que l'alcalose. Normalement le rapport est de 0,48 à 0,50 : en cas d'acidose il est de 0,60, parfois 0,70. Disons, encore une fois, que c'est le rapport qui indique l'acidose, non le taux seul du Cl globulaire (nous y reviendrons ultérieurement).

Pour lutter contre cette acidose, on injecte du bicarbonate de soude au taux de 10 gr. 75 par litre. Les doses varient suivant les chiffres fournis par le rapport : entre 0,50 et 0,55, injecter 50 à 80 c.c. par jour. — entre 0,55 et 0,65 injecter 100 c. c. par jour ; — au-dessus de 0,65, 150 c. c. le premier jour, puis 100 c. c. Parfois on peut aller jusqu'à 200 à 300 c. c., on continue le traitement plusieurs jours.

Les résultats sont excellents, le rapport s'abaisse vite ; mais il faut savoir qu'il ne s'agit là que d'un traitement symptomatique ; il ne fait que placer l'organisme dans de meilleures conditions de défense.

Mais, en cours de traitement, il ne faut pas se contenter de suivre les variations du rapport. Il faut étudier le taux de la chloropénie, souvent au cours du traitement, le Cl diminue par trop et, pour éviter des accidents, il faut injecter du liquide de Ringer. Bref, varier la thérapeutique, selon les cas.

Rapport et chlorémie élevée : bicarbonate de soude.

Rapport élevé et chlorémie basse : bicarbonate et Ringer.

Rapport élevé avec ClGl élevé, ClPl au-dessous de la normale il faut ou injecter les deux sérums, ou simplement le bicarbonate, mais en suivant de très près le taux du Cl.

Bref, ce qui donne la thérapeutique de l'acidose, c'est le rapport du Cl globulaire au Cl plasmatique ; c'est lui qui indique les doses à fournir. En deuxième lieu, vient le taux propre du Cl sanguin qui peut faire modifier légèrement le traitement. Le taux de la R. A. n'intervient pas.

Pour bien montrer son peu d'importance, l'auteur dans un dernier chapitre, étudie les quelques cas, en apparence paradoxaux, de R. A. élevée au cours d'acidose. Nous avons déjà vu dans quelles circonstances se produisent de telles éventualités :

1° obstacle à la ventilation pulmonaire ; dans quelques cas de lésions pulmonaires aiguës, l'obstacle à la ventilation élève la tension du CO^2 alvéolaire, d'où le taux du CO^2 dissous. La formule $CO^3H^2 + NaCl - HCl + CO^3NaH$ montre qu'il y aura acidose et augmentation du bicarbonate (R. A.) ;

2° en cours de déchloruration ; si au cours de l'acidose, on injecte du bicarbonate de soude, le taux de Cl baisse et on voit la R.A. s'élever de suite et parvenir à des taux importants alors que l'acidose persiste. De même à la suite des vomissements de la sténose pylorique, qui entraînent acidose et déchloruration, la R. A. s'élève à des taux considérables. Dans ces cas, la diminution des chlorures entraîne un accroissement des bicarbonates plasmatiques ; donc élévation de la R. A. Et on peut dire les sels neutres en excès, excitent les centres nerveux d'où hyperventilation, baisse de R. A. C'est l'inverse quand NaCl diminue.

Conclusions générales : la R. A. ne permet pas de poser un diagnostic sûr et il serait dangereux de s'appuyer sur elle pour établir un traitement. C'est la répartition du Cl entre plasma et globules rouges qui seule nous renseigne, seule doit décider de la thérapeutique.

***

Insuffisance rénale aiguë du nourrisson

Cette deuxième partie est plus courte que l'autre. On peut distinguer trois chapitres : 1o rappel de physio-pathologie normale ; 2o mécanisme d'une poussée d'insuffisance rénale aiguë ; 3o traitement.

1o *Rappel de physio-pathologie normale.* — Le taux de l'urée sanguine est de 0,30 par litre ; dans l'urine, il est de 25 grammes. Le rein a donc le pouvoir de concentrer l'urée dans l'urine. Quand on réduit progressivement les boissons, il est un moment où la concentration de l'urée urinaire ne peut être dépassée : il y a une concentration maxima qui est de 50 à 60 grammes par litre. Cette concentration maxima est liée non à la quantité, mais à la qualité du parenchyme rénal ; elle ne varie pas après néphrectomie unilatérale.

Chabanier a montré que l'hyperazotémie est due à une seule et même cause, l'oligurie relative : soit que le volume urinaire diminue, soit que la concentration maxima s'abaisse, soit que ces deux facteurs jouent.

Si la concentration maxima reste à 50 grammes au cours d'une hyperazotémie, on peut affirmer que le rein est peu touché, il y a juste diurèse insuffisante (cardiaque oligurique). Si l'urée urinaire a une concentration de 20 grammes et que l'azotémie reste élevée ou même augmente c'est la concentration maxima qui est abaissée, le rein est touché. C'est la diminution de la concentration maxima qui marque l'importance de la néphrite fonctionnelle.

Chez le nourrisson, il en est de même. L'azotémie est de 0,15, la concentration maxima de 50 grammes, l'hyperazotémie dépend des mêmes facteurs que chez l'adulte.

2o *Mécanisme des poussées d'insuffisance rénale aiguë du nourrisson.* — L. Blum montre, le premier, que le premier moteur de ces poussées est une variation importante du Cl tissulaire.

Quand il y a brusque déchloruration, aussi bien chez l'adulte que chez le nourrisson (sténose pylorique), l'azotémie s'élève ; si on injecte du sérum salé hypertonique, le Cl s'élève, l'azotémie redevient normale. Ce n'est pas une néphrite organique car il n'y a ni cylindrurie ni albuminurie.

Chabanier et Lobo Onell montrèrent que c'est bien à l'oligurie relative qu'est due l'hyperazotémie : le débit urinaire et la concentration maxima baissent et ils expliquent ces faits de la manière suivante : la déchloruration abaisse l'équilibre ionique de la cellule rénale en gênant le fonctionnement d'où néphrite fonctionnelle. Une fois l'équilibre rétabli par l'injection de Cl, tous les troubles disparaissent.

Il en est de même en cas d'hyperchloruration, fait des plus fréquent chez le nourrisson. Dans ces cas le Cl globulaire est toujours plus augmenté que le Cl plasmatique (ClGl/ClPl élevé). L'anurie est presque complète ; il y a hyperazotémie ; l'injection massive de sérum bicarbonaté qui a un effet déchlorurant abaisse vite l'azotémie.

Conclusion : les poussées d'insuffisance rénale dues à une oligurie relative (par baisse de concentration maxima, par oligurie vraie ou par les deux réunies) sont secondaires à une brusque variation de la teneur en Cl de la cellule rénale, il y a un équilibre optimum, l'hyper ou l'hypochlorémie entraîne un mauvais fonctionnement cellulaire. Mais ce qu'il importe de comprendre, c'est qu'il ne s'agit pas de lésion organique du rein, mais d'un simple trouble fonctionnel qui cède dès qu'on remet le rein dans les bonnes conditions de travail.

3o *Le traitement de l'insuffisance rénale aiguë* est différent selon les cas, mais se bornera toujours à rétablir l'équilibre en Cl.

A) Il y a hyperchlorémie. Si le rapport ClGl ClPl est peu modifié, tout se passe comme s'il y avait seulement diminution de la teneur en eau du sang.

On ne peut injecter de sérum de Ringer (car il y a déjà trop de Cl) ni de sérum bicarbonaté (puisque ClGl ClPl est normal). On injecte 100 à 400 c. c. de sérum glucosé, répété pendant quelques jours, en plus 4 unités pour 100 c. c. d'insuline (insuline non purifiée — insuloxyl — pour éviter les accidents d'hypoglycémie). La chlorémie baisse, le rapport reste normal (s'il baisse aussi, on réinjectera du sel) l'azotémie redevient vite à la normale.

Si ClGl ClPl est augmenté, il y a plus que simple diminution en eau, il y a, ainsi que nous l'avons vu, trouble de l'équilibre acide base avec acidose, il faut injecter du sérum bicarbonaté, au taux que Max Lévy a indiqué dans la première partie de l'ouvrage. Il faut, après deux ou trois jours, refaire un examen de sang pour éviter l'hypochlorémie.

En cas d'oligurie nette, donner 5 centigrammes par jour de théobromine.

B) S'il y a hypochlorémie, injecter du sérum salé 50 à 300 c. c. selon le poids du patient et la perte de Cl.

Conclusion : les poussées d'insuffisance rénale aiguës, vraies néphrites fonctionnelles et non dues à des lésions organiques, sont dues à une variation de la chlorémie tissulaire que traduit la teneur en Cl des globules rouges. C'est elle qui permet de choisir le traitement et d'en suivre les effets.

Jacques Lemant.

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Dermatologie et vénéréologie

Certaines dermatoses sont sous la dépendance de lésions dentaires. Ce n'est pas chose nouvelle que d'affirmer les rapports existants entre les affections cutanées et les lésions dentaires.

Il n'est cependant pas inutile d'attirer à nouveau l'attention des médecins praticiens sur les répercussions que peuvent avoir l'un sur l'autre la peau et le système dentaire. MM. Ch. Flandin et Sassier ont vu guérir rapidement, après une thérapeutique dentaire banale, un certain nombre de malades atteints d'affections de la peau les plus diverses et chez lesquels les traitements externes avaient totalement échoué. Ces deux auteurs, ayant depuis deux ans collectionne un certain nombre d'observations relatives à l'interrelation des affections cutanées et des irritations alvéolo-dentaires résument succinctement les plus caractéristiques.

C'est le cas d'une femme, qui après chaque pansement à l'acide arsénieux présente une éruption d'urticaire généralisée. Dans deux autres cas c'est à la suite de pansements formolés que l'urticaire apparaît. Dans une observation du Docteur Frey, une jeune enfant fait une poussée de prurigo à chaque éruption dentaire. Les observations de pelade d'origine dentaire qui ont été publiées sont trop nombreuses pour qu'on y insiste.

C'est une éruption d'herpès qui survient après une extraction ou simplement même après une banale poussée d'arthrite ou au cours de l'évolution d'une dent de sagesse inférieure. Chez un étudiant de 22 ans une poussée d'acné juvénile disparut après un traitement dentaire. Dans un cas, un zona cervico-facial apparut à l'occasion d'un accident d'éruption d'une dent de sagesse inférieure et disparut après l'extraction de celle-ci.

Chez une jeune fille de 18 ans, un eczéma apparut à la suite d'un pansement à l'acide arsénieux. A l'inverse, et ce sont les cas les plus nombreux, *il existe des eczémas qui disparaissent à la suite d'un traitement dentaire.* A remarquer cependant que certains porteurs d'eczéma rebelles dont les dents étaient mauvaises n'ont pas été guéris par le traitement dentaire seul. Certaines dermatites microbiennes, quelques pyodermites bénéficient elles aussi, des soins dentaires. Un sycosis durant depuis six mois et ayant résisté à tous les traitements, disparut rapidement à la suite d'un détartrage.

La pathogénie de ces accidents est probablement de trois ordres : réflexe, infectieuse, anaphylactique ; il est souvent difficile de discriminer ce qui revient à l'un ou à l'autre de ces facteurs. Il existe un terrain, un facteur constitutionnel variable chez chaque individu ; la réaction cutanée ne se produit souvent qu'à la suite de la conjonction des irritations organiques les plus diverses : intestinales, ovariennes, hépatiques, etc.,

les lésions dentaires n'agissant que comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

En résumé, les relations entre les lésions dentaires et certaines maladies cutanées sont plus fréquentes qu'on ne le pense.

« Ignorées des praticiens parce que dans les grands traités classiques on n'a pas attiré leur attention sur ce point.

Ignorées des dermatologistes, qui, pour la plupart, se désintéressent complètement, sauf dans certaines circonstances, de la denture de leurs malades.

Ignorées des stomatologistes qui, trop souvent, restent confinés dans leur spécialité et n'étendent pas assez chez leurs patients le champ de leurs investigations. »

(Ch. Flandin et P. Sassier. Affections cutanées et système dentaire. *La Presse Médicale*, 1er février 1933.)

La dénomination de « syphilis implacable » s'applique à certaines formes graves de la syphilis qui, plus ou moins rapidement, évoluent, quoiqu'on fasse, quelque traitement que l'on applique, vers une issue fatale. Cette forme grave de la syphilis est délimitée de la façon suivante par A. Galliot qui en a observé six cas.

Syphilis survenant chez des hommes jeunes non tarés, ne présentant pas les facteurs de gravité de Fournier (appauvrissement de la constitution et défectuosité d'hygiène) — Syphilis à manifestations primaires et secondaires normales, disparaissant normalement dans les délais habituels. — Pas de récidives cliniques des accidents secondaires ; ce qui différencie nettement cette forme de la syphilis maligne précoce. — Persistance constante de la positivité de la séro-réaction du Bordet-Wassermann et des réactions analogues, quel que soit le traitement employé, arsenicaux trivalent et pentavalent, bismuth soluble et insoluble, mercure, iodure. — Période de latence clinique de plusieurs années ; puis apparition de phénomènes nerveux ou viscéraux qui évoluent fatalement malgré toute thérapeutique.

Cette forme, relativement rare, a été un peu oubliée. A signaler cependant que Chevalier a, à plusieurs reprises, insisté sur les formes *surgraves* de la syphilis. On trouve, dans la littérature, toute une série d'observations de formes graves de la syphilis qui peuvent parfaitement se rattacher à la syphilis implacable.

Au point de vue étiologique, tout n'est qu'hypothèse. On peut en envisager trois :

1° *La graine* : une virulence spéciale du tréponème. Cette hypothèse n'est pas à retenir.

2° *La question du terrain* : c'est l'hypothèse la plus vraisemblable.

3° *La carence de l'organisme à assimiler et transformer les médicaments qui lui sont administrés*. Hypothèse séduisante qui n'est confirmée par aucune donnée expérimentale.

Ces lignes extraites du Traité de syphiligraphie de Fournier, sont toujours d'actualité :

« Vainement, en pareil cas, s'efforce-t-on de fouiller dans le passé et l'état actuel, d'interroger les antécédents personnels ou héréditaires, de rechercher les conditions quelconques susceptibles d'avoir pu compliquer la syphilis d'un élément nocif étranger, on ne trouve rien, absolument rien qui soit de nature à élucider le problème, et finalement, on reste en face de ceci : syphilis grave sans raison d'être grave. Aussi bien mes cartons ne sont-ils que trop riches en observations portant l'étiquette suivante : « Syphilis intense ou maligne, pas de facteur appréciable de malignité ».

« Et cependant il faut bien que de telles syphilis aient une raison, un pourquoi, pour être ce qu'elles ont été ; il faut bien qu'elles aient eu un facteur quelconque de gravité, car, en pathologie comme en toutes choses, le simple hasard n'est pas de mise et tout phénomène a sa cause ».

(A. Galliot. La syphilis implacable. *Paris Médical*, 4 mars 1933).

Obstétrique

La fonction de reproduction place-t-elle la femme, jusque-là bien portante, dans des conditions propices à l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire ? Pour M. Couvelaire, l'éclosion de la tuberculose à l'occasion de la fonction de reproduction serait rare et d'autant moins fréquente que les conditions d'hygiène dans lesquelles s'accomplit la fonction maternelle sont meilleures. Dans sa clientèle privée, l'auteur sur 1.800 accouchées, n'a observé qu'une femme qui, jusque-là bien portante, devint tuberculeuse après son accouchement. Dans le milieu hospitalier, la proportion est encore faible, mais notablement plus élevée : on trouve en moyenne 11 tuberculeuses sur 1.000 femmes venant avorter ou accoucher — trois ou quatre seulement ayant vu leur maladie débuter au cours d'une gestation ou d'un allaitement. C'est le surmenage accompagnant la gestation qui engendre un état favorable à l'éclosion de la tuberculose.

La fonction de reproduction ne favorise pas réellement par elle-même l'éclosion de la tuberculose, mais elle représente un risque certain pour les femmes qui ont à supporter en même temps un surmenage et des conditions d'existence incompatibles avec l'état de gestation, la parturition et l'allaitement.

La fonction de reproduction a-t-elle une influence sur l'évolution d'une tuberculose pulmonaire préexistant ou non à la gestation ? Toutes les éventualités sont possibles, chaque femme présentant vis-à-vis de la gestation une réaction qui lui est propre. Il n'apparaît pas que la gestation ait une action bien marquée sur les formes scléreuses et les formes à évolution torpide ; par contre elle est intense sur les formes évolutives et ulcéro-caséeuses.

C'est ainsi que sur 370 malades appartenant à cette catégorie, 200 sont mortes dans l'année qui suivit l'accouchement. A noter l'influence néfaste des gestations répétées et surtout rapprochées : le moment de l'évolution de la maladie où a débuté la gestation a également une certaine importance.

Mortalité de 27,4 p. 100 chez les malades dont la tuberculose a débuté plus d'un an avant la gestation ;

Mortalité de 34 p. 100 chez celles dont la maladie a précédé la gestation de six à douze mois.

Mort survenant dans 45 p. 100 des cas lorsque le début remonte à moins de six mois ;

Mortalité s'élevant à près de 55 p. 100 lorsque le début coïncide avec la gestation.

Les poussées évolutives qui débutent ou se prolongent dans les derniers mois de la gestation sont spécialement graves : elles entraînent la mort dans 77 p. 100 des cas, lorsqu'elles surviennent ou reprennent dans les suites de couches immédiates, la mortalité atteint presque 100 pour 100.

Conclusion : « Si beaucoup de tuberculeuses supportent parfaitement leur gravidité, un certain nombre voient cependant leur maladie aggravée. L'aggravation n'est peut-être qu'une accélération aboutissant à une mort prématurée. Le rôle néfaste de la puerpéralité n'en existe pas moins dans ces cas, et on ne peut nier que, précipitant l'évolution vers une mort plus rapide, la gestation ne soit trop souvent une éventualité défavorable chez beaucoup de tuberculeuses »

L'évolution de la tuberculose maternelle a-t-elle une influence sur le fœtus, et quel est l'avenir des enfants issus de mères tuberculeuses ?

Un certain nombre d'enfants, issus de mères tuberculeuses, meurent très rapidement après la naissance (7 p. 100). Ces enfants sont généralement issus de femmes gravement atteintes qui succombent le plus souvent peu après leur accouchement.

Au cours du premier mois de la vie 10 p. 100, — apparemment susceptibles de s'élever facilement — meurent.

Entre 6 semaines et 3 mois, il n'en meurt environ que 5 p. 100.

Entre 3 mois et 3 ans environ 3 à 4 p. 100. Le virus tuberculeux qui passe de la mère à l'enfant ne produit pour ainsi dire jamais de lésion tuberculeuse. Sur un millier d'enfants, l'auteur n'a vu que deux cas certains de tuberculose congénitale avec constatation de lésions spécifiques.

Conclusion : « Un nombre non négligeable de nouveau-nés portent bien la marque non forcément spécifique d'une ascendance pathologique, mais, dans la majorité des cas, l'enfant issu de mère tuberculeuse ne peut être tenu pour une non-valeur à la condition qu'il soit protégé contre les infections post natales, soit par la séparation, soit par la vaccination de Calmette, soit, et mieux encore, par ces deux procédés de prophylaxie associés ».

Quelle conduite tenir en présence de l'association tuberculose pulmonaire et gestation ?

Sous quelque forme qu'on l'envisage, l'interruption de la gestation, en cas de tuberculose apporte des déceptions « Je ne me reconnais pas actuellement le droit d'imposer d'une façon habituelle un avortement à une femme atteinte d'une tuberculose pulmonaire aggravée par la gestation. Et je suis disposé à me refuser ce droit, tant que je ne serai pas en mesure d'offrir à la mère des avantages certains pour elle, qui soient capables de compenser la perte réelle de son enfant ».

Il faut déconseiller la maternité aux tuberculeuses tant que leurs lésions ne sont pas cicatrisées depuis plusieurs années. Avant et pendant la gestation et après l'accouchement le pneumothorax artificiel, les sels d'or amènent une prolongation de survie et abaissent le pourcentage de mortalité dans l'année

qui suit l'accouchement. Il faut, en outre, placer la femme gravide dans les meilleures conditions d'hygiène générale.

(Leçon clinique du Professeur Couvelaire. Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction. *Paris Médical*, 17 déc. 1932.)

Urologie

La question du traitement chirurgical de la tuberculose rénale se pose, en général, de la façon suivante :

« La nature tuberculeuse de la cystite étant précisée, il n'y a lieu de continuer les examens que chez les malades opérables. Les polytuberculeux, les malades trop âgés ne seront sûrement pas opérés ; il devient sans intérêt de savoir si un seul rein ou les deux sont atteints.

« Le mauvais état général ou l'azotémie élevée pourront être interprétés de diverses façons et ne constituent pas toujours une contre-indication opératoire.

« L'on devra ensuite s'efforcer de localiser les lésions tuberculeuses. Dans le cas habituel, la tuberculose est unilatérale et la néphrectomie doit être faite aussi tôt que possible. Il y a, en effet, tout intérêt à ne pas laisser s'établir des lésions vésicales importantes qui mettent ensuite fort longtemps à guérir, l'opération doit être faite en un temps, elle ne sera faite en deux temps que s'il s'agit d'une pyonéphrose tuberculeuse avec azotémie élevée et mauvais état général : nephrostomie d'abord simple opération de drainage, puis néphrectomie secondaire.

« En dehors du cas particulier de la pyonéphrose tuberculeuse, l'azotémie élevée est une contre-indication opératoire et elle est le plus souvent synonyme de bilatéralité. Si la localisation précise est impossible, mais que l'ensemble des examens nous permette de penser qu'il s'agit là d'un cas favorable presque sûrement unilatéral, nous aurons recours à la lombotomie double qui, parfois, nous montrera des lésions bilatérales et aura été une opération inutile, mais qui, plus souvent, nous permettra d'enlever le rein malade et de guérir des malades condamnés sans cela.

« Lorsque les lésions sont bilatérales, quelques chirurgiens enlèvent le rein le plus malade, lorsqu'il y a une grande différence fonctionnelle entre les deux reins. Nous pensons que, sauf le cas particulier de cystite intense et intolérable que l'on doit chercher à améliorer, il vaut mieux s'abstenir, les lésions tuberculeuses du rein restant continueront à progresser et nous ne pouvons pas espérer guérir ces malades. »

(P. Gaume. Indications opératoires dans la tuberculose rénale. *Le Bulletin Médical*, 25 février 1933.)

Hygiène

La mortalité par groupe d'âge et la mortalité corrigée est plus élevée à la ville qu'à la campagne.

Cependant pour le groupe d'âge de 20 à 39 ans c'est à la campagne qui montre la plus forte mortalité

La mortalité de 20 à 39 ans à la campagne semble due à la tuberculose, importante à cette âge en valeur absolue et relative (la moitié des décès).

Cette surmortalité par tuberculose de 20 à 39 ans peut s'expliquer par l'arrivée à la campagne de malades des villes qui viennent y chercher ou y retrouver le « bon air » ; *mais ce n'est qu'une hypothèse* qui devrait être vérifiée sur le terrain.

Les tuberculeux en cure libre constituent un grave danger social, surtout en milieu non allergique, si l'organisation antituberculeuse ne peut les prendre en charge, les suivre et les prendre en charge à nouveau.

Le danger s'accroîtra d'une manière catastrophique si les Unions de Caisses d'assurances sociales ne sont pas amenées à collaborer étroitement avec les organismes de défense de la santé publique, non par des preuves de *détail*, mais selon un *programme* national basé sur l'autorité, la responsabilité et la technicité.

Toutes les études sur les causes de mort ne peuvent avoir actuellement qu'une utilité et un but : inciter nos confrères, médecins praticiens, à déclarer les causes de décès.

(R.-H. Hazemann. La cure libre de la tuberculose provoque-t-elle une surmortalité apparente des jeunes adultes à la campagne ? *Le Mouvement sanitaire*, janvier 1933.)

Thérapeutique

L'ergostérol irradié donne dans le traitement de l'ostéomalacie des résultats aussi complets que possible et d'une remarquable constance. L'observation publiée il y a deux ans, par MM. Harvier et Lafitte, les observations rapportées dans les pays de langue allemande, démontrent de façon éclatante l'action de l'ergostérol irradié dans le traitement de l'ostéomalacie. Dans tous ces cas, les mêmes résultats remarquables ont été obtenus, en quelques semaines, avec des doses d'ergostérol irradié variant de 5 milligrammes à 1 gramme *pro die*. A côté de la grande ostéomalacie, il ne paraît pas douteux qu'il existe des formes atténuées, moins rapidement progressives, peu déformantes, des formes de début sans signes objectifs très appréciables. Dans trois cas d'ostéoporose rachidienne douloureuse du vieillard, individualisée par Decourt et Kaplan comme des formes frustes d'ostéomalacie, en raison des caractères cliniques, radiologiques et humoraux de l'affection — l'ingestion d'ergostérol irradié à des doses variant entre 3.000 et 6.000 unités rat antirachitiques par jour, soit seul, soit associé à l'administration de chlorure de calcium, provoqua en quelques semaines la disparition totale des douleurs osseuses, l'amélioration de l'état général et la disparition de la dépression psychique. Dans un cas, de nouvelles radiographies montrèrent la recalcification. Dans un autre cas qui s'accompagnait d'hypocalcémie, l'examen humoral montra un retour du calcium sanguin à la normale.

Les doses de 3.000 à 6.000 unités-rat peuvent être longtemps administrées, même à des sujets âgés, sans qu'on observe aucun incident, à condition que la médication soit, de temps à autre, interrompue. Harvier conseille de la suspendre trois jours par semaine. Il sera prudent de rechercher périodiquement les signes pouvant traduire une intolérance : albuminurie, cylindrurie, hyperazotémie, hypercalcémie, signes radiologiques de calcification artérielle.

Il paraît probable que l'étiologie de l'ostéomalacie n'est pas univoque, et que, selon les cas, voire dans un même cas, divers facteurs peuvent entrer en ligne de compte : un défaut d'apport calcique, une carence vitaminique, des troubles endocriniens, une perturbation de l'équilibre physico-chimique du sang, etc.

Ces notions font comprendre que le traitement de l'ostéomalacie ne puisse probablement se résumer dans l'administration de l'ergostérol irradié. L'ingestion simultanée de sels calciques paraît être un adjuvant utile, sinon nécessaire. Il convient aussi, de fournir aux malades une ration alimentaire bien équilibrée et de veiller au bon fonctionnement de leur tube digestif.

Il serait intéressant d'essayer à nouveau l'emploi de l'huile de foie de morue, qui constituerait peut-être dans certains cas, une médication supérieure aux préparations d'ergostérol irradié, en raison de sa teneur en vitamine A et B, dont la présence peut être utile chez des sujets soumis à des carences complexes. L'emploi des rayons ultra-violets pourrait être éventuellement indiqué.

(J. Decourt et S. Kaplan. Le traitement de l'ostéomalacie par l'ergostérol irradié. *Paris Medical*, 3 décembre 1932.)

La vagotonine extraite du pancréas, diffère en tous points de l'insuline et des diverses substances à action hypotensive immédiate (angioxyl, paduline) que l'on peut aussi retirer de cet organe. Son caractère hormonal a été établi par des expériences d'ablation du pancréas, de transfusion de sang veineux pancréatique et de sang carotidien. Dans la macération alcoolique de pancréas, elle est séparée de l'insuline à l'aide du chloroforme, purifiée par précipitations successives et fractionnées au chlorure de sodium et au chlorure de lithium dialyses, ultra-filtration et reprise sous forme de picrate. Ces opérations permettent d'obtenir un produit à purification très poussée, bien débarrassé de l'insuline et des substances à action hypotensive immédiate que l'on trouve dans la plupart des extraits d'organes.

L'étude clinique de la vagotonine met en évidence la valeur thérapeutique de cette hormone pancréatique dans l'hypertension.

L'administration de vagotonine est suivie d'une chute lente, progressive, d'une durée prolongée, de la pression artérielle.

Elle semble particulièrement efficace chez les hypertendus sympathicotoniques, à tonus vaso-constricteur élevé.

Elle paraît être un hypotenseur régulateur de la pression actif surtout aux périodes d'ascension tensionnelle.

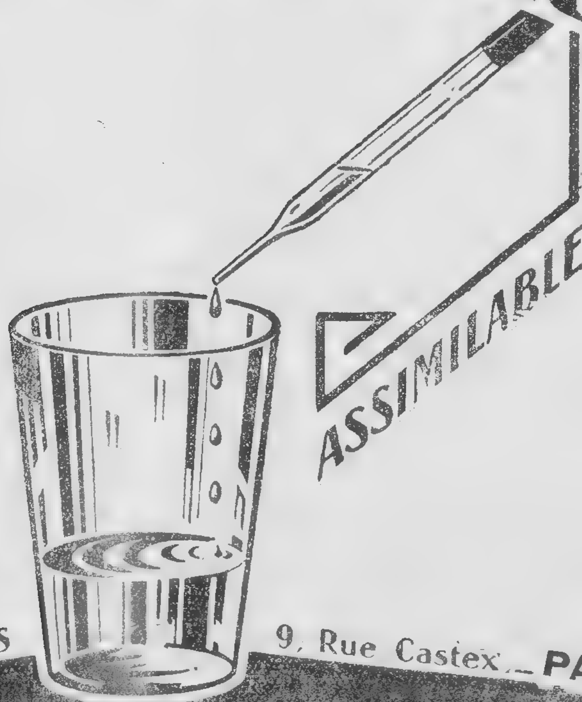
Elle est sans action chez les sujets présentant une tension artérielle normale.

Elle s'est montrée inefficace dans certains cas d'hypertension encore mal définis.

Son emploi thérapeutique ne présente aucun danger ni aucun inconvénient grave. En dehors de quelques cas d'urticaire, aucun incident sérieux n'a été observé avec les doses normales.

Pratiquement il est aisé de préciser l'indication de la vagotonine et de préjuger de l'efficacité du traitement par la constatation d'un abaissement tensionnel notable deux heures après une injection de 20 milligr.

Pour prévenir l'apparition de phénomènes d'intolérance, à


ASSIMILABLE

vrai dire très bénins, on emploiera la skeptophylaxie au début de chaque série nouvelle, surtout chez les vagotoniques.

La vagotonine paraît être surtout le médicament des hypertensions oscillantes, paroxystiques, où elle semble vraiment jouer le rôle d'une hormone régulatrice.

(Abrami, Santenoise et Bernal. Effet de la vagotonine dans l'hypertension artérielle. *La Presse Médicale*, 1er mars 1932.)

Le régime lacté demeure peu indiqué au cours des diverses formes de la lithiase rénale. «Il est trop azoté pour la lithiase urique, trop alcalinisant pour la lithiase phosphatique, trop apte aux fermentations intestinales pour la lithiase oxalique ; mais ces divers points étant établis, on pourra utiliser le lait à doses modérées et pour un temps limité spécialement lorsqu'un incident fébrile rattaché à la lithiase (infection urinaire) ou complètement indépendant (infection grippale par exemple) se surajoute à l'état pathologique antérieur, le régime lacté pur n'est pas indiqué ; plus souvent il s'agit d'un régime mitigé qui sera prescrit.

Ne prononçons donc pas une mesure d'ostracisme vis-à-vis du lait, mais formulons un emploi occasionnel et judicieux. »

(Henri Paillard. Régime lacté et lithiase rénale. *Le Journal Médical français*, janvier 1933.)

Varia

Pratiquement, le fait qu'une hémoculture reste stérile n'autorise nullement à rejeter l'existence d'une endocardite en pleine évolution. Le diagnostic d'endocardite n'est qu'exceptionnellement un diagnostic de certitude. Il ne peut être posé que sur des présomptions.

.... La notion d'endocardite, dès qu'elle vient à l'esprit comme elle y doit venir, jette de la clarté sur bien des situations obscures. Il faut y insister, parce que c'est une notion juste : *L'endocardite est une et son rôle en pathologie est immense*.

(Maurice Renaud. Encore l'endocardite. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, janvier 1933.)

***

Ne se trompe-t-on pas bien souvent dans tous ces cas où l'on s'arrête au diagnostic de syphilis nerveuse, sans preuve objective précise et qu'on ne vérifie pas automatiquement ? J'en suis, pour ma part, intimement persuadé, n'ayant encore jamais eu, depuis que je fais des autopsies, l'occasion pourtant si désirée, de voir de mes yeux une lésion inflammatoire en foyer de névraxe qui répondit à la description qu'on donne des gammes syphilitiques.

La notion de la fréquence et de l'importance des processus syphilitiques s'est si bien enracinée que chacun lui sacrifie.

(Maurice Renaud. Tumeurs cérébrales. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, janv. 1933.)

***

Si nous jetons un coup d'œil général sur les arythmies, nous voyons que ces *grandes vedettes de la pathologie cardiaque* comme je les ai appelées, sont bien loin de mériter dans la pratique courante l'importance à peu près inaccessible au commun, où les a haussées la méthode graphique, elles ne sont que des symptômes, elles n'existent pas en soi. La valeur qu'elles peuvent prendre ne leur vient que du tableau symptomatique dont elles font partie.

(Professeur Micheleau, de Bordeaux. Arythmies. *Gazette des hôpitaux*, 11 mars 1933.)

***

Il me paraît vraisemblable que beaucoup d'ostéites typhiques, sinon toutes, révèlent du tréponème et non du bacille d'Eberth, et que par conséquent, au lieu de trépaner les os des patients, il serait aussi bon, sinon meilleur et plus rapide, de les soumettre au traitement antisyphilitique... De toute façon, il me paraît indispensable, avant de porter le diagnostic de périostite typhique, d'analyser si par hasard la lésion osseuse n'est pas une ostéite syphilitique réveillée par la fièvre typhoïde.

(G. Milian. Fièvre typhoïde. Syphilis et périostite. *Paris médical*, 4 mars 1933.)

***

En pratique, lorsqu'un individu souffre de son intestin, de son estomac ou de ses lombes, lorsque la thérapeutique usuelle est inopérante, il ne faut pas considérer qu'on a examiné complètement son malade tant qu'on n'a pas pensé à la lithiase urinaire. Une radiographie vient généralement montrer le corps du délit : la radiographie systématique passera dans la coutume médicale ; certains malades peuvent la refuser parce qu'ils la trouvent un peu onéreuse et c'est peut-être la cause de certains retards de diagnostic ; mais le médecin devra tout de même l'imposer, si l'examen de l'uro-sédiment frais montre la présence du sang.

(Henri Paillard. Remarques sur la lithiase rénale. *Journal Médical français*, févr. 1933.)

***

Sans être une panacée universelle, le gluconate de chaux mérite de prendre une place importante dans la thérapeutique rhumatismale. Il remplacera quelquefois avec avantage la chrysothérapie, et aura sur elle la supériorité de ne connaître aucune contre-indication.

(J. Graber-Duvernay, d'Aix-les-Bains. Etude sur le traitement des polyarthrites chroniques par le gluconate de chaux. *Concours Médical*, 5 février 1933.)

***

Picqué dit que sous la dénomination générale de psychose post opératoire, on doit désigner tout trouble intellectuel qui peut survenir à la suite d'une opération, quelle que soit la forme réelle ou l'origine de ce trouble psychique, mais dit-il, il faut *bien faire la distinction entre les vraies psychoses post-opératoires et les simples délires symptomatiques post-opératoires*.

(Professeur Mauclaire. Psychoses puerpérales et psychoses vraies post opératoires. *La Médecine*, décembre 1932.)

***

Le thorium X, dans les arthrites blennorragiques, nous a donné des résultats suffisamment encourageants et parfois même inespérés pour que nous conseillions son emploi : c'est tout ce qu'on peut demander à une méthode qui n'a pas la prétention d'être infaillible et de guérir tous les cas.

(F. Marsan. Traitement de l'arthrite blennorragique par le thorium X. *L'Hôpital*, février 1933.)

***

D'une façon générale, sans méconnaître aux médecins traitants le droit de donner leur opinion sur le taux d'une incapacité ou d'une invalidité résultant d'une blessure ou d'une maladie qui fera l'objet d'une expertise, j'estime qu'ils feront bien de renoncer à ce droit et de s'abstenir de préciser, dans leurs certificats ce quantum de diminution de la capacité de travail.

(Gaussel. La fixation du taux d'incapacité dans les certificats médicaux. *Paris Médical*, 19 novembre 1932.)

***

Ce qu'il importe avant tout *de ne pas faire* après un traumatisme musculaire, c'est de masser la région contuse. La proscription du massage après la luxation du coude est de notion courante, mais on n'a pas assez redit son déplorable rôle dans les contusions musculaires. Le massage est de ces morts qu'il faut retuer souvent.

(Pr. Paitre, du Val-de-Grâce. Les bases du traitement des ostéomes musculaires traumatiques. *La science médicale pratique*, 1er juin 1932.)

« Quand j'ai commencé mes études médicales, à la Charité, en 1903, chez mon maître Bergé, je me souviens que, le premier matin, j'avais été frappé de l'abondance des pots de lait qu'on répartissait entre les malades et j'en avais retiré comme impression de débutant que dans toutes les maladies, on devait boire du lait. Le régime lacté était à l'époque, en effet, infiniment plus répandu qu'aujourd'hui et, il n'y avait guère d'affection gastrique ou rénale qui ne fût considérée comme justiciable du régime lacté intégral. La prescription du régime était en quelque sorte automatique. Il n'en est heureusement plus de même aujourd'hui et mon bon maître le Professeur Castaigne a bien aidé à sortir de la routine lorsqu'il a fixé que le régime lacté était loin de convenir à toutes les néphrites. Mais ce qui m'a surpris — et qui va étonner beaucoup d'entre nous — a été de constater qu'un demi-siècle plus tôt, la faveur du lait était bien moindre. Nous allons le voir, en relisant les œuvres de trois maîtres qui furent les grands enseigneurs de leur époque : Grisolle, Trousseau et Jaccoud. » (Docteur H. Godlewski. Le régime lacté, sa faveur présente et passée. *Journal Médical français*, janvier 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1933

Les zones de cancer au Havre. — *MM. Loir* et *Legangueux.* — Le total des décès au Havre pour la periode de dix ans 1920 1929 s'élève à 30.118, celui des décès de cancer pour la même periode à 2.286, soit 1 décès de cancer pour 13 décès généraux.

Au lieu d'examiner les décès qui se sont produits par maisons, MM. Loir et Legangneux prennent les décès qui se sont produits par zones. C'est ainsi que dans quatre groupes comprenant 1.954 habitants, ils ont enregistré 428 décès, dont 143 par cancer, ce qui donne comme décès par cancer une proportion de 38,89 pour 100 décès alors que pour la ville entière on n'a qu'une proportion de 7,59.

Ces zones se trouvent dans un terrain d'éboulis où circule l'eau de nombreuses sources qui ne sont pas suffisantes pour être captées.

Proportions des sérums neutralisants chez des adultes français n'ayant jamais présenté de signes de poliomyélite mais ayant habité des localités où a été observée cette maladie. — *M. Netter.*

L'épisode miliaire évolutive au cours de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. — *MM. Rist* et *Doubrow.*

Méningite purulente septique à streptocoques hémolytiques d'origine orbitaire. Traitement par la chirurgie, le sérum antistreptococcique de Vincent, l'abcès de fixation et les transfusions sanguines. Guérison. — *MM. Canuyt, Tassowatz* et *Wild.* — L'observation que publient les auteurs montre une fois de plus *les effets heureux du traitement au sérum antistreptococcique de Vincent associé aux transfusion et à l'abcès de fixation dans les infections streptococciques.* Il a permis de sauver cette malade atteinte de méningite purulente septique à streptocoques. De plus cette observation montre qu'il n'est pas indispensable d'injecter ce sérum dans le canal rachidien et qu'il agit fort bien par son administration dans la circulation générale, surtout par la voie intraveineuse. Ensuite, ce cas fait voir de nouveau que les ponctions lombaires quotidiennes, en dehors de leur effet curateur, forment un précieux élément de pronostic. Elles permettent d'étudier au jour le jour l'évolution de la maladie, et l'étude du liquide (nombre des cellules, formule cytologique, état des globules blancs, etc.) fait prévoir l'évolution de la méningite vers la mort ou la guérison bien avant que les symptômes cliniques puissent renseigner à ce sujet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 mars 1933

Splénome à métastase pleuro-pulmonaire. — *MM. Jean Paraf* et *A. Abaza,* relatent l'observation d'une malade de 60 ans, entrée dans le service pour un épanchement pleural gauche, avec altération profonde de l'état général.

A l'autopsie, on constate l'existence d'un sarcome de la rate propagé par continuité à la coupole diaphragmatique et à la base du poumon gauche et de métastases pleuro-pulmonaires. Ce sarcome splénique réalise le type du splénome massif, décrit par le Professeur Ménétrier, tumeur très caractérisée par son aspect macroscopique massif et non diffus à tout l'organe ; microscopiquement, par une cellule très polymorphe avec formes géantes derivant du mononucléaire de la pulpe splénique. Le reste de la rate présentait des signes d'inflammation chronique sclécrosante.

M. Menetrier confirme qu'il s'agit bien de l'aspect décrit par lui sous le nom de splénome.

Acrocéphalosyndactylie, (Maladie d'Apert) chez un hérédo-syphilitique. — *M. Roch* (Genève) présente l'observation illustrée de photographies et de radiographies, de cette curieuse affection congénitale caractérisée par une voussure de la partie supérieure du crâne qui est au contraire aplati dans la région occipitale ; la face est comme enfoncée dans la région moyenne ; les doigts et les orteils sont courts et soudés.

M. Apert relate à ce propos deux cas d'acrocéphalosyndactylie chez deux poulets d'un même élevage.

Cancer du corps thyroïde. Thyroïdectomie totale. Myxœdème post-opératoire sans tétanie. Absence actuelle de récidive. — *MM. M. Duvoir G. Küss, Périsson, Jean Bernard* et *Kiepfer* ont vu survenir, apres une thyroïdectomie totale extracapsulaire pour cancer thyroïdien, un grand myxœdème avec abaissement de 50 % du métabolisme basal. Aucun signe d'insuffisance parathyroïdienne ne fut noté. L'opothérapie thyroïdienne amena une amélioration remarquable. Quatorze mois après l'opération, aucune métastase ne s'est manifestée.

Les accidents strumiprives sont devenus aujourd'hui extrêmement rares. Sans doute faut-il, pour une grande part, rendre responsable de leur disparition le remplacement de la thyroïdectomie totale par la thyroïdectomie partielle. Mais les chirurgiens sont actuellement revenus en matière de cancer thyroïdien à l'exérèse totale de la glande et la fréquence du myxœdème post-opératoire ne s'est pas accrue. La senescence de la glande, l'existence des glandules thyroïdiennes accessoires, l'intervention d'un facteur endocrinien non thyroïdien de suppléance sont les différents facteurs que l'on peut invoquer.

M. M. Labbé croit que si le myxœdème post-opératoire est actuellement si rare, c'est que la thyroïdectomie pour cancer n'est jamais absolument totale, ce qui explique d'ailleurs les fréquentes récidives.

M. Hallé rapporte le fait très ancien d'une jeune femme, alarmée par la raucité de la voix, qui permet de découvrir quatre mois après une tumeur de la base de la langue. Après l'extirpation chirurgicale de cette tumeur apparaissent progressivement des signes nets d'insuffisance thyroïdienne, améliorés par le traitement opothérapique. La tumeur était un goitre aberrant ainsi que le montra l'examen histologique.

Blennorragie. Ophtalmie métastatique. Méningomyélite grave. Endocardite curable. — *MM. Duvoir, Pollet. Layani* et *Cachin* présentent un malade de 32 ans qui, au quinzième jour d'une première uréthrite gonococcique, fut atteint successivement d'une ophtalmie métastatique qui nécessita l'énucléation de l'œil, d'un abcès prostatique qui fut incisé, d'une endocardite mitrale curable avec souffle apexien, enfin d'une méningo-myélite à type de compression medullaire.

Ces auteurs concluent, malgré l'hémoculture négative et la présence de quelques staphylocoques dans les pus oculaire et prostatique, à l'origine gonococcique des accidents dont ils notent la rareté. Il convient de souligner l'allure rhumatismale de l'endocardite et l'évolution toute particulière de la méningomyélite qui, trois ans après son début, se présente encore sous la forme d'une paraplegie hyperspasmodique qui paraît définitive. Une telle évolution s'oppose à la marche aiguë et presque toujours mortelle des méningo-myélites transverses gonococciques.

M. Hallé rapporte un cas où l'uréthrite gonococcique fut suivie de diverses complications à distance. Il pense que l'on peut trouver l'explication de ces faits dans de petites embolies infectieuses parties d'une phlébite des corps caverneux, vérifiée histologiquement dans le cas auquel il fait allusion.

Néphrites de l'enfance et ultra-virus tuberculeux. — *MM. Paisseau, Valtis, Van Deinse* et *Patey* ont observé chez des enfants atteints de néphrites aiguës et subaiguës, des intradermo-réactions positives avec un filtrat tuberculeux dans quatre cas où l'intradermo-réaction à la tuberculine à 1 % restait négative.

Ils rapportent l'observation d'un de ces malades atteint de néphrite aiguë avec œdèmes, albuminurie massive, hématuries, azotémie et présence de corps biréfringents dans l'urine. Cette néphrite s'accompagnait d'une réaction péritonéale avec cachexie progressivement croissante qui faisait penser cliniquement à la tuberculose. Les résultats de l'inoculation des urines au cobaye ont montré la présence du virus tuberculeux dans sa phase filtrable d'ultra-virus ; ils plaident en faveur de la nature tuberculeuse depuis longtemps soupçonnée de certaines néphrites de l'enfance, plus particulièrement des néphrites avec œdèmes et même de néphrites avec lipoïdose. Cette observation doit être rapprochée de faits comparables antérieurement rapportés par les auteurs où des intradermo-réactions dissociées, positives seulement pour le filtrat tuberculeux ont été rencontrées chez des sujets dans l'expectoration desquels ils avaient également mis en évidence la présence de l'ultra-virus tuberculeux.

Ces constatations sont en faveur de l'hypothèse qui tend à admettre l'existence d'états pathologiques en relation avec les éléments filtrables du bacille tuberculeux.

M. Coste souligne l'intérêt des intradermo-réactions dissociées décrites par MM. Paisseau, Valtis et Van Deinse. Dans un cas de démence précoce, il a pu mettre en évidence simultanément les deux phénomènes : 1° présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien ; 2° intradermo-réaction dissociée (plutôt faible à la tuberculine, très forte et nécrotique à l'ultra-virus).

Histoire radiographique d'une ostéomyélite chronique d'emblée du cubitus. — *M. H. Dufour* présente une série de radiographies reproduisant les étapes successives d'une ostéomyélite diffuse et chronique d'emblée du cubitus.

Le malade âgé de 20 ans présenta au début un gonflement intense de l'avant-bras, de coloration rouge avec une infiltration dure des téguments, accompagnée de douleurs violentes. On relevait l'existence antérieure d'un furoncle. Par ponction de l'avant-bras, on trouva du staphylocoque dans les cultures de sérosité retirée des parties molles. Sur les radiographies on voit six phases successives de la maladie.

1° Os intact malgré le gonflement considérable des tissus périosseux.

2° Ostéo-périostite totale du cubitus avec réaction périostée.

3° Participation de l'articulation du coude.

4° Formation d'un séquestre représentant le quart de la longueur du cubitus en son milieu.

5° et 6° Après extirpation du séquestre, réparation périostée, hyperostose totale du cubitus.

L'auteur insiste sur l'image négative du début.

Diabète rénal et troubles glyco régulateurs. — *MM. H. Grenet* et *L. Louvet* présentent une enfant de 5 ans 1/2, hérédo-syphilitique, atteinte d'idiotie complète et d'épilepsie, chez qui ils ont observé : 1° une glycosurie permanente, modérée, avec acétonurie intermittente, nullement influencée par l'alimentation ; 2° une glycémie tantôt normale, tantôt abaissée ; 3° une réaction d'hyperglycémie provoquée fortement exagérée, du type diabétique. Les auteurs discutent les hypothèses capables d'expliquer ce trouble glyco-régulateur atypique. En raison de la coexistence des troubles nerveux, ils admettent la vraisemblance d'un diabète tubérien.

M. M. Labbé croit qu'il s'agit là d'un cas rare de diabète lié à l'altération des centres encéphaliques glyco régulateurs.

M. Rathery refuse d'appeler du nom de diabète cet état d'hypoglycémie chronique.

M. Grenet, d'accord avec M. Rathery, pense qu'il ne s'agit pas d'un véritable diabète, mais d'un cas d'hypoglycémie avec glycosurie ; il faut cependant remarquer que cette petite malade réagit comme un diabétique aux épreuves habituelles d'hyperglycémie provoquée.

M. Rathery n'admet pas que l'hyperglycémie provoquée puisse suffire à différencier les diabétiques des sujets normaux.

M. Labbé fait observer que l'hypoglycémie n'était pas constante chez la malade. Il a déjà vu des glycémies particulièrement variables chez des malades atteints de troubles nerveux. De toutes façons, chez la malade de M. Grenet, la réponse à l'hyperglycémie provoquée atteignait un taux beaucoup plus élevé que le taux maximum que l'on puisse observer chez un sujet normal.

Syndrome cérébelleux aigu d'origine syphilitique. Guérison — *MM. Coste* et *Bolgert* présentent un grand syndrome cérébelleux dont l'origine syphilitique est affirmée par les réactions sérologiques.

Le malade est amélioré par le traitement antisyphilitique, mais une récidive apparaît. Après malariathérapie suivie d'une nouvelle série arsenico-bismuthique, puis d'une série de stovarsol sodique, la guérison clinique semble obtenue. Le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal.

Un cas d'hémangiome vertébral. — *M. Carle Rœderer* rapporte un cas d'hémangiome vertébral probable. Chez une femme de 29 ans, scoliotique, apparition, après une chute sur le dos de sa hauteur, de douleurs imprécises dans la région dorsale haute et lombaire gauche sans aucun symptôme de compression médullaire ou radiculaire. L'attention attirée sur le rachis, la radiographie montra deux vertèbres décalcifiées d'une façon peu homogène, comme aréolaires, poreuses, d'une opacité rappelant un lavis mal lavé. Cet aspect radiologique, comparé à la plupart de ceux qui ont été publiés depuis 1926 et ultérieurement contrôlés par l'histologie ou après des interventions ou des autopsies, semble bien être celui de l'hémangiome vertébral. Les hémangiomes donnant lieu à des symptômes cliniques sont exceptionnels (une quinzaine de cas dans la littérature) ; des recherches de laboratoire montrent, au contraire, qu'ils sont fréquents anatomiquement. Il est utile de connaître l'aspect radiologique de l'hémangiome, d'une part au point de vue diagnostic (néoplasme), d'autre part pour lui opposer un traitement radiologique avant les accidents compressifs possibles, enfin dans un intérêt médico-légal (accident d auto). L'auteur se demande si, parfois, des hémangiomes troublant le trophisme vertébral, lors de la croissance, ne seraient pas à l'origine de certaines scolioses graves.

Séance du 7 avril 1933

Obstruction circulatoire d'un membre et Syndrome de Claude Bernard-Horner consécutif. — *MM. F.-Masselot* et *G. Ortona* (Tunis).

Traitement des délires aigus toxi-infectieux par les extraits hépatiques injectables. — *M. Ch. Mattei* (de Marseille), rapporte plusieurs cas de délires infectieux ou toxiques dans lesquels il a employé l'opothérapie hépatique sous-cutanée, sous forme d'extraits hépatiques injectables en ampoules de cinq centimètres cubes, dilués dans dix centimètres cubes d'eau physiologique chlorurée ou glucosée. Les injections, répétées quatre fois par jour; ont été continuées jusqu'à disparition du délire et deux jours au moins après celle-ci. Dans les trois cas qu'il publie, où il y avait délire confus avec hallucinations diverses, delire d'action caractérisé et presque toujours menaçant, l'opothérapie ainsi pratiquée a amené la sédation nette et rapide de l'agitation violente et des hallucinations, bientôt suivie de la disparition du délire. Le succès n'est pas constant — et l'auteur a eu des échecs dans des cas tardivement traités avec insuffisance hépatique et rénale profonde, — mais il estime que l'opothérapie hépatique précoce à fortes doses par voie sous-cutanée doit être retenue comme une méthode thérapeutique inoffensive et souvent efficace dans les délires infectieux ou toxiques et implique le rôle dans l'apparition de ceux-ci, de l'insuffisance hépatique.

Hémorragie du cervelet chez un jeune syphilitique. — *MM. C. Urechia*, *M. Kernbach* et *N. Elekes* (de Cluj), relatent le cas d un jeune homme de 24 ans, ayant été récemment soigné pour syphilis et qui mourut brusquement d'un ictus. A l'autopsie : hémorragie du lobe gauche du cervelet, avec inondation ventriculaire. L'hémorragie était due à une artérite syphilitique de l'artère du noyau dentelé ; il existait en outre un processus de méningite cerébrale chronique syphilitique qui ne s'était traduite par aucun symptôme apparent.

Un cas d'anasarque aiguë pratiquement pure. — *MM. Duvoir, Laudat, Pollet* et *Jean Bernard* rapportent l'observation d'une femme de 60 ans qui, après une nuit passée dehors au début de janvier, présenta une anasarque à début brutal qui guérit complètement en quinze jours sous l'effet du seul régime déchloruré. Les urines, en dehors de leur rareté, ne présentaient d'autre anomalie que l'existence de traces d'albumine inférieures à 0 gr. 05 pour mille. Le chlore plasmatique et le chlore globulaire étaient un peu élevés. Il existait de l'hypoprotidémie par hyposérinémie ; de l'hypoazotémie que les auteurs ont tendance à rattacher à une dilution liée à la brutalité de l'hydropisie ; de l'hypolidémie avec hypocholestérolémie. Après avoir songé à la syphilis en raison d'un Bordet Wassermann positif et à la tuberculose en raison de la prolongation d'un état légèrement fébrile, les auteurs concluent qu'il s'agit vraisemblablement d'une néphrite aiguë, dont le facteur occasionnel aurait été le froid.

Le métabolisme basal chez les hypertendus. — *MM. Etienne May* et *R. Couder* attirent l'attention sur l'augmentation fréquente du métabolisme basal dans l'hypertension artérielle. On l'observe dans plus de 40 % des cas, surtout dans l'hypertension solitaire, rarement dans l'hypertension consécutive à une néphrite chronique.

Les chiffres observés oscillent en général autour de + 20 % mais peuvent atteindre 40 et même 50 %. Cette augmentation du métabolisme basal ne paraît pas cliniquement en rapport avec une hyperthyroïdie. Elle est toujours augmentée s'il survient une défaillance cardiaque : mais on peut l'observer même en dehors de tout phénomène asystolique. On observe d'ailleurs une semblable augmentation dans différents syndromes peut-être apparentés à l'hypertension arterielle, comme la maladie de Reynaud et la sclérodermie. Il est impossible actuellement de décider si cette augmentation du métabolisme basal a des causes endocriniennes ou nerveuses centrales.

M. R. Bénard étudie depuis un an le métabolisme basal chez les hypertendus et a fait les mêmes constatations que M. May. Les traitements opothérapiques ne lui ont pas semblé influer notablement sur le métabolisme.

Un cas d'agranulocytose mortelle par intolérance à l'or chez un tuberculeux pulmonaire. *MM. Flandin, Escalier, Sassier* et *Fr. Joly* publient l'observation d'une agranulocytose pure (sans anémie, ni hémorragies) survenue à la suite de trois injections de crisalbine, la dose totale étant de 0 gr. 30, immédiatement après la troisième injection. Ils opposent les accidents d'intolérance à l'or qui revêtent si souvent l'aspect de l'agranulocytose aux accidents toxiques dus aux grosses doses d'or qui ont une autre symptomatologie.

M. Léon Bernard n'a pas observé d'accidents graves dus à l'aurotherapie depuis plusieurs années. Il ne voudrait pas que l'on inférât des quelques cas publiés d'accidents d'intolérance que la méthode est dangereuse.

M. Flandin croit que des accidents de cet ordre sont peut-être en relation avec l'emploi de doses trop minimes.

M. Tzanck note l'impossibilité absolue d'obtenir, par injection de sels d'or à l'animal, des accidents comparables à ceux que l'on observe parfois chez l'homme.

L'interférométrie dans les affections thyroïdiennes. — *MM. Sainton* et *Durupt* rappellent que l'interférométrie endocrinienne s'est montrée incapable de faire le diagnostic des états d'hyperthyroïdie, en utilisant les substrats de glandes thyroïdes normales. Ils ont essayé ce diagnostic en recherchant dans le sérum les ferments de défense spécifiques contre les substrats de thyroïdes pathologiques qu'ils ont eux-mêmes préparés. Après s'être entourés de toutes les précautions cliniques et histologiques concernant l'authenticité des extraits glandulaires, et après avoir effectué toutes les corrections déjà décrites par Durupt et Schlesinger, ils ont obtenu pour une série de malades des valeurs fermentatives contre chaque substrat pathologique utilisé. Le diagnostic interférométrique se faisait, dans ces conditions, comme pour les tumeurs cancéreuses, par la comparaison entre les valeurs fermentatives obtenues. Une plus grande abondance de ferments pour le substrat basedowien que pour la thyroïde normale entraînait le diagnostic de Basedow. Dans ces conditions, la clinique s'est constamment montrée d'accord avec l'interférométrie et a permis, dans certains cas, de constater pour chaque substrat une très grande spécificité.

On doit conclure que c'est dans le sens indiqué par les auteurs qu'il faut se diriger pour faire interférométriquement le diagnostic des états thyroïdiens.

Essai de réanimation suivi d'une survie de dix-huit heures chez une intoxiquée par le somnifène. — *MM. Ch. Flandin, A. Escalier, F. Joly, Carlotti* et *A. Macé de Lépinay* rapportent une observation à propos d'un essai de réanimation suivie d'un survie de dix-huitheures chez une intoxiquée par le somnifène. Parmi les moyens employés : respiration artificielle, inhalations de carbogène, adrénaline et caféine par voie intracardiaque et intraveineuse, transfusion, l'adrénaline et la caféine semblent surtout avoir agi, en concordance avec les résultats expérimentaux obtenus par le Professeur L. Binet.

M. Tzanck croit que l'adrénaline intracardiaque agit plus sur les vaisseaux périphériques que sur le cœur, qui bat mais ne reçoit pas de sang. L'adrénaline amènerait la réplétion du cœur.

Traitement du rhumatisme chronique par les injections anesthésiantes périarticulaires. — *MM. E. Schulmann* et *J. Benassy* présentent plusieurs malades atteints d'arthrite chronique avec limitation des mouvements complètement guéris à la suite d'injection aux points d'insertion des ligaments et des tendons périarticulaires d'une solution de novocaïne au centièmes à petites doses (5 c.c. environ).

Pour expliquer ces résultats, les auteurs font intervenir l'existence possible du réflexe axonique de Leriche, pseudo-réflexe court dont la zone d'excitation est l'insertion ligamenteuse. Le procédé a évidemment d'autant plus de chance de guérison que les troubles fonctionnels sont plus importants et les lésions articulaires plus discrètes. Il faut tenir compte encore des conditions anatomiques, la facilité d'abord de l'article permettant une meilleure anesthésie.

A propos de l'acupuncture. — *MM. Ch. Flandin, Ferreyrolles* et *A. Macé de Lépinay*, présentent un certain nombre de malades qu'ils ont traités avec succès par l'acupuncture chinoise.

Les malades étaient atteints de rhumatisme articulaire chronique avec douleurs très intenses et impotence fonctionnelle marquée, ou présentaient des algies diverses.

Tous ces troubles étaient d'étiologie inconnue et s'étaient avérés rebelles à toute thérapeutique.

Les auteurs insistent sur l'intérêt d'une méthode souvent très efficace et parfaitement inoffensive.

Présentation d'instruments. — *M. M.-P. Weil* présente un appareil créé par *M. Léonet* (de Lyon), spécialement destiné à la réalisation du pneumothorax artificiel, conçu pour être facilement transportable, ne contenant aucun liquide, et disposé de telle manière que la moindre erreur de maniement est rendue quasiment impossible. L'appareil est robuste et d'une stabilité absolue, il ne redoute ancune secousse ni même le renversement total effectué avec brutalité. Son maniement est des plus simples, ses qualités de solidité et de facilité d'emploi en recommandent l'usage.

M. Hayem présente un marteau percuteur, qui rend de réels services dans la percussion de l'abdomen.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 avril 1933

A propos d'ostéo-sarcomes traités par la radiothérapie. — *M. Foveau de Courmelles* rapporte le cas d'une malade ayant présenté un sarcome du cubitus, traitée par la radiothérapie et restant guérie au bout de 16 ans 1/2 avec tous ses mouvements du coude retrouvés et restés possibles.

Aspect radiologique de quelques métastases cancéreuses osseuses. — *M. Marcel Joly*, après avoir rappelé la banalité des métastases osseuses dans certains cancers (du sein, de la prostate, du corps thyroïde, du rein en particulier) présente quelques observations et projections radiographiques de cancers ayant une prédilection osseuse ; les métastases rendues silencieuses par la radiothérapie, réapparaissent au cours des années suivantes et toujours avec des localisations osseuses, tous les autres tissus étant respectés. Il est intéressant de noter que dans tous les cas présentés, la radiothérapie a eu des succès palliatifs tels que la sédation complète des douleurs, le relèvement de l'état général qui ont permis à ces malades des survies leur donnant pendant plusieurs années l'illusion de la guérison.

Abcès du poumon et bronchoscopo-thérapie. — *M. A. Soulas* pense que dans le traitement des abcès pulmonaires fétides ou putrides, la méthode bronchoscopo-thérapique est un auxiliaire précieux et sans danger qu'il faut, dans presque tous les cas, tout d'abord employer. On arrive à provoquer le drainage rapide du foyer snppuré, à rétablir le libre jeu de l'air respiratoire et à permettre la cicatrisation des lésions. La guérison peut en effet être obtenue dans 70 % des cas pour les abcès aigus ou subaigus ; elle est bien moins fréquente dans les abcès chroniques : 15 %. Dans les cas où l'on ne peut obtenir qu'une amélioration de l'état général et des troubles fonctionnels, il faut sans tarder, poser l'indication chirurgicale pour laquelle la bronchoscopo-thérapie aura été une nécessaire et excellente préparation.

Effets du traitement hydrominéral dans les états parkinsoniens. — *M. Georges Cauvy* montre que les troubles fonctionnels caractéristiques des états parkinsoniens, peuvent dans une mesure assez appréciable, être favorablement influencés par un traitement hydrominéral (Lamalou ou Néris). Indépendamment de son action propre, sédative ou tonique, due aux propriétés physico-chimiques des eaux minérales, une cure thermale permet en outre de réaliser dans des conditions *optima* l'influence de deux autres facteurs non négligeables : facteur thermique et facteur statique.

L'épiphyse en thérapeutique. — *M. H. M. Lay* montre que le rôle de l'épiphyse dans le syndrome de la macro-genitosotomie n'est peut-être que très limité. En revanche, 21 observations qui viennent s'jouter à celles qn'il a présentées antérieurement avec le Professeur Laignel-Lavastine, montrent que l'épiphyse est une glande qui favorise l'évolution rapide de l'intelligence, en corrigeant les agnosies diverses dont sont frappés quelques enfants. Elle guérit en particulier les retards évolutifs de la parole.

Un cas de maladie de Pellegrini-Stieda. — *M. Delacroix* présente un cas de cette maladie, caractérisée par une production osseuse dans la région paracondylienne interne du fémur gauche entre le tubercule du troisième adducteur et le condyle, et traitée par les bains chauds et la physiothérapie à l'exclusion des massages.

LUQUET.

P. L. M.

Pour vos voyages au Maroc passez par Marseille

Le Maroc vous tente ? Vous pouvez vous y rendre rapidement et commodément en passant par Marseille.

De nombreux trains rapides et express, offrant toutes catégories de places assises ou couchées, convergent, en effet, des principaux centres de la France et de l'étranger vers le grand port méditerranéen. Les luxueux navires de la Compagnie Paquet (tel le *Maréchal Lyautey* et le *Nicolas Paquet* de 10.500 tonnes) en partent tous les samedis à 11 heures pour Tanger et Casablanca qu'ils atteignent, respectivement, le lundi vers midi et le mardi matin.

Les principales gares P. L. M. et les agences de la Compagnie de Navigation Paquet délivrent pour Tanger et Casablanca des billets simples valables 15 jours et des billets d'aller et retour valables 30 ou 90 jours, donnant droit à l'enregistrement direct des bagages. Vous pouvez obtenir des principales gares P. L. M. et dans les agences de la Compagnie Paquet les billets qui vous sont nécessaires pour les trajets à effectuer sur les Chemins de fer marocains ; l'enregistrement de vos bagages a lieu, dans ce cas, pour votre destination définitive au Maroc.

Pour de plus amples indications, veuillez vous renseigner auprès de votre gare.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le Professeur Hédon. — *M. P. Portier* (*Académie de médecine*, 21 mars 1933) :

Le Professeur Hédon qui appartenait à notre Compagnie depuis 1914 laisse un grand vide dans la science française.

Né en 1863 dans la Charente-Inférieure, Hédon avait poursuivi toutes ses études médicales à Bordeaux. Il avait été nommé en 1889 agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier à laquelle il devait rester fidèle pendant tout le reste de son existence. Il occupait la chaire de physiologie depuis 1894.

Les premiers travaux de Hédon sont d'ordre anatomique : il s'efforce de compléter nos connaissances sur la circulation veineuse de l'encéphale et il découvre les veines striées inférieures.

Mais en 1889, l'année même où il arrive à Montpellier, von Mering et Minkowski publient leur célèbre travail sur l'ablation complète du pancréas et le diabète sucré rapidement mortel qui en est la conséquence.

Cette découverte que Cl. Bernard avait pressentie, que Lancereaux avait entrevue sur le terrain clinique, Hédon, en saisit d'emblée toute l'importance. Les recherches sur l'intervention du pancréas dans le métabolisme des glucides devaient absorber le meilleur de son activité scientifique, activité qui ne s'est jamais démentie jusqu'à la fin de sa laborieuse existence.

L'interprétation de l'expérience de von Mering et Minkowski était loin de se présenter tout d'abord avec le caractère de certitude et de clarté que nous lui connaissons aujourd'hui.

Nous étions, à cette époque, beaucoup moins familiarisés avec la conception des sécrétions internes, et le pancréas était, pour tous les physiologistes, le type de la glande exocrine.

Lépine avait bien, tout d'abord, émis l'hypothèse que le pancréas devait jouer, en dehors de son rôle de glande digestive, celui de « glande vasculaire sanguine » ; mais les esprits, mal préparés à cette époque, n'acceptaient pas volontiers cette manière de voir.

D'ailleurs, certaines expériences semblaient la réfuter : la résection, la ligature des conduits excréteurs du pancréas, l'atrophie, poussée très loin en apparence, de la glande par l'injection de paraffine dans les canaux n'étaient pas suivies de la glycosurie.

Par contre, certaines interventions chirurgicales, certains traumatismes provoquaient une glycosurie, tout au moins temporaire.

C'est en se laissant influencer par de telles expériences faites dans son laboratoire de l'Hôtel-Dieu, par son interne Thiroloix, que Lancereaux expliquait le diabète pancréatique par des lésions des plexus nerveux.

Les expérimentateurs se trouvaient donc exposés à abandonner la voie féconde que nous connaissons bien maintenant, pour s'engager dans une impasse.

Hédon, par sa pancréatectomie réalisée en plusieurs temps, par ses greffes sous-cutanées du *processus uncinatus*, donne des preuves convaincantes de la réalité de la sécrétion interne ; c'est grâce à sa sagacité que les physiologistes sont ramenés dans le droit chemin.

Quelques années plus tard, en 1905, Hédon a une nouvelle lutte à soutenir contre Pflüger qui remet tout en question avec sa théorie du « diabète duodénal ». Cette fois encore, sa maîtrise opératoire et la logique de ses conceptions empêchent la recherche de dévier.

Ce n'est point le lieu de suivre dans ses détails de développement de cette question si passionnante du diabète pancréatique.

On sait comment, par la combinaison des expériences physiologiques de Hédon et des recherches histologiques de Laguesse, il fut démontré que les « îlots de Langerhans » étaient le siège de la sécrétion interne du pancréas ; que celle-ci, versée dans le sang, joue un rôle de première importance dans le métabolisme des glucides. Hédon montra, en particulier, que, par l'anastomose de la veine jugulaire d'un chien dépancréaté, avec la veinule pancréatique du *processus uncinatus* d'un chien normal, la glycosurie du chien dépancréaté tombe à une valeur très basse ; elle remonte rapidement dès que la transfusion cesse.

Après cette série de travaux qui se complétaient mutuellement, la découverte de l'insuline était à fleur de terre. On sait que ce ne sont pas les savants français, qui l'avaient si méthodiquement préparée, qui en eurent tout l'honneur.

Les physiologistes canadiens Mac Leod, Banting, ayant à leur disposition toutes les ressources de la technique moderne (ressources qui faisaient défaut, en partie, aux savants français), parvinrent à préparer l'insuline pure.

Ainsi s'ouvraient de magnifiques perspectives dans le domaine de la thérapeutique et des recherches sur le métabolisme. Nous assistons encore actuellement au développement de cette belle découverte.

Les travaux sur la sécrétion interne du pancréas constituent l'œuvre principale du maître de Montpellier, celle qu'il n'a cessé de parfaire jusqu'à la fin de sa vie ; mais on se tromperait gravement si on croyait que c'est son seul travail important.

La modestie de Hédon était si grande, qu'il est très difficile de prendre une vue d'ensemble sur ses travaux scientifiques dont la liste n'a jamais été publiée. Rappelons seulement brièvement ses recherches sur la digestion des graisses, la résorption intestinale des sucres, le mécanisme de l'action hémolytique de certains glucosides, la réanimation du cœur des mammifères par injection de sang dans les coronaires, etc.

Ses travaux sur la transfusion du sang citraté méritent une mention spéciale, car aux mains des chirurgiens, et, en particulier de son collaborateur le Professeur Jeanbrau, elles ont sauvé des milliers de blessés pendant la guerre.

Brillant professeur, E. Hédon avait condensé son enseignement dans un *Précis de Physiologie* qui est assurément un des meilleurs que nous possédions en France.

La belle œuvre scientifique de Hédon avait été récompensée par l'attribution du prix Lacaze de l'Académie des sciences et par celle du prix du Prince de Monaco à l'Académie de médecine, deux des plus importantes distinctions dont disposent ces sociétés savantes.

Hédon était associé national de l'Académie de médecine depuis 1928.

A la fin de sa vie, il avait eu la joie profonde de voir revivre chez son fils son amour pour la recherche scientifique. Nous devons à M. Louis Hédon, professeur à la Faculté de Montpellier, d'importants travaux sur les propriétés protéolytiques de


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René Vincent

l'extrait de muqueuse intestinale, sur le métabolisme basal des animaux dépancréatés.

L'œuvre du savant de Montpellier est de celles qui ne tombent pas dans l'oubli; de nouveaux travaux paraissent chaque jour dans la voie féconde qu'il a tracée.

Charles Patin (1634-1693) professeur de médecine et de chirurgie à l'Université de Padoue. — *Professeur Arturo Castiglioni. (Académie de médecine,* 21 mars 1933.)

Dans le XVIe siècle un grand nombre de Français italianisants furent élèves des universités italiennes, surtout dans les Facultés de droit. Ils eurent une part importante non seulement dans la vie de l'Université, mais aussi dans la vie sociale des villes dont ils furent les hôtes. Particulièrement au temps des guerres religieuses, Padoue attirait les élèves par sa tolérance et par l'énergie avec laquelle la République de Venise défendait la culture laïque. Michel de Montaigne en recueillant dans ses *Essais* les souvenirs de son voyage en Italie, écrit avoir vu plus de 100 gentilshommes français dans les écoles padouanes d'escrime et d'équitation. Les « matricole » de l'Université enregistrent dans l'année 1586, 43 étudiants en droit de la nation provençale et 37 de la bourguignone. Le nombre des élèves français de la Faculté des artistes n'est pas exactement connu, mais on peut admettre qu'il a été notable.

La fréquence des étudiants français à Padoue et les relations très étroites entre l'Université de Padoue et celle de Paris, continuèrent pendant les siècles suivants. Charles Patin, le second fils de Guy Patin dont il était le préféré, car il en écrit : « Mon second, nommé Charles, est bien plus posé (que Robert) et sime l'étude davantage, il est savant en Grec, en Philosophie, en Goégraphie, en Droit ; il est avocat reçu au Parlement dès l'an passé et n'a pas encore dix-sept ans » (Lette à Spon, 28 may 1649), abandonna le droit pour la médecine en 1654, et dut quitter la France pour l'exil en février 1668, avant été condamné par une Commission souveraine, sans droit d'appel, aux galères par coutumace : la plupart des juges avaient reçu des lettres de cachet ordonnant la condamnation. Sur les motifs qui ont causé cette condamnation aucun des historiens qui ont écrit la biographie de Guy Patin et de Charles n'ont pu trouver des indications sûres ; Guy, lui-même, supposa « qu'il y a quelque partie secrète qui en veut à mon fils et qui est la cause de son malheur ». Charles Patin déclara toujours ne pas connaître les motifs de l'accusation. On peut bien admettre que Charles avait osé lever les yeux sur la Montespan, son exil coïncide avec le début de la faveur de cette dernière ; Pierre Pic observe justement dans son œuvre sur C. Patin que l'offre de la grâce se produit en 1681 à l'époque où la favorite dut céder sa place à la veuve Scarron. Charles Patin quitta la France en février 1668 ; la sentence du Châtelet du 14 août 1668 confirme la condamnation déclarant qu'il avait été condamné ayant été convaincu d'avoir fait venir des pays étrangers et fait commerce de plusieurs exemplaires de livres, aucuns contrefaits, d'autres défendus, et d'autres qui sont libellés diffammatoires contre les intérêts du Roi et de l'Etat.

Charles, accueilli avec une grande faveur en Allemagne et en Suisse, arriva à Padoue en 1670 et eut l'hospitalité du comte Giovanni de Lazara. Les documents de la Faculté de médecine démontrent qu'en 1676 il fut nommé à la deuxième chaire d'Avicenne et le 15 févrer de l'année suivante, il obtint le droit de faire partie du Collège. En 1681 il fut transféré à la première chaire de médecine pratique avec le traitement de 600 florins. En 1683 il fut nommé avec le même traitement à la chaire de chirurgie. Il fut confirmé en 1689 et il y resta jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 16 octobre 1693.

La nécrologie que lui consacra N. C. Padopoli, dans son *Historia gymnasii patavini*, publiée à Venise en 1726, semble mériter d'être citée, car elle démontre la sympathie et la popularité dont Charles Patin jouit. Après avoir donné quelques informations sur ces études et surtout avoir accentué la profondeur de ses connaissances de la langue grecque qu'il avait apprise par Cyrille Rhodocanace, le maître le plus célèbre de son temps, il continue en racontant la carrière médicale dans laquelle il avait débuté à Paris avec la plus grande fortune. « Mais lorsqu'il était heureux et très satisfait, un coup du sort le priva de ses biens ; quelle fut la raison par laquelle il tomba en disgrâce, il n'est pas permis de le savoir (*scire nefas*), puisque lui-même voulut la tenir secrète. Il dut abandonner sa patrie pour ne perdre la liberté et après de longues pérégrinations en Allemagne et en Italie, il se rendit à Bâle d'où, se trouvant près du foyer de la guerre entre Gaulois et Germains, il vint à Padoue, où il fut accueilli avec la plus grande générosité par le comte de Lazara et il eut grande renommée pour ses connaissances médicales et philosophiques et surtout pour sa pro-

fonde érudition numismatique. Il vécut à Padoue loué et aimé par tout le monde, en grande tranquillité jusqu'à l'année 1681, lorsqu'il eut le double bonheur de rentrer en grâce auprès son Roi et être nommé à la première chaire de chirurgie ayant doublé ses émoluments. Après deux ans il fut nommé à la première chaire de médecine pratique et il y resta jusqu'à l'année 1693, quand la mort l'arracha aux siens. Il fut enseveli dans le Dôme de la ville avec cette inscription dictée par Salomonius :

D. O. M.

Carolo Patino Paris. Equ. D. M. Prisc. Numismat. Studiis. Clariss.
Famam Celeberrimi Patris Aemulato. E Patrio in Palav.
Lycaeum excepto
Post Totam Europam Lustratam Praemis Et Majorum Principum
Gratia Aucto
Cum Calumnia Feliciter Luctato
Ac Pro Fundamento Virtutis Fortunae Ruinis Uso
Ob Veteren Eruditionem Erectam Posterorum Cultum Promerito
Magdalena Ommetz Paris. Uxor
Gabriel. Carola Santa-Paulina, et Carola Cath. Filiae
Extremo Amoris Argumento
Annuente Capitulo. Parentant.
Obiit An. MDCXCIII, XVI Octob.
Aetat Suae Anno LIX. Mens. VIII. D. X.

Papadopoli ajoute que l'année précédente de la publication de son livre, donc en 1725, vivait encore la veuve et qu'en 1726 étaient en vie deux filles nubiles et une veuve qui avait été mariée à François Rose et était femme de grande intelligence, très digne de la gloire paternelle et très versée dans la connaissance des belles-lettres. Charles Patin fut l'auteur de quelques œuvres de numismatique en latin, en italien et en français et de trois œuvres de médecine, c'est-à-dire : « *De Optima Medicorum Secta* », « *De Febribus* », « *Quod optimus medicus debest esse chirurgus* ». Il s'occupa évidemment de choses d'art, car il publia aussi un « *Encomium Mariae Erasmi cum figuris Holbenianis* ».

Les notices des documents italiens sur cet homme érudit, qui sut conquérir l'estime et l'admiration de ses confrères et de ses élèves, contribuent à illustrer une des figures intéressantes dans l'histoire de l'Université padouane. Elles prouvent que Charles Patin trouva à Padoue un accueil très cordial et qu'il fut professeur de chirurgie et de médecine ; il sut maintenir le secret le plus absolu sur les raisons de sa disgrâce, car elles étaient ignorées même par Papadopoli qui était certainement en relations personnelles excellentes avec sa famille trente ans après sa mort, lorsqu'il n'y avait plus aucune raison de les garder secrètes. Il faut pourtant admettre qu'il n'ait pas été indigné, comme suppose Pierre Pic, par la grâce qui lui fut faite par le roi. Dans le discours qu'il tint à Padoue, à l'occasion de sa nomination à la chaire de chirurgie, il célèbre le roi de France en le proclamant digne d'être considéré comme un chirurgien, puisque avec ses mains sacrées il guérit les écrouelles. A son testament, comme l'a relevé Giordano, il joint une lettre pour son roi dans laquelle il proteste de son innocence et le prie d'accepter cinq marbres précieux et une collection de médailles. Sa fille Gabrielle, qui s'occupa aussi de numismatique et fut membre de l'Académie des « Ricoverati », publia un panégyrique de Louis XIV, donnant ainsi une preuve de sa dévotion au roi de France.

La nécrologie de Papadopoli, qui fut certainement son admirateur, et l'épitaphe de Salomonius démontrent que Charles Patin fut considéré plutôt comme un érudit et un grand numismate que comme un médecin célèbre : on ne dit nulle part qu'il ait exercé la pratique médicale. Pourtant il sut captiver l'opinion publique, et le Sénat de Venise le créa chevalier de Saint-Marc et l'Université et le Chapitre lui décrétèrent l'honneur de la sépulture dans le Dôme.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

La profession de magnétiseur assimilée à celle de médecin au point de vue de la patente. — 2396. — M. Valensi demande à M. le ministre du Travail s'il est normal qu'un magnétiseur, diplômé, soit imposé comme médecin, alors qu'il ne donne aucun soin médical. (*Question du 12 janvier 1933.*)

Réponse. — La profession de magnétiseur n'étant pas dénommée au tarif légal des patentes, les droits qui lui sont applicables doivent, conformément à l'article 4 de la loi du 15 juillet 1880 être réglés par un arrêté préfectoral d'assimilation. Dans le département du Rhône, cette profession a été assimilée à celle de médecin, sous la désignation : « magnétiseur (celui qui tient un cabinet de consultation ouvert au public et qui, moyennant rétribution, s'y livre à des pratiques de magnétisme et de psychisme en vue de guérir les malades) ».

(*J. O.*, 8 mars 1933).

BIBLIOGRAPHIE

La joie d'être sain. Le Naturisme et la Vie, par le Dr J. Poucel, avec 16 photographies en héliogravure hors texte et bois gravé sur la couverture. Préface du Docteur A. Rollier, de Leysin. Un volume in-8, de 261 pages, 32 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Le naturisme est à l'ordre du jour. On ne peut s'en désintéresser. Le public sent confusément qu'une part de ses misères physiques et morales vient d'un excès de civilisation auquel l'organisme humain n'est pas adapté. Mais il se méfie, car à côté d'éloges dithyrambiques, il entend maintes railleries. Aussi attend-il avec impatience d'être instruit par un écrivain de bon sens et loyal qui lui apporte un guide sûr.

Cet ouvrage nécessaire, le voici. L'auteur, tout en maintenant le Naturisme dans son vrai cadre, qui est celui de l'hygiène, n'a garde d'oublier les points de vue moral, esthétique, social, etc., inséparables de la question. Il le fait dans un style imagé et plein de vie qui rend attrayantes pour tous ces pages inspirées par l'ardent désir de contribuer à rendre une race plus saine, meilleure — et plus heureuse.

Le Gérant : A. ROUZAUD. …ERMONT (OISE). — IMPRIMERIE …

FONDÉ EN 1873. — N° 17 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 AVRIL 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Internat de Saint-Lazare. — « Le concours de l'internat en médecine de la maison de Saint-Lazare et du service de salubrité de la Préfecture de police s'est passé les 27, 30, 31 mars et 3 avril. Le jury était composé de MM. Tanon, Bizard, Fernet, Géraudel.

« Il s'est terminé par les nominations suivantes, dans l'ordre : 1. Doukan ; 2. Collard ; 3. Darmon ; 4. Dutheil ; 5. Mince ; 6. Leclercq, internes titulaires. Les questions sorties étaient les suivantes :

A l'écrit : « Sterno-cléido-mastoïdien.

Signes et diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte ».

A l'oral : « Diagnostic des ulcérations du col.

« L'entrée en exercice des internes récemment promus se fera dans le courant de la deuxième semaine du mois d'avril ».

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices (Année 1933). — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mercredi 10 mai 1933, à 9 heures du matin à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale (bureau du Service de santé), de 14 heures à 17 heures, du mercredi 19 au mercredi 26 avril 1933 inclusivement.

Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 8 juin 1933, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 15 mai au mardi 23 mai 1933 inclusivement.

Marseille. — *Prix René Lazare.* — Le prix « René Lazare » d'une valeur de 1.000 francs, a été attribué à l'unanimité pour l'année 1933 à M. Jean-E. Paillas, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur « La tuberculose amygdalienne. Essai de traitement par les sels d'or ».

M. Henri Foucard, interne des hôpitaux, a obtenu une mention honorable pour son mémoire sur « La cavité buccale. Origine de la septico-pyohémie ».

Montpellier. — La chaire de physiologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 14 avril 1933.)

Tours. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira le mardi 7 novembre 1933 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie médicale et médecine expérimentale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira le mardi 7 novembre 1933 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Ligue contre la surdité. — *La Fédération nationale des mutilés et déficients de l'ouïe*, fondée en 1921 et placée sous le haut patronage de M. le Président de la République, vient pour mieux exprimer la signification de son extension, d'adjoindre à son titre initial la dénomination de *Ligue contre la surdité*.

La Ligue a pour président d'honneur, le Docteur Portmann, sénateur de la Gironde, professeur à la Faculté de médecine : son siège social est 4, rue Pierre-le-Grand, Paris (8e), et son secrétariat général ainsi que la direction de son organe la *Revue de l'Ouïe*, au Palais Doria, 143 *bis*, promenade des Anglais, à Nice.

La Ligue a pour but principal d'étudier les moyens de remédier à la surdité, de réaliser l'Institut de l'ouïe et de rendre service aux mutilés de guerre de l'oreille et à toutes les autres catégories de déficients de l'ouïe.

Hôpital Beaujon. — *Négativation électrique.* — Le mercredi 3 mai et les mercredis suivants, à 11 heures, au Laboratoire central d'électro-radiologie, MM. P. Aubourg, chef de laboratoire ; C. Laville, ingénieur E. S. E., ; P. Le Go, interne des Asiles de la Seine ; J. Pioux, licencié èssciences, feront une première série de démonstrations pratiques, physiques et cliniques de la négativation (électrologie à doses infinitésimales) : à 11 h. 45, présentation de malades avant, pendant et après traitement.

3 mai, C. Laville : Mécanismes électrochimiques cellulaires. — 10 mai, C. Laville : Electrodynamique du muscle. — 17 mai, C. Laville : Glucose et oxydations intracellulaires. Equilibre aéro-anaérobie. — 24 mai, C. Laville : Bases physiques et physiologiques de la négativation. — 31 mai, P. Aubourg : Les effets physiologiques de la négativation chez l'homme et chez les animaux. Résultats cliniques dans les algies post-opératoires, les névralgies et névrites, les cicatrices vicieuses. — 7 juin, P. Le Go : Les réactions vago-sympathiques de la région vertébrale : leur recherche et leur signification. — 14 juin, P. Le Go :

Les réflexes viscéraux provoqués par l'application électrique au niveau du rachis. — 21 juin, P. Le Go : La négativation productrice de réflexes : essais chronaximétriques. — 28 juin, J. Pioux : L'acidité ionoque (pH) et les formules leucocytaires avant et après la négativation.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en huit leçons, par M. le Docteur P. Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 15 mai 1933, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à -Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — I. Chirurgie de l'uretère : voies d'abord ; uretérotomie ; plaies et sutures ; uretéroplasties. Chirurgie du rein et du bassinet : voies d'abord ; néphropexie ; décapsulation du rein. — II. Pyélotomies et pyélostomies ; néphrotomie et néphrostomie ; Uretéro-pyélonéostomies. — III. Les néphrectomies. — IV. Chirurgie de la vessie et de la prostate : les voies d'abord : la voie canaliculaire : lithotritie ; la voie hypogastrique : cystostomies. — V. Cystectomies ; prostatectomie totale ; uretéronéocystostomie. — VI. Chirurgie de l'urèthre : urethrotomies ; urethrorraphie circulaire ; urethrostomies. VII. Prostatectomie périnéale. — VIII. Epididymectomie ; orchidotomie et castration ; amputation de la verge et émasculation totale.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. (Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine. Métro Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les troubles du rythme cardiaque*, sous la direction du Docteur Camille Lian.

Ce cours, qui sera suivi d'un voyage aux stations hydrominérales de Vittel, Contrexéville et Bains-les-Bains, aura lieu du 15 au 25 mai 1933. Il sera fait par le Docteur C. Lian, avec la collaboration de MM. Haguenau, médecin des hôpitaux ; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, premier assistant du service ; Gilbert-Dreyfus, P. Puech, Even, F.-P. Merklen, Odinet, Racine, Pautrat, Deparis, anciens internes du service ; Golblin, assistant d'électrocardiographie ; M. Marchal, assistant de radiologie ; Bréant, chef du laboratoire ; Ménétrel, interne du service.

Tous les matins, à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi, à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie, radiologie, électrocardiographie, méthode graphique).

Programme du cours. — Lundi 15 mai, 10 heures, M. Lian : Considérations générales sur le rythme cardiaque et ses troubles ; 11 heures, M. Blondel : Démonstration clinique ; 15 heures, M. Blomdel : Forme commune de l'arythmie extra systolique ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : Formes cliniques de l'arythmie extra-systolique

Mardi 16 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation du service ; 15 heures, M. Marchal : Radiologie du cœur ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Troubles du rythme sinusal.

Mercredi 17 mai, 10 heures, M. Lian : Causes et traitement de l'arythmie extra-systolique ; 11 heures, M. Blondel : Démonstration clinique ; 15 heures, M. Blondel : Forme commune de l'arythmie complète.

Jeudi 18 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'arythmie complète ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. Puech : Tachycardies permanentes ; 16 heures, M. Pautrat : Démonstration d'oscillométrie ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Tachycardies paroxystiques.

Vendredi 19 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation du service ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Traitement des tachycardies ; 16 heures, M. Marchal : Radiologie des gros vaisseaux ; 17 h. 1/2, M. Merklen : Flutter auriculaire.

Samedi 20 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement du flutter auriculaire ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. Deparis : Forme commune du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire ; 16 heures, M. Racine : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Formes cliniques des bradycardies par dissociation.

Lundi 22 mai, 10 heures, M. Blondel : Diagnostic des bradycardies ; 11 heures, M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation d'électrocardiogrammes ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Les troubles du rythme dans les infections et les intoxications ; 16 heures, M. Merklen : Démonstration de méthode graphique ; 17 h. 1/2, M. Odinet : Les inégalités du pouls.

Mardi 23 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation du service ; 15 heures, M. Haguenau : Epreuves neuro-végétatives ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Le pouls alternant.

Mercredi 24 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement des brachycardies ; 11 heures, M. Blondel : Démonstration clinique ; 15 heures, M. Golblin : Valeur localisatrice et pronostique des déformations électrocardiographiques ; 16 heures, M. Even : Mesure et valeur sémiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. Blondel : Traitement de l'insuffisance cardiaque dans ses rapports avec les troubles du rythme.

Jeudi 25 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans

le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Endocarde, Péricarde, Myocarde, Aorte et Artère pulmonaire ; 4° Artères, Veines et Capillaires. Le cours de novembre 1933 portera donc sur les grands syndromes cardiaques.

IIIe V. E. M. CARDIO-VASCULAIRE. — Le cours sera suivi d'un voyage aux stations hydro-minérales de Vittel, Contrexéville et Bains-les-Bains : après la visite de chaque établissement thermal, leçon sur les indications, la technique et les résultats de la cure. Départ, jeudi 25 mai, à midi, retour à Paris, dimanche 28 mai, à 20 heures.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours ; 150 francs pour le voyage aux stations hydro-minérales (tous frais compris).

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. R. D. M.), ou bien auprès du Docteur Blondel, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

VIe Congrès national des stations thermales et climatiques françaises. (Vendredi 5 et samedi 6 mai 1933. Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris.) — PROGRAMME. — Vendredi 5 mai, à 14 heures : Réception des congressistes et exposé du programme du Congrès par le président du Congrès ; à 15 heures : Séances des Commissions. — Samedi 6 mai, à 9 heures : Séances des Commissions ; à 16 heures : Séance solennelle de clôture du Congrès, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique ; Résultats du Congrès ; Vote des résolutions et vœux ; à 20 heures : Banquet à l'hôtel Continental.

ORDRE DU JOUR DU CONGRÈS. — *Commission de propagande* : Méthodes pratiques pour réaliser, sous l'inspiration et le contrôle de la Fédération thermale et climatique française, la propagande des stations thermales et climatiques, tant en France qu'à l'étranger. Rapporteur : Docteur MOTHE. — *Commission thermale et climatique* : Orientation sociale du thermalisme et du climatisme. Rapporteurs : Docteur DU PASQUIER. — Centralisation des Services s'occupant du thermalisme et du climatisme. Unification des tarifs thermaux. Unification des faveurs et gratuités dans les établissements thermaux.

ADHÉSIONS. —Collectives, 120 francs (Municipalités, Chambres d'industrie, Etablissements, Sociétés et Syndicats, Casinos, etc . . .) ; Individuelles, 60 francs.

L'adhésion au Congrès donne droit : 1° aux rapports présentés aux Congrès (ces rapports seront adressés aux adhérents quinze jours avant le Congrès) ; 2° à la réduction de 50 % sur le trajet en chemin de fer accordée par le Comité des grands réseaux ; 3° à la présence effective ou par représentants aux séances du Congrès ; 4° au compte rendu officiel du Congrès.

Banquet à l'hôtel Continental, prix : 65 francs.

Tous vœux et communications concernant les questions à l'ordre du jour doivent être adressés avant le 30 mars au Secrétariat général du Congrès, 101, av. des Champs-Elysées, Paris.

Nécrologie. — Docteur Jérôme DURAZZO, de Sartène (Corse). — Docteur Louis HAYEM, de Marseille, chirurgien des hôpitaux et du centre anti-cancéreux. — Docteur Germain PERLIS, d'Aulnay-sur-Bois (Seine-et-Oise).

BIBLIOGRAPHIE

Etudes neurologiques (cinquième série), par Georges GUILLAIN. Un volume de 462 pages avec 110 figures, 80 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

C'est le cinquième volume de cette série qui constitue une véritable encyclopédie neuro-pathologique.

Ces travaux ont été groupés sous les titres suivants :

I. Tumeurs cérébrales (9 chapitres).
II. Pathologie de l'encéphale (17 chapitres).
III. Pathologie des pédoncules cérébraux, de la protubérance du bulbe, du cervelet (9 chapitres).
IV. Pathologie de la moelle épinière (10 chapitres).
V. Pathologie des nerfs craniens et rachidiens (3 chapitres).
VI Varia (5 chapitres).
VII. Histoire de la neurologie (1 chapitre).

On trouvera dans ces travaux de clinique, comme dans les précédents, le souci constant de maintenir à l'anatomie et à la physiologie du système nerveux la prééminence dans les études neurologiques, et aussi la préoccupation de rénover et de perfectionner la méthode anatomo-clinique par l'utilisation la plus large des techniques que la bactériologie, la chimie et la physique mettent à la disposition de la neurologie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hyperplasie de la médullo-surrénale chez le vieillard hypertendu

Par le Docteur A. DUTHOIT
Médecin des Hôpitaux de Lille

Le problème de la pathogénie de l'hypertension artérielle est à l'heure actuelle encore rempli d'inconnues. Il est bien certain que des facteurs étiologiques nombreux peuvent intervenir et qu'ils diffèrent suivant les cas. Par exemple, les lésions rénales ou les lésions cardio-vasculaires jouent un rôle dont l'importance ne saurait être niée, dans un grand nombre d'observations. Mais il faut admettre cependant que l'équilibre tensionnel, quelle que soit la valeur de la tension, celle-ci étant normale ou exagérée, doit être maintenu par un système équilibrateur ; et il faut envisager pour celui-ci le rôle de centres nerveux régulateurs et l'action possible, vraisemblable même, sur ceux-ci, de certaines hormones secrétées par les glandes endocrines ; ces hormones, déversées dans le sang, exercent une action excitante ou frénatrice ; à cet égard, le rôle des surrénales ne peut être méconnu.

Les centres régulateurs de la tension artérielle reçoivent des renseignements sur le tonus des artères et des capillaires, et ils règlent par voie réflexe la vaso-dilatation ou la vaso-constriction de façon que se maintienne le niveau de la tension artérielle. Des conditions anormales d'ordre rénal, vasculaire, toxique ou neuro-endocrinien sont capables de retentir sur ce mécanisme régulateur de la tension ; et il faut, croyons-nous, dans cet ordre de choses, faire jouer aux surrénales et à leur sécrétion un rôle primordial.

Cette notion du rôle des surrénales dans les variations anormales de la tension artérielle remonte au début du siècle. La constatation de l'effet vaso-constrictif et hypertenseur des extraits surrénaux et de l'adrénaline ont conduit les auteurs à essayer d'établir un lien de relation de cause à effet entre l'hyperfonctionnement surrénal et l'hypertension artérielle.

Nous avons cru intéressant de reprendre cette question chez le vieillard hypertendu dont les surrénales sont presque toujours augmentées de volume. Les surrénales du vieillard ont été étudiées déjà par Husnot dans sa thèse. Mais cet auteur ne s'est pas attaché uniquement aux surrénales des hypertendus. L'étude anatomique de celles-ci nous a révélé des choses intéressantes.

Nous nous garderons bien entendu de tirer de nos constatations des conclusions fermes en ce qui concerne la cause initiale de l'hypertension. Les surrénales y jouent-elles le rôle principal, ou bien au contraire, leur hypertrophie, concomitante d'hyperfonctionnement, n'est-elle que secondaire et n'intervient-elle que pour apporter au mécanisme régulateur de la tension l'aide d'une hormone ou d'une sécrétion adrénalinique nécessitée par des changements de conditions ? Peu importe. C'est avec les faits qu'il faut compter. On peut ensuite essayer de les interpréter et échafauder des hypothèses qui se révéleront justes ou inexactes, mais qui serviront en tout cas à orienter des recherches.

La théorie surrénale de l'hypertension artérielle remonte au début de ce siècle : elle ne connut sans doute pas tout le succès que ses promoteurs espéraient ; mais il est certain que, pendant ces dix dernières années, les constatations anatomo-cliniques faites par de nombreux auteurs attestent d'une façon indiscutable le rôle de l'hyperplasie surrénale, dans l'hypertension artérielle paroxystique. La question de l'hypertension artérielle permanente et de ses relations avec l'hyperplasie surrénale est moins bien démontrée.

Si l'on recherche les origines de la théorie surrénale de l'hypertension artérielle, c'est à l'année 1903 qu'il faut remonter. Josué fit à cette époque à la Société de Biologie une communication sur la production expérimentale de l'athérome aortique à la suite d'injections intra-veineuses, répétées, d'adrénaline chez le lapin. Ces résultats sont rapidement confirmés par Loeper, et par Ph. Josserand ; Gouget à la Société de Biologie apporte un cas de saturnisme expérimental avec hypertrophie considérable des capsules surrénales et sclérose aortique. Quelques semaines plus tard, Léon Bernard et Bigard, à propos du saturnisme expérimental, créent le terme d'hyperépinéphrie. En février 1904, Vaquez fait à la Société médicale des hôpitaux une communication où il envisage le rôle possible de l'hyperépinéphrie dans la genèse de l'hypertension artérielle et dans ses complications. Cette communication de Vaquez soulève aussitôt d'âpres discussions. Merklen, Lamy, Josué, H. Claude, Gouget participent à la controverse sans vouloir prendre absolument parti.

Désormais, les observations se succèdent où les auteurs envisagent les rapports entre l'hypertension artérielle et les capsules surrénales. Josué apporte trois cas où l'hypertension artérielle s'accompagnait des lésions anatomiques suivantes : hyperplasie de la couche glomérulaire, transformation spongieuse de la corticale, hyperpigmentation de la couche réticulée. Dufour prélève à l'autopsie d'un hypertendu des surrénales hypertrophiées. Aubertin et Ambard analysent les lésions des capsules surrénales dans les néphrites avec hypertension. Ménétrier, pour sa part, ne croit cependant pas que les lésions adénomateuses des surrénales soient un indice d'hyperfonctionnement de l'organe ; il ne croit pas non plus à la pathogénie surrénale de l'hypertension saturnine. Pendant les années suivantes, Widal et Boidin, Froin et Rivet, Josué et Bloch, Gouget, Parisot, enrichissent la littérature d'observations où l'hypertrophie des surrénales coexistait avec l'hypertension artérielle.

Pour Josué, les faits s'expliqueraient ainsi : la cortico-surrénale secréterait une substance hypertensive qui se transformerait secondairement en adrénaline dans la médullaire : l'hyperplasie surrénale entraîne l'hyperfonctionnement de la glande et ainsi se produisent des troubles primordiaux : hypertension artérielle, artériosclérose et hypertrophie cardiaque portant surtout sur le ventricule gauche. Cette triade symptomatique constitue le syndrome cardio-surréno-vasculaire de Josué et Vaquez.

Pour confirmer, ou infirmer cette hypothèse, les auteurs cherchèrent à mettre en relief la présence d'adrénaline dans le sang ; les procédés chimiques et pharmacodynamiques ne permirent pas de déceler l'adrénalinémie que Schür et Wiesel et quelques autres furent seuls à signaler. Hoskins et Mac Clure en conclurent que l'adrénaline ne joue aucun rôle dans l'élévation de la tension artérielle. Stewart, en 1911, pouvait parler de la « prétendue existence de l'adrénaline », et Janeway, en 1913, « du rêve magnifique de l'adrénalinémie ».

Mais en 1922 et 1923, Tournade et Chabrol reprennent le problème et posent à nouveau la question de l'adrénalinémie physiologique. Dans des expériences remarquables et d'une haute tenue scientifique, en particulier par leur méthode des chiens conjugués (anastomose veineuse surrénalo-jugulaire), ils mettent en évidence l'existence d'une adrénalinémie physiologique ; le « beau rêve » dont parlait Janeway était réalisé. Quelques années plus tard, les résultats apportés par ces auteurs étaient confirmés par Houssay, Hallion et Gayet. Ces expériences démontrent le rôle des surrénales sur le mécanisme régulateur de la tension artérielle, et elles donnent ainsi un regain d'intérêt à la théorie de Josué et Vaquez.

◆◆

Cette théorie d'ailleurs trouve un appui solide dans l'étude anatomique des surrénales. Les hyperplasies tumorales des surrénales ont été trouvées à l'autopsie de sujets qui présentaient des crises d'hypertension paroxystiques. Marcel Labbé, Tinel et Doumer en ont rapporté une remarquable observation à la Société médicale des hôpitaux en 1922. Depuis, d'autres observations ont été signalées : celles de Kerppola, d'Oberling et Jung, de Marcel Labbé, Azerad et Violle, de May et Kaplan, etc...

Mais d'autres auteurs, Oppenheimer et Fishberg, en particulier, ont signalé l'existence de tumeurs surrénales dans des cas d'hypertension artérielle. Aubertin pense que l'hypertension peut dépendre d'une hyperplasie surrénale lentement constituée. Laubry et Doumer restent sur la réserve ; quoi qu'il en soit, il semble admis à l'heure actuelle qu'on puisse rencontrer des tumeurs surrénales chez des hypertendus permanents. En Amérique, des constatations analogues ont été faites par différents auteurs, Mayo, Shipley, Porter, et surtout Rabin, dont l'expérience porte sur 34 cas.

Goldzieher, de son côté, en 1932, rapporte quatre observations concluantes et insiste sur les lésions anatomopathologiques qu'il a rencontrées. Macroscopiquement, c'est une hypertrophie diffuse ou localisée d'une ou des deux surrénales. Microscopiquement, on trouve : une hypertrophie de la musculature des veines surrénales, des modifications morphologiques de la cortico-surrénale, une hyperplasie de la médullo-surrénale (Wiesel). Goldzieher insiste de son côté sur l'existence de nodules hyperplasiques dans la médullaire.

L'existence de ces nodules hyperplasiques de la médullo-surrénale s'ajoute à l'hyperplasie diffuse ; et il faut noter du point de vue cytologique, l'aspect polymorphe des cellules, la morphologie de leurs noyaux et la présence de quelques éléments géants. Tout cela est comparable à ce qu'on observe dans l'hyperplasie des autres organes glandulaires. De plus, comme on peut mettre en évidence une forte teneur en adrénaline de la médullaire et une hypertrophie musculaire des veines surrénales, il semble qu'on puisse conclure (Goldzieher) que l'hyperplasie va de pair avec une hyperactivité fonctionnelle.

Ces preuves anatomiques sont corroborées par des arguments d'ordre thérapeutique. L'ablation chirurgicale des hypernéphromes supprime les crises d'hypertension paroxystique (Laubry, Galata, Mayo, Shipley, Porter, etc.). La radiothérapie elle-même (Laubry, Langeron, etc.) appliquée sur la région des surrénales s'est montrée efficace en ce qui concerne en particulier les cas d'hypertension artérielle paroxystique.

L'expérimentation, en dehors des expériences de physiologie de Tournade et Chabrol, est venue confirmer ce rôle de l'adrénaline dans la production de l'hypertension artérielle. Les noms de Thomson et de Dragstedt sont attachés à ce chapitre, et ces auteurs ont indiscutablement démontré le rôle de l'adrénaline sur la tension artérielle qu'elle augmente.

Ainsi donc la physiologie, l'anatomie, la clinique et l'expérimentation s'accordent pour mettre en lumière le rôle que peuvent jouer les surrénales dans la genèse de l'hypertension artérielle. Et l'hypothèse de Josué et Vaquez mérite qu'on s'y attache plus encore qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Mais les faits anatomo-cliniques concernant la coexistence d'une hypertension artérielle permanente et d'une hyperplasie surrénale sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse conclure qu'il existe indiscutablement entre les deux une relation de cause à effet.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de faire systématiquement l'étude morphologique des capsules surrénales du vieillard hypertendu. Nous n'avons retenu que les observations où les surrénales ont été prélevées dans des délais assez courts, compatibles avec un état de conservation de ces glandes, qui en permît l'étude cytologique. Nous avons ainsi utilisé neuf observations dont voici le résumé succinct :

Observation I. — G... Pierre, 71 ans. Aortite spécifique. Ce vieillard entre à l'infirmerie de l'Hospice général le 15 décembre 1930 pour une dyspnée d'effort marquée. Le pouls est tachy-arythmique, mais il n'y a pas d'augmentation du volume du foie) ni d'œdèmes des membres inférieurs. Le cœur est gros, il bat à 90 et présente d'assez nombreuses extrasystoles. A l'auscultation on perçoit un double souffle aortique tout à fait caractéristique. La tension artérielle prise au Pachon avec le double brassard de Gallavardin est de 21-6 avec indice oscillométrique de 15. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Le Bordet-Wassermann pratiqué dans le sang est fortement positif : +++.

Soumis au traitement digitalique associé au strophantus avec lequel on fait alterner la première médication, le malade passe par des périodes d'amélioration qui succèdent à d'autres périodes d'aggravation. Il présente en avril 1931 un épanchement pleural droit ayant tous les caractères des transudats et renfermant de nombreuses cellules endothéliales isolées et en placards.

Des œdèmes s'installent et deviennent irréductibles. Le malade meurt le 7 juillet 1931. L'autopsie est pratiquée assez rapidement. On trouve un cœur énorme avec de grosses lésions des sigmoïdes aortiques et une aorte athéromateuse. Il y a du liquide dans la plèvre droite, le foie est congestionné. Les surrénales sont grosses, irrégulières, dures et bosselées, leur poids est de 14 grammes.

Examen histologique des surrénales. — Dès l'examen au faible grossissement, on se rend compte que la glande est atteinte d'une sclérose très prononcée, portant sur toutes les parties de l'organe et en particulier sur la capsule d'enveloppe et sur la veine centrale.

De ces deux zones partent des travées conjonctives souvent épaisses, très ramifiées, qui dissocient les éléments histologiques, prenant par endroits l'aspect d'une véritable cirrhose mono-cellulaire.

On note aussi des phénomènes hémorragiques très prononcés, en particulier dans la capsule d'enveloppe, où les vaisseaux sont gorgés de sang et où les hématies sont libres dans les mailles du tissu conjonctif. Il existe également des hémorragies menues, mais parfaitement nettes et nombreuses dans le corps de l'organe. En particulier, à la limite entre la corticale et la médullaire, les capillaires sont dilatés, remplis d'hématies, et d'autres hématies sont libres dans le tissu lui-même.

Il existe enfin des phénomènes inflammatoires très prononcés, sous forme d'infiltration périvasculaire à caractère surtout plasmolymphocytaire, inflammation subaiguë par conséquent.

L'examen cytologique du tissu cortical ne montre aucune modification structurale importante ; ce tissu est d'ailleurs abondant, bien développé et normalement riche en lipoïdes.

La médullaire, également bien développée, est de dimensions au-dessus de la normale ; elle ne présente pas de grosses lésions cytologiques, sauf des tendances giganto-cellulaires assez prononcées. Il n'y a pas de cellules pigmentées.

Observation II. — M... Eugénie, 65 ans. Coma apoplectique chez une hypertendue.

La malade entre à l'infirmerie de l'Hospice général le 2 décembre 1931 parce qu'elle souffre de céphalée et d'éblouissements et qu'elle a présenté une abondante épistaxis.

C'est une femme de forte corpulence au faciès pléthorique. La tension artérielle est de 30-13 (Pachon, double brassard de Gallavardin). Le cœur est régulier ; le second bruit aortique est clangoreux. Il n'y a pas de souffles orificiels. Le reste de l'examen clinique se montre négatif.

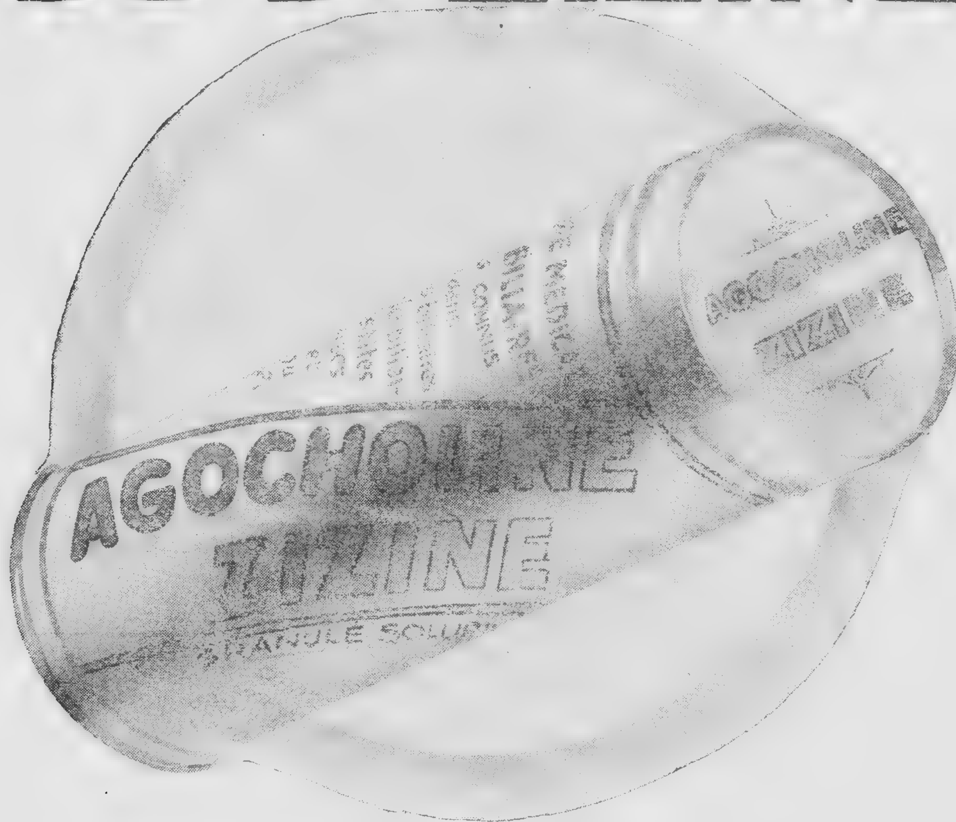
La malade présente le 24 décembre 1931, à 7 heures, un ictus apoplectique ; l'examen clinique pratiqué aussitôt la montre comateuse et présentant une hémiplégie droite. La mort survient le même jour à 14 heures. L'autopsie est pratiquée rapidement. Le foie est gros et présente l'aspect d'une cirrhose hypertrophique avec surface cloutée. Le cœur est volumineux ; les reins sont de dimensions normales. On ne peut prélever qu'une seule surrénale : celle-ci est grosse et assez dure ; elle pèse 7 gr. 5.

Examen histologique : *le foie* présente une sclérose périportale marquée avec dégénérescence graisseuse d'assez nombreuses cellules hépatiques et infiltration lymphocytaire.

Le rein est en état de néphrite subaiguë par places ; en d'autres endroits, on trouve l'aspect d'une néphrite chronique typique avec sclérose artérielle, glomérules en pains à cacheter, atrophie des tubes. Nombreuses suffusions hémorragiques.

La surrénale présente des phénomènes d'angiosclérose assez marqués ; des travées de sclérose partent de la capsule d'enveloppe et dissocient les travées cellulaires de la corticale. Celle-ci normalement riche en lipoïdes présente une hyperplasie nette sans formations adénomateuses. Les capillaires sont dilatés, et il existe de petites hémorragies. La médullaire est re-

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

JEP CARRÉ PARIS

marquablement développée, et certaines cellules y présentent des dimensions très nettement au-dessus de la normale.

OBSERVATION III. — J... Isidore, 69 ans. Aortite athéromateuse chez un hypertendu. Maladie de Hogdson.

Le malade entre à l'infirmerie de l'Hospice général le 1er décembre 1931 parce qu'il se sent fatigué et présente de la dyspnée d'effort.

Le faciès est pâle, un peu blafard. Le cœur est régulier. Il bat à 80. L'auscultation de la région précordiale permet de percevoir un bruit de galop. On entend à l'orifice aortique un souffle systolique râpeux et un souffle diastolique plus léger se propageant nettement vers l'appendice xiphoïde. La tension artérielle est de 27-12. Il n'y a pas d'œdèmes.

La plèvre droite est le siège d'un épanchement assez volumineux que la ponction exploratrice montre hémorragique et renfermant des lymphocytes.

L'examen des urines décèle des traces d'albumine ; le dosage de l'urée sanguine donne un taux de 0 gr. 45 ‰.

L'examen radioscopique montre un cœur augmenté de dimensions et un épanchement pleural remontant jusqu'à quatre travers de doigts sous la clavicule. Le 4 décembre 1931, une ponction évacuatrice permet de retirer 250 c.c. de la plèvre, le 16 décembre, on en retire 550 c.c.

Le malade meurt le 20 janvier 1932 sans signes plus marqués d'asystolie. L'autopsie est pratiquée rapidement. A l'ouverture du thorax, on trouve un litre de liquide hémorragique dans la plèvre droite ; le poumon droit est rétracté dans sa partie supérieure. Le cœur est très hypertrophié quant au ventricule gauche. On note une sclérose et une infiltration athéromateuse des valvules sigmoïdes aortiques qui présentent des nodules durs. La valvule mitrale est épaissie. On ne note pas d'athérome aortique. Les reins sont petits, la corticale est nettement diminuée. Les surrénales sont assez volumineuses et pèsent 11 grammes.

Examen histologique : *rein* : néphrite scléreuse. *Surrénales* : il existe une sclérose importante de la capsule avec travées épaisses pénétrant à l'intérieur de la glande ; on note également une sclérose considérable de la veine centrale, ainsi que des hémorragies interstitielles très marquées avec vaisseaux en état de réplétion dans la partie moyenne de la médullaire surtout.

La médullaire occupe un volume considérable ; les travées cellulaires sont larges et certaines cellules présentent du gigantisme : la corticale est très nettement moins développée, et assez pauvre en lipoïdes ; les trois zones glomérulaire, fasciculée et réticulée sont nettement différenciées ; il n'y a pas de formations adénomateuses.

OBSERVATION IV. — L... Emile, 83 ans. Hypertension artérielle, athérome aortique léger ; insuffisance cardiaque.

Le malade qui présentait en janvier 1930 une tension artérielle de 24-13 entre à l'infirmerie de l'Hospice général le 6 novembre 1931, pour des phénomènes de défaillance cardiaque. On le trouve dans son lit très dyspnéique avec une respiration rapide et superficielle. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème rosé, dur, prenant le godet et remontant jusqu'à l'abdomen. Le pouls est rapide et irrégulier. Le taux des urines est de un litre par nychthémère ; elles renferment des traces d'albumine.

Le cœur est rapide ; il bat a 110 et présente de très nombreuses extrasystoles ; on perçoit à la pointe un souffle systolique râpeux se propageant dans l'aisselle. Il existe une congestion hypostatique des deux bases pulmonaires ; le foie est congestionné et douloureux à la palpation. La tension artérielle s'est effondrée à 16-10.

Malgré un traitement à l'ouabaïne en injections intraveineuses, et bien que le rythme cardiaque se ralentisse à 80, les œdèmes ne régressent pas, l'asystolie s'avère irréductible, l'urée sanguine s'élève à 1 gr. 25, et le malade présente le 10 novembre un rythme respiratoire de Cheyne-Stokes. Il délire et finalement meurt le 11 décembre 1931 en asystolie avec gros œdèmes, gros foie, encombrement pulmonaire et léger hydrothorax bilatéral. L'autopsie est pratiquée rapidement. On trouve un cœur très hypertrophié pesant 520 grammes ; le myocarde est épaissi et mesure 1 cm. 5 à 2 cm., au niveau de la paroi ventriculaire gauche. Il existe un athérome aortique discret avec plaques calcaires sur les sigmoïdes aortiques et la grande valve mitrale. L'orifice tricuspide est dilaté et admet trois travers de doigts. Il n'y a pas d'ascite, mais on trouve un peu de liquide dans les deux plèvres (davantage à gauche). Les poumons présentent une assez grande quantité de liquide d'œdème. Le foie est gros et il offre à la coupe un aspect muscade caractéristique. Les reins sont un peu congestionnés, ni gros ni petits, et se décapsulent bien. Les surrénales prélevées pèsent 9 grammes.

Examen histologique des surrénales : il existe une forte sclérose de la capsule et de ses vaisseaux ; des travées scléreuses pénètrent dans la glande. Le pigment est peu abondant. On note des phénomènes hémorragiques à la partie moyenne de la médullaire, ainsi qu'à la limite de séparation entre la corticale et celle-ci. La corticale est riche en lipoïdes ; elle n'est nullement hypertrophiée et ses dimensions sont même plutôt moins importantes que normalement. Il n'y a rien de spécial à signaler du point de vue cytologique. La médullaire par contre est nettement hyperplasique.

OBSERVATION V. — V... Victor, 68 ans. Asystolie chez un malade hypertendu porteur d'une maladie de Hogdson.

Ce malade entre à l'infirmerie de l'Hospice général au mois d'août 1931 avec des signes d'insuffisance cardiaque. Il a déjà présenté à plusieurs reprises depuis 1929 des accidents analogues avec œdèmes et dyspnée cédant sous l'influence du repos.

Nous le trouvons avec de volumineux œdèmes des membres inférieurs, et une dyspnée intense ; le malade est anhélant et présente une tendance à la cyanose. Le cœur est rapide et irrégulier on perçoit à l'auscultation un bruit de galop et, au foyer aortique, un double souffle systolique et diastolique ; la tension artérielle est de 22-12. Les deux bases pulmonaires sont encombrées de râles de stase ; le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigts ; il est douloureux à la pression. Les urines renferment des traces d'albumine. Sous l'influence d'une cure d'ouabaïne en injections intraveineuses, le malade s'améliore ; mais ce mieux n'est que transitoire ; en septembre, les accidents cardiaques reprennent et la mort survient le 29 septembre 1931.

L'autopsie est pratiquée rapidement ; on trouve un cœur énorme avec hypertrophie portant surtout sur le ventricule gauche. Le cœur droit est dilaté. L'aorte est athéromateuse et les sigmoïdes aortiques sont infiltrées de plaques calcaires. Le foie est gros, les reins congestionnés. Les surrénales prélevées pèsent 12 grammes ; elles sont irrégulières et bosselées.

Examen histologique des surrénales. — On note une grosse sclérose de la capsule et de ses vaisseaux ainsi que de la veine centrale. Des phénomènes hémorragiques intenses se présentent dans toute la glande, spécialement à la limite de la médullaire et de la corticale.

Il existe une hypertrophie nette de la substance corticale ; celle-ci est très riche en lipoïdes ; elle présente des formations adénomateuses d'aspect lobé, développées dans la capsule. Les travées de tissu scléreux s'infiltrent entre les travées cellulaires et parfois entre les cellules réalisant par endroits l'aspect d'une cirrhose ; la médullaire est de dimensions normales.

OBSERVATION VI. — B.... Achille, 76 ans. Hémiplégie gauche chez un hypertendu brightique.

Le malade entre à l'infirmerie le 28 février 1932 avec des œdèmes généralisés. Une hémiplégie gauche s'est installée chez lui il y a deux ans, sans ictus apoplectique. Sa tension artérielle est de 23-8, les bruits du cœur sont lointains et le rythme cardiaque est irrégulier. Le foie déborde le rebord costal de deux travers de doigts ; il est douloureux à la palpation. Il n'y a pas d'ascite ; on note l'existence aux deux bases pulmonaires de râles congestifs. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Sous l'influence d'un traitement digitalique, suivi d'un traitement à l'ouabaïne associée à la théobromine, l'état cardiaque s'améliore considérablement. A la date du 20 mars, les œdèmes ont totalemont disparu, et le cœur s'est à peu près complètement régularisé. Mais une escharre fessière est survenue et le malade meurt le 5 avril. A l'autopsie, on trouve un cœur volumineux, avec un athérome aortique de moyenne intensité. Les reins sont plutôt petits. Le foie et les bases pulmonaires présentent un certain état de congestion. Les surrénales pèsent 12 grammes.

Examen histologique. — On note au niveau du foie de nombreux ilots de dégénérescence graisseuse ; les reins présentent des lésions caractéristiques de néphrite scléreuse. Les surrénales présentent de nombreuses hémorragies entre la corticale et la médullaire. Le tissu cortical est moins important que le tissu médullaire. Il présente un abondant tissu scléreux partant de la capsule d'enveloppe et s'infiltrant entre les travées cellulaires. L'étude cytologique du tissu médullaire y montre une hyperplasie nette avec tendances giganto-cellulaires assez prononcées.

OBSERVATION VII. — L... Joséphine, 78 ans. Hypertension artérielle, hirsutisme.

Entre à l'infirmerie se plaignant d'une asthénie marquée le 22 septembre 1932. La température est à 39° et on note l'existence de foyers congestifs au niveau des bases pulmonaires. Le cœur est régulier ; les bruits sont durs avec clangor aortique ; le pouls est dur et bien frappé ; la tension artérielle qui était

de 25-10 en 1930 est à cette époque de 22-9 1/2. L'examen des divers autres organes ne décèle rien de particulier.

Les jours suivants, la température s'abaisse jusqu'aux environs de 37°5. Les foyers pulmonaires s'arrangent, mais la malade sombre dans la cachexie sénile ; les urines ne renferment pas d'albumine ni de sucre, le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 65 ‰. La malade meurt sans phénomènes particuliers le 29 novembre 1932.

A l'autopsie, on trouve une périviscérite abdominale totale avec adhérences généralisées ; les reins présentent une certaine diminution de la corticale, mais sans atrophie nette ; le foie offre un aspect muscade. Les poumons sont normaux, il y a quelques adhérences pleurales. Le cœur est gros et le ventricule gauche fortement hypertrophié. Les valvules mitrales et aortiques sont souples ; il n'y a pour ainsi dire pas d'athérome aortique ; en revanche les artères iliaques sont dures et calcifiées. Les surrénales sont régulières ; leur poids est de 11 grammes.

Examen histologique des surrénales. — Les surrénales présentent des phénomènes hémorragiques très marqués. La veine centrale est légèrement scléreuse et en état de réplétion ; à la limite entre la corticale et la médullaire les capillaires sont gorgés et dilatés avec des phénomènes hémorragiques très marqués. Sur certaines préparations, il y a même en ce point un clivage, artefact évident, mais qui n'eût pu se produire sans une fragilité particulière de la région.

Le développement de la corticale est sensiblement normal. Il n'y a pas de formations adénomateuses ; les cellules sont normalement riches en lipoïdes ; la médullaire présente, elle aussi, un développement sensiblement normal. Il y a peu de cellules pigmentées, pas de modifications cytologiques remarquables.

Observation VIII. — D....Marie, 64 ans. Ictus apoplectique, hémiplégie droite avec aphasie.

Le 10 décembre 1931, la malade présente subitement de la parésie des membres inférieurs et de la diplopie avec strabisme divergent par paralysie de son droit interne droit. Il n'y a pas de ptosis. Les pupilles sont égales et régulières, les réflexes photomoteur et accomodatif sont normaux, les réflexes patellaires sont exagérés ; il existe une ébauche de Babinski bilatéral. La tension artérielle est à ce moment de 24 1/2-12 au Pachon, double brassard de Gallavardin. L'auscultation du cœur montre l'existence d'un clangor aortique très marqué. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 27 ‰.

Très rapidement la diplopie et le strabisme disparaissent, le réflexe plantaire se fait de nouveau en flexion, et la malade sort de l'infirmerie. Elle y entre une seconde fois le 29 novembre 1932 ayant présenté un ictus apoplectique avec hémiplégie droite et aphasie. La température est à 38°. L'examen du cœur montre une tachycardie à 100 sans extrasystoles. La pointe bat dans le sixième espace intercostal ; à l'aorte et le long du sternum, on note un éclat clangoreux du deuxième bruit. La tension artérielle est à ce moment de 24 1/2-12.

La température monte le lendemain à 39° et la malade meurt le 1er décembre 1932. A l'autopsie, le cœur est très hypertrophié ; l'aorte est un peu large et athéromateuse. Le foie est de volume normal ainsi que les reins. Les surrénales sont prélevées; elles pèsent 9 grammes.

Examen histologique. — Les reins présentent des lésions de néphrite scléreuse.

Les surrénales présentent des phénomènes hémorragiques assez abondants à la limite de la surrénale et de la médullaire ; il existe une hyperplasie portant à la fois sur le tissu cortical dont le développement est assez marqué et sur la médullaire qui est en hyperplasie nette dépassant celle de la corticale.

Observation IX. — D.... Angèle, 64 ans. Hémiplégie droite chez une hypertendue.

L'hémiplégie remonte au 11 septembre 1929, date à laquelle la malade a présenté un ictus apoplectique.

Elle revient à l'infirmerie de l'Hospice général le 15 décembre 1932 parce qu'elle présente des œdèmes des membres inférieurs.

L'hémiplégie droite existe toujours avec quelques troubles de la parole.

Le cœur est rapide. à 102, et présente quelques irrégularités ; l'auscultation fait percevoir un léger rythme de galop et un éclat clangoreux du deuxième bruit à l'aorte. La tension artérielle est de 22-12. L'œdème de membres inférieurs ne remonte guère au delà des genoux. Malgré la thérapeutique tonicardiaque et diurétique mise en œuvre, la malade succombe le 7 janvier 1933. A l'autopsie, on trouve un cœur assez gros, une aorte pas très athéromateuse ; quelques phénomènes congestifs au niveau des bases pulmonaires. Les surrénales sont prélevées ; elles pèsent 13 grammes.

Examens histologique. — *Rein*, néphrite scléreuse avec phénomènes hémorragiques assez importants.

Surrénales. — La corticale est très developpée avec tendance au processus de propulsion. Mais sans formations adénomateuses à proprement parler. Les capillaires sont dilatés et la glande présente un aspect congestif remarquable.

Nos observations peuvent donc se répartir de la façon suivante : une aortite spécifique avec tension artérielle à 21-6, trois aortites athéromateuses avec tension artérielle à 27-12 ; 24-13 ; 22-12. Quatre cas d'hémiplégie avec ou sans ictus apoplectique chez des hypertendus à : 30-13 ; 23-8, 24,5-12 ; 22-12. Un cas d'hypertension 25-10 avec hirsutisme et sclérose artérielle marquée surtout au niveau des iliaques.

Les surrénales que nous avons trouvées étaient en général nettement augmentées de volume et le poids des deux réunies variait entre 11 et 16 grammes. Deux fois les surrénales étaient dures, irrégulières et bosselées.

Les coupes histologiques que nous avons pratiquées nous ont permis de constater un certain nombre de caractères morphologiques que nous pouvons schématiser de la façon suivante :

1° Une sclérose prononcée, intéressant la capsule d'enveloppe et les vaisseaux, y compris la veine centrale, pénétrant entre les travées cellulaires et prenant même par endroits l'aspect d'une véritable cirrhose monocellulaire.

2° Une hyperplasie fréquente du tissu cortical (cinq fois sur neuf) accompagnée dans certains cas (deux fois) de productions adénomateuses.

3° Une hyperplasie plus fréquente encore de la médullaire (sept cas sur neuf) ; celle-ci se trouvant être du reste dans cinq cas plus importante que la corticale.

4° Un état congestif intense avec dilatation des capillaires et multiples petites hémorragies, celles-ci se trouvant surtout marquées à la limite entre la substance corticale et la médullaire.

Ces constatations anatomo-pathologiques sont à rapprocher de celles que Husnot a décrites dans sa thèse. Cet auteur signale en effet chez le vieillard un double processus d'hypertrophie et de sclérose glandulaire ; autrement dit encore d'angiosclérose atrophique et d'hypergenèse cellulaire adénomateuse, l'hyperplasie procédant par nodules corticaux selon le processus de propulsion de Dagonet. pour aboutir à la surrénalite nodulaire hyperplasique de Letulle.

Comme Husnot, nous avons noté dans un certain nombre de cas l'hyperplasie de la corticale et le processus de propulsion avec formations adénomateuses. Comme lui également, nous avons noté d'une façon constante une angiosclérose et même, dans certains cas, une sclérose disséquante intercellulaire offrant parfois l'allure d'une véritable cirrhose monocellulaire. Mais nous avons surtout été frappé par l'hyperplasie de la médullaire. Husnot signale bien que le rapport médullaire-corticale tend vers l'unité à mesure que le sujet avance en âge et que parfois la médullaire peut l'emporter sur la corticale. mais c'est à l'hypertrophie corticale qu'il attache surtout de l'importance.

Or. nos observations montrent que, si nous avons observé cinq fois sur neuf la corticale en hyperplasie, la médullaire l'était pour sa part dans sept cas ; cinq fois du reste le développement de la médullaire était plus marqué que celui de la corticale. Cette fréquence de l'hyperplasie médullaire que nous avons rencontrée tient vraisemblablement au fait que nous n'avons retenu que les surrénales des vieillards hypertendus, tandis que Husnot a étudié la surrénale du vieillard en général.

Ces faits nous paraissent d'un certain intérêt en ce qui concerne l'étude pathogénique de l'hypertension artérielle, et le syndrome cardio-surréno-vasculaire de Josué et Vaquez. Ils viennent à l'appui de ceux observés depuis une dizaine d'années concernant des tumeurs surrénales

avec hypertension paroxystique. Ils se rangent à côté des 42 cas de tumeurs chromaffines signalés pendant ces dernières années et qui s'accompagnaient d'hypertension, d'hypertrophie du ventricule gauche et d'artério-sclérose. Ils se comparent aux quatre nouveaux cas que Goldzieher apportait en 1932 en insistant sur le fait que l'hypertrophie de la médullaire accompagne l'hypertension permanente et qu'il paraît bien qu'on doive admettre le rôle important de l'hyperplasie, concomitante d'hyperfonctionnement de la médullaire, dans l'hypertension artérielle.

Nous avons gardé pour la fin les phénomènes hémorragiques et l'état congestif que nous avons rencontrés constamment dans les surrénales que nous avons examinées.

Il est bien évident que ces phénomènes hémorragiques ne peuvent être considérés comme des faits histologiques fondamentaux et qu'ils doivent être laissés tout à fait en dehors de l'étude pathogénique de l'hypertension artérielle. Ce sont des phénomènes terminaux, soit qu'ils résultent du marasme circulatoire et de l'insuffisance cardiaque ou de phénomènes vaso-paralytiques, soit qu'ils puissent être eux-mêmes à l'origine de l'issue fatale.

Nous croyons que ces faits anatomo-cliniques doivent être retenus. Ils sont intéressants, quel que soit l'angle sous lequel on les envisage, celui de la pathogénie de l'hypertension artérielle ou celui du mécanisme régulateur de la tension artérielle.

On peut se demander en effet si l'hyperplasie de la surrénale et de la médullo-surrénale n'est pas le facteur initial, le *primum movens* de l'hypertension artérielle, et si elle ne tient pas sous sa dépendance l'athéro-sclérose et l'hypertrophie ventriculaire. Il faudrait pour répondre définitivement à cette question confronter de nombreuses observations. Mais si l'on tient compte de ce que l'on sait des crises d'hypertension paroxystique survenant chez des sujets porteurs de tumeurs surrénales, il n'est pas illogique de penser qu'il en peut-être ainsi.

Cependant, même si l'on retourne la question et si l'on considère l'hyperplasie surrénale comme secondaire à l'hypertension et à l'athérosclérose déjà en évolution, l'hyperplasie médullo-surrénale reste encore un fait intéressant. En effet, cette hyperplasie semble bien être le témoin du rôle que peut jouer la surrénale dans le maintien de l'équilibre tensionnel, et de l'action de ses sécrétions sur les centres régulateurs de la tension.

Quelles que soient les hypothèses qu'on puisse envisager, les faits suivants restent :

Chez le vieillard hypertendu, on trouve les surrénales le plus souvent hypertrophiées ; celles-ci présentent une sclérose périvasculaire et souvent intercellulaire. La corticale présente souvent de l'hypertrophie avec formation de nodules adénomateux ; mais la médullaire est plus souvent encore en hyperplasie avec trabécules élargies, gigantisme cellulaire et parfois nodules hyperplasiques.

BIBLIOGRAPHIE (Théorie surrénale)

JOSUÉ. — Soc. de Biologie, 14 nov. 1903. L'athérome aortique expérimental par injections répétées d'adrénaline.

LOEPER. — Soc. de Biologie, 21 nov. 1903. Action de l'adrénaline sur l'appareil cardio-vasculaire et la capsule surrénale.

GOUGET. — Soc. de Biologie, 19 décembre 1903. Sur un cas de saturnisme expérimental avec hypertrophie considérable des capsules surrénales et sclérose aortique.

Ph. JOSSERAND. — 1904. Contribution à l'étude physiologique de l'adrénaline.

Léon BERNARD et BIGART. — Soc. de Biologie, 16 janvier 1904. Intoxication saturnine expérimentale.

VAQUEZ. — 5 février 1904. Soc. médicale des Hôpitaux. Hypertension.

JOSUÉ. — 12 février 1904. Soc. médicale des Hôpitaux. Capsules surrénales. Hypertension. Athérome.

DUFOUR. — 12 février 1904. Soc. médicale des Hôpitaux. Sclérose rénale et capsules surrénales.

MÉNÉTRIER. — 12 février 1904. Soc. médicale des Hôpitaux. Encéphalopathie saturnine et hypertension artérielle.

JOSUÉ. — 19 février 1904. Société médicale des Hôpitaux. Les capsules surrénales dans trois cas d'hypertension artérielle.

AUBERTIN et AMBARD. — 19 février 1904. Soc. médicale des Hôpitaux. Lésions des capsules surrénales dans les néphrites avec hypertension.

MÉNÉTRIER. — 19 février 1904. Soc. médicale des Hôpitaux. Notes sur les rapports des adénomes des capsules surrénales avec la néphrite interstitielle atrophique.

SERGENT et COTTENOT. — 26 février 1904. Soc. médicale des Hôpitaux. L'irradiation des glandes surrénales dans la thérapeutique de l'hypertension artérielle.

WIDAL et BOIDIN. — 21 juillet 1905. Soc. médicale des Hôpitaux. Adénome des capsules surrénales, hypertension et athérome généralisé.

MÉNÉTRIER et BLOCH. — 9 juin 1905. Soc. médicale des Hôpitaux. Rein polykystique, hypertrophie cardiaque, hypertension vasculaire et hyperplasie surrénale.

FROIN et RIVET. — 14 juin 1906. *Gazette des Hôpitaux*. Adénome des capsules surrénales et hypertension dans l'hémorragie cérébrale.

JOSUÉ et BLOCH. — 10 juin 1907. Académie des sciences. Action hypertensive de la couche corticale des capsules surrénales.

AUBERTIN. — 27 juillet 1907. Soc. de Biologie. Hyperplasie surrénale dans l'alcoolisme chronique expérimental.

Léon BERNARD. — Août 1907. Reims. Rapport au XXXVIe Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

GOUGET. — 16 novembre 1907. *Presse Médicale*. Athérome expérimental et capsules surrénales.

JOSUÉ. — 3 juillet 1908. Soc. médicale des Hôpitaux. Syndrome surréno-vasculaire.

PARISOT. — 1908. *Archives des maladies du cœur*, Paris. Hypertension artérielle, hypertrophie cardiaque, hyperplasies hypophysaire et surrénale.

GAILLARD. — 1908. Thèse Paris. De l'hyperplasie surrénale.

HUSNOT. — 1908. Thèse Bordeaux. Recherches sur l'évolution histologique de la glande surrénale de l'homme.

BROKING et TRENDELENBURG. — 1911. *Deutsches Archiv*. Teneur en adrénaline du sang humain.

STEWART. — Octobre 1911. Lancester. *The journal of experimental medicinel*. So called biological tests for adrenalin in blood with some observations on arterial hypertonus.

HALLION et NEPPER. — Novembre 1911. *Journal de physiologie et de pathologie générale*. Recherches expérimentales sur les effets circulatoires et sur les accidents d'œdème aigu produits dans le poumon par l'adrénaline.

JOSUÉ. — 23 février 1911. *Paris Médical*. Syndrome surréno-vasculaire.

HAGELBERG. — 30 septembre 1912. *Berliner Klinische Woch.* Hypertension et hyperglycémie.

QUADRONE. — 15 février 1913. *Reforma médica*, Naples. De la radiothérapie dans quelques cas d'hypertension.

JOSUÉ. — 15 décembre 1913. *Journal médical français*. Le syndrome surréno-vasculaire.

VAQUEZ. — 5 février 1914. Soc. médicale des Hôpitaux. Hypertension.

VAQUEZ. — 1914. Congrès français de médecine. Hypertension.

HOSKINS. — 1917. Endocrinology T. I. Relations entre surrénales et circulation sanguine.

VINCENT. — 1917. Endocrinology T. I. Données récentes sur les fonctions des organes adrénalinogènes.

STEWART. — 1921. Endocrinology T. V. Insuffisance adrénalinique.

A. TOURNADE. — Février 1922. *Journal de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord*. Existe-t-il une adrénalinémie physiologique ?

TOURNADE et CHABROL. — 8 avril 1922. Soc. de Biologie. Le procès de l'adrénalinémie physiologique, le pour et le contre.

M. LABBÉ, TINEL et DOUMER. — 23 juin 1922. Soc. médicale des Hôpitaux. Crises solaires et hypertension paroxystique en rapport avec une tumeur surrénale.

GLEY. — 1923. *Revue de Médecine* n° 4. La physiologie des surrénales et la sécrétion d'adrénaline.

TOURNADE et CHABROL. — 1923. *Revue de Médecine*, n° 4. L'adrénalinémie.

KERPPOLA. — 3-5 juillet 1923. Christiania. XIe Congrès de médecine des pays du Nord. Contribution à la symptomatologie et à la pathogénie de l'hypertension dite essentielle.

OPPENHEIMER et FISHBERG. — 5 novembre 1924. *Archives of international med.* Association de tumeurs surrénales et d'hypertension.

◆◆◆

Houssay. — 21 février 1925. *Presse Médicale*. Le rôle physiologique de l'adrénaline.

Tournade et Chabrol. — Juin 1925. *Journal Médical français*. Evolution de nos connaissances en physiologie surrénale.

A. Tournade. — 1er mai 1926. *Paris Médical*. La sécrétion surrénale de l'adrénaline.

Oberling et Jung. — 18 mars 1927. Soc. médicale des Hôpitaux. Paragangliome de la surrénale avec hypertension paroxystique.

Laubry. — 28 juillet 1927. Soc. médicale des Hôpitaux. Hypertension paroxystique guérie (?) par la radiothérapie de la région des surrénales.

Langeron et Delcour. — Janvier 1928. *Archives des maladies du cœur*. Rapports des tumeurs des surrénales avec l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque.

Pellissier. — 1927. Thèse Paris. L'hypertension artérielle solitaire.

Berthier. — 10 juin 1928. *Journal de médecine de Bordeaux*. Pathogénie de l'hypertension artérielle dite essentielle.

Langeron et Loheac. — A propos de l'adrénaline (?) dans les tumeurs des surrénales enlevées à l'autopsie et sa signification dans la pathogénie et le mécanisme pathogénique de l'hypertension artérielle, 12 septembre 1928. *Presse Médicale*.

Vaquez, Donzelot et Géraudel. — 6 février 1929. *Presse Médicale*. Hypertension artérielle par hypernéphrome.

P.-N. Deschamps. — *Presse Médicale*, 16 février 1929. Le problème biologique de l'hypertension artérielle permanente solitaire.

Mougeot. — *Gazette Médicale de France*, numéro spécial, avril 1929. Physiologie pathologique de l'hypertension artérielle.

Goormashtesch et Elaut. — 14 juin 1929. Soc. de Biologie. Histophysiologie des surrénales au cours de l'hypertension expérimentale.

M. Labbé, Azerad et Violle. — 28 juin 1929. Soc. médicale des Hôpitaux. Adénome de la médullo-surrénale avec hypertension paroxystique.

Allen. — Août 1929. *Annales internationales de médecine*. Glandes surrénales et hypertension.

Shipley, — Octobre 1929. *Annals of Surgery*. Hypertension paroxystique associée à une tumeur des surrénales.

Galata. — Novembre 1929. *Archives des maladies du cœur*. Hypertension grave guérie par surrénalectomie unilatérale.

Porter. — Janvier 1930. *Surg. Gynec. Obst.* Hypertension paroxystique guérie par l'ablation d une tumeur surrénale.

May et Kaplan. — 28 février 1930. Soc. médicale des Hôpitaux. Poussées paroxystiques au cours d'une hypertension permanente. Comparaison avec l'hypertension adrénalinique.

Perrin et Richard. — 22 mars 1930. *Paris Médical*. Hypertension artérielle ; étiologie et pathogénie.

Monier-Vinard et Desmarest. — 13 juin 1930. Soc. méd. des Hôpitaux. Hypertension artérielle permanente et primitive avec paroxysmes hypertensifs démesurés. Influence de la rachianesthésie, de la surrénalectomie, de la radiothérapie et de la ponction lombaire.

Barker. — Juillet 1930. Clinique (North America.) Tumeur de la médullo-surrénale associée à une hypertension permanente.

Gilbert Dreyfus. — Juillet 1930. *L'Hôpital*. Tumeur de la médullo-surrénale avec teneur élevée en adrénaline et hypertension paroxystique.

Barrieu. — 27 décembre 1930. Soc. de médecine de Paris. Pathogénie et traitement de l'hypertension artérielle.

Langeron et Lamoril. — Mars 1931. Questions médicales d'actualité. Les causes de l'hypertension artérielle paroxystique.

Villaret. — 18 mars 1931. *Presse Médicale*. Hypertension artérielle paroxystique.

Biasotti. — Septembre 1931. *Revue sud americ. de médecine et de chirurgie*. Action des capsules surrénales sur la régulation de la tension artérielle.

Healy et Guy. — Octobre 1931. Chicago. *Archives path.* Pseudo-hermaphrodisme externe masculin associé à une hyperplasie surrénale et à une hypertension artérielle.

Ichok. — Décembre 1931. Hypertension d'origine surrénale.

Golzieher. — Janvier-février 1932. Endocrinology. Hyperplasie nodulaire de la médullo-surrénale dans l'hypertension.

Pasteur Vallery-Radot, Delafontaine et Jouveau-Dubreuil. — 20 janvier 1933. Soc. médicale des Hôpitaux. Tumeur surrénale avec hirsutisme, aménorrhée, glycosurie et hypertension. Diagnostic confirmé par la radiographie.

A. Duthoit. — *C. R.* Soc. Biologie 13 mars 1933 (Lille). Hyperplasie de la médullo-surrénale et hypertension chez le vieillard.

A. Duthoit. — Hyperplasie de la médullo-surrénale chez le vieillard hypertendu. Réunion médico-chirurgicale des Hôp. de Lille, 20 mars 1933.

CHRONIQUE

La chirurgie du sympathique et les affections gynécologiques

(D'après G. Cotte)

Par LANDRIEU, Interne des Hôpitaux de Paris

Dans le très important ouvrage qu'il vient de publier, Cotte apporte non seulement une mise au point des données actuelles d'anatomie et de physiologie sur laquelle est fondée cette chirurgie, mais encore son expérience d'une pratique de huit années, qui ne comporte pas moins de trois cents cas (1).

« La chirurgie du sympathique pelvien qui avait connu avec Ruggi, avec Jaboulay, avec Jonnesco, à la fin du siècle dernier une existence bien éphémère, a pris actuellement un nouvel essor et semble avoir acquis, dès maintenant, une place importante dans la thérapeutique gynécologique. Il suffit de rappeler, en effet, que c'est en 1921 que Leriche fit la première sympathectomie périartérielle hypogastrique et que c'est en 1924 que Cotte a fait la première résection du nerf présacré pour voir le chemin parcouru dans ces dix dernières années. »

***

Dans un long chapitre d'anatomie, l'auteur décrit les trois formations sympathiques sur lesquelles peuvent porter les interventions :

a) le sympathique périartériel des artères hypogastriques lequel continue le feutrage cellulo-nerveux qui entoure l'aorte et ses branches de bifurcation iliaque ;

b) le plexus spermatique interne qui, né de filets issus des plexus rénaux et intermésentérique, s'accole aux vaisseaux utéro-ovariens pour gagner le hile de l'ovaire ;

c) enfin, le sympathique sacré à proprement parler, qui comprend comme le sympathique abdominal deux formations différentes : 1° la chaîne ganglionnaire latérovertébrale ; 2° le plexus prévertébral.

1° La chaîne vertébrale très variable dans sa systématisation, comprend trois à cinq ganglions de chaque côté, réunis entre eux par un cordon vertical, réunis en bas par une anse transversale. Les connexions sont essentiellement constituées par les rami communicants, issus des segments médullaires sacrés, honteux et coccygien correspondants.

2° Le plexus prévertébral comprend deux portions. En haut, c'est le plexus hypogastrique supérieur d'Hovelacque, nerf présacré de Latarget. Celui-ci continue, en haut, le plexus intermésentérique qui lui fournit la majorité de ses fibres, et se termine en bas en se divisant un peu au-dessous du promontoire pour former les deux nerfs hypogastriques. Il reçoit, dans son trajet, les filets des ganglions de la chaîne sympathique latérovertébrale lombaire. Ce nerf présacré qui n'est, en fait, ni un nerf ni présacré se présente habituellement comme un plexus étalé sur trois à quatre centimètres au-devant du corps de L^5 entre les branches de la bifurcation aortique. Les différents filets sont contenus dans une lame celluleuse, avasculaire, facilement isolable qu'il faut réséquer dans sa totalité. Au-dessous du promontoire, le nerf présacré se divise en deux branches, lesquelles, obliques en bas, en dehors, en avant, vont cheminer dans l'espace pelvi sous-péritonéal pour atteindre le bord postérieur du

(1) G Cotte.— *Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie*, Masson, éditeur, Paris 1932.

BIBLIOGRAPHIE

L'Année Médicale Pratique (XII[e] année), édition 1933, publiée sous la direction de G. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, préface du Professeur E. SERGENT. Un vol. in-16, 683 pages, 23 fig., édit. Lépine. Prix : 26 francs.

A la pléthore croissante des publications médicales il faut un antidote : c'est *l'Année médicale pratique*.

Ce petit volume annuel qui sépare l'ivraie du bon grain expose en effet, en 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, toutes les notions nouvelles de diagnostic, de pronostic et de traitement, dans toutes les branches de la médecine.

Aussi *l'Année médicale pratique* est-elle pour tous les médecins un auxiliaire précieux et indispensable.

Baléares, *Iles heureuses*, par FAYOL. Préface de M. Abel, Bonnard, de l'Académie française, in-8. 12 francs.

La richesse des productions des Baléares : huile, vin, fromage, fruits explique pourquoi, dès la plus haute antiquité, cet archipel attira les divers peuples de l'Europe et ceux de l'Orient.

La fertilité exceptionnelle du sol, les charmes d'un climat idéal faisaient de ses habitants des gens heureux. C'est à la fois l'histoire de ce pays et de ce peuple que M. Amédée Fayol, l'historien sûr à qui l'on doit déjà *Auteuil à travers les âges* et *la Vie et l'Œuvre d'Orfila*, a pris à cœur de nous raconter.

L'homme y a laissé autant de souvenirs que la nature y répand de grâces, dit M. Abel Bonnard dans sa préface, c'est pourquoi l'auteur ne se borne pas à nous en décrire les beautés ou en peindre les mœurs des habitants. Il nous apprend combien de nations ont rempli successivement cet étroit espace depuis l'antique Carthage jusqu'à la France et à l'Angleterre modernes. Il rappelle les personnages qui se sont réfugiés dans ses asiles, dépeint ceux qui naquirent ou vécurent dans ces îles et retrace le rôle qu'elles tinrent dans les années 1830.

Enfin, M. Fayol y dépeint les joies d'un séjour dans ces îles enchanteresses, les dépeignant telles qu'on les voit aujourd'hui.

Tout cela compose un livre agréable, fin et divers, d'une érudition toujours exacte, qui est indispensable à ceux qui iront aux Baléares, et qui est si plein de ces îles qu'il les apporte presque à ceux qui n'y pourront aller.

La Paix, la Guerre, le lieu de Genève et la Biologie (Thèmes psych. fasc. V ; nouvelle édition de *J'en appelle au monde civilisé*) par le Docteur G. SAINT-PAUL. Paris, Vigot frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Trois parties : la première, qui est la plus étendue est consacrée aux questions suivantes : *avenir de la conception pacifiste ; avenir de la Société des Nations considérée comme moyen contre la guerre ; autres moyens contre la guerre* (en particulier : *néomathulsianisme*).

La deuxième partie ne compte que quelques pages : l'auteur esquisse deux projets : l'un de la création et de l'internationalisation d'un *langage mimique* ; l'autre de création d'un *chiffrier international* attribuant un même indice numérique, un même chiffre aux mots des différentes langues ayant la même signification.

La dernière partie est la reproduction textuelle de l'édition précédente (*Coins et trêves de Genève ; lieux de Genève*) à laquelle s'ajoutent différents textes (parlementaires et autres) dont nos lecteurs connaissent la plupart. Les dernières pages sont consacrées à l'Association : *le lieu de Genève*. L'auteur rappelle que l'adhésion est et demeure intégralement gratuite et qu'il suffit pour s'inscrire d'envoyer un mot ou un coup de téléphone au siège social : *Mercure Universel*, 3, Cité Bergère. Paris (IX[e]). Prov. 56.17.

W. K.

La Route, les Auberges et les Automobilistes

Le Club des Sans-Club vient de faire paraître ses remarquables reportages sur route, bien connus des automobilistes gastronomes sous le titre de Les Auberges de France. Plus que les années précédentes, on y trouve des recoins insoupçonnés dont les Tables sont décrites avec des précisions vraiment déconcertantes.

On sait que la particularité de ce Club dont nous avons déjà dit tout le bien que nous en pensions dans le *Progrès Médical*, patronné par le doyen de nos grands cuisiniers, A. Escoffier, est de créer un lien de solidarité entre tous ceux qui roulent avec Les Auberges de France. Le prix du livre, soit 20 francs tenant lieu de cotisation et sa couverture de carte d'adhérent, on a la faculté — en une forme clairement exposée — de confirmer ou d'infirmer les rapports de prospection.

Discipline ingénieuse qui permet au Club (siège : 42, rue de Trévise, Paris 9[e]), dont plus de 400 médecins font partie, de surveiller au jour le jour la tenue de ses circuits et de réserver ainsi à ses membres des heures joyeuses sur la route.

A. R.




ganglion hypogastrique. L'ensemble du nerf et du ganglion forme le plexus hypogastrique inférieur d'HOVELACQUE.

C'est ce ganglion qui va constituer, en majeure partie, le squelette des replis du Douglas ; par sa face interne il est au contact de la partie postéro-latérale du dôme vaginal par où il est facile de l'atteindre dans l'anesthésie régionale de l'utérus. Le ganglion hypogastrique reçoit trois ordres de filets : 1° des deuxième et troisième nerfs sacrés antérieurs, il reçoit des filets érecteurs d'Eckardt ; 2° des ganglions latéraux, il reçoit les filets du sympathique sacré ; 3° du plexus mésentérique inférieur, par l'intermédiaire du pédicule hémorroïdal supérieur, il reçoit une anastomose physiologiquement très importante. Il fournit, enfin, des rameaux à tous les viscères pelviens.

***

Dans le chapitre consacré à la physiologie, COTTE s'attarde peu à discuter les données théoriques de la systématisation motrice et sensitive des fibres sympathiques. Il admet que tout se passe comme s'il existait une voie centripète et une voie centrifuge, articulées au niveau d'un ganglion qui serait le centre réflexe des actes de la vie végétative. En tout cas, il insiste sur le fait que, pour mettre en jeu la sensibilité fonctionnelle d'un organe, il faut qu'intervienne le « stimulus adéquat » auquel il est adapté. Celui-ci est le plus souvent d'ordre chimique (excitation par les hormones par exemple) ou d'ordre physique (sensibilité à la distension). Dans les conditions normales, les incitations centripètes qui sont à l'origine des phénomènes moteurs ou sécrétoires auxquels se ramènent finalement la plupart de nos fonctions restent dans le domaine de l'inconscient. Dans la majorité des cas, en effet, la conscience n'a que faire de perceptions intellectuelles pour des fonctions qui ne lui apportent aucun renseignement sur le monde extérieur et qui, de plus, échappent à la volonté. Il faut pour que les centres supérieurs soient avertis que le « stimulus adéquat » dépasse ses limites habituelles d'intensité. Tout se passe, alors comme si l'excitation, trop forte pour s'arrêter aux centres ganglionnaires ou médullaires, diffusait jusqu'au cerveau, en même temps qu'elle peut provoquer des phénomènes moteurs exagérés se traduisant pour les organes creux sous forme de coliques ou de spasmes. A l'état pathologique il n'est pas besoin d'ailleurs, que le « stimulus adéquat » dépasse son intensité habituelle pour engendrer la douleur. Les altérations inflammatoires des éléments cellulaires ou des fibres nerveuses de la voie centripète autant que les modifications humorales de l'organisme en exagérant l'excitabilité propre du système autonome peuvent avoir la même influence. C'est, du moins, par ce mécanisme qu'on peut le mieux expliquer les douleurs gastriques, intestinales ou pelviennes à l'origine desquelles on ne trouve aucune lésion viscérale, mais seulement l'existence de névrites sympathiques ».

A la lumière de cette hypothèse et en se fondant sur les travaux de COURTADE et GUYON pour la vessie, de LERICHE et STRICKER, D'ABUREL pour l'utérus, l'auteur établit que c'est surtout, par voie sympathique haute, — nerf présacré, — que sont transmises les impressions douloureuses et que, par contre, la section de ce nerf n'a jamais modifié l'innervation motrice de la vessie de l'utérus et du rectum, ni leur sensibilité fonctionnelle, l'une et l'autre étant sous le contrôle de centres sous-jacents à la résection.

Quant à l'action du sympathique sur le tonus musculaire et le tonus vasculaire, elle est depuis longtemps établie.

***

Dans un chapitre de technique opératoire, COTTE précise, ensuite les différentes interventions destinées à atteindre le sympathique pelvien dans ses différents segments.

Il décrit, ainsi, la sympathectomie péri-artérielle hypogastrique, utilisée par LERICHE en 1921, la résection des nerfs hypogastriques, pratiquée par HALLOPEAU en 1922, la résection du ganglion hypogastrique, ancienne intervention de V. ROCHET et LATARJET, la section chirurgicale ou chimique du plexus spermatique interne, les énervations viscérales de l'ovaire, de l'utérus ou de la vessie, enfin la résection de la chaîne sacrée, et l'opération de DIEZ sur la chaîne lombo-sacrée. COTTE s'attache surtout à décrire, minutieusement, la technique de la résection du nerf présacré qui, à son avis, doit et peut remplacer toutes les autres en gynécologie.

***

Sur quelles bases sera établie l'indication de la résection ? par quel mécanisme va-t-elle agir ? quels sont les résultats que l'on doit en attendre ?

Tout d'abord, l'examen systématique des pièces opératoires depuis décembre 1929 ont montré à COTTE et DECHAUME que, sur 60 cas, 13 fois seulement le nerf était normal ; 15 fois il y avait névrite inflammatoire du voisinage, 22 fois névrite primitive ; 2 fois névromes de cicatrisation, enfin 8 pièces présentaient une sclérose plus ou moins avancée. En sorte qu'en révélant l'existence de véritables plexites hypogastriques, primitives ou secondaires, guéries par la résection, ces examens justifient à eux seuls l'intervention pour « plexalgies hypogastriques ».

Quant au mécanisme même de l'action de la sympathectomie, malgré les résultats obtenus, il est difficile de le définir.

« Voici, par exemple, le cas devenu banal aujourd'hui d'une jeune fille chez qui la résection du nerf présacré a fait cesser une dysménorrhée rebelle. A première vue, on pourrait penser que l'analgésie ainsi obtenue résulte de la résection de la voie sensitive principale de l'utérus, ce qui est très probablement vrai. Mais on peut se demander, également, si la section du sympathique n'a pas agi en modifiant simplement le tonus musculaire de l'utérus, d'où la disparition des coliques utérines, cet effet pouvant être dû lui-même à l'interruption des fibres motrices destinées au muscle utérin ou bien à la suppression d'un réflexe anormal qui provoquait une hypertonicité utérine. De même, étant donnée la vaso-dilatation intense qui suit la résection du nerf présacré, on peut encore se demander si les résultats obtenus ne sont pas seulement le fait des modifications apportées dans le régime circulatoire de l'utérus. En un mot, on voit que, si le résultat thérapeutique n'est pas discutable, l'interprétation physiologique n'en est pas moins sujette à discussion. Elle l'est même d'autant plus que, dans un syndrome aussi caractéristique que celui de la dysménorrhée, nous nes avons pas toujours si les douleurs sont le fait d'une névralgie utérine déclenchée par le flux menstruel, de contractions utérines exagérées ou bien encore de troubles de l'afflux sanguin et que, dans l'intervention que nous pratiquons, nous nous adressons en outre à un tronc sympathique très important au niveau duquel la physiologie montre à la fois des fibres centripètes et des fibres centrifuges appartenant les unes et les autres aux deux systèmes sympathique et para-sympathique ».

De plus, dans un domaine « comme celui de la vie végétative où tous les actes qui assurent le fonctionnement de nos organes sont le fait de réflexes plus ou moins compliqués, il faut tenir compte encore, au point de vue pathologique, de l'influence que des réflexes anormaux peuvent avoir et des nombreux troubles fonctionnels qu'ils peuvent engendrer. Un des premiers, LERICHE a montré qu'au niveau des membres, un grand nombre de troubles douloureux vaso-moteurs ou sécrétoires proviennent d'une dysharmonie sympathique créée par des réflexes nés au niveau d'un ou de plusieurs névromes de cicatrisation situés à distance ».

Et BOND fait remarquer que les sections tronculaires périphériques comme celle du nerf présacré isolent « au moins partiellement, les organes auxquels leurs filets se distribuent de tous les étages supérieurs du système nerveux autonome et libèrent leurs plexus muraux. Elles suppriment ainsi les effets des réflexes anormaux d'origine extrinsèque qui peuvent être à l'origine de certains troubles fonctionnels : dysménorrhée, hydrorrhée, prurit vulvaire, kraurosis vulvæ ».

De sorte que les indications des interventions sur le sympathique pelvien sont multiples, que la résection soit le temps principal de l'intervention, ou qu'elle ne constitue qu'un temps accessoire venant compléter une opération conservatrice ou mutilante.

Si l'on excepte les névralgies pelviennes consécutives à un cancer récidivé ou inopérable, c'est, avant tout, dans les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme que l'on trouvera ces indications.

« Dans ce domaine, en effet, plus encore peut-être qu'au niveau des autres appareils de l'économie, il existe des syndromes douloureux, vaso-moteurs, sécrétoires ou sensoriels qui semblent disproportionnés avec des lésions anatomiques que l'on trouve à l'intervention et qui portent précisément en eux-mêmes la marque d'un trouble du système nerveux. Pour les expliquer, les anciens auteurs incriminaient volontiers le nervosisme, le neuro-arthritisme, la névrose d'angoisse, l'hystérie, la neurasthénie, etc... Aujourd'hui, on les rattache plus volontiers à une perturbation dans le fonctionnement du système nerveux autonome (sympathique et parasympathique) dont l'hyperexcitation ou l'hyperexcitabilité anormale fait mieux comprendre leur existence. Mieux que tous les autres cette conception nous explique que les altérations, parfois minimes de l'appareil génital ou que des lésions, souvent même très éloignées du pelvis, puissent provoquer par irritation directe ou par voie réflexe, des troubles sensitivo-moteurs, vaso-moteurs ou sécrétoires au niveau de la sphère génitale et entraîner à leur suite des troubles de la menstruation, des douleurs pelviennes et des leucorrhées abondantes. Elle nous explique, encore, qu'une lésion anatomique insignifiante de l'ovaire ou des autres glandes endocrines en relation avec lui, voire même un simple trouble dans l'évolution du follicule puissent déclencher un réflexe endocrino-sympathique dont les effets seront identiques. Elle nous permet de comprendre enfin qu'une altération primitive du sympathique pelvien (plexalgie ou plexite hypogastrique (puisse aboutir au même résultat. »

Parmi ces troubles, la *dysménorrhée* constitue le plus typique. Puis viennent la *dyspareunie*, le *vaginisme*, les *grandes névralgies* pelviennes surtout qui persistent bien souvent après les interventions radicales, ce qui montre la part qui revient au système nerveux.

Encore faut-il que ces névralgies soient franchement hypogastriques, dont le signes majeur sera la douleur à la palpation des ligaments utéro-sacrés.

Dans les cas où les douleurs ont, au contraire, une répercussion lombaire et obturatrice et semblent relever, plutôt, d'une altération anatomique ou fonctionnelle du plexus spermatique, il semble que la section du nerf présacré doit céder le pas à la section des nerfs qui vont au hile de l'ovaire. De même, dans les névralgies ano-rectales pures ou associées à des névralgies pelviennes, bien individualisées dans ces dernières années par Bensaude et ses élèves, Cotte a l'impression qu'à la résection du nerf présacré, il y a intérêt à ajouter la section des nerfs hémorroïdaux supérieurs.

Enfin certaines *hydrorrhées*, certaines *leucorrhées*, certains cas d'excitation génitale avec nymphomanie, le *prurit vulvaire* ou périnéal, le *kraurosis vulvæ*, certains troubles réflexes liés à un utérus gravide, sont justiciables d'une résection sympathique, que celle-ci soit isolée ou associée à toute autre intervention locale.

Après avoir précisé ainsi le cadre général des indications des sympathectomies, Cotte réfute longuement les critiques que l'on a pu faire à la thérapeutique qu'il propose. On a reproché à ces interventions de ne produire que des effets passagers et transitoires ; il précise que le rétablissement temporaire d'un équilibre rompu, par le fait seul qu'il a mis fin à un fonctionnement vicieux, peut devenir spontanément définitif, d'une façon comparable à la thérapeutique médicale par les chocs. On s'est surtout demandé si le risque d'un névrome de cicatrisation ne pouvait compromettre les suites éloignées. En fait, Cotte n'en a observé que deux seuls cas sur toute sa série. Ces deux critiques ne résistent pas d'ailleurs à l'analyse des observations fournies dont certaines datent de huit ans et qui, dans l'immense majorité des cas, témoignent de résultats très satisfaisants et persistants.

* * *

Telles sont les notions théoriques sur lesquelles sont fondées les interventions sur le sympathique pelvien. Dans ses derniers chapitres, Cotte analyse dans quelles conditions cliniques il convient de les réaliser et quels résultats elles lui ont fournis.

Dans les douleurs pelviennes pour cancers récidivés ou inopérables. — Il ne peut s'agir dans ces cas que d'une intervention palliative, destinée à éviter les terribles douleurs de la période terminale. A la sympathicectomie périartérielle hypogastrique de Leriche, l'auteur préfère la résection du présacré. Dans les cinq cas où il l'a pratiquée, il a obtenu des résultats considérables et la propose dans les cas où il s'agit d'une vraie névralgie hypogastrique par envahissement du paramètre et où l'état général n'est pas trop atteint. Il suggère, même, qu'à titre préventif, la résection pourrait être le dernier temps de certaines hystérectomies pour cancer.

Dans les dysménorrhées. — C'est au sens de l'auteur, l'indication majeure. Sur 125 interventions, 91 ont été décidées en raison du seul élément douleur et sans aucune autre lésion gynécologique décelable ; les 34 autres présentaient quelques signes de lésions annexielles discrètes. Chez les premières, l'intervention strictement conservatrice comportait la résection du présacré, ligamentopexie, appendicectomie. Chez les secondes, la sympathicectomie était suivie d'une intervention complémentaire sur l'ovaire ou les trompes. Dans l'immense majorité des cas de cette série continue et minutieusement étudiée, les résultats ont été parfaits et un grand nombre datent, déjà, de cinq à huit ans. Mais Cotte insiste sur le fait que les indications doivent être posées avec soin : il ne faut demander à la résection du présacré que ce qu'elle peut donner et ne l'appliquer qu'aux cas de névralgie hypogastrique véritable, contemporaine des époques menstruelles.

Dans la dyspareunie et le vaginisme. — Associées le plus souvent à la dysménorrhée, ces troubles disparaissent presque constamment après l'intervention : sur 17 cas étudiés, 1 seul échec. Sur 7 cas de vaginisme isolés, six succès complets, un résultat incomplet.

Dans les névralgies pelviennes dites essentielles. — Dans ces névralgies paroxystiques qui ne sont contemporaines ni des époques menstruelles ni des rapports sexuels, et pour lesquelles les interventions mutilantes n'apportent pas toujours de soulagement, la résection du présacré amène presque toujours la guérison. Dans les seize cas personnels rapportés par Cotte, celui-ci distingue deux groupes : un premier groupe où l'intervention ne montre pas de lésions gynécologiques suffisantes pour expliquer la douleur et où l'opération est strictement conservatrice ; un deuxième groupe comprend les cas où il existait des lésions plus ou moins importantes de l'utérus et des annexes et où l'opération, plus ou moins radicale, a été suivie d'une sympathectomie. Sur les 7 cas du premier groupe, 6 succès complets, sur les 9 cas du second, 9 succès. Cotte insiste bien sur la signification qu'il faut donner à ce dernier groupe : il se dégage d'une série de mille interventions gynécologiques pour lesquelles la résection du présacré n'a pas été associée ; dans les neuf cas étudiés, c'étaient les caractères de névralgie hypogastriques, de douleurs causalgiques, la douleur significative des ligaments utéro-sacrés qui ont fait décider la sympathectomie associée.

Enfin, de ces névralgies pelviennes, il faut rapprocher les *névralgies ovariennes et ano-rectales*. Les premières sont d'un traitement difficile, et les interventions sur le plexus spermatique interne sont décevantes. Les secondes comportent la résection du plexus hémorroïdal supérieur en même temps que celle du présacré ; on supprime ainsi l'anasto-

mose entre le ganglion hypogastrique et le plexus mésentérique.

Dans les cystalgies et les troubles fonctionnels vésicaux. — Cotte précise que l'on réunit souvent sous le même terme des troubles d'origine bien différente. Lorsqu'elle coïncide avec d'autres troubles tels que névralgies hypogastriques, dysménorrhée, vaginisme, la cystalgie est toujours améliorée par la résection du présacré. Mais l'ensemble des troubles fonctionnels dits essentiels que l'on observe au niveau de la vessie exige une étude plus complète. La résection présacrée donne des résultats inconstants. L'énervation du col vésical par le procédé de Rochet semble plus efficace.

Enfin dans certains *troubles vaso-moteurs* tels que la nymphomanie où les résultats sont constamment remarquables, dans certains troubles sécrétoires tels qu'hydrorrhée, leucorrhée, dans certaines lésions trophiques telles que le prurit vulvaire, la résection du présacré donne des résultats presque constants.

Dans l'*aménorrhée*, enfin les résultats sont nuls.

Dans le *kraurosis vulvæ*, Cotte cite une observation de Leriche de sympathectomie périartérielle hypogastrique avec succès.

D'autres indications rares sont de moindre intérêt.

En résumé, Cotte termine en précisant bien la place que l'on doit accorder à la résection du présacré dans la thérapeutique gynécologique chirurgicale. « J'ai, dit l'éminent chirurgien lyonnais, la conviction profonde qu'avec la résection du nerf présacré on peut améliorer certainement beaucoup le pronostic éloigné de certaines interventions conservatrices sur les annexes, à condition toutefois de ne pas y avoir recours systématiquement et de ne pas l'appliquer à tort et à travers. En principe, je crois qu'il ne faut les faire que dans les cas où il y a des signes de plexalgie hypogastrique. Dans les annexites aiguës son utilité ne paraît contestable. Par contre dans les annexites chroniques, dans celles surtout qui s'accompagnent de pelvipéritonite adhésive ou de paramétrite rétractile, je crois qu'il y a un grand avantage, si l'on veut assurer la guérison complète, à réséquer le nerf présacré en même temps qu'on agira directement sur les lésions tout en faisant le maximum de conservation ».

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Ophtalmologie

La sémiologie pupillaire intéresse le praticien au moins autant que le neurologiste et que l'oculiste.

Les éléments de pathologie pupillaire se résument en quelques lignes :

L'inégalité, sans altération des réflexes, n'est le plus souvent qu'un symptôme banal.

L'Argyll et l'immobilité pupillaire sont pathognomoniques d'une syphilis nerveuse.

L'Argyll est caractérisé par une abolition complète ou tout au moins très accusée du réflexe photomoteur avec intégrité parfaite du réflexe à la convergence, accompagnées souvent de myosis et d'inégalité pupillaire. Dans 90 % des cas il relève de la syphilis, mais il ne possède cette signification que s'il est indiscutable. Il est préférable de rejeter les cas douteux ; la portée sémiologique de l'Argyll gagne alors en précision ce qu'elle perd en étendue.

Dans l'immobilité pupillaire totale, la paralysie atteint complètement ou incomplètement et inégalement les deux réflexes ; la pupille irrégulière a une tendance à la mydriase ; la très grande majorité des cas implique une syphilis du systeme nerveux.

(P. Gaudissart, de Bruxelles. Eléments de sémiologie pupillaire à l'usage du praticien, *Scalpel*, 29 octobre 1932).

Oto-rhino-laryngologie

La septicémie d'origine amygdalienne est une affection relativement rare et qui présente les étapes suivantes :

1° Angine à caractère variable, accompagnée de haute température et d'état général précaire.

2° Adénite plus ou moins intense derrière l'angle de la mâchoire.

3° Situation pharyngée qui s'améliore alors que l'état général reste stationnaire ou s'aggrave.

4° Apparition, le long du bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien, d'un cordon dur, plus ou moins palpable, sensible à la pression.

5° Frissons avec haute température, toux sèche, point de côté, sans symptômes pulmonaires au début.

6° Apparition d'une broncho-pneumonie, d'une pleurésie, d'une myocardite avec toutes leurs conséquences.

7° Mort, alors que l'affection causale a disparu.

Ce tableau clinique est illustré par une observation personnelle.

(J. Helsmoortel Junior, d'Anvers. Septicémie d'origine amygdalienne, *Scalpel*, 3 septembre 1932).

Médecine légale

La noyade, dite par congestion, serait due en réalité à une syncope réflexe. L'expérimentation a permis d'observer trois ordres de phénomènes.

1° Dès que l'on injecte de l'eau dans les cavités nasales d'un lapin trachéotomisé, il arrête sa respiration ; cet arrêt dure quelques secondes à quelques minutes ; dans certains cas le lapin tombe même en un état d'apnée dont seule la respiration artificielle peut le sauver.

2° Le cœur se ralentit ; le rythme, qui primitivement varie entre 200 et 250, tombe à 50, même au-dessous ; cette bradycardie, étudiée à l'électrocardiographe, montre un ralentissement de la conductibilité intracardiaque pouvant aller jusqu'au blocage auriculo-ventriculaire. Ici les phénomènes produits par l'irritation de la branche nasale du trijumeau se superposent à ceux que l'on obtient au premier stade de la narcose au chloroforme.

3° La pression sanguine subit, elle aussi, de grandes variations, au moment où commence la bradycardie. La pression systolique monte en général à un chiffre supérieur d'un tiers de ce qu'elle était primitivement, la pression diastolique descend aux deux tiers et même moins de sa valeur antérieure.

Durant la phase active de l'expérience les lapins semblent comme inhibés ; la sensibilité à la douleur provoquée est diminuée, les réflexes patellaires peuvent disparaître ; les animaux tombent parfois dans un état voisin de la syncope.

Ces manifestations persistent de quelques secondes à plusieurs minutes ; en général c'est la respiration qui reprend la première, puis le cœur s'accélère et la pression redevient normale la dernière.

Par analogie l'auteur est tenté de penser que le mécanisme du réflexe peut se reproduire au cours du bain chez l'homme ; tout porte à croire qu'il est favorisé par l'état thymico-lymphatique, l'adénoïdisme, la vagotonie post-prandiale.

Une suggestion théorique est que l'adrénaline est à recommander, dans la noyade par congestion comme dans la syncope blanche chloroformique.

(Ed. Frommel, de Genève. Qu'est-ce que la noyade par « congestion » ? *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 septembre 1932).

Parasitologie

La balantidiose a été signalée en Espagne pour la première fois par M. Devesa, de Santiago (Galicie) ; il en rapporte deux autres cas.

Il est bien évident que la balantidiose n'est pas facile à reconnaître. Le premier cas simulait une vulgaire entéro-colite, compliquée d'anémie, le second un cancer infiltré du rectum et le troisième une anémie pernicieuse.

La thérapeutique a été la suivante : émétine et néosalvarsan, dans le premier cas, tréparsol dans le second et yatrène dans le troisième. Si les médications furent différentes, elles n'en aboutirent pas moins à la guérison sans retard et sans incidents.

(M. Devesa. La balantidiosis en Espana. *Anales del Instituto Madinaveitia*, tome VI, 1931).

Thérapeutique

L'argent colloïdal a été utilisé, dans la cavité péritonéale, comme agent prophylactique et thérapeutique de l'infection par Sante Solieri, de Forli (Italie).

Cette méthode a été reprise avec succès par Oscar Isidoro Antonio Bruno, de Sao Paulo, qui a utilisé l'électrargol, l'épargol et l'argent colloïdal Zambeletti.

L'argent aurait en outre une action péristaltique, qui préviendrait l'iléus paralytique ; cette action se manifeste même par voie buccale, d'où l'idée de l'utiliser dans la constipation chronique par atonie intestinale ; les produits précédents, ainsi que l'orargol, ont donné de bons résultats.

(O.-I.-A. Bruno. Accao da plata colloïdal na cavidade peritoneal. *Revista de thérapeutica pratica*, 1932, n° 1. Dois interessantes casos de hernia estrangulada num mesmo plantao da Santa Casa. Kelotomia Com transfixao do annel constrictor. Consideraçoes sobre a prata colloïdal. *Revista de thérapeutica pratica*, 1932, n° 2-3.)

La pyrétothérapie dans la chorée, suivant la méthode de Sutton, de New-York a été reprise par A. Jobin, de Québec.

La technique est la suivante : on utilise le T. A. B., contenant, par centimètre cube, 1 milliard de bacilles typhiques, 750 millions de paratyphiques A et 750 millions de B. L'injection est faite dans la veine ; on pratique une seule injection par jour ; la quantité injectée est de 1/10 à 1/4 de c.c. On commence par une petite dose et on augmente graduellement, juste assez pour produire de la fièvre ; le nombre des injections varie de six à douze.

A la suite de l'injection il se produit une élévation de la température. La réaction commence, une vingtaine de minutes après l'injection, par un frisson, du malaise et des mouvements choréiques plus ou moins prononcés. La température atteint son maximum, 39°5-40°, de 2 à 4 heures après l'injection ; puis elle diminue et disparaît après une durée de six à huit heures.

Si la température s'élève à 40°5-41° le jour de l'injection ou reste à 38°8 le lendemain, on injecte la même dose ; il est bon de rappeler qu'une troisième injection, faite à la même dose que les deux jours précédents, ne donne guère de réaction thermique.

Le sujet doit garder le repos absolu pendant trois semaines, même si la chorée est déjà guérie pratiquement.

Trois tentatives de l'auteur ont donné deux guérisons et un échec.

(A. Jobin. Traitement de la chorée par la pyrétothérapie. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, août 1933.)

L'umckaloabo dans la tuberculose a été prôné par Sechehaye, qui donne, en trois fois, de XXX à XC gouttes d'extrait fluide par jour.

Alfred Dudan, de Vevey, est d'avis qu'on se trouve en présence d'un problème de même ordre que ceux de la tuberculine, des sels d'or, etc. ; il aboutit à des conclusions pratiques, qui ne concordent que partiellement avec celles de Sechehaye :

1° L'extrait fluide d'umckaloabo n'a aucune action thérapeutique sur les tuberculoses très virulentes, à marche rapide.

2° Il agit souvent de façon très favorable sur les tuberculoses pulmonaires de virulence moyenne, pouvant même amener des guérisons accélérées et complètes.

3° Il n'amène que rarement une amélioration dans les phtisies avancées, surtout s'il y a entérite tuberculeuse concomitante.

4° Il est mal toléré et peut aggraver des tuberculeux, même légèrement atteints, dont le système neuro-endocrinien prend part trop activement aux perturbations de la physiologie (urticariens, asthmatique, eczémateux, hyperchlorhydriques, etc.).

5° L'extrait fluide d'umckaloabo paraît avoir une plus grande efficacité et être généralement mieux toléré si son administration a été précédée d'un traitement tuberculinique ou aurothérapique. L'alternance d'extrait fluide d'umckaloabo avec l'une ou l'autre de ces médications est souvent très favorable.

6° La tuberculose dite chirurgicale est une très bonne indication, semble-t-il, pour un esssai thérapeutique par l'umckaloabo.

Par contre Alfred Dudan n'a aucune hésitation à déclarer sa conviction de l'efficacité remarquable de l'extrait fluide d'umckaloabo chez les enfants tuberculeux, porteurs d'une réaction de Pirquet positive.

Les recherches pharmacologiques n'ont pas encore éclairé le mode d'action de l'umckaloabo sur l'infection tuberculeuse.

L'auteur considère que nous ne sommes pas assez riches en médications antituberculeuses de valeur éprouvée pour nous priver d'un traitement simple, inoffensif et, dans certains cas, extrêmement actif.

(A. Dudan. L'umckaloabo doit-il entrer dans la thérapeutique de la tuberculose ? *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 novembre 1932.)

La vaccination antituberculeuse est, malgré son innocuité, considérée avec la plus parfaite indifférence, alors que tant de spécialistes s'enthousiasment pour les méthodes thérapeutiques les plus absurdes, qu'ils acceptent les yeux fermés.

J. Alvarez-Sierra, directeur honoraire de l'hôpital San Rafael prend, dans un article à la fois courageux et bienveillant, la défense des vaccins peu connus, dont la préparation a cependant demandé tant de travail.

Les vaccins de Ferran et de Calmette sont connus, mais, parmi ceux qui n'ont pas eu de chance, il faut citer les vaccins de nombreux auteurs : Friedmann, Dreger, Karsun Kel, Fortunato, Vaudremer, Noguchi, Davila, Selter, Sanchez-Mayoral, etc.

Les chercheurs, qui travaillent fébrilement dans leurs laboratoires, ont eu trop à souffrir d'une critique négative et d'une obstruction pernicieuse. Il ne faut pas mépriser la vaccination antituberculeuse.

(J. Alvarez Sierra. Algunas vacunas antituberculosas poco conocidas. *Medicina Ibera*, 20 août 1932.)

Le nombre des traitements de l'érysipèle est fonction de leur inefficacité.

Davidson fait une irradiation de cinq minutes avec la lampe de quartz ; les effets immédiats consistent en une sensation de chaleur, accompagnée de rougeur et de gonflement ; les effets tardifs se font sentir sur la durée de la fièvre, l'étendue de la plaque, le nombre des complications et des rechutes.

Ce traitement a donné de bons résultats dans 41 cas ; il est d'autant plus efficace qu'il est plus précoce.

(Davidson. Phototherapy in erysipelas. *British Medical Journal*, 21 mai 1932.)

Les accidents courants de la sérothérapie sont généralement bénins et presque toujours de courte durée.

Ils sont fréquents avec les sérums antitétanique et antidiphtérique, presque exceptionnels avec les sérums antipneumococcique, antistreptococcique, antigonococcique et antituberculeux.

L'auteur rapporte trois cas personnels de paralysie, ce qui l'engage à conseiller la plus grande prudence dans l'emploi du sérum.

La paralysie peut être localisée (douleurs violentes, troubles moteurs, impotence fonctionnelle, atrophie musculaire, abolition des réflexes, etc.) ou généralisée (troubles sensitifs, signes de polynévrite).

La localisation sur les racines supérieures du plexus brachial serait d'origine mécanique.

(Combi. Considerazioni clinichi sui pericoli della sieroterapia. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 10 septembre 1932).

On use et on abuse des médicaments dans l'asthme ; de nombreux malades, qui les ont pris avec de bons résultats, finissent par en éprouver les conséquences désagréables, dangereuses et même mortelles.

L'adrénaline donne une amélioration de trente minutes à deux heures ; la dose thérapeutique est inférieure au centimètre cube de la solution au millième, que l'on injecte par routine pure ; cette dose courante est dangereuse et donne des troubles variés (palpitations, céphalée, tremblement, pâleur, etc.) ; la dose à recommander est de 0,2 à 0,4 c. c.

L'éphédrine donne des nausées, des sueurs, des troubles cardiaques.

L'opium n'est jamais nécessaire, il est toujours dangereux et parfois fatal. Les auteurs ont observé cinq cas de mort après injection de morphine et un cas après administration de codéine.

Les effets de la belladone, du stramonium, de l'hyosciamine dépendent de leur teneur en atropine ; les meilleurs effets sont obtenus par l'inhalation ; les autres voies d'administration sont peu recommandables.

Les iodures et la lobélie sont indiqués quand l'asthme s'accompagne de bronchite.

Le calcium n'a aucune action réellement établie.

(Cohen et Rudolph. The use and abuse of drugs in asthma. *Journal of the American Medical Association*, 28 mai 1932).

J. Lafont.

« Dans notre démocratie ombrageusement égalitaire, il ne reste guère qu'un seul privilège attaché à l'art de guérir : les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes accomplissent leurs obligations militaires dans le Service de santé de l'armée (loi du 31 mars 1928, art. 37, § 1er) ». (E. H. Perreau. — Quelques usages des médecins de jadis. *Paris Médical*, 4 mars 1933).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 mars 1933

A propos de onze cas de greffes osseuses. — ***M. Le Fur***, à propos de ces onze cas, insiste sur quelques points de technique. En particulier, il considère comme une des conditions les plus importantes du succès l'immobilisation absolue du greffon et sa fixation à frottement dur dans les deux extrémités de l'os qui le reçoit. Il pense que, dans certains cas au moins, le greffon ne meurt pas et ne se résorbe pas.

Rupture de la rate après traumatisme épigastrique léger. Hémorragie silencieuse. Splénectomie. — ***M. Séjournet*** a observé, après un coup de poing reçu au foot-ball une rupture de la rate avec un épanchement sanguin de trois litre chez un adolescent de 18 ans. Cet adolescent a pu continuer à jouer ; ils ne présentait à l'examen aucune contracture mais avait une chute considérable de la tension qu'une transfusion de 800 c. c. de sang ne remonta pas. Opération à la trente-troisième heure. La splénectomie a été suivie de guérison.

Péritonite suraiguë à pneumocoques à syndrome appendiculaire opérée à la huitième heure. — ***M. Mayet*** communique l'observation d'une fillette de 4 ans présentant un syndrome péritonéal d'une extrême gravité où l'hypothèse la plus probable était celle d'une appendicite perforante. Après l'ouverture du péritoine, les signes de péritonite à pneumocoques paraissent suffisants pour déterminer le chirurgien à drainer largement la région pelvienne et le Douglas. A plusieurs reprises, on constata des vidanges de pus par les drains et en même temps une diminution des exsudats inflammatoires péritonéaux. L'auteur se demande si, dès le début, il n'y a pas intérêt à drainer la région basse de la cavité pelvienne pour permettre l'évacuation des exsudats qui constamment commencent par le Douglas et remontent vers l'ombilic ; et s'il n'y aurait pas intérêt à orienter vers une thérapeutique chirurgicale les péritonites diffuses à pneumocoques.

La négativation électrique dans le traitement des algies chirurgicales. — ***M. Aubourg*** montre que l'application de doses infinitesimales d'électricité appliquée par le seul pôle négatif, avec l'appareil de C. Laville a eu de très heureux effets dans 22 cas d'algies post-traumatiques, de cicatrices douloureuses post-opératoires et de maladies de Dupuytren, traitées à l'hôpital Beaujon.

Cholécystectomie pour cholécystite aiguë chez une femme âgée de 78 ans. — ***M. Cresson*** communique l'observation d'une malade opérée par lui pour une cholécystite aiguë sur le point de se perforer, et pour laquelle il a pratiqué une cholécystectomie. Il insiste sur la difficulté du diagnostic avec une appendicite aiguë ou une affection rénale et sur l'avantage de la cholécystectomie d'emblée.

Appareil extra-buccal de réduction et contention pour les fractures du maxillaire inférieur. ***M. Petit de la Villéon*** présente cet appareil de ***M. Auregan*** (de Lannion).

« Le malaise qui pèse sur le Corps médical hospitalier parisien et dont il faut reconnaître honnêtement la gravité est dû pour une grande part à la multiplicité et à la complexité de nos concours. Dans tous nos services et à tous les échelons de notre hiérarchie on ne parle que d'épreuves, de questions favorites, de constitution de jurys et de majorités, et aussi de tous les moyens de parvenir. La pathologie en est oubliée. Elle ne semble avoir d'intérêt qu'en fonction des concours et on lui sacrifie le moins possible. Il est bien évident que toutes ces préoccupations absolument étrangères à la médecine tiennent dans nos esprits une place excessive. Le mal est endémique et se manifeste par des paroxysmes à toutes les saisons de l'année. Les juges ne sont jamais tranquilles et les candidats sont continuellement tenus en haleine. » (Maurice RENAUD. — Réflexions d'un juge après le concours de l'Internat. *Science Médicale pratique*, mars 1927 et *Rev. critique de path. et de thérap.* janvier 1933).

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement du psoriasis par les injections de lait

M. Tzanck (*Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, 9 février 1933) chez cinq malades atteints de psoriasis, a employé les injections sous-cutanées de lait, aux doses successives de 1/2 c. c., 1 c. c., 1 c. c. 1/2, 2 c. c., 2 c. c. 1/2, 3 c. c., tous les deux jours. Malgré l'absence de toute thérapeutique locale, les résultats obtenus furent remarquables. Ces résultats sont absolument comparables et parfois supérieurs à ceux obtenus avec les sels arsenicaux organiques, le calomel, le bismuth, le psothanol, etc.

Comme avec toutes ces médications, ces résultats (quoique souvent très rapides et impressionnants) sont inconstants, variables avec les sujets, variables quant aux réactions provoquées, tantôt précoces, tantôt tardifs, aucunement préventifs pour les poussées ultérieures. Elles n'en constituent pas moins une méthode très recommandable par la rapidité des résultats obtenus, par la commodité du traitement et surtout par l'absence de traitement local odorant.

Au point de vue théorique, cette méthode mérite d'être englobée dans les « thérapeutiques biophylactiques », et les résultats qu'elle donne au moyen de réactogènes non spécifiques mettent en doute la valeur spécifique des résultats comparables, obtenus au cours des thérapeutiques dites « vaccinothérapiques » ou « immunisantes ».

Anesthésie

Le problème de la meilleure anesthésie continue à retenir l'attention des chirurgiens. M. Villard, dans une communication à la Société de chirurgie de Lyon (2 févr. 1933), basée sur plus de 40.000 anesthésies qu'il a pratiquées, fait pratiquer ou vu pratiquer devant lui, indique les raisons qui motivent ses préférences. Il se déclare peu partisan de la rachianesthésie à laquelle il reproche une insécurité, un peu de maniabilité, les vomissements de la vingtième minute, souvent très gênants dans les interventions abdominales graves ; il a vu aussi souvent des céphalalgies tenaces, des insomnies persistantes et quelques paralysies. Il lui reconnaît cependant des avantages et continue à l'utiliser pour les périnéorraphies, les interventions gynécologiques par voie basse, les réductions de fracture et lorsque l'anesthésie générale est contre-indiquée. La rachi lui a donné deux morts. Il n'a vu aucun décès par l'éther pur ; par contre, les anesthésies mixtes chlorure d'éthyle-éther sont plus dangereuses : 2 morts par le chlorure d'éthyle pur et 2 morts également par anesthésie mixte. Il y eut de plus de nombreuses alertes. Le mélange de Schleich, employé dans 1.800 cas, a donné 3 morts, mais l'anesthésique était manié par des mains peu expérimentées, en sorte que l'auteur ne confie plus le Schleich qu'à des anesthésistes éprouvés.

Il est certain que l'éther est le produit le plus bénin, son plus grand inconvénient est de prédisposer aux complications pulmonaires, qu'on voit aussi, mais plus rarement, avec la rachi. Les autres méthodes, qui ont constitué des perfectionnements, ont entraîné une aggravation de l'anesthésie, et c'est pour cela qu'elle ne devrait être confiée qu'à un personnel bien entraîné.

A la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse (janv. 1933), MM. Tourneux et Berges ont fait une communication sur la narcose éthéro-carbonique qu'ils ont eu l'occasion d'employer une quarantaine de fois.

L'appareil utilisé fut celui de M. Thalheimer : chaque fois l'anesthésie fut rapide, même chez les sujets réfractaires, la résolution musculaire et le silence abdominal parfaits : le réveil se fit toujours sur la table d'opération et sans aucun incident. En outre, si l'impression pénible du début de l'anesthésie persista, elle fut toujours atténuée, ainsi que la dépression post-opératoire. Des complications pleuro-pulmonaires se sont manifestées, mais toujours légères, même pendant la période de grippe.

En conclusion, les auteurs croient utile d'associer le CO^2 à l'éther dans le masque d'Ombrédanne, convaincus de son rôle bienfaisant, à condition d'en régler judicieusement l'emploi.

MM. René-Henri Martin et Pierre Halbron ont pu suivre dans le service du Professeur Grégoire, depuis le 1er janvier 1932, 45 opérés chez qui la rachianesthésie avait été pratiquée. 8 d'entre eux ont présenté des accidents relevant manifestement de la rachi anesthésie.

« Nous avons été frappés, disent ces auteurs, par la proportion importante (18 p. 100) de ces cas compliqués et nous les avons minutieusement étudiés.

Les anesthésies ont toujours été faites avec le même mélange :

solution de Riche, et avec la même technique : aiguille fine, pas de brassage et liquide poussé très lentement dans le canal céphalo-rachidien.

Voici les différents accidents que nous avons constatés chez nos opérés :

Quatre ont accusé de la céphalée :

Chez le premier, elle apparut dès le lendemain de l'intervention : elle fut très violente, diffuse, s'accompagnant de signes manifestes de réaction méningée : vomissements et raideur légère de la nuque. Elle dura trois jours.

Chez le deuxième, elle apparut un peu plus tardivement, le troisième jour après l'intervention ; elle se localisa à la région occipitale et céda en quarante-huit heures.

Chez le troisième, la céphalée survint deux jours après l'intervention. Elle s'accompagna d'insomnie avec état nauséeux et agitation et se prolongea pendant neuf jours.

Chez le quatrième, la céphalée fut très passagère, accusée par le malade le lendemain de l'intervention. Elle dura vingt-quatre heures.

Ces quatre malades furent soumis au même traitement : position couchée en décubitus horizontal, diète, aspirine.

Deux autres opérés ont eu une incontinence du sphincter anal. Chez eux, l'incontinence se manifesta trois jours après la rachianesthésie. Les deux malades perdaient involontairement leurs matières, ayant sept à huit selles par jour pendant les deux premiers jours. Ils furent tous deux constipés par l'opium et ces troubles, si ennuyeux, disparurent en quatre à cinq jours.

Dans un septième cas, chez une malade opérée de périnéorraphie avec colporraphie postérieure sans colporraphie antérieure, une rétention d'urine complète se manifesta dès le lendemain de l'intervention, obligeant à des sondages quotidiens. Elle dura quatre jours.

Le dernier cas est celui d'une malade qui, de beaucoup, a présenté les accidents les plus sérieux. Cette femme a été atteinte de paralysies oculaires graves et de plus, pour la première fois à notre connaissance, la rachianesthésie a frappé le trijumeau.

L'observation de cette malade a été rapportée par l'un de nous en collaboration avec le Docteur Magitot, le 18 juin 1932, à la Société d'ophtalmologie de Paris. »

Il s'agissait d'une femme qui le deuxième jour après une rachianesthésie présenta :

« Des paralysies oculo-motrices du droit externe gauche ;

Des troubles du trijumeau, les uns, cutanés, variables quant à leur siège et à leur intensité ; les autres, cornéens, bilatéraux et stables. Ces troubles existaient encore quand la malade est sortie de l'hôpital, *un mois* après l'opération.

Tels sont les huit cas d'accidents de la rachianesthésie que nous avons observés sur 45 opérés.

Dans les sept premiers cas, les accidents : céphalées, incontinence des matières, rétention d'urine, ont été des troubles pénibles pour les malades, mais de courte durée.

Par contre, dans notre huitième observation, nous avons été frappés par la ténacité de ces troubles oculaires et par la grande gène qu'ils causaient à cette malade ».

MM. R.-H. Martin et P. Halbron concluent en disant :

« Quelle que soit la cause exacte de ces accidents de la rachianesthésie, il n'en reste pas moins vrai qu'ils sont nombreux.

Nous reconnaissons volontiers que, dans la grande majorité des cas, ces accidents sont bénins. Nous ne voulons pas ignorer qu'ils sont toujours *très pénibles* pour les malades : n'est-ce pas là un argument suffisant pour n'employer qu'avec circonspection ce mode d'anesthésie ? » (*A propos des accidents* de la rachianesthésie. *Paris Médical*, 11 mars 1933.)

Un signe mineur du cancer de l'œsophage

A part la dysphagie, il existe dans le cancer de l'œsophage un certain nombre de petits signes sur lesquels les classiques n'ont pas assez insisté, dit M. Jean Guisez (*Sur quelques formes anormales du cancer de l'œsophage. En particulier les formes latentes.* La Clinique, mars 1933), et qui peuvent avoir une grande valeur, en particulier dans les formes latentes de cette affection où la dysphagie est souvent absente jusqu'à une période avancée ; au premier rang, il y a lieu de citer une sorte d'*exsudat saburral blanchâtre et parfois noirâtre, siégeant systématiquement des deux côtés de la ligne médiane, sur la base de la langue* ; ce signe est constant dans les cancers de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

Amygdalectomie totale et chanteurs

MM. Portmann et Lapouge (*L'amygdalectomie totale, Monogr. O. T. R. Int. n° 20*) résument comme suit leur ligne de conduite en présence d'un chanteur porteur de lésions amygdaliennes :

Si la voix n'est pas classée, si le chanteur en est encore à son éducation, nous procédons sans hésiter à l'amygdalectomie totale, en prévenant le malade d'une modification possible dans le timbre et l'étendue de sa voix.

Nous apportons à l'intervention un soin particulier et disséquons le pilier postérieur avec minutie. Aussi les résultats sont favorables et les cordes vocales que des angines à répétition maintenaient dans un état catarrhal fâcheux reprennent aussitôt une teinte nacrée et leur vigueur normale.

Chez un chanteur classé, chez un professionnel dont la carrière est commencée, quel que soit l'état des amygdales, quelles que soient l'acuité et la fréquence des amygdalites et des complications purulentes, nous n'intervenons pas, toute manœuvre opératoire étant susceptible de déplacer la voix ou mieux de la décaler.

L'opothérapie splénique dans les accidents de la dentition

M. Baize vient d'attirer l'attention (*S. de Thér.* 8 février 1933) sur l'action favorable de l'opothérapie splénique dans les accidents de la dentition. Ayant remarqué de façon empirique l'action favorable de l'opothérapie splénique sur l'évolution de la dentition dans la première enfance, l'auteur a soumis systématiquement à cette médication des nourrissons chez lesquels l'éruption dentaire se faisait mal ou ne se produisait pas. Dans 14 cas, il a observé la sédation rapide des signes fonctionnels (cris, insomnie, agitation, troubles divers) qu'on pouvait rattacher à la dentition, ainsi qu'une amélioration et une accélération manifestes de la sortie dentaire. L'auteur constate ces résultats favorables sans les expliquer ; il pense toutefois qu'ils ne sont qu'un cas particulier de l'action plus générale de l'opothérapie splénique sur le rachitisme, comme facteur de calcification et de croissance.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

La syphilis majeure du nourrisson et son traitement.

(Marcovici, Thèse de Paris, 1933.)

La syphilis majeure du nourrisson est une forme redoutable tant par la gravité des lésions syphilitiques que par la fragilité considérable du malade aux agents thérapeutiques. L'arsenic qui est d'une puissance incontestée vis-à-vis du tréponème peut d'autre part déterminer des accidents mortels et les préférences de l'auteur vont aux bismuths liposolubles dont l'emploi lui a donné les meilleurs résultats.

La question du choix de la préparation liposoluble utilisable mérite de retenir l'attention : il faut en effet faire en moyenne 1/2 centigramme de bismuth métal par kilogramme de poids et par semaine. Pour arriver à manier facilement ces petites doses l'auteur a dû faire de nombreux essais et a fixé son choix sur le Stérobi Stéat très employé chez l'adulte.

« Nous utilisons maintenant, dit-il, le *bismuthostérol*, qui a le grand avantage d'être plus dilué (6 centigrammes de Bi métal par 4 centimètres cubes, soit 1 cgr. 5 par centimètre cube).

Cette concentration permet facilement de respecter la posologie convenable et, d'autre part, favorise la résorption locale (pas de noyau bismuthique à l'endroit de l'injection). Cette faible concentration est sans doute une des raisons pour lesquelles ce dérivé est absolument indolore ».

Ce bismuthostérol connu sous le nom de Stérobi, tire en effet son avantage de la présence de cholestérylène dans sa molécule (Travaux de M. Auger, professeur de chimie analytique à la Sorbonne).

Son dosage de 0 gr. 6 de bismuth métal par ampoule est le dosage moyen auquel se rallient la majorité des syphiligraphes — son activité, tant sur les signes cliniques que sur les troubles sérologiques, est manifeste : M. Levaditi et ses collaborateurs ont d'ailleurs bien mis en évidence par l'expérimentation sur l'animal l'importance des dérivés cholestériniques comme renforçateurs de l'activité des bismuths liposolubles (*La métallo-prévention de la syphilis pour les bismuths liposolubles* : Levaditi, G. Roussel, A. Vaisman, Mlles Manin et Schœn).

Reste la question de la tolérance du Stérobi par l'organisme : ici encore le noyau cholestérinique joue son rôle en augmentant considérablement la facilité de résorption. On peut donc, avec les expérimentateurs de Saint-Lazare dire que « le Stérobi, bismuthostérol en solution huileuse, a au point de vue clinique et sérologique, une efficacité digne de retenir tout spécialement l'attention du médecin. L'absence de tout ennui local (ni douleur ni rétention) et de tout signe d'intolérance, le fait placer au *tout premier rang* des préparations actuelles ».

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Les limites de l'invention. — *Extrait de* BIOLOGIE DE L'INVENTION, *par Ch. Nicolle. 1 vol. in-16 de XV-161 p. Alcan, édit.*

Il paraîtra singulier qu'on puisse mettre en doute la perpétuité des dons d'invention chez les hommes. Ne semble-t-il pas que, plus l'humanité vieillit, plus, en dépit de quelques périodes stériles, le patrimoine de ses acquisitions s'enrichit. Le siècle passé, un siècle encore jeune comme le nôtre n'apportent-ils pas la preuve, par l'éclat indiscutable des sciences, que le nombre des inventeurs croit sans cesse.

Il faut faire la part entre les perfectionnements et les découvertes. Bien des progrès récents, parmi les plus surprenants, ne sont que l'aboutissement d'un travail progressif dont le point initial, l'invention, est lointain. Des générations d'ouvriers adroits, féconds, bienfaisants ont simplement élargi le sillon créateur. Si l'on pouvait mesurer, avec une juste balance, le poids des siècles en génies, ce n'est peut-être pas dans un âge aussi riche en réalisations que le nôtre qu'on trouverait les plus beaux éclairs de l'intelligence créatrice.

Il ne semble pas toutefois que le nombre de découvertes soit en baisse. Pour qu'il diminue, pour que survienne un crépuscule, avant-coureur peut-être de la stérilité, il faudrait ou bien que la matière à découvrir s'épuise ou bien qu'une cause interne s'attaque, dans le cerveau des hommes à l'esprit d'invention.

Ces deux perspectives, l'une au moins, sont-elles plausibles ?

On peut répondre hardiment que la première ne l'est pas ? La matière à découvrir, l'inconnu est sans limite. Si brillante, si féconde qu'ait été, jusqu'à présent, que paraisse en nos jours l'entreprise de l'esprit humain, on peut estimer insignifiantes les acquisitions réalisées à côté de la réserve immense qui s'offre à l'exploration.

A peine nos connaissances ont-elles dépassé notre globe. Elles n'ont guère dépassé le champ étroit de nos sens. L'homme n'en possède que cinq, semble-t-il. Que de forces échappent à leur contrôle ; car c'est toujours au témoignage de sens qu'il faut revenir en fin de compte. Les autres êtres n'ont-ils pas des organes sensoriels que nous ignorons ? Ceux qui nous sont communs avec eux nous instruisent-ils de même manière ? Il est permis d'en douter, quand on compare nos simples yeux avec les yeux composés des insectes. Quelles analogies supposer entre les renseignements qu'ils tirent de cent doubles images lorsque, nous n'en avons à notre disposition que deux ? Il est, sans doute, chez les animaux des organes qui enregistrent des forces, inconnaissables directement pour nous. Or, un sens de moins, c'est un chapitre entier de la physique qui échappe. Avant Rœntgen qui pouvait faire supposer l'existence des radiations qu'il a découvertes ? Peut-être certains organes les enregistrent-elles chez d'autres êtres ?

Nous sommes entourés d'inconnus, illimités autant que l'infini des espèces et celui de la plus petite masse vivante, autant que cet autre infini que nous portons en nous, l'énigme de notre pensée.

D'autre part, tout ce qui vit se modifie sans cesse, évolue. Le spectacle que nous offre aujourd'hui la vie ne sera pas le même pour l'observateur de demain.

Sans limites dans son étendue, la matière à découvrir l'est tout autant en profondeur. Nos doctrines les plus poussées ne sont que de timides tâtonnements. Un livre, comme celui-ci, dont certaines conceptions sembleront téméraires, n'est rien de plus qu'un balbutiement vagabond.

Et puis, sur le terrain même de notre pensée explore depuis les débuts de l'histoire, nos constructions sont fragiles. Pareilles à des châteaux de cartes, elles croulent sitôt que nous en élevons d'autres à leur contact. Un tel ouvrage est toujours à recommencer.

Du côté de la matière à découvrir, nul doute. Jamais l'esprit d'invention des hommes ne pourra en venir à bout.

Ce que l'on peut craindre, avec plus de vraisemblance, c'est

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux Français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

que, les vérités à découvrir devenant de plus en plus complexes, l'esprit des hommes ne puisse embrasser certaines questions. Il n'est pas assuré, non plus, que l'intelligence humaine soit apte à démêler, même à saisir tous les problèmes. Notre cerveau est un organe comme les autres. Sans croire à la finalité, nous pensons que son activité correspond aux fonctions qu'il exerce dans l'économie de notre être. Ce qu'il ne nous est pas utile de pénétrer, ce dont la connaissance pourrait être dangereuse pour nous lui échappe sans doute.

Une telle attitude philosophique rend sage. Elle conduit à penser que, sur certains terrains, comme ceux de l'origine des êtres et des choses ou bien de leur devenir, l'humanité de demain n'avancera pas plus loin que ne l'ont fait nos plus lointains ancêtres. Il faut s'y résigner. Si perfectionnée qu'elle devienne, l'intelligence humaine laissera certains problèmes sans réponse.

En dehors de ces questions suprêmes dans lesquelles les esprits religieux peuvent voir un terrain réservé, il ne semble pas qu'il y ait de limites à l'esprit d'invention. Mais y aura-t-il toujours, parmi les hommes, des inventeurs ?

Une anectode sur Orfila. — Un de ses biographes, Duhamel, raconte une anecdote qui vaut d'être rapportée. La popularité d'Orfila passait par des fortunes diverses et il fallait qu'il eut, à certains moments, recours à toutes les finesses de son esprit latin pour conserver quelque autorité.

Il avait, pour savoir quel était l'état exact de la faveur dont il jouissait auprès des étudiants, un procédé tout au moins original, qu'il fit connaître un jour à Louis-Philippe, alors que ce dernier lui demandait quels étaient ses rapports actuels avec ses élèves. — Voyez mon chapeau, Sire, lui dit-il. — Il n'est pas brillant, lui répondit le Roi citoyen, il est même assez fatigué, mais que faut-il en conclure ? — Que je suis au mieux avec les étudiants, car il n'y a pas un mois que je le porte ; quand je suis mal avec eux, mes chapeaux durent longtemps pour la raison que personne ne me faisant l'honneur de me saluer, je n'ai pas y mettre la main. Quand, au contraire, ma popularité est revenue, je suis assailli de coups de chapeau, et vous voyez dans quel état je mets le mien. (J. DE FOURMESTRAUX. La Faculté de médecine de Paris en 1832. *Le Concours Médical*, 29 mars 1933.)

La sœur rhabilleuse. — LES REBOUTEURS, LES CHARMEURS DE FEU ET LES CHARMEURS DE SANG. SCÈNES D'AUVERGNE. (*M. Henri Pourrat.* LA REVUE HEBDOMADAIRE, 11 mars 1933.)

... Depuis quelques mois, les gens ont recours à une autre rhabilleuse, religieuse au bourg de G... Aujourd'hui on dit la sœur, comme hier on disait la femme.

— Ça va, merci, me dit J., assis sur le côté du tombereau que traîne un petit âne. Mais ça n'allait pas fort. Ma femme s'était déboîté une épaule. Nous sommes allés chez la sœur, l'autre dimanche. Tous trois. Oui, la petite traînait quelque chose depuis longtemps ; la sœur lui a trouvé une côte enfoncée ; et moi j'avais le bras un peu démanché aussi. Vous riez ? Ma foi, c'est comme les mouches, chez nous : pour un rien on se casse les pattes. Un nerf avait sauté dans mon poignet : la sœur a été le chercher là, plus haut que le coude.

Il en tombe du monde, dans ce couvent : il en vient d'Ambert, d'Issoire ! mais le dimanche est réservé aux personnes de la localité. C'est dit sur une pancarte. Nous ne le savions pas et il a fallu attendre... Elle reçoit dans une pièce où il y a une chaise-longue, et elle porte un tablier de chirurgien. Seulement ce ne sont pas les prix du chirurgien ! « Je ne veux rien » ! Elle ne prend que si on insiste.

B., le jardinier, a glissé sur le verglas, hier soir ; sa paume a porté contre un tronc ; le coup a été si sec qu'il lui a descendu l'épaule. Il s'est fait conduire à G... en auto. « Vous venez bien tard » lui a dit la sœur. « Hé, ma sœur, il me fallait le temps de le faire ! »

Il n'y avait pas encore d'enflure, de sorte qu'elle lui a remis le bras en place sans qu'il l'ait senti. « Là, maintenant, essayez de faire votre signe de croix. »

« Elle a dit à ma femme : Vous auriez pu l'arranger aussi bien que moi ». Sa mère est morte alors qu'elle était toute jeune, et jamais elle n'a l'a vu pratiquer : mais sa mère était rhabilleuse. Elle, elle s'est essayée à dix-huit ans, à l'hôpital. Pendant la guerre, un médecin qu'elle aidait à la salle d'opération a été frappé de son habileté et l'a poussé à s'exercer.

Le pharmacien qui me donne ces renseignements, ajoute que son petit garçon s'était tordu la jambe en jouant ; cela ne l'avait pas arrêté, dans le feu du jeu, mais le soir au moindre mouvement des cris. Le docteur vient, ne voit rien, ordonne du

repos. Trois jours passent, l'enfant n'allait pas mieux. On le montre à la sœur. Elle le palpe. « Touchez, là : le nerf est déchiré — tendon, ligament, aponévrose, tout est nerf à la campagne — vous sentez bien ? » On sentait à peine sous la pointe du doigt une dépression moins grande que le creux d'un bouton de culotte. Elle fit constater que cette dépression n'existait pas à l'autre cuisse. Quel toucher ! Un vrai doigté d'aveugle. Elle masse l'enfant, le soulage : il a été guéri en deux jours...

A propos d'une question posée aux candidates de l'Ecole d'infirmières de la Croix-Rouge. — *M. G. Duchesne écrit dans le* CONCOURS MÉDICAL (9 avril 1933) :

Si le Corps médical professe, dans l'ensemble quelque méfiance envers les Croix-Rouges et leur personnel d'infirmières, c'est qu'il a trop souvent l'occasion de constater les empiètements de ces dames sur son propre terrain, et la tendance qui les porte à sortir de leurs attributions pour jouer volontiers au médecin. Nous n'avons pas d'hostilité préconçue contre elles, et leur œuvre et leur action seraient plutôt sympathique, s'il n'y avait là un point névralgique qui nous fait souvent grincer des dents.

A qui incombe la responsabilité de cette tendance, de ces empiètements ? Sans doute à l'influence d'un costume et à la nature d'une occupation qui pousse celles qui en sont revêtues et qui s'y livrent, étant nos auxiliaires, à se substituer à nous, en nous égalant. Mais aussi, il faut bien le reconnaître, à l'enseignement que leur donnent certains d'entre nous.

Un de nos correspondants me signale que, dans sa région, des examinateurs médecins ont posé, aux candidates de l'Ecole d'infirmières de la Croix-Rouge, la question suivante : *Quelle différence y a-t-il entre la rougeole et la scarlatine* ?

« Il est évident, m'écrit-il, que ces candidates ont eu à travailler toute la médecine pour répondre à une telle question, et que les juges qui ont mis cette question dans l'urne estiment qu'une infirmière doit être capable de poser un diagnostic... »

Quand les infirmières en seront arrivées là, que restera-t-il aux médecins ? Probablement la propre besogne de celles-là, et le droit de faire et appliquer des cataplasmes, de poser des ventouses et de signer les certificats de décès des clients de Mesdames les Infirmières...

A quoi bon nous plaindre de l'exercice illégal de la médecine si nous contribuons à fabriquer nous-mêmes des illégaux, en taillant ainsi les verges dont nous serons fouettés ?

« Au savoir qu'on demande aux infirmières, combien peu de médecins seraient dignes d'être infirmiers ! »

Faut-il supprimer le nom « d'hôpital ». — L'HÔPITAL, FORMULE PÉRIMÉE, *tel est le titre d'un article publié dans le* MOUVEMENT SANITAIRE (février 1933) *par le Docteur Dujarric de la Rivière, qui écrit ceci* :

... Nous pensons que pour répondre complètement à cette évolution les « hôpitaux » doivent devenir des « maisons de santé municipales ». C'est à juste titre que M. le sénateur Chapsal réclame la suppression du nom d' « hôpital ». Ce n'est pas un simple changement de mot, c'est une véritable adaptation à un nouvel état de choses, que l'on peut approuver ou désapprouver, mais dont on ne peut nier l'existence.

La loi des Assurances sociales a fait, au point de vue médical de chaque citoyen un malade payant. Ce n'est plus un indigent que la charité publique recueille à l'hôpital, c'est un malade entrant dans une maison de santé dont le prix est en rapport avec ses ressources. Que les frais médicaux soient supportés par l'individu seul ou par un groupement (Etat, employeur, salarié) le résultat est le même au point de vue qui nous occupe. Nombre d'hôpitaux ont, du reste, tiré bénéfice de l'application de cette loi. Il importe que les sommes versées soient directement utilisées pour améliorer le sort des malades.

Même si la loi des Assurances sociales devait être rapportée ou modifiée, le mouvement social déclenché se poursuivrait. Le public, dans lequel les idées d'hygiène ont pénétré plus qu'on ne le pense généralement, réclamerait pour ses malades des locaux médicalement et hygiéniquement bien équipés, donnant un minimum de confort, et surtout assurant le respect de l'individu.

Il va sans dire qu'aucun changement ne devrait être apporté à l'organisation actuelle en ce qui concerne le personnel hospitalier, médical et infirmier, car cette organisation a fait ses preuves. Notre corps des hôpitaux et en particulier la remarquable institution de l'internat ont porté très haut le renom de la clinique française.

Les modifications que réclameraient le nouvel état de choses, sont des modifications d'ordre matériel. Bien entendu, nous ne pouvons exposer ici en détail ces modifications que nous avons publiées ailleurs. Il nous suffit de signaler comme les plus urgentes, les dispositions suivantes : disparition de la salle d'attente commune, qui semblera à nos descendants aussi étonnante que nous paraissent les anciens lits de l'Hôtel-Dieu, où l'on mettait plusieurs malades dans le même lit ; suppression des grandes salles d'hospitalisation, ces salles « où l'on meurt en commun », comme dit le Docteur R. Hazemann ; recherche du silence (multiplication des signalisations lumineuses) ; meilleure présentation des aliments (petites tables pour malades, récipients pour maintenir les aliments chauds, etc...)...

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 18 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 6 MAI 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — M. Bernard de Lisle. La forme galopante de la maladie de Basedow. — Mme Maury-Karcher. Etude du traitement ambulatoire de l'endocervicite chronique par le caustique de Filhos. — M. Lepeytre. Etude de l'évolution et du traitement des brides au cours du pneumothorax thérapeutique de l'enfant. — M. Mignen. Diagnostic différentiel des rhinites purulentes chroniques de la seconde enfance.

3 mai. — M. Lecointre. Etude des rapports de la péritonite tuberculeuse et de la puerpéralité. — M. Guichard. Etude des fièvres prolongées dans la seconde enfance. — M. Poirier. Les fibromes, fibro-myomes et myomes du rectum.

4 mai. — M. Bommard. Etude sur la fonction antitoxique du poumon. — M. Cremnitzer. Considérations sur quelques cas d'ictère et erythème infectieux au cours du traitement antisyphilitique.

Service de Santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin colonel Goursolas, de l'hôpital militaire de Toulouse, au Service de santé de la 17e région à Toulouse.

Le médecin lieutenant-colonel Fontan, de l'hôpital de Toulouse, maintenu et désigné comme médecin-chef.

Les médecins capitaines : Thabourin, de la 13e compagnie régionale du train, aux salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; Pascal, des territoires du Sud-Algérien, à la 3e légion de la Garde républicaine mobile à Moulins ; Perrin, des troupes de Tunisie, au 35e d'inf. à Giromagny ; Nogardel, des troupes du Levant, au 158e d'inf. à Strasbourg ; Tatin, du 27e d'inf., à l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon.

Les médecins lieutenants : Portalier, du 92e d'inf., à la 13e comp. régionale du train à Clermont-Ferrand ; Adrian, du 155e d'artillerie, au 403e d'artillerie de défense, contre aéronefs, à Belfort ; Cazalas, du 38e d'aviation, aux troupes du Maroc ; Denayrolles, de l'hôpital militaire de Belfort au 155e d'artillerie à Belfort.

Troupes coloniales. — *Au corps français d'occupation de Chine.* — Le médecin capitaine de Palmas, du 23e d'infanterie coloniale.

En Afrique occidentale française. — Le médecin commandant Rivière, du 51e mitrailleurs indochinois.

Au Togo. — Le lieutenant d'administration Boury, du dépôt de convalescents de Mirabeau.

A Madagascar. — Le médecin capitaine Conjard, du 4e tirailleurs sénégalais.

En Nouvelle-Calédonie. — Les médecins capitaines : Raboisson, du 16e tirailleurs sénégalais ; David, du 41e mitrailleurs malgaches.

Au Levant. — Le médecin commandant Lossouarn, de l'hôpital militaire de Fréjus.

Affectations en France. — *Au 3e d'infanterie coloniale.* — Le médecin capitaine Mallet, rentré de l'A. O. F.

Au 21e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Pautet, rentré de Chine.

Au régiment d'infanterie coloniale du Maroc. — Le médecin capitaine Guiard, rentré de l'A. E. F.

Au 12e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Delfini, rentré de l'A. O. F.

Au 16e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Ristorcelli, rentré de l'A. E. F.

Au 24e tirailleurs sénégalais. — Le médecin capitaine Garaud, rentré de l'A. E. F.

Au 1er d'artillerie coloniale. — Le médecin capitaine Charpentier, attendu de Madagascar.

Au 2e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Vernon, rentré d'A. O. F.

Au 12e d'artillerie coloniale (groupe d'Auch). — Le médecin capitaine Beaudiment, du 52e mitrailleurs indochinois.

A l'hôpital militaire de Fréjus. — Le médecin lieutenant-colonel Poux, attendu de Tunisie ; le médecin capitaine Daspect, du régiment d'infanterie coloniale du Maroc ; le pharmacien commandant Croguennec, du dépôt des isolés des troupes coloniales de Bordeaux.

L'application de la loi Armsbruster sur l'exercice de la médecine en France par les étrangers. — En application de la loi Armsbruster sur l'exercice de la médecine en France par les étrangers, M. Daniélou, ministre de la Santé publique, vient de donner, par circulaire, des instructions aux préfets pour qu'ils assurent, dans un délai de trois mois, la vérification de tous les diplômes des docteurs en médecine et chirurgiens-dentistes actuellement en exercice.

Cette vérification, très stricte, aura un double but : d'abord de déceler les erreurs qui auraient pu être commises à l'occasion de l'enregistrement antérieur des diplômes et, ensuite, d'établir avec précision la liste générale des étrangers exerçant en France, au 21 avril 1933, qui, seuls avec les étudiants actuellement en cours d'études, peuvent, aux termes de la loi, continuer à exercer sans être naturalisés.

Laboratoire d'anatomie pathologique. (Professeur : M. G. Roussy.) — *Cours de technique hématologique et sérologique,* par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire.

Ce cours, qui comprendra seize leçons, commencera le mercredi 7 juin 1933, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties : 1° Un exposé théorique et technique ; 2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Programme des conférences. — 1° Généralités sur l'instrumentation nécessaire ; numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2° Le sang sec, techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples. — 3° Le sang sec : globules blancs et formule leucocytaire. — 4° Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5° Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6° Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7° Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8° Résistance globulaire, propriétés hémolytiques

des sérums. — 9° Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. le Docteur BENDA (chef de clinique). — 10° La réaction de fixation (B. W.). Le principe. — 11° La réaction de fixation (B. W.). Les dosages. — 12° et 13° La réaction de fixation (B. W.). Les méthodes. — 14° Les méthodes de floculation, par M. le Docteur TARGOWLA. — 15° Cytologie des épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien (réactions biologiques), par M. le Docteur TARGOWLA (ancien chef de clinique). — 16° Les propriétés physiques appliquées au sang (pH, cryoscopie, viscosité, etc.), par le Docteur SANNIÉ, agrégé.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. (Professeur : F. RATHERY.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins du 6 au 17 juin 1933.* — Ce cours sera fait par M. le Professeur RATHERY avec la collaboration des Docteurs CHEVASSU, FROMENT, BOLTANSKI, DÉROT, Germaine DREYFUS-SÉE, Julien MARIE, MOLLARET, Maurice RUDOLF, et DOUBROW.

PROGRAMME DU COURS. — Les théories de la sécrétion rénale. — Les grands syndromes : Albuminurie ; Polyurie et diabète insipide ; Anurie ; Acidose rénale ; Œdèmes ; Les accidents nerveux de l'urémie. — Les méthodes d'exploration rénale : Sécrétion de l'eau, du NaCl et des substances minérales, des corps azotés, des lipides et des glucides, des substances colorantes. — Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale. — Les classifications des néphrites. — Les lésions anatomo-pathologiques types. — Les néphrites aiguës : Néphrite mercurielle ; Néphrites infantiles ; Syphilis rénale ; Tuberculose rénale. — Les différents types cliniques des néphrites chroniques : Néphrites avec œdème ; Néphrites avec azotémie ; La néphrose lipoïdique ; L'amylose rénale. — La thérapeutique des néphrites : Les diurétiques ; Les régimes.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques : La réserve alcaline ; Le dosage du NaCl dans le sang et les urines ; La recherche de l'urée sanguine ; La constante uréo-sécrétoire ; L'indoxylémie ; La réaction xantho-protéique ; La créatininémie ; Les épreuves de diurèse provoquée et la densimétrie ; L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine ; La cylindrurie ; Les techniques histologiques.

Les exercices seront faits sous la direction de Mlle L. LÉVINA, du Docteur DOUBROW et de M. DE TRAVERSE, chefs de laboratoire.

Inscriptions. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi). Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime. — Le prochain examen aura lieu à Paris en juin.

En vue de préparer les candidats, à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur TANON, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de MM. les Docteurs JOANNON, agrégé d'hygiène ; Henry THIERRY, inspecteur général honoraire des Services techniques d'hygiène de la Ville de Paris ; CAMPESSÉDÈS, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine ; CLERC, assistant d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Marine marchande ; NEVEU, assistant d'hygiène et chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; NAVARRE, chef des travaux à l'Institut d'hygiène et professeur à l'École de médecine de Caen, et VILLEJEAN, de l'Office international d'hygiène publique, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le cours durera du 20 mai au 2 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour de 16 à 18 heures, une visite à une station de désinfection et six leçons avec travaux pratiques de bactériologie (de neuf heures à midi).

Seront admis les docteurs en médecine et les étudiants titulaires de vingt inscriptions, français et du sexe masculin.

Les inscriptions sont reçues les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 16 heures (guichet n° 4). Le droit à verser est de 200 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Société française d'Histoire de la médecine. — La réunion mensuelle de la Société aura lieu le samedi 6 mai 1933, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des professeurs).

ORDRE DU JOUR. — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE et ABBAS NAFICY : Aperçu de l'évolution générale de la médecine persane. — M. le Docteur TORKOMIAN : Un ancien diplôme de la Faculté de Paris. — M. le Docteur MOUSSON-LANAUZE : Le symbolisme des forces naturelles aux temps mythologiques. — M. FOSSEYEUX : Caractère et limites de la Renaissance médicale au XVI[e] siècle.

Association générale des médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée aura lieu le dimanche 21 mai 1933, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir, banquet à l'Hôtel Continental (rue Rouget-de-l'Isle) sous la présidence de M. le Docteur Ollive, de Nantes, président de la Société locale des médecins du département de la Loire-Inférieure. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 19 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 francs), à M. le Docteur Jules Bongrand,

trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone : Littré 61-43.

Ligue française contre le rhumatisme. — *Compte rendu de la réunion clinique du lundi 13 mars 1933.* — La réunion clinique a eu lieu dans le service de M. Grenet à l'hôpital Bretonneau où M. Blechmann présente d'abord un malade qui était porteur d'un rhumatisme ressemblant à la maladie de Bouillaud et qui ne guérit que par un traitement antisyphilitique.

M. Grenet présente une série de malades porteurs de divers types d'ostéopathie syphilitique infantile.

Il signale l'importance des frictions mercurielles et des traitements d'épreuve antisyphilitiques pour préciser l'étiologie de ces ostéopathies en l'absence de réactions sérologiques positives.

Il présente, ensuite, un cas de rhumatisme polyarticulaire déformant, de la seconde enfance. Ce rhumatisme qui a débuté par un érythème morbiliforme a provoqué une ankylose extrêmement douloureuse. Il diffère du syndrome de Chauffard-Still par l'absence de ganglions et de grosse rate.

Le dernier malade présenté est un malade atteint de malformations osseuses avec taches pigmentées, rappelant celles de la neurofibromatose.

M. Laignel-Lavastine rappelle des expériences qui semblent relier certaines infections osseuses à des pigmentations cutanées.

M. J. Forestier demande si la proportion des ostéopathies attribuables à la syphilis est plus grande chez les enfants que chez les adultes.

M. Lamy répond à M. Forestier en montrant les radiographies de lésion d'hérédo-syphilis osseuse, et reconnaît qu'elle n'est pas très fréquente. Il décrit l'aspect radiographique des lésions syphilitiques osseuses et articulaires. Il préconise les frictions mercurielles comme traitement de choix pour l'hérédo-syphilis ostéo-articulaire.

A propos des lésions synoviales, M. Grenet rappelle que le syndrome hydarthrose double et kératite interstitielle signe la syphilis chez l'enfant.

M. Rœderer insiste sur la fréquence des affections coxo-fémorales d'étiologie inconnue, et sur l'importance des altérations cartilagineuses ou osseuses en épine, pour le diagnostic de la syphilis.

M. Blechmann rappelle qu'il y a intérêt à faire le Bordet-Wassermann avec le liquide articulaire.

M. B[illegible]got père, rapporte le résultat heureux du traitement marin dans les arthropathies infantiles.

Nécrologie. — Docteur Boulouys, de Paris. Docteur Aimé Dorche, de Gap, président du Syndicat des médecins des Hautes-Alpes. — Docteur Charles Gardin, de Paris, 15, rue Cardinet (XVIIe), ancien interne, lauréat médaille d'or des hôpitaux. — Docteur Gœtpals, de Rosendael (Nord). — Docteur Lahaye, de Breteuil (Eure), décédé à l'âge de 60 ans. — Docteur Jules Leconte, de Crécy-en-Ponthieu (Somme), décédé dans sa 53e année. — Docteur René Le Fur, de Paris, 21, rue Remusat (XVIe). — Docteur J.-L. Magimel, de Domme (Dordogne), décédé dans sa 56e année. — Docteur Pierre Malfuson, de Saint-Satur (Cher), décédé à l'âge de 32 ans. — Docteur Georges Pomme, de Givors (Rhône), décédé à l'âge de 78 ans. — Docteur Rouit, de Séon-Saint-André (banlieue Marseille). — Docteur Thouvenin, de Saint-Dié (Vosges). — Docteur Xavier Vergez, d'Anglure (Marne), décédé dans sa 71e année. — Docteur Léon Wieger, père jésuite, décédé à l'âge de 77 ans. — Docteur Jacob Puterman, de Sosnowiec (Pologne), décédé à l'âge de 75 ans. — Docteur Charles-Henry Thatcher, accoucheur écossais, décédé à l'âge de 78 ans.

« Les années d'études devraient lui inculquer (étudiant en médecine) les plus fortes formations morales ; or, qu'est-ce qui l'attend : *l'indifférence* ; aussi, comment voulez-vous » que les médecins continuent d'occuper dans la Société la place d'élite qui était réservée à leurs pères ».

Qu'une âme compatissante se dévoue donc pour crever l'abcès et organiser *une Association de pères de familles de médecins.*

Si notre Société est pourrie, il y a encore parmi nous, des gens propres, loyaux et honnêtes. » (Dr Gaston Orlowski. Réflexions d'un vieux praticien de campagne. *J. des praticiens*, 8 avril 1933).

BIBLIOGRAPHIE

Les Pèlerinages de Paris révolutionnaire : La Maison des Carmes, par G. Lenotre, de l'Académie française. Un volume in-16 jésus orné de gravures. Prix : 22 francs. Librairie académique Perrin, 35, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

Dans ce nouveau livre, M. Lenotre nous raconte un des épisodes les plus tragiques et les plus sanglants de la Révolution, un des plus émouvants « pèlerinages du Paris révolutionnaire » : le massacre des prêtres dans la maison et dans le jardin des Carmes. Cette maison fut transformée en une prison qui bientôt se remplit. M. Lenotre nous en fait l'histoire à laquelle fut mêlée l'histoire pathétique de la famille des Soyécourt, des Carmélites devant le Tribunal révolutionnaire, et de la conspiration des Prisons. Le récit s'étend jusqu'en 1867 ; c'est alors que le vieux jardin livra, après trois quarts de siècle, le secret de la nuit d'horreur où les massacreurs avaient enterré quatre-vingt-dix de leurs victimes ... Le grand historien n'a jamais prouvé avec plus d'éclat ses admirables qualités dramatiques, unies à la plus rigoureuse exactitude.

Les Tuileries, *fastes et maléfices d'un palais disparu*, par G. Lenotre, de l'Académie française. Collection *Paris mon village*. Un volume in-16 jésus de 320 pages, orné d'un frontispice et de douze planches hors-texte. Librairie de Paris, Firmin-Didot et Cie, 56, rue Jacob, Paris. Broché : 18 francs.

L'*Histoire des Tuileries* par Lenotre, est attendue depuis longtemps. Il n'y a actuellement que ce maître qui pouvait nous donner un ouvrage complet sur le fameux palais, bien malheureusement détruit. Lui seul, aujourd'hui, connaît à merveille l'emplacement et le sort de chaque appartement, de chaque salle, à travers les divers régimes qu'a traversés la France, depuis Catherine de Médicis. Pas un coin, pas une légende, pas une tradition n'est oubliée grâce à une science parfaite, et au don de vie de l'auteur. Le grand palais martyr nous est restitué siècle par siècle. En outre, Lenotre enfant, a parcouru ces ruines si absurdement détruites, monté les escaliers effondrés, touché du doigt les marbres brisés entre lesquels croissaient les branches d'arbres. Il indique ici, grâce à un plan dessiné de sa main, où chaque souverain a vécu sa vie glorieuse ou infortunée, il marque aussi les superstitions qui hantèrent d'âge en âge le palais, si tragique aux enfants de France qui y naquirent et y furent élevés.

Les Origines du Polythéisme hellénique. L'Art Créto-Mycénien, par Charles Picard, Un vol. in-8 (17 × 22) avec 24 planches hors texte en phototypie. Broché 20 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

M. Ch. Picard, professeur d'archéologie classique à la Sorbonne, étudie les Origines du Polythéisme hellénique, dans un premier volume consacré

à l'*Art créto-mycénien*. Cet ouvrage prend place dans la Collection « *Art et Religion* », dirigée par M. H. Focillon.

L'Art développé à Cnossos, et dans les autres centres maintenant connus de la Crète, reste une révélation récente, puisqu'il était totalement ignoré il y a trente ans. Il a de quoi émerveiller par sa liberté, sa grâce, on le verra, les yeux les plus modernes. Ce n'est pourtant pas surtout à l'étudier en lui-même — à travers une illustration particulièrement soignée — que s'est appliqué l'auteur. Mais il a voulu en dégager, — dessein tout à fait nouveau, — le secret principe religieux.

L'art crétois a porté à travers la nature une tendance au polythéisme mystique, legs de l'Orient ; et il a conçu tout le divin sous les formes enveloppées, curieuses, d'un « polysymbolisme » qui n'a été nulle part plus poussé : encore n'excluait-il pas la vision des puissances supérieures à la vie mortelle sous la forme humaine, ainsi que d'abord dans l'Egéide néolithique. Le monde « mycénien » déjà indo-européanisé, a vécu encore des formes et formules ainsi créées, mais en les adaptant à ses goûts plus brutaux. Ainsi se déterminaient dans la religion des Pré-olympiens et le culte des mânes, dans la conception de la Nature enfin, les changements qui interviendront à travers le deuxième tome de ces ouvrage, consacré à l'ère *homérique*.

Ce qu'a sauvé toujours le polythéisme grec d'être la religion seulement « *poétique* » que l'on croit à tort connaître c'est la su vivance du mysticisme minoen. Mais la Crète du deuxième millénaire, ayant déjà rompu avec les vieilles magies orientales, commençait à reporter l'action de la croyance vers la terre, vers les hommes ; ainsi elle a pu fonder la première des religions qu'on pourrait appeler *historiques*, montrant la voie au bouddhisme, au christianisme même.

Le Château de Boulogne-sur-Mer, par Pierre M.-L. Héliot. Un volume in-8 (20 × 13), 34 gravures et plans. Broché 7 fr. 50. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

Dans la collection des *Petites monographies des grands édifices de la France*, publiée par la librairie Henri Laurens, vient de paraître un volume sur Le Château de Boulogne-sur-Mer, par M. Pierre Héliot.

Malgré les déplorables remaniements qu'ils ont subis depuis le XVIIIe siècle, le château et les remparts de Boulogne n'en forment pas moins l'un des plus remarquables ensembles d'architecture militaire du XIIIe siècle qui soient en France.

Dépourvu de donjon, le château peut être considéré comme l'un des plus lointains ancêtres de toute une série de forteresses qui ont atteint leur complet développement avec les citadelles de Vauban.

L'enceinte urbaine mérite d'autant plus l'attention des archéologues et des touristes, que notre pays n'en a conservé qu'un très petit nombre. Si l'on a consacré de nombreux travaux à ces deux monuments, étudiés notamment, il y a trente-quatre ans, par Camille Enlart, personne n'en avait jusqu'ici publié une monographie accessible.

Comme il est de règle dans la collection, cette monographie est abondamment illustrée. Près de 40 gravures et 2 plans nous donnent l'essentiel des aspects d'une ville attachante et curieuse.

L'Hôtel-Dieu de Beaune, par Henri Stein. Un vol. in-8° (20 × 13), 36 gravures. Broché 7 fr. 50. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VIe.

L'auteur raconte d'abord l'histoire de la fondation de l'Hôtel-Dieu par le chancelier Nicolas Rolin. Il reproduit l'acte de fondation et ainsi nous comprenons le bons sens et la fervente pitié du donateur grâce auquel l'Hôtel-Dieu de Beaune a pu survivre jusqu'à nos jours.

Puis, c'est la description du monument, l'entrée, la cour, les salles des malades, la chapelle, la cuisine, les galeries que parcourent les religieuses, avec le même costume qu'elles avaient autrefois. Cet Hôtel-Dieu compose un ensemble unique, si bien conservé que lorsque nous y pénétrons nous nous croyons transportés au XVe siècle.

Mais l'Hôtel-Dieu est aussi un Musée avec sa librairie, sa pharmacie, ses tapisseries inestimables et surtout son retable du Jugement dernier. L'auteur nous mène devant toutes ces œuvres d'art ; nous nous arrêtons longuement devant le Retable, pur joyau du XVe siècle flamand, sur lequel on a beaucoup écrit.

Puis, nous parcourons la ville : le beffroi, l'Eglise Notre-Dame avec ses tapisseries, l'Eglise Saint-Nicolas, les vieux hôtels, tout nous retient et complète l'atmosphère de ce passé qui revit devant nous.

De nombreuses illustrations où se reflète tout ce que nous décrit l'auteur forme comme un vivant commentaire au texte.

Revue des Cours et Conférences. Paraît le 15 et 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Abt : un an, France : 60 francs. Boivin, édit. 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 avril 1933 : R. Allier : Magie et religion dans la Grèce antique (I) : Parmi les croyances les plus primitives. — A. Forest : L'esprit de la philosophie thomiste (II) : L'harmonie des êtres. — Pierre Moreau : Les origines littéraires de la France contemporaine (IV) : L'« Esprit nouveau » — C. Cestre : Alexis de Tocqueville témoin et juge de la civilisation américaine (V) ; Du pouvoir judiciaire aux Etats-Unis. — A. Puech : Etude littéraire de quelques dialogues de Platon (VI) : Le Banquet. — A. Feugère : Jean-Jacques Rousseau (VI) : La période mondaine : Thérèse Levasseur. — H. Hannette : La légende de la « Morte vivante » (XI). — P. Mesnard : Deux thèses sur la philosophie du Temps, par Jean Guitton.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos du pouvoir antianaphylactique des eaux minérales, ses conditions d'existence expérimentales ou cliniques

Intensification des accidents sériques par l'addition aux sérums de faibles quantités d'eaux reconnues antianaphylactiques

Par MM.

Maurice PERRIN, Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine, de Nancy.

et

Alain CUÉNOT, Interne lauréat des Hôpitaux de Nancy.

En poursuivant l'étude de la phylaxie dans l'intoxication sérique (voir le *Progrès Médical* du 15 avril 1933) nous avons été amenés à essayer, comme le proposaient Billard, Ferreyrolles et Mougeot en 1921, en conclusion de leur communication au Congrès de Strasbourg, d'injecter en clinique humaine une quantité égale d'eaux minérales antianaphylactiques mélangée au sérum thérapeutique de cheval, le sérum antitétanique par exemple.

Logiquement ces eaux, qui s'étaient montrées actives chez le lapin au cours des sensibilisations sériques, devaient agir sur l'excipient albumineux du sérum et le modifier de telle façon que les accidents sériques ne pourraient pas se produire.

On sait en effet que les accidents sériques peuvent être considérés comme une crise anaphylactique due à la présence du sérum étranger circulant qui joue à la fois le rôle de sensibilisateur avant l'apparition des réactions d'immunité antisérique de l'organisme et le rôle de déchaînant dès l'apparition de ces anticorps qui, on s'en souvient, marque le moment où l'animal devient sensible à un déchaînant.

Il était donc raisonnable de penser que ces eaux particulièrement actives sur les molécules albumineuses modifieraient également son pouvoir antigène et par là pourraient entraîner la disparition des accidents sériques.

A notre grande surprise, les résultats ont été exactement inverses de ceux qu'il était possible d'imaginer. Les accidents sériques se sont montrés infiniment plus précoces et de gravité bien supérieure lorsque le sérum thérapeutique était mélangé à une eau minérale antianaphylactique.

Protocole

Des sujets d'âge adulte n'ayant jamais reçu de sérum, ont reçu 10 c. c. de sérum antitétanique mélangés avec 10 c.c. d'eaux minérales antianaphylactiques (il s'agissait de blessés ayant besoin d'injections de sérum antitétanique). Ont été comptés comme accidents sériques, seulement les phénomènes objectifs cutanés facilement vérifiables par l'examen du sujet et siégeant soit sur toute la surface du tégument soit au niveau de la région injectée.

Pour chaque source une vingtaine de sujets ont été injectés. Les sources utilisées furent Vichy (Chomel et Grande-Grille). La Bourboule (Choussy) et Bussang (Grande Salmade).

Alors que le sérum pur donnait 43 % d'accidents tels que nous venons de les définir en première injection, les individus piqués avec Chomel en donnaient 71 %, Grande-Grille 71 %, Bussang 60 % et la Bourboule 57 %.

Ces résultats en apparence contradictoires s'accordent cependant parfaitement à la réflexion avec la théorie. En effet les résultats positifs de protection obtenus sur le lapin, qui peut-être protégé contre une sensibilisation par le mélange de l'antigène et de l'eau minérale active, n'ont été observés qu'avec des eaux particulièrement douées au point de vue antianaphylactique et à la dilution considérable de 1 de sérum pour 50 d'eau minérale. D'autre part, au laboratoire, nous avions soin de laisser en contact à la température ambiante le sérum et les eaux minérales plus de deux heures.

Au contraire, au cours de nos recherches cliniques les conditions de notre expérimentation rendaient impossible le contact prolongé entre le sérum et l'eau. D'autre part l'eau protectrice était à parties égales avec le sérum, c'est-à-dire dans une proportion 50 fois plus petite que dans les recherches chez le lapin. Il aurait donc été vraiment étonnant que nous ayons pu observer une protection suffisamment nette pour se traduire par la suppression des accidents sériques.

Cependant, il se trouve que notre expérimentation clinique s'est traduite par un fait précis : l'augmentation indiscutable des réactions sériques dans de fortes proportions.

Comment expliquer ce phénomène paradoxal ?

A ce sujet, nous ne saurions trop recommander de relire le travail de Ferreyrolles (1919) sur l'immunité, l'anaphylaxie et les eaux minérales, qui à notre avis apporte la solution du problème. Dans ce travail très documenté, l'auteur, s'appuyant sur ses recherches personnelles et sur celles de divers auteurs, rappelle que l'injection de certaines eaux minérales (toujours les bicarbonatées) détermine une réaction défensive très énergique de l'organisme se traduisant par l'augmentation de l'indice opsonique de son sérum, par une hyperleucocytose, par la résistance enfin de l'animal à des injections microbiennes ou de toxines immédiatement postérieures. Il est donc très vraisemblable que l'eau minérale injectée avec le sérum thérapeutique excite l'apparition des substances antisériques et par là même détermine l'apparition de la maladie sérique qui est la traduction clinique du conflit du sérum hétérogène et des anticorps spécifiques. Ces anticorps n'apparaissent pas dans tous les cas chez l'homme injecté de sérum de cheval pur. Ce sérum est pour l'homme un antigène médiocre : l'addition d'eau minérale au sérum active cette réaction d'immunité et permet plus fréquemment et de façon plus précoce le développement des accidents sériques.

A un autre point de vue, l'idée de supprimer les accidents sériques par l'addition d'eau minérale antisérique péchait à sa base. En effet, s'il avait existé une eau ou un sel capable de modifier suffisamment les protéines d'un sérum pour détruire son pouvoir antigène, il y a beaucoup de chance que cet électrolyte aurait modifié également les anticorps du sérum thérapeutique et par là aurait rendu inutile son emploi.

Il semble donc bien que la prophylaxie des accidents sériques ne puisse être réalisée pour le moment par les eaux minérales.

Par contre, les résultats assez inattendus, obtenus par le mélange d'un sérum et d'une eau puissamment antianaphylactique, permettent d'entrevoir une application originale de ces eaux dans la vaccinothérapie. Si l'émulsion microbienne, au lieu d'être faite dans du sérum physiologique, était faite dans une eau minérale active, peut-être obtiendrait-on, de la part de l'organisme injecté, une action vaccinante plus franche. Peut-être même, certains corps microbiens très mauvais antigènes comme le streptocoque, le pneumocoque, le colibacille ou certaines mycoses, pourraient-ils grâce à ce procédé, être utilisés de façon plus heureuse sous forme de vaccins.

En conclusion, le mélange à parties égales de sérum thérapeutique et d'eau antianaphylactique injecté à un sujet neuf, loin de diminuer le nombre des accidents sériques, en augmente très fortement la proportion (1).

(1) La question de la phylaxie, si neuve et si pleine d'inconnues, ne tente pas les chercheurs autant qu'elle le mérite. Sauf erreur de notre part, nous n'avons pas trouvé de travaux étrangers sur ce sujet. Serait-ce une raison de la rareté relative des travaux français ?

Equilibre vago-sympathique et anesthésies

par M. George **PASCALIS**

J'ai fait connaître avec Garrelon, tout le parti que l'on peut tirer de la connaissance de l'équilibre vago-sympathique pour la pratique de l'anesthésie générale. Et nous avons montré qu'il était possible d'apporter au déréglement de cet équilibre des corrections qui en permettent la régulation immédiate et momentanée, en mettant le malade à l'abri de tout accident et en apportant au chirurgien le silence abdominal indispensable à la conduite normale de son intervention. Nos conclusions s'appuyaient sur des recherches de laboratoires longtemps poursuivies et sur quelques centaines d'observations cliniques.

Pour juger de l'état de l'équilibre vago-sympathique il n'est que de prendre le réflexe oculo-cardiaque, soit à la main, soit, si l'on veut, à l'aide d'un appareil.

Si la pression du globe oculaire détermine un ralentissement du pouls, on est en présence d'un vagotonique, d'un réceptif qui va dormir le plus aisément à la condition de respirer correctement. Si le ralentissement est considérable on a affaire à un hyperréceptif candidat à la syncope initiale à l'ordinaire mortelle. A ce sujet, il faut injecter sous la peau un milligramme d'atropine ; devenu petit résistant il sera ainsi certainement à l'abri de tout accident.

Si la compression du globe oculaire détermine une accélération du pouls, on est en présence d'un sympathicotonique, d'un résistant qui offrira à l'anesthésie une défense plus ou moins grande, généralement proportionnelle au degré de l'accélération. A ce malade il faut injecter 1/2 mgr. à 1 mgr. 50 de salicylate d'ésérine pour obtenir un silence abdominal complet.

Il est enfin des individus chez qui la pression ne détermine aucune modification du pouls — ou un changement insignifiant. Ce sont des sujets normaux chez qui l'anesthésie aura son cours normal si elle est correctement administrée. Et l'on sait ce que représente le facteur anesthésiste.

A ces conclusions nous ajoutions que l'ésérine n'excluait pas, au contraire, l'injection préalable de morphine ou de pantopon, qu'elle devait être faite sur la table au moment de prendre le bistouri, qu'elle pouvait être renouvelée sans risque, qu'elle pouvait être utilisée à tout âge et avec tous les anesthésiques dont j'avais la pratique.

Actuellement, mon expérience porte sur plusieurs milliers de cas et d'autres très nombreux m'ont été communiqués par des confrères de Paris, de province ou de l'étranger.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de revoir nos conclusions à la lumière de ces observations nouvelles.

Je n'ai rien changé à la méthode. Le réflexe est pris systématiquement à la main chez tous mes opérés par mon excellent collaborateur et ami le Docteur Rodriguez Ramon. J'utilise toujours l'injection préalable de morphine ou de pantopon. Lorsque l'atropine est indiquée on l'injecte à la salle d'anesthésie avant toute inhalation, cela va de soi.

Aux résistants l'ésérine est donnée sur la table d'opération. Je l'utilise chez les enfants aussi bien que chez les adultes. Cependant, chez les grands résistants je donne d'emblée un milligramme et, si la dose est insuffisante je n'hésite pas à la doubler en agissant par 1/4 de mgr. Je n'ai eu l'occasion d'atteindre ces doses qu'une seule fois avec un résultat complet et sans avoir constaté aucune espèce de troubles chez le malade. Ceci confirme ce que l'expérience m'avait appris puisque chez un jeune chien de 4 à 8 kgr. la dose de 2 à 3 mgr. quotidiennement répétée n'avait amené ni accident ni incident.

Enfin j'ai suivi la méthode, quelle que soit l'anesthésie utilisée : éther, chloroforme, protoxyde d'azote, kélène anesthésie locale. Je n'utilise guère la rachianesthésie en vertu du vieil adage « Ne faites pas aux autres....... » ni l'anesthésie par voie rectale, qui n'est pas au point et nécessite des mélanges qui ne sont pas plus recommandables ici que les mélanges de vins ne le sont à table. Je ne puis donc parler de ce que j'ignore, mais il est à peu près certain que l'action doit être la même.

Jamais je n'ai vu survenir le moindre incident, mes amis ne m'ont signalé aucun accident. Sur un chiffre élevé le fait est significatif et vaut d'être retenu. Toujours des anesthésies faciles, simples, un calme abdominal complet.

Je ne connais ici que deux notes discordantes. Une fois mon élève et excellent ami Duchein n'a pu obtenir le silence abdominal avec 1/2 mgr. et n'a pas osé — c'était au début — employer une dose plus forte. Le cas n'est donc pas à retenir. L'autre échec est dû à ce que la drogue avait été utilisée de façon si incorrecte qu'il est heureux de n'avoir point eu d'accident à déplorer.

Le dépouillement de ces observations me conduit donc à ne rien changer à mes conclusions premières.

Prendre le réflexe oculo-cardiaque des sujets qui vont subir une anesthésie c'est avant toute chose prendre une assurance sur la vie. On ne doit plus voir à l'heure actuelle de syncope initiale.

C'est s'assurer une anesthésie toujours calme, simple, sans danger, un silence abdominal complet. Chez les résistants en effet, l'anesthésiste est amené — souvent par la faute du chirurgien qui s'impatiente — à accélérer son débit, oubliant que la dose massive est voisine de la dose mortelle.

L'ésérine injectée en quantité suffisante, le silence abdominal est immédiatement obtenu, l'intestin éviscéré regagne la cavité abdominale, mais le malade ne dort pas, continue à divaguer ; il reste donc loin de la dose limite et ne court pas le risque des syncopes bleues, dont la gravité pour être moindre, est cependant certaine.

Sans insister sur la sécurité opératoire qu'apporte le silence abdominal je ne puis oublier que la dose de drogue utilisée pour l'anesthésie diminue dans la proportion de 40 % ; que les vomissements font défaut dans plus de la moitié des cas, que le réveil est immédiat témoignant de la faible imprégnation de l'organisme.

Voilà des avantages qui ne sont pas négligeables. Je ne connais pas de méthode d'anesthésie qui en offre de semblables.

« L'autre jour, je visitais de splendides laboratoires que l'admirable et perspicace générosité d'un donateur vient d'offrir aux savants. Un de mes jeunes amis, physiologiste éminent, qui le visitait avec foi, me dit à l'oreille cette boutade (qui a peut-être une parcelle de vérité) : « *Si Claude Bernard avait eu cela, il n'aurait rien trouvé du tout* ». (Charles RICHET. Hommage à Branly. *Le Matin*, 26 février 1933.)

« Elevez vos écoliers dans le respect de la culture, au sens gréco-romain, tel qu'il a été admirablement exprimé par un maître qui, d'ailleurs, se trouve être un Allemand : le culte du Bien et du Beau « qui n'appartient à aucun pays » (Gœthe). Elevez-les surtout dans le respect de la culture en tant qu'elle est un luxe, une inutilité, une valeur non-pratique. Flétrissez le sens qu'en ont donné certains Allemands de ce dernier demi-siècle, suivis, hélas ! par tant de latins ! l'art de tirer de chaque individu le maximum de rendement pour l'Etat ». (Julien BENDA. Discours à la nation européenne. *La Nouvelle Revue Française*, 1er févr. 1933.)

L'état actuel de la chimie de la digitale

Par RAYMOND-HAMET

Ceux qui, soucieux de thérapeutique raisonnée, ont cherché, dans les traités et manuels, les éléments d'une opinion judicieuse sur la chimie de la digitale, se sont fort dépités de n'y trouver qu'incertitude, contradiction et chaos (1). On ne peut donc s'étonner de la faveur reconnaissante accordée à certains articles qui, publiés il y a quelques années dans des périodiques médicaux français, apportaient l'assurance que la chimie de la digitale venait d'être renouvelée et que, de l'obscurité où elle s'était jusqu'alors complue, elle avait tout soudain passé à la lumière. Pourtant, ceux qui connaissaient la modestie souriante du Professeur Cloetta, à qui on attribuait cette révolution, se résignaient difficilement à voir en lui le Wladimir Ilitch de la digitale.

Certes, qui ne lirait que superficiellement les deux mémoires du savant pharmacologiste de Zurich (2) serait tenté de croire qu'on n'avait jusqu'alors extrait de la digitale que d'impurs complexes et que des trois glycosides : bigitaline, gitaline et digitoxine, qui y sont décrits, les deux premiers n'avaient jamais encore été isolés, cependant que le troisième n'avait pu auparavant être obtenu à l'état pur, Cloetta affirmant, en effet, que les digitalines et digitoxines commerciales qu'il avait pu examiner ne contenaient qu'une quantité plus ou moins faible de digitoxine vraie.

Mais à qui apporterait plus d'attention au mémoire de Cloetta, il apparaîtrait, d'une part, que ce savant n'avait pas eu à sa disposition de véritable digitaline cristallisée Nativelle, d'autre part qu'il n'avait nullement affirmé que les glycosides obtenus par lui n'avaient jamais encore été préparés. D'ailleurs, dans un article publié à dessein dans les *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie* (3), le grand chimiste allemand Windaus vint rappeler le passé à ceux qui l'auraient pu oublier et montrer que, des trois glycosides décrits par Cloetta, deux avaient été déjà obtenus à l'état pur : la digitoxine qui n'était autre que la digitaline cristallisée de Nativelle, la bigitaline qui était identique à l'anhydrogitaline de Kraft dénommée plus tard gitoxine par Windaus lui-même. Quant à la gitaline, elle n'avait été préparée par Kraft qu'à l'état impur et le mérite de Cloetta, que Windaus ne songeait nullement à diminuer, était d'avoir pu, pour la première fois, réussir à débarrasser ce corps de ses impuretés.

La découverte du principe actif essentiel de la digitale ne devait donc plus être millésimée 1926 mais reportée à quelques soixantes années plus tôt, à l'époque où un humble pharmacien de Bourg-la-Reine, n'ayant d'autre laboratoire que celui de son officine, comme ressources que celles qu'il trouvait dans l'exercice de sa profession, comme réconfort que sa passion de la recherche, réussissait là où tant de chimistes avaient successivement échoué.

A ceux qui douteraient de l'inextricable confusion qui, avant Nativelle, avait envahi la chimie de la digitale, il suffirait, pour s'en convaincre, de lire la belle étude historique de Ludwig (1). Certes il est des auteurs qui accordent à Homolle et Quévenne une part dans la découverte du principe actif de la digitale, mais, même si on admettait — ce qui a été fort judicieusement contesté — que ces deux personnages ont réellement découvert la digitaline qui porte leur nom, il n'en resterait pas moins que cette digitaline n'était qu'un complexe amorphe et non une espèce chimique définie et cristallisée. Comme l'a si bien dit Buignet dans son rapport à l'Académie de médecine (2) : « Si la digitaline ainsi obtenue (par Homolle) présentait réellement les caractères d'un produit homogène et pur, nous n'aurions que des éloges à adresser à l'auteur pour avoir fait connaître un procédé de préparation si simple et si facile à réaliser. Mais il n'en est point ainsi : l'examen microscopique, l'action des dissolvants, les phénomènes de coloration auxquels donne lieu le contact des acides, tout conspire pour montrer que le produit obtenu par le procédé simple, dont il vient d'être question, est loin de représenter un principe pur, invariable dans ses caractères et uniforme dans son action ». Certes, nous avons lu récemment que la forme globulaire, sous laquelle se présentait la digitaline dite d'Homolle et Quévenne, était une forme cristalline, mais nous voulons croire que l'auteur, d'ailleurs anonyme, de cette assertion avait été frappé d'une amnésie heureusement limitée aux principes élémentaires de la cristallographie.

Il convient d'ailleurs de rappeler que la découverte de Nativelle a exigé trois étapes et que ce chimiste a préparé successivement : une digitaline amorphe qu'il présenta à la Société de pharmacie de Paris, une digitaline cristallisée mais encore adultérée de digitine qu'il envoya à l'Académie de médecine de Belgique, enfin une digitaline cristallisée pure qu'il soumit à l'Académie de médecine de Paris qui avait décidé d'attribuer le prix Orfila à celui qui réussirait à isoler le principe actif de la digitale.

Que cette dernière substance représente bien, à l'état de pureté chimique, le principe actif de la digitale, c'est ce dont l'Académie s'est portée garante en accordant à son auteur le Prix Orfila.

Reprenant le joli mot du chimiste J.-B. Dumas on est donc autorisé à prétendre que Nativelle a pu, le premier, dans la question de la digitale, substituer « la formule à la recette ». C'était donc à bon droit que, justement orgueilleux d'une découverte dont il entrevoyait le formidable devenir, Nativelle pouvait, dans le mémoire que l'Académie de médecine publia, affirmer que « la digitaline cristallisée qui toujours s'était dérobée aux investigations des chimistes, est enfin acquise à la science » et cela en dépit des obstacles que — il le rappelait non sans quelque amertume — il avait dû surmonter pour faire expérimenter son produit : « J'ai — écrivait-il — rencontré pour les essais physiologiques de grandes difficultés ; il n'est pas facile comme on pourrait le penser, de faire expérimenter une substance nouvelle. Les personnes compétentes ne s'en occupent guère, attendu que cela les dérange de leurs propres travaux. Si elles les entreprennent, après quelques constatations, l'étude en reste là » (3). Ajoutons que, dans ce même mémoire, Nativelle faisait connaître qu'il avait encore isolé des feuilles sèches de la digitaline pourprée, d'une part un produit cristallisé mais inactif physiologiquement, la digitine, d'autre part deux substances amorphes mais douées d'activité sur le cœur : la digitaline amorphe insoluble dans l'eau et la digitaléine soluble au contraire dans ce liquide.

Mais le Prix Orfila devait être pour Nativelle un succès sans lendemain et bientôt sa digitaline n'allait plus rencontrer que l'indifférence des uns, et l'hostilité des autres.

La rancune hargneuse d'Homolle qui prétendait pouvoir

---

(1) Il nous faudrait l'inhabituelle générosité d'un éditeur, un peu de sadisme et beaucoup de patience pour publier un état rectificatif des erreurs et confusions que nous avons relevées dans la plupart de ces ouvrages. Qu'il nous suffise, à titre d'exemple, de citer quelques lignes d'une récente mise au point de la chimie de la digitale où l'on trouve presque autant d'erreurs que de mots : « En 1890 Kiliani décrit un nouveau glucoside, la digitaléine « digitalinum verum » non cristallisé qu'il isola surtout des semences de digitale. Ce glucoside insoluble dans le chloroforme, peu soluble dans l'alcool, plus soluble dans l'eau, est constitué d'après Cloetta par un mélange de digitonine et de gitaline. Les saponines extraites de la plante fraîche ou sèche sont isolées par Kiliani et étudiées par Kobert sous le nom de digitonine. Kraft en 1912 isola de nouveaux glucosides solubles dans l'eau qu'il dénomma gitalines et qui dans la suite ont été reconnus comme des mélanges ».

(2) M. CLOETTA. — *Arch. f. experiment. pathol. u. pharmakol.*, t. 88, 1920, p. 113 et t. 112, 1926, p. 260.

(3) A. WINDAUS. — *Ibid.*, t. 135, 1928, p. 253.

(1) H. LUDWIG. — *Archiv d. Pharmazie*, t. 144, 1870, p. 22.

(2) BUIGNET. — Rapport sur le concours pour le prix Orfila, in *Bull. de l'Académie de médecine*, 30 janvier 1872.

(3) NATIVELLE. — *Mém. de l'Acad. de médecine*, 3e sér. t. 30, 1871, p. 212.

◆◆◆

faire appel devant l'opinion médicale de la juste condamnation dont l'avait frappé Buignet, l'hostilité sournoise de quelques représentants de la science officielle qui ne se résignaient pas à voir un amateur triompher là où leurs tenants avaient piteusement échoué, et puis aussi ce fétichisme sénile du passé, si répandu chez nous, qui préfère se souvenir d'hier qu'envisager aujourd'hui et tendre vers demain, tout cela devait dresser contre Nativelle une abondante littérature dont la mauvaise foi a souvent égalé la sottise.

Sans faire, aux nombreux plaidoyers d'Homolle, l'honneur immérité de les évoquer aujourd'hui, il nous suffira de rappeler les arguments que, parmi tant d'autres, Blaquart (1) et Fagart (2) ont opposé à celui qui avait découvert le principe actif de la digitale. Le premier s'est targué de son incapacité de mettre en œuvre le procédé décrit par Nativelle, pour affirmer que la digitaline cristallisée ne pouvait être qu'« une curiosité de laboratoire ». Le second a conclu au rejet de la digitaline sous le prétexte qu'on ne la pouvait répartir exactement en granules de 1 mgr., un enfant ayant pu — prétendait-il — absorber tout un flacon de ces granules sans en être nullement incommodé, mais, bien entendu et fort malheureusement pour le progrès de la toxicologie de la digitaline, il s'abstint prudemment de vérifier sur lui l'exactitude de ce ragot.

Cependant, par delà la frontière, l'un des plus illustres pharmacologistes d'alors, Oswald Schmiedeberg, allait reconnaître le mérite de Nativelle (3). Mais si vaste était l'audience du professeur à la Faculté de Strasbourg, si incontestée sa leçon, que le mémoire qu'il consacra à la chimie de la digitale devait faire oublier celui de son humble devancier.

Certes Schmiedeberg a eu le très grand mérite de découvrir dans la digitaline allemande extraite des graines de digitale, trois nouvelles substances : 1° la *digitonine*, glycoside amorphe, très soluble dans l'eau, analogue à la saponine, qui par l'hydrolyse acide donne naissance à la digitorésine et à un nouveau glycoside : la digitonéine susceptible de se transformer par un second traitement par les acides en digitogénine obtenue à l'état cristallisé, mais qui dans certaines conditions se décompose en paradigitogénine également obtenue à l'état cristallisé ; 2° la *digitaline*, glycoside amorphe, presque insoluble dans l'eau, se transformant par l'hydrolyse acide en glycose et en une substance résinoïde : la digitalirésine qui paraît être un glycoside se dédoublant par traitement par un acide plus concentré en glycose et en un nouveau corps résinoïde ; enfin, 3° la *digitaléine*, glycoside amorphe, soluble dans l'eau, qui constitue pour lui une portion considérable de la digitaline soluble commerciale et qui par un traitement par les acides étendus donne naissance à du glycose et à une substance analogue à la digitalirésine.

Malheureusement le mémoire de Schmiedeberg, quelque intérêt qu'il présentât, apportait dans la chimie de la digitaline une confusion si rebelle que plus d'un demi-siècle n'a pas suffi à l'extirper totalement. C'est en effet, parce qu'il se basait sur un *a priori* évidemment logique mais dont les faits ont montré l'inexactitude, parce qu'il croyait que les feuilles et les graines de digitale devaient contenir des produits identiques, que Schmiedeberg a assimilé à celles que Nativelle avait trouvées avant lui dans les feuilles du *Digitalis purpurea*, les substances qu'il put isoler de la digitaline allemande extraite comme on le sait des graines de cette plante.

C'est ainsi qu'il crut retrouver dans la digitaline allemande la digitine que Nativelle avait extraite des feuilles.

C'est ainsi que, bien qu'il considérât que la digitaléine de Nativelle — c'est-à-dire la fraction hydrosoluble physiologiquement active des feuilles de digitale — ne diffère qu'à peine de la digitaline allemande et doit par conséquent être un complexe renfermant, à côté de la digitaline vraie, de la digitonine, de la digitaline vraie et d'autres substances, il conserva ce nom de digitaléine au glycoside hydrosoluble qu'il avait trouvé en grande quantité dans la digitaline allemande. Cependant, sachant que Böhm et Görz (1) avaient reconnu à la digitaléine qu'au moyen du procédé de Nativelle, ils avaient isolée des feuilles de digitale, une activité physiologique supérieure à celle de la digitaline allemande, Schmiedeberg admit que la digitaléine de Nativelle devait contenir moins de digitonine que la digitaline allemande ou que la différence d'activité de ces deux substances résultait de ce que l'une avait été extraite des feuilles, l'autre des graines.

(1) C. Blaquart. — *Etude critique sur la digitaline au point de vue chimique et physiologique.* Thèse doct. méd. Paris, 1872.

(2) A. Fagart. — *Recherches sur quelques points de l'action physiologique et thérapeutique de la digitale pourprée.* Thèse doct. med. Paris, 1878.

(3) O. Schmiedeberg. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 3, 874, p. 16.

C'est ainsi enfin que le glycoside amorphe mais assez pur qu'il avait extrait de cette même digitaline allemande où il ne se trouvait qu'en très faible quantité étant considéré par Schmiedeberg comme identique à l'élément principal de la digitaline chloroformique d'Homolle et Quevenne, extraite par ceux-ci des feuilles de digitale, il crut devoir lui conserver le nom que lui avaient donné ces deux personnages. Schmiedeberg ne pouvait évidemment prévoir que des recherches ultérienres démontreraient que le glycoside extrait par lui de la digitaline allemande ne se rencontrait pas dans les feuilles de digitale et ne pouvait par conséquent se trouver dans la digitaline d'Homolle et Quévenne. Ayant conservé ainsi le nom de digitaline à l'individu chimique qu'il considérait comme le constituant essentiel de la digitaline d'Homolle et Quévenne, Schmiedeberg se trouvait donc contraint de donner un nom nouveau au corps tout à fait différent que Nativelle avait extrait des feuilles de digitale. Le nom de digitoxine n'a donc été donné par Schmiedeberg au produit découvert par Nativelle que parce que le nom de digitaline avait été attribué antérieurement à une substance dont l'élément prépondérant était — pensait le pharmacologiste de Strasbourg — un produit tout à fait différent de celui de Nativelle.

Schmiedeberg, d'ailleurs, ayant, par une méthode qui s'inspirait de celle de Nativelle (extraction par l'alcool de feuilles d'abord épuisées par l'eau), réussi à extraire de la feuille de digitale la substance qu'il désignait sous le nom de digitoxine, put s'assurer qu'elle ne différait aucunement de l'élément essentiel d'une digitaline cristallisée préparée industriellement par la Maison Adrian, d'après le procédé publié par Nativelle, digitaline dont il avait pu se procurer seulement 30 mg. Il nota toutefois que comme l'avait déjà signalé Flückiger (2) cette digitaline commerciale n'était pas absolument pure et qu'en la traitant par du benzol bouillant (3) il avait réussi à en séparer diverses impuretés, en particulier une substance cristallisée qu'il considérait comme de la paradigitogénine, une faible quantité de toxirésine, et peut-être aussi un peu de digitonéine. Mais, il convient de le rappeler, cette remarque s'appliquait non à une digitaline préparée par Nativelle mais à un produit commercial qui — Flückiger l'avait nettement signalé — possédait certains caractères différents de ceux que Nativelle avait attribués à son produit.

Ayant soumis sa digitoxine à l'hydrolyse acide et constaté que le résidu de la réaction contenait de la toxirésine mais ne réduisait pas l'oxyde cuivre, le pharmacologiste strasbourgeois affirma que cette digitoxine n'était pas un glycoside.

Bien qu'on ne puisse sans injustice accuser Schmiedeberg d'incorrection à l'encontre de Nativelle, son mémoire fut le point de départ d'une polémique qui s'est prolongée pendant près d'un demi-siècle. La digitaline cristallisée ne

(1) Böhm et Görz. — *Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.* t. 2, 1873, p. 122.

(2) F.-A. Fluckiger. — *Neues Jahrbuch f. Pharmacie u. verwandte Fächer*, t. 39. 1873. p. 129.

(3) D'après Schmiedeberg, la digitoxine est, comme la digitine, insoluble dans le benzol, tandis que la paradigitogénine est, de même que la digitogénine, soluble dans le benzol bouillant d'où elle cristallise par le refroidissement.

fut plus celle de Nativelle mais s'éleva à la dignité de « française », cependant que la digitoxine cessait d'être celle de Schmiedeberg pour se révéler « allemande ». Répugnant à donner à un problème de synonymie et de priorité une solution objective dont la lecture attentive du mémoire de pharmacologiste allemand fournissait tous les éléments, une partialité trublionne souillée d'ailleurs d'intérêts boutiquiers se plut à envenimer un différend qui n'avait son origine que dans la confusion dont Schmiedeberg s'était rendu coupable en toute bonne foi. On oublia que, si ce pharmacologiste avait donné le nom de digitoxine au produit de Nativelle, c'était seulement — comme nous l'avons déjà dit — parce qu'il croyait que l'individu chimique bien caractérisé qu'il avait isolé des graines de digitale constituait la majeure partie de la digitaline d'Homolle et Quévenne et devait en conséquence conserver le nom de digitaline que ces derniers lui avaient attribué plusieurs années avant la découverte de Nativelle. On préféra comparer l'activité physiologique des digitalines commerciales françaises et des digitoxines de l'industrie pharmeutique allemande et — suivant le côté de la frontière où l'on écrivait — affirmer que celles-ci étaient supérieures à celles-là ou qu'au contraire celles-là l'emportaient sur celles-ci.

Reconnaissons d'ailleurs que, dans cette polémique, les adversaires ont souvent fait preuve d'une ingéniosité dont le jésuitisme ne laisse pas d'être fort divertissant. C'est ainsi que, se basant sur des expériences de toxicité pratiquées par lui sur des grenouilles et des lapins, Bardet avait en 1889 (1) triomphalement annoncé que la digitaline française était de deux à trois fois plus toxique que la digitoxine. Mais quand, à la suite des travaux de Masius (2) et de François-Franck (3), il dut reconnaître en 1895 (4) que la digitoxine vendue à cette époque avait en réalité une toxicité supérieure à celle de la digitaline française, il n'hésita pas d'une part à s'inscrire en faux contre ses affirmations antérieures et à avouer qu'en 1885-1888 la digitoxine et la digitaline étaient également toxiques, d'autre part à affirmer que si la digitoxine était maintenant plus toxique qu'auparavant c'était parce qu'elle contenait un produit mystérieux d'une colossale toxicité dont Houdas venait d'entrevoir l'existence (5). Il déclarait au surplus que la digitoxine du commerce était un produit « totalement différent de la digitoxine de Schmiedeberg qui a donné ce nom à un corps particulier retiré par lui (à l'aide de réactifs altérants) de la digitaline de Nativelle.

Le ton de la polémique devait s'aigrir encore et on en arriva bientôt à insérer, dans des périodiques médicaux, des propos qui s'inspiraient davantage de la prose des agents provocateurs que de la littérature scientifique : « On dirait, écrivait Giacosa (6) que la plante qu'on recueille en abondance et dans d'excellentes conditions dans les régions mêmes où se déroula la guerre franco-allemande de 1870 et qui passèrent de la souveraineté d'un peuple à l'autre, ait éveillé dans les âmes des savants des sentiments analogues

(1) G. Bardet. — *Les nouveaux remèdes*, t. 5, 1889, p. 590 et p. 616.

(2) Masius. — *Bull. de l'Acad. de Méd. r. de Belgique*, 4e sér., t. 8. 1894, p. 323.

(3) C.-A. François-Franck. — *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 3e sér., t. 34, 1895, p. 17.

(4) G. Bardet. — *Les nouveaux remèdes*, t. 11, 1895, p. 27.

(5) Le respect de la Vérité nous oblige à ne pas taire une fort troublante constatation. D'après François-Franck (C. A. François-Franck, in *Les nouveaux Remèdes*, t. 11, 1895, p. 324-326), dont la conscience physiologique et l'habileté expérimentale n'ont pas besoin d'être vantées, il résulterait, de 190 expériences sur le chien, d'une part que la dose mortelle des digitalines critallisées françaises qu'il a eues à sa disposition est de 0 mgr. 6 à 0 mgr. 7 par kilo de cet animal, d'autre part que la digitoxine Merck est trois fois plus toxique pour le même mammifère. Or, nos expériences (Raymond-Hamet : in *Comptes rendus de l'Acad. des Sc.*, t. 188, 1929, p. 463) ayant montré que la dose létale de la digitaline purissime est de 0 mgr. 5 par kilo de chien, on est contraint d'admettre que, si François-Franck a constaté que le digitoxine de Merck provoquait la mort du chien à la dose de 0 mgr. 2 à 0 mgr. 23, c'est évidemment parce qu'elle contenait une impureté extrêmement toxique étrangère à la Digitale pourprée dont la digitaline purissime est l'élément le plus toxique.

(6) P. Giacosa. — *Giorn. d. r. Academia di Medicina di Torino*, 4e sér., t. 17, p. 372.

à ceux que produisait le territoire lui-même et que les Allemands aient voulu germaniser la digitale comme ils voulurent germaniser la région des Vosges où elle croît ».

Laissons-là de telles outrances qu'il nous déplairait de qualifier.

En vérité, comme l'a si justement affirmé Dejean (1), « le désaccord provient de la pureté différente des produits qui ont été étudiés par les divers auteurs ». En bref, c'est parce qu'ils ont comparé l'activité de digitalines et de digitoxines commerciales que les auteurs ont abouti à des conclusions aussi inexactes que fâcheuses.

Or, tous les chimistes qui n'étaient pas atteints de cécité nationaliste ont reconnu, des deux côtés de la frontière, que la préparation industrielle de ces substances est extrêmement difficile et que les échantillons que leurs compatriotes leur avaient soumis étaient plus ou moins souillés d'impureté. C'est ainsi que, confirmant les assertions antérieures de Flückiger et de Schmiedeberg, Arnaud (2) a trouvé de 2 à 7 % d'impuretés dans la digitaline cristallisée préparée industriellement par Adrian. Ce dernier (3) a prétendu — il est vrai — que ces impuretés provenaient de la décomposition par l'air et la lumière d'un produit qui était initialement pur, mais Kiliani (4) a pu, par l'examen de 5 gr. de ce produit, s'assurer de son impureté. Quant à la digitoxine préparé industriellement par Merck, Kiliani (5) a affirmé, en 1895, qu'elle était impure et que, quand on la dissolvait dans l'alcool bouillant, on obtenait au refroidissement, à côté des feuillets cristallins qui représentent le produit pur, de petites concrétions blanches qui constituent une impureté. Par la suite, Kiliani (6) a prétendu que la digitoxine Merck qu'il avait reçue en dernier lieu était nettement plus pure que celles qui avaient été mises à sa disposition les années précédentes, mais Kraft (7) a affirmé en 1912 que cette digitoxine contenait encore à cette époque des quantités assez importantes d'anhydrogitaline. Plus récemment les travaux de Cloetta (8) ainsi que ceux de Windaus et Freese (9) et de Freese lui-même (10) ont démontré, en effet, que les digitalines et digitoxines commerciales qu'ils avaient pu examiner ne contenaient que des quantités variables, parfois très faibles, du glycoside pur. C'est ainsi que, dans une digitaline française bien cristallisée, Cloetta a trouvé 20 % de véritable digitaline et 80 % d'une impureté qui à la dose de 3 mg. n'avait pas d'action sur le cœur de la grenouille. C'est ainsi que, des digitoxines et digitalines du commerce qu'ils ont étudiées, Windaus et Freese n'ont pu extraire que de 28 % à 55 % de glycoside pur ; ils reconnaissent, il est vrai, que leur procédé de purification entraîne des pertes assez importantes. Mais, comme ils nous en ont donné l'assurance, Windaus et Cloetta n'ont pu examiner aucun échantillon, soit de digitaline préparée par Nativelle, soit de la digitaline qui est fabriquée suivant ses prescriptions tant publiées qu'inédites et qui porte encore son nom.

Mais, parce que Cloetta avait affirmé qu'on n'avait pas avant lui pu obtenir de digitaline cristallisée absolument pure, il devenait nécessaire de comparer, au glycoside purissime préparé par lui, des échantillons du produit de Nativelle, que la généralité des cardiologistes, tant français qu'étrangers, a coutume de prescrire. Le Professeur Cloetta ayant fort aimablement mis à ma disposition quelques dé-

(1) E. Dejean. — *Etude pharmaco-chimique comparée sur la digitale sauvage, la digitale cultivée et les digitalines.* Thèse doct. pharmacie Montpellier, 1908, p. 112.

(2) Arnaud. — *Comptes rendus de l'Académie des Sc.*, t. 109, 1889, p. 679.

(3) Adrian. — *Les nouveaux Remèdes*, t. 6, 1890 p. 110.

(4) Kiliani. — *Berichte d. deutsch chem. Gesellsch.*, t. 31, 1898, p. 2454.

(5) Kiliani. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 233, 1895, p. 311.

(6) Kiliani. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 234, 1896, p. 481.

(7) Hraft. — *Ibid.*, t. 250, 1912, p. 118.

(8) M. Cloetta. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 88. 1920, p. 113.

(9) Windaus et Freese. — *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 58, 1925, p. 2503.

(10) C. Freese. — *Ueber das Digitoxin und seine Abbauprodukte.* Inaug. Dissert. Dokt. Math. Naturwissensch. Fakult. Göttingen, 1926.

cigrammes de son produit, l'excellent phytochimiste qu'est M. Hasenfratz (1), sous-directeur du Laboratoire de Chimie du Muséum où il fut le collaborateur d'Arnaud, a pu s'assurer qu'au point de vue chimique ce produit ne différait aucunement de la digitaline cristallisée Nativelle. En outre, nous (2) avons constaté qu'au point de vue de leur toxicité chez le chien, ces deux produits sont absolument identiques.

Ces résultats pouvant être tenus pour définitivement acquis, quel nom doit être conservé au glycoside que Nativelle a isolé le premier et qui ne fut préparé qu'ensuite par Schmiedeberg, Kiliani, Kraft, Cloetta et Windaus ? C'est là, pour qui veut rester impartial, un problème auquel il n'existe qu'une unique solution.

Le glycoside extrait de la digitaline allemande, n'ayant rien de commun avec la digitaline d'Homolle et Quévenne et devant être considéré comme un individu chimique isolé pour la première fois par le pharmacologiste allemand, devait recevoir une dénomination nouvelle, cependant que le nom de digitaline devait être conservé à l'espèce chimique cristallisée que Nativelle avait, plusieurs années auparavant, isolée pour la première fois. Désigner, comme on le fait trop souvent sous le nom de digitoxine, le produit de Nativelle, c'est entériner l'erreur commise par Schmiedeberg et « pénaliser » le chimiste qui avait vu juste au profit de celui qui s'était trompé.

Quant à prétendre, comme l'a fait Kiliani (3) que Schmiedeberg avait le droit de donner le nom de digitoxine à une substance que Nativelle n'avait pas préparée à l'état absolument pur c'est trahir la pensée même de Schmiedeberg puisque ce dernier a conservé le nom de digitaléine au produit que Nativelle avait désigné sous ce nom mais n'avait préparé que dans un état absolument impur et qu'à l'en croire le pharmacologiste allemand avait, le premier, obtenu à l'état d'individu chimique pur et défini. Outre d'ailleurs que Kiliani n'a nullement prouvé que la digitaline préparée par Nativelle n'était pas dès 1872 absolument pure, on doit admettre que, même s'il eût apporté cette preuve, il n'aurait pu s'en autoriser pour supprimer le nom que le chimiste français avait donné au produit par lui découvert. A-t-on jamais, en effet, proposé de changer le nom de la morphine parce qu'en 1817 Sertürner n'avait pu l'obtenir à l'état pur, de la quinine et de la cinchonine parce qu'en 1820 Pelletier et Caventou ne les avaient pas totalement débarrassées de leurs impuretés.

Et si l'on osait prétendre que l'usage du mot digitoxine est déjà si ancien qu'il convient de ne le point changer, il conviendrait de répondre qu'il ne peut y avoir de prescription pour l'iniquité.

Ajoutons encore que, pour désigner le produit qui nous intéresse, le nom de digitaline est beaucoup plus approprié que celui de digitoxine. En effet, pour dénommer la substance qui représente le principe actif essentiel d'une plante, le vocable qui convient le mieux est celui qui se rapproche le plus du nom même de cette plante. On ne doit pas oublier que si Schmiedeberg a proposé le nom de digitoxine c'est parce qu'il avait reconnu à la substance qu'il désignait ainsi une très forte toxicité et qu'il ne la croyait pas destinée à l'emploi thérapeutique.

Mais, si l'on peut tenir pour constant que Nativelle a le premier isolé à l'état pur et cristallisé le principe actif et essentiel de la digitale pourprée, on s'abuserait fort si l'on en concluait qu'il a cru clore ainsi l'étude chimique de la digitale. N'a-t-il pas reconnu qu'outre la digitaline cristallisée, les feuilles sèches de digitale renfermaient trois autres substances dont deux au moins, la digitaline amorphe et la digitaléine, agissaient sur le cœur. Qu'étaient exactement ces deux substances ? quels étaient leurs rapports avec les produits que Schmiedeberg avait extraits des graines de digitale ? Retrouvait-on dans les autres espèces de Digitale les mêmes substances actives que dans la Digitale pourprée ? Les principes actifs des feuilles sèches de *Digitalis purpurea* étaient-ils les mêmes que ceux des feuilles fraîches de cette plante ? Enfin, de ce que l'action physiologique des succédanés de la digitale ressemble tellement à celle de cette plante qu'on les désigne habituellement sous le nom de digitaliques, ne pouvait-on préjuger la parenté chimique de toutes ces substances et s'efforcer d'en faire la preuve ? Autant de problèmes qui se posaient et à la solution desquels de très nombreux auteurs se sont employés. Résumer tous leurs travaux excéderait de beaucoup les bornes d'un article. Aussi nous bornerons nous ici à ceux qui ont apporté à la chimie de la digitale une contribution importante et définitive.

C'est ainsi que nous devons citer tout d'abord les travaux du pharmacien suisse Kraft (1) qui a pu extraire, d'une part de la fraction hydrosoluble des feuilles sèches de *Digitalis purpurea* deux substances amorphes : une saponine, la digitsaponine et un glycoside à action cardiaque la gitaline qui dans certaines conditions se transformerait en un dérivé cristallisé l'anhydrogitaline, d'autre part de la fraction alcoolo-soluble deux substances cristallisées la digitoxine et la gitine. On doit regretter qu'ayant employé un *modus faciendi* qui se rapproche beaucoup de celui de Nativelle et qu'ayant isolé de la fraction alcoolo-soluble les deux glycosides que le chimiste français avait bien antérieurement désignés sous le nom de digitaline et de digitine, il se soit dispensé de citer le nom et les travaux de son devancier et qu'il se soit permis, sans aucun motif valable, de substituer le nom de gitine à celui de digitive. On aurait voulu croire que Kraft n'avait péché que par ignorance, mais, comme il a déclaré connaître le mémoire de Schmiedeberg qui s'est longuement étendu sur les travaux de Nativelle, on doit soupçonner Kraft d'une mauvaise foi dont il faut probablement chercher la raison dans sa volonté d'obtenir un brevet (D.R.P. n° 28 739-1911) afin de le pouvoir monnayer.

D'une toute autre classe sont les travaux du chimiste allemand Kiliani qui, non seulement a réussi à préparer de nombreux dérivés synthétiques des substances extraites de la digitale mais encore a pu, d'une part démontrer que la gitaline de Kraft était une substance complexe et que l'anhydrogitaline n'en était pas un dérivé mais s'y trouvait préformée à l'état d'individu chimique parfaitement distinct, d'autre part préparer à l'état cristallisé la digitonine que Schmiedeberg avait obtenue à l'état amorphe ainsi que la gitonine que Windaus n'avait pu faire cristalliser, enfin préparer à l'état de pureté la digitaline que Schmiedeberg avait extraite des graines de digitale, digitaline qui a été désignée par la suite sous le nom de *digitalinum verum* non point, comme on (2) l'a prétendu, « avec l'intention évidente d'accuser les digitalines françaises d'être fausses » mais tout simplement pour éviter de la confondre avec la digitaline amorphe allemande qui est un complexe extrait des graines, avec la digitaline cristallisée allemande qui est de la digitonine, enfin avec la digitaline cristallisée française qui est le glycoside essentiel des feuilles (3). Certes on pourrait, non sans quelque raison, reprocher à Kiliani les propos peu amènes dont il a, souventes fois, gratifié ses contradicteurs, mais ne doit-on pas quelque indulgence au savant qui, ayant consacré sa vie entière à la digitale avait le droit de s'estimer trahi quand la plante à laquelle il avait tant pensé révélait à d'autres qu'à lui quelques-uns de ses secrets ?

Et l'on ne nous taxera pas d'exagération quand on saura que Kiliani ne s'est pas contenté de faire de l'étude de la digitale le but même de son existence mais qu'il a souhaité que la vie de son élève préféré, Adolf Windaus, vînt prolonger la sienne pour poursuivre la tâche commencée. Et parce qu'un grand amour trouve toujours sa récompense, c'est de l'étude de la digitale que, par un enchaînement logique de

(1) V. Hasenfratz. — *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, t. 192, 1931, p. 366.
(2) Raymond-Hamet. — *Ibid.*, t. 188, 1929, p. 463.
(3) Kiliani. — *Chem. Zeitung*, 1897, p. 243.

(1) F. Kraft. — *Arch. de Pharmazie*, t. 250, 1912, p. 118.
(2) G. C. Gualdoni. — A propos d'une méthode pour l'extraction des éléments actifs des feuilles de *Digitalis purpurea*. Thèse doct. pharmacie Nancy, 1925, p. 12.
(3) Kiliani. — In *Arch. de Pharmazie*, t. 230, 1892, p. 250 et t. 233, 1895, p. 299.

NOUVELLE ADRESSE : 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

recherches qui n'a guère son équivalent que dans l'œuvre de Pasteur. Windaus fut conduit à la découverte de la nature chimique de la vitamine antirachitique qu'il a pu préparer en irradiant de l'ergostérine et qu'il a même réussi à obtenir à l'état cristallisé, découverte qui, comme on sait, lui valut en 1928 le Prix Nobel de chimie. C'est, en effet, après avoir, en 1899, consacré sa dissertation inaugurale à l'étude chimique de la digitale que Windaus fut amené à s'occuper de la digitonine qui, isolée tout d'abord par Schmiedeberg, avait été obtenue à l'état cristallisé par Kiliani mais qui cependant était encore souillée d'un glycoside que Windaus isola et désigna sous le nom de gitonine. Poursuivant l'étude de la digitonine et de ses dérivés, Windaus découvrit en 1908 que cette saponine forme avec la cholestérine une combinaison très peu soluble que depuis lors on met à profit en chimie biologique pour le dosage de la cholestérine. Le grand chimiste allemand fut ainsi amené à étudier la constitution de la cholestérine dont il put démontrer expérimentalement la parenté chimique avec les acides biliaires et fut finalement conduit à s'occuper des stérols irradiés et à découvrir que c'est l'un d'eux, l'ergostérol — découvert jadis dans l'ergot par le pharmacien français Tarnet, — qui constitue la provitamine susceptible de se transformer par l'irradiation ultraviolette en vitamine D. Ajoutons que, parallèlement à ces recherches, Windaus poursuivit l'étude chimique de la digitale et parvint à démontrer que les aglycones des glycosides tant de la digitale que des autres digitaliques sont des oxylactones non saturées dont la molécule comporte généralement 23 atomes de carbone. L'illustre chimiste de Göttingen apportait ainsi l'explication chimique de l'analogie que les pharmacologistes avaient constatée depuis fort longtemps entre l'action physiologique de ces substances.

Quant à Cloetta on lui doit non seulement l'isolement à l'état cristallisé de la digitaline que Kraft n'avait pu obtenir que dans un état tout à fait impur mais encore la découverte de l'existence, dans les feuilles de la digitale pourprée, de la génine de cette même gitaline.

Nous devons nous borner ici à mentionner la déjà trop abondante littérature qui a été consacrée à l'étude du *Digitalis lanata*, Digitale des Balkans dont — on le savait depuis déjà longtemps — l'activité physiologique dépasse de beaucoup celle du *Digitalis purpurea*. A la suite du travail de Smith (1) qui le premier réussit à isoler du *Digitalis lanata* un glycoside cristallisé, la digoxine, très actif physiologiquement (2), de nombreux glycosides ont été extraits de cette digitale et on a pu craindre un moment qu'une confusion analogue à celle qui s'était produite pour la Digitale pourprée ne fut ici encore à déplorer. Fort heureusement, comme nous le verrons, les magnifiques travaux de Stoll (3) et de ses élèves nous ont préservés de cette pénible éventualité.

Enfin les travaux de notre maître le Professeur Perrot et de ses collaborateurs avaient démontré que les feuilles fraîches de *Digitalis purpurea* ne contiennent pas de digitaline (4) et manifestent cependant sur le cœur — de même que les préparations galéniques qui en dérivent (5) — une activité analogue à celle de ce glycoside. Le Professeur Perrot fut ainsi amené à supposer que l'activité physiologique des feuilles fraîches de digitale était due à un complexe glycosidique particulier qu'il entreprit d'isoler. Déjà il avait réussi à l'extraire sous la forme d'une substance glycosidique blanche dont l'action — nos tracés physiologiques en font foi — était incontestablement digitalique, mais il eut la coquetterie de le vouloir obtenir à l'état cristallisé. Il vient d'être devancé par l'un des plus grand phytochimistes d'aujourd'hui, le Bâlois Arthur Stoll qui, après avoir pris une part importante dans les travaux classiques de Richard Wilstätter sur la chlorophylle et réussi à isoler à l'état cristallisé les principes actifs essentiels de l'ergot et de la scille, l'ergotamine et la scillarène, vient d'apporter à la chimie des digitaliques une géniale contribution.

(1) S. Smith. — *Journ. of chemic. soc.*, t. 133, 1930, p 508.
(2) Raymond-Hamet. — *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, t. 109, 1932, p. 279.
(3) A. Stoll. — *Ein Gang durch biochemische Forschungsarbeiten*, Berlin Springer, 1933.
(4) E. Perrot et P. Bourcet. — *Bull. des sc. pharmacol.*, t. 35, 1928, p. 233.
(5) H. Busquet. — *C. R. de l'Acad. d. Sc.*, t. 155, 1912, p. 509. — G. Martinesco. — *Archiv. internat. de pharmacodynamie*, t. 23, 1913, p. 157.

Après avoir ainsi exposé à grands traits l'histoire de la chimie de la digitale il nous reste à donner un état à la fois complet et concis des substances qu'on a extraites du *Digitalis purpurea* et du *Digitalis lanata*, état dans lequel nous grouperons sous une même dénomination non seulement les substances qui sont identiques mais encore celles qui ne diffèrent l'une de l'autre que par une plus ou moins grande pureté. Bien entendu nous passerons sous silence les corps qui n'interessent que le botaniste et qui paraissent ne jouer aucun rôle dans l'action physiologique de la digitale. Nous ne mentionnerons pas davantage les complexes digitaliques qui ont été spécialisés sous divers noms (Vérodigène, Digifoline, etc.) et qui représentent non des espèces chimiques définies mais des préparations galéniques plus ou moins débarrassées de certains de leurs constituants.

Rappelons ici que les constituants de la digitale auxquels on a reconnu une action physiologique sont, soit des glycosides, c'est-à-dire des corps qui, quand on les soumet à l'action des acides ou des enzymes, se dédoublent en une substance particulière qu'on désigne sous le nom de génine ou d'aglucone et en un ou plusieurs sucres, soit des génines de ces glycosides.

Les glycosides de la digitale appartiennent à deux groupes : celui des glycosides proprement dits et celui des glycosides saponiniques. Ces derniers, qu'on désigne d'ordinaire sous le nom de saponines, se caractérisent par diverses propriétés : ils moussent quand on les agite avec de l'eau, ils émulsionnent les huiles, d'où l'emploi de certains d'entre eux pour le lessivage et pour l'émulsion de l'huile de foie de morue, enfin ils sont d'ordinaire hémolytiques. En outre, Fromel (1) a démontré que, sur le cœur de la grenouille, les saponines digitaliques exercent une action tonique, augmentent la puissance de la digitaline en favorisant son passage à travers les membranes cellulaires du tissu cardiaque, hâtent la fixation de ce glycoside sur ce tissu sans empêcher l'irréversibilité de l'arrêt qu'il provoque. Ajoutons que l'une des saponines de la digitale, la digitine de Nativelle, aurait même des propriétés angiotoniques légitimant son emploi en thérapeutique (2).

(1) E. Frommel. — *Arch. internat. de pharmacodynamie*, t. 35, 1928, p. 46.
(2) H. Beates. — *Transact. med. soc. Penn.*, t. 27, 1896, p. 259, ex B.-J. Stockvis, *Leçons de pharmacothérapie*, trad. par Buck et Moor, t. 3, 1905, p. 13

« Alors que l'Allemagne et l'Autriche parviennent, contre vents et marées, à se procurer des capitaux pour s'élever au plus haut degré de l'organisation hygiénique, la France retardataire et où les taudis sont encore innombrables, avance constamment des crédits à des peuples qui, avec son argent, portent leurs habitations au plus haut degré de l'excellence et se payent des salles de bains... Quand elle, la prêteuse, n'en a guère ! Oui, j'ai le devoir de le redire, le monde germanique, pour tout ce qui concerne la défense de la santé publique, la conservation des forces nationales, s'est élevé jusqu'à un degré de civilisation au niveau duquel nous ne sommes pas. Inutile de nous leurrer. Le monde germanique est, à cet égard, en avance sur nous de cinquante ans.... » (Ludovic Nandeau. — L'Allemagne nouvelle. *L'Illustration*, 18 février 1933.)

« Les médecins n'ont pas encore déterminé les rapports qui existent entre l'énergie humaine et le système pileux. Il y aurait là le sujet d'une jolie thèse de doctorat. » (G. de la Fouchardière. — Du rôle du système pileux dans l'organisme humain. *Le Dimanche de France*, 16 avril 1933.)

CHRONIQUE

La place de la césarienne dans la pratique obstétricale nord-américaine

Dans une précédente chronique, nous avons exposé d'après *The Journal of the Amer. med. Ass.*, comment les accoucheurs qualifiés considèrent les applications de forceps et la conduite à tenir en cas de siège. Nous voudrions, aujourd'hui, examiner quelle place tient la césarienne dans l'arsenal de l'accoucheur, dix-sept ans après le bel article que Whihidge Williams a consacré aux abus de cette intervention. Un article de Willard R. Cooke (1) va nous le permettre.

Si l'on étudie attentivement le problème de la césarienne, dit Willard R. Cooke, il devient évident qu'un haut pourcentage de morts post-opératoires est dû au fait que l'intervention a été pratiquée alors qu'il y avait contre-indication.

Autrement dit, la mortalité pourrait considérablement être abaissée si ces contre-indications étaient mieux connues. L'exactitude de cette affirmation est mise en évidence si l'on compare les statistiques d'obstétriciens qualifiés et prudents, à celle des médecins chez qui la conscience professionnelle est si peu développée qu'ils sont responsables de l'abaissement du niveau obstétrical moyen alors qu'une parfaite connaissance de cet art est si essentielle à sa pratique honnête et efficace.

Des études sérieuses faites dans de nombreux centres hospitaliers, prouvent que, tandis qu'entre les mains d'accoucheurs qualifiés la césarienne ne représente pas plus que 3 % du total des accouchements avec une mortalité évoluant entre 1,5 et 3 %, entre les mains de médecins mal qualifiés, la fréquence atteint 10 % et plus du total des accouchements avec une mortalité de 10 à 15 %.

Il est impossible d'établir des contre-indications formelles et bien définies, du fait de la complexité des facteurs qui entrent dans la discussion des cas individuels. Cependant, d'une façon générale, on peut dire que la césarienne ne doit pas être pratiquée si la mortalité maternelle risque de ce fait d'être plus élevée que par toute autre méthode d'accouchement.

Les auteurs les plus autorisés reconnaissent universellement comme contre-indications :

1° l'existence d'infection actuelle ou potentielle dans le tractus génital ;

2° l'absence de raison valable justifiant l'intervention ;

3° enfin presque tous les auteurs admettent, comme contre-indication, la période convulsive de l'éclampsie.

Il est rarement nécessaire à un bon accoucheur de passer outre à ces considérations. Les exceptions sont dues, alors, pour la plupart, à l'attention spéciale accordée à la vie de l'enfant au détriment de celle de la mère. Mais, parmi ceux qui n'ont pas le souci de maintenir l'obstétrique moderne à un niveau élevé, c'est par ignorance que ces règles sont outrepassées. Ignorance inexcusable si l'on tient compte de la simplicité et de la valeur des règles impérieuses qui régissent ces faits.

La discussion complète de ces contre-indications dépasse naturellement le cadre d'un article nécessairement bref. Willard Cooke demande qu'on le considère, seulement, comme un bref aperçu des éléments les plus importants et les plus communément rencontrés à ce sujet.

Infection actuelle ou potentielle. — D'une façon générale, il est exact de dire que plus récente est l'invasion du tractus génital par les germes pathogènes, plus grand est le danger d'infection. La capacité de la femme enceinte à se constituer une résistance locale et spécifique contre une infection chronique des voies génitales est vraiment surprenante. Cependant il ne faut pas s'exagérer ce fait, surtout dans les infections à streptocoque. Il faut se méfier de ces cas où l'infection chronique ou en apparence éteinte est d'origine puerpérale.

L'activité de cette inflammation est souvent évidente, même après examen rapide ; c'est alors que l'infection post-opératoire est le plus à craindre. Le facteur le plus insidieux et, par conséquent, le plus souvent responsable des morts post-opératoires est l'infection potentielle. Celle-ci est réalisée par l'introduction dans le tractus génital ou l'invasion de l'utérus à partir du vagin de germes qui n'ont pas encore attaqué les tissus et qui n'ont pas encore donné de symptômes. Avec la diminution de résistance, que comporte le traumatisme obstétrical ou chirurgical, ces germes exaltent leur virulence et un élément de mortalité évitable est ainsi réalisé. Willard Cooke expose les sources habituelles de cette infection potentielle.

1° Ce sont d'abord les touchers vaginaux. Il est hors de doute que chaque toucher, quelles que soient les précautions dont on s'entoure, est un élément possible de morbidité puerpérale. Le fait est si bien établi que des accoucheurs avertis considèrent généralement que la césarienne est contre-indiquée s'il a été fait plus de un ou deux touchers même très soigneux. Un seul toucher pratiqué à main nue et sans préparation méticuleuse de la malade est suffisant pour augmenter dans des proportions incroyables le risque d'infection.

Par le toucher rectal, le danger est un peu moindre. Néanmoins des examens rectaux répétés appuient la paroi postérieure du vagin, souvent contaminée, sur l'orifice béant du col, infectant ainsi le point le plus vulnérable du tractus génital.

Les touchers rectaux ou vaginaux sont rarement nécessaires ; le plus souvent ils sont pratiqués pour la satisfaction de l'accoucheur plus que pour l'intérêt de la malade. La majorité des accouchements, entre les mains des accoucheurs compétents, peuvent être conduits sous le contrôle seul de la palpation abdominale.

2° Les manœuvres obstétricales pratiquées sans succès sont une autre cause d'infection et constituent une contre-indication absolue dans la pratique d'un accoucheur compétent ; ceci ne se rencontre guère que dans les cas d'échec de déclenchement mécanique du travail, un des problèmes les plus troublants de l'obstétrique. Un des ennuis les plus importants qu'ait à supporter l'accoucheur consultant, c'est l'insistance de la patiente et de son entourage pour avoir un enfant vivant et, souvent, du médecin traitant même lequel, faute d'avoir pris sa décision à temps, a rendu la césarienne impossible.

3° La durée du travail et l'état des choses au moment de l'examen sont d'autres éléments d'infection. On peut pratiquement trouver d'une façon constante des microbes dans l'utérus d'une femme qui est déjà avancée dans le travail, avec un col que l'on a tenté de dilater, ou chez qui les membranes sont rompues depuis plus de quatre heures. Tandis que le processus de protection naturelle est suffisant pour protéger la malade contre l'infection après un travail normal ou en général, après toute manœuvre d'extraction par voie basse, il est tout à fait insuffisant pour éviter l'infection du péritoine par la plaie utérine après césarienne.

Il est important, enfin, de bien différencier les contractions insuffisantes ou anormales, sans effet sur le progrès du travail des contractions régulières qui, sans résultat, témoignent d'une dystocie vraie.

4° L'entourage inapte, la malade mal préparée, des assistants incompétents doivent, aussi, être considérés comme des éléments d'infection potentielle.

5° L'inobservance de l'hygiène prénatale est un autre danger de contamination. Le vagin a une remarquable pro-

(1) Willard R. Cooke. — Contra-indications to cæsarean section *Journ. of the Amer. med. Ass.*, 26 nov. 1932, t. 99, p. 1823.

priété de détruire les germes pathologiques si on l'abandonne à lui-même pendant deux mois ; mais cette propriété est supprimée par les examens, les injections, les traitements vaginaux ou les rapports sexuels pendant les derniers mois de la grossesse. Cependant, dans les cas d'inflammation aiguë qui témoigne d une faillite du mécanisme protecteur, les traitements vaginaux peuvent devenir nécessaires et souvent, réduisent les risques d'infection puerpérale.

6o Une infection en activité soit chez la malade elle-même, soit dans son entourage, surtout lorsqu'il s'agit d'infection streptococcique, comme érysipèle, scarlatine, angine à streptocoque, pneumonie, doit être considérée comme un facteur important de la fièvre puerpérale. On méconnaît souvent aussi le rôle des infections pulmonaires.

En résumé, deux règles simples peuvent permettre d'éliminer l'infection potentielle :

1o il ne doit pas y avoir eu de contamination vaginale durant les deux derniers mois ;

2o tout travail doit être suivi comme si la césarienne était probable, c'est-à-dire pas d'examens rectaux et vaginaux inutiles et jamais plus de deux touchers si la césarienne doit être faite.

La phase convulsive de l'éclampsie. — Quoiqu'il y ait toujours discussion sur ce point, la majorité des accoucheurs ont observé une si grande diminution de la résistance à l'infection dans les cas d'éclampsie convulsive que la césarienne n'est jamais pratiquée sur cette seule indication ou ne l'est que dans les cas de nécessité absolue.

Cependant, la césarienne sur la femme mourante ou déjà morte peut être pratiquée dans l'intérêt de l'enfant. L'effet rapide de la rupture des membranes et la sensibilité de l'utérus à la moindre tentative de déclenchement mécanique du travail fait de ces méthodes le procédé de choix. Il en est plus spécialement ainsi en cas d'enfant prématuré.

Le défaut d'indication valable. — De même que l'infection puerpérale est responsable de la plupart des morts post-opératoires, de même l'indication sans valeur est la cause habituelle des césariennes précipitées et inutiles pour beaucoup de praticiens peu avertis. Un certain nombre parmi les plus connues et les plus importantes doivent être étudiées.

1o Disproportion fœto-maternelle (Bassin rétréci ou dimensions anormales de la tête). C'est le diagnostic préopératoire donné le plus fréquemment en excuse. Si elle n'était pas si tragique, cette excuse serait en vérité risible. L'étude de ces cas montre que la plupart de ces soi-disant trop grosses têtes restent dans les limites ordinaires et le nombre des femmes ayant subi une ou plusieurs césariennes, sur le diagnostic de bassin rétréci, et qui ont été ensuite facilement accouchées d'enfants plus volumineux que le précédent, est presque incroyable. En effet, la pelvimétrie et la fœtométrie sont des arts difficiles et une exactitude raisonnable ne peut y être qu'une rareté. Heureusement, en pratique, nous possédons deux tests simples de la disproportion céphalo-pelvienne qui fournissent des résultats plus précis que la pelvimétrie dans la main de la moyenne des praticiens.

Il s'agit : 1o de la possibilité pour la tête de plonger dans le bassin ; 2o de l'épreuve du travail. En tout cas, dans l'emploi de ces tests, il ne faut jamais perdre de vue la possibilité de bassin en entonnoir. L'impossibilité de se servir de ce test en cas de fœtus anormalement volumineux en présentation du siège, spécialement chez les primipares, constitue un sérieux problème vis-à-vis de la vie de l'enfant.

Willard Cooke se défend de vouloir diminuer la valeur de la pelvimétrie : son exposé s'adresse à ceux qui n'ont pas encore acquis de grandes compétences en pelvimétrie, comme complément d'un examen bien fait.

Dans le cas d'une disproportion céphalo-pelvienne où la césarienne est soit contre-indiquée, soit non indiquée, le temps est encore le meilleur moyen d'action. Il est vraiment étonnant de constater ce que peuvent les forces naturelles, sans dommage pour l'enfant, si on leur accorde un temps suffisant.

Il est, de même, bien surprenant aux yeux des accoucheurs de la vieille école de constater la fréquence des interventions prématurées que pratiquent ceux qui ignorent ce que peuvent le temps et les simples forces naturelles, et la fréquence des insuccès dangereux pour la mère et l'enfant que comporte l'accouchement forcé avant que le col soit dilaté, la tête amoindrie et bien engagée dans le bassin. Dans ce temps où l'anesthésie est effectivement réalisée, la seule excuse à ces manœuvres a disparu : or, combien plus nombreuses, cependant, sont les interventions prématurées, actuellement à côté du temps où les patientes étaient obligées de souffrir sans recours.

2o Contractions inefficaces. — L'inertie utérine totale et irréductible est une indication suffisante à la césarienne, mais elle est rare.

D'autre part, de nombreuses césariennes sont pratiquées pour des contractions irrégulières, insuffisantes ou incoordonnées, en particulier chez les primipares où leur origine est souvent psychique, alors qu'un peu de courage de la part de la femme, l'emploi judicieuse de la morphine pendant la période de dilatation, l'anesthésie pendant la période d'expulsion, suffiraient à rendre le travail normal et régulier. Dans de tels cas, l'échec de l'épreuve du travail est bien souvent allégué. Mais, en fait, il s'agit d'une conception erronée de l'épreuve du travail. La simple présence de douleurs utérines ne constitue pas le travail. La véritable épreuve est celle où des contractions normales en intensité et en durée ne parviennent pas à amener un progrès normal du travail, que ce soit à la période de dilatation, si l'on discute la césarienne, que ce soit à la période d'expulsion si l'on discute l'intervention basse.

3o La rigidité du col. — Ce problème se superpose exactement à celui de l'inefficacité des contractions.

4o Affections cardiaques. — La simple existence d'un souffle dit Willard Cooke n'est pas une excuse pour pratiquer la césarienne. Un traitement prénatal bien conduit, en coopération avec une radiologie, doit être pratiqué dans tous les cas.

5o L'épuisement ou le mauvais état de la mère. — De tels cas exigent un examen des plus prudents. Dans le cas 'épuisement, celui-ci doit être objectif et doit résister au repos et aux sédatifs analgésiques. Et, pour ce qui est de l'élément moral, l'influence de l'élément psychique des douleurs utérines et des efforts expulsifs doit être pris en considération. En cas de mauvais état général de la mère, une consultation sera toujours demandée avec un spécialiste approprié et le pronostic vital de la mère sera discuté par rapport aux intérêts de l'enfant.

6o Décollement placentaire. — C'est probablement dans les cas graves lorsqu'ils ne sont pas infectés que la césarienne donne une mortalité plus basse que toute autre thérapeutique. Mais, lorsqu'il existe une infection potentielle, c'est le contraire qui est vrai. C'est donc le facteur « infection possible » qui doit être considéré en premier lieu dans les indications opératoires.

7o Placenta prævia. — Les mêmes considérations s'appliquent au placenta prævia, dans ses variétés graves, avec hémorragie sévère. Dans les cas bénins, la césarienne est rarement nécessaire. Il est certain que, pour la moyenne des praticiens, même si la malade n'est pas infectée, c'est à la simple rupture des membranes et à la surveillance appropriée du travail qu'il faut faire confiance.

8o Les facteurs psychologiques. — La tocophobie ne doit, en aucun cas, être la base d'une indication à la césarienne, sans qu'on ait pratiqué au préalable une épreuve correcte du travail ou que soit établie une inertie certaine. La douleur ou, ce qui est plus fréquent encore, la crainte de la douleur ne peut pas justifier une augmentation du risque maternel ou fœtale. Une psychothérapie appropriée, en tenant compte du résultat obtenu par l'éloignement d'amis ou de parents hystériques et trop compatissants et en s'aidant de sédatifs analgésiques, permet habituellement d'éviter l'opération.

8° Méthodes pouvant remplacer la césarienne. — L'étude de statistiques hospitalières démontre que la mortalité maternelle pour la césarienne pratiquée par un accoucheur compétent est, à peu près, deux fois plus élevée que celle des autres méthodes. Mais, dans les mains de ceux qui ne savent reconnaître une contre-indication, elle est de sept à dix fois plus élevée. La mortalité fœtale est, naturellement, plus élevée dans chacun des deux groupes dans les mêmes proportions.

Quelques-unes des autres méthodes peuvent être mentionnées :

a) lorsque le col n'est pas dilaté et la tête très haute on peut pratiquer une trachéotomie suivie d'une version avec extraction ; si la disproportion est sérieuse, une craniotomie ;

b) si le col est dilaté complètement et la tête haute, on peut faire une version avec craniotomie sur tête dernière ; dilatation complète et tête engagée, il n'y a pas d'excuses à la césarienne ; c'est le forceps qu'il faut employer ;

c) en cas de bassin en entonnoir (et il n'y a aucune excuse à ne pas l'avoir reconnu avant le travail), la signification du diamètre sagittal postérieur de Klein et la valeur de l'épisistomie latérale ne doit pas être oubliée ;

d) dans les cas négligés, la pubiotomie ou la cranioclasie doivent être pratiquées, jamais la césarienne.

9° Les intérêts de l'enfant. — La valeur de l'enfant dont la constitution physique, l'avenir mental, le risque de mortalité précoce, restent imprévisibles, ne doit jamais entrer en balance avec le risque vital de la mère, qui a déjà établi sa place dans le monde et dans l'affection des siens. Exceptionnellement, l'issue fatale certaine, due à une affection incurable, peut autoriser la césarienne dans l'intérêt de l'enfant. Mais, à l'opposé, la douleur présente et la morbidité probable ne doivent pas être balancées en regard de la vie de l'enfant.

Lorsque la valeur de l'enfant est importante comme c'est le cas chez les primipares âgées ou les femmes dont les précédents enfants sont nés morts, la césarienne peut être envisagée, mais toujours, cependant, après avoir bien fait comprendre et accepter l'augmentation du risque maternel et jamais si l'existence d'une contre indication rend ce risque éminemment élevé.

En résumé, Willard Cooke conclut que beaucoup de césariennes suivies de mort sont pratiquées actuellement alors qu'il y a contre-indication ; que la douleur, la fatigue, des craintes pour l'intégrité du fœtus doivent rarement être considérés comme excuse à l'intervention ; que les règles simples indiquées pour la conduite du travail et pour l'épreuve du travail permettent d'éliminer le plus souvent l'infection potentielle ; que l'épreuve du travail correctement pratiquée, les analgésiques et la patience permettent d'éviter bien des opérations supposées nécessaires et, enfin, que dans les mains inhabiles, les autres procédés d'accouchement par voie basse comportent moins de risque (malgré shock, hémorragie, infection), qu'une césarienne pratiquée en cas de contre-indication.

Landrieu.

« La ville américaine de Pittsbourg est la cité la plus enfumée du globe. Il tombe dans cette ville une quantité de suie estimée à 1.031 tonnes par an et par mille carré, alors que dans les villes les plus fumeuses d'Angleterre, telles que Leeds et Glascow, il n'en tombe par an que les chiffres respectables cependant de 539 à 820 tonnes...

D'Arsonval et Bordas en se servant de la jauge de Owen modifiée (1925) ont montré qu'en février 1926, sur la terrasse du Palais-Royal, à Paris, il était tombé près de 13 grammes de suie par mètre carré renfermant, en dehors du charbon et du brai, 2 à 3 grammes d'acide sulfurique, 0 gr. 253 de chlore, etc. Et cela dans un quartier qui est loin d'être industriel. »

(Professeur Rochaix, de Lyon. Les corpuscules en suspension dans l'atmosphère. Le Mouvement Sanitaire, février 1933.)

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Chirurgie

L'atélectasie pulmonaire post-opératoire est un syndrome anatomo-clinique survenant principalement après les interventions portant sur l'abdomen et caractérisé :

Anatomiquement, par un collapsus plus ou moins étendu des alvéoles pulmonaires.

Cliniquement par un syndrome de condensation du parenchyme pulmonaire associé à des signes très marqués de rétraction de l'hémithorax correspondant et accompagné de fièvre et de dyspnée.

Ce sont les auteurs américains qui ont individualisé la forme post-opératoire de l'atélectasie pulmonaire ; en France elle fut connue par un travail de MM. Ch. Lenormant et Iselin, paru dans le *Journal de Chirurgie* (novembre 1928).

70 % des complications pulmonaires seraient des atélectasies en général partielles.

Les causes favorisantes, les plus fréquentes sont :

1° Le genre d'opération : interventions portant sur l'abdomen.

2° Le décubitus latéral prolongé pendant l'opération avec stase pulmonaire consécutive.

3° Le mode d'anesthésie : pour les classiques ce facteur n'aurait aucune importance (l'atélectasie pouvant s'observer à la suite d'une anesthésie locale). Pour Diez, c'est surtout après la rachianesthésie que l'on observerait le plus fréquemment des atélectasies.

4° Les lésions pulmonaires préexistantes ne feraient qu'aggraver le pronostic en prédisposant aux complications.

Un lobe pulmonaire, le lobe inférieur droit le plus souvent — rarement un poumon entier — est atélectasié. Les rares autopsies pratiquées n'ont pas montré de lésions pleurales ni d'épanchement.

Le poumon est considérablement diminué de volume, ratatiné, de couleur bleu foncé ou violette (dans le parenchyme sous-pleural, nombreuses petites suffusions hémorragiques de couleur rouge vif, de la grosseur d'une tête d'épingle). Poumon lourd, ne crépitant pas et ne surnageant pas dans l'eau. Bronches libres ou ce qui est plus fréquent, obstruées par une petite masse muco-purulente très épaisse.

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer le mécanisme de l'atélectasie pulmonaire post-opératoire. On peut les ranger en deux groupes : théories nerveuses, les plus anciennes ; théories mécaniques. Il semble qu'il y ait deux sortes d'atélectasies pulmonaires post-opératoires : l'atélectasie immédiate qui reconnaît une pathogénie nerveuse, réflexe, et l'atélectasie secondaire, la plus fréquente, d'origine mécanique, due à l'oblitération d'une bronche par un bouchon muco-purulent jouant le rôle soit d'une ligature, soit d'un clapet.

Les accidents surviennent dans la grande majorité des cas 24 ou 48 heures après l'intervention. Il existe des cas précoces (accidents survenant dès la fin de l'intervention) ; des cas tardifs (apparition de l'atélectasie au quatrième ou sixième jour). On a rapporté deux cas ayant débuté pendant l'opération. Un tel accident, lorsqu'il survient après une intervention chirurgicale, s'annonce par :

La dyspnée plus ou moins intense, une douleur thoracique vague et sourde, la fièvre, la tachycardie.

Une expectoration muqueuse ou muco-purulente apparaît en moyenne deux heures après.

A l'inspection : immobilité d'un hémi-thorax. Le rebord costal du côté malade a une plus grande amplitude que du côté sain (signe de Hoover).

Diminution de volume de l'hémi-thorax.

Rétrécissement des espaces intercostaux ;

Matité de la partie inférieure de la plage pulmonaire avec abolition ou diminution très marquée du murmure vésiculaire.

A la palpation, abolition complète des vibrations.

Déviation du cœur du côté malade ;

Au point de vue radiologique : obscurité franche, homogène et ascension de l'hémi-diaphragme paralysé de ce même côté.

La guérison est la règle. Les signes généraux disparaissent les premiers (entre le quatrième et le huitième jour) ; les signes physiques ne disparaissent qu'au bout de deux ou trois semaines.

Suivant *le mode de début*, on distingue : des *formes foudroyantes*, des *formes moyennes*, des *formes latentes*.

Suivant *l'évolution*, des *formes très rapides*, ne durant que quelques heures avec terminaison brusque ; des *formes rapides*, fréquentes ; des *formes à répétition*.

Suivant la *forme anatomo-clinique* : une *forme massive*, atteignant tout un poumon ; une *forme lobaire* ; une *forme lobulaire*, localisée à un ou plusieurs segments bronchiques terminaux.

Les complications sont exceptionnelles.

La mort est rarement notée dans les observations d'atélectasie. Cependant W. Pasteur accuse une mortalité de 8 %.

Traitement. 1° Lutter contre l'immobilité du poumon. Un simple changement de position suffit souvent. On pourra faire coucher le malade sur le côté sain.

2° Améliorer la ventilation pulmonaire. On pourra employer soit les inhalations d'acide carbonique, soit la méthode un peu plus délicate de l'hyper-ventilation de Cutler. Le simple sérum salé hypertonique donne de bons résultats.

L'aspiration bronchoscopique des mucosités a donné des résultats merveilleux entre les mains de son promoteur Chevalier-Jackson, mais cette méthode n'est utilisable que dans les grands centres hospitaliers.

Au point de vue prophylactique : ne pas négliger la désinfection pré-opératoire des voies respiratoires. Diez conseille la pratique de l'anesthésie en circuit fermé (éther au masque d'Ombrédanne par exemple), alors que Lenormant conseille l'emploi systématique du carbogène.

(Hervé LLuccia, de Marseille. L'atélectasie pulmonaire post-opératoire. *Gazette des Hôpitaux*, 8 mars 1933).

Les résultats éloignés dans le traitement des fractures bi-malléolaires du cou-de-pied laissent encore fort à désirer. Telle est l'impression de M. Auvray qui, ayant eu à examiner comme expert 33 fractures bimalléolaires, apporte le résultat de ses observations. Trois catégories de faits :

1° *Le résultat des fractures fermées non opérées au nombre de vingt-cinq* ;

Dans dix cas le taux d'invalidité attribué a été égal ou inférieur à 10 %. En somme résultat assez satisfaisant.

Dans quinze cas le pourcentage d'invalidité a été supérieur à 10 % (onze cas entre 10 et 20 % et quatre cas au-dessus de 20 %).

Dans les fractures fermées les résultats sont donc insuffisants dans un très grand nombre de cas. Aussi, il n'est pas inutile de rappeler les règles qui président à la réduction de ces fractures

« La réduction doit toujours être faite à une époque aussi rapprochée que possible de l'accident, je dirais volontiers immédiatement après l'accident. Mettre le membre en gouttière, attendre la réduction du gonflement pendant plusieurs jours, c'est intervenir beaucoup trop tard ; plus on attend, moins une bonne réduction sera facile à obtenir. Dans les cas où la fracture s'accompagne d'une véritable luxation du pied, attendre pour réduire c'est favoriser le développement d'escarres aux points où la peau est tendue au maximum sur les extrémités osseuses déplacées et la communication secondaire de l'articulation avec le milieu extérieur, ce qui peut conduire aux plus graves complications.

« Pour bien assurer la réduction, surtout chez des sujets un peu forts, chez des hommes puissamment musclés, il faut anesthésier le blessé et l'anesthésie à laquelle je donne la préférence dans ces cas là est l'anesthésie rachidienne qui amène un relâchement très complet du système musculaire.

« Il faut immobiliser, pour maintenir la réduction, avec un appareil plâtré. J'ai toujours recours pour ma part à l'attelle de Maisonneuve. Pour lutter contre le déplacement du pied qui, dans les fractures graves, se fait en arrière et en dehors, je maintiens le pied jusqu'à complète dessiccation du plâtre, en flexion à angle droit et en forte rotation interne, en hyperadduction. L'appareil plâtré sera maintenu en place de trente à quarante jours. Si on laisse marcher trop vite un blessé de poids lourd, alors que son cal n'est pas encore très solide, on peut voir se produire une déviation secondaire du pied qui aboutira à la même infirmité que si la fracture avait été mal réduite d'emblée ; j'ai vu de ces faits, il est utile d'en signaler l'existence. Un appareil de marche peut rendre alors les plus grands services.

« La durée de l'incapacité temporaire a été chez quelques-uns des sujets que nous avons expertisés de deux et trois mois seulement, le plus souvent elle s'est étendue de quatre à six mois. »

2° *Le résultat des fractures fermées opérées au nombre de 3.*

Dans un cas le résultat a été bon. Taux d'invalidité : 8 %. Durée de l'incapacité temporaire : six mois.

Deuxième cas : résultat très médiocre. Taux d'invalidité : 25 à 30 %.

Troisième cas : résultat franchement mauvais (ankylose du cou-de-pied). Taux d'invalidité : 35 %. Durée de l'incapacité temporaire : 19 mois.

Ces résultats ne sont pas encourageants et ne peuvent qu'inciter à conseiller beaucoup de prudence dans la question des indications opératoires.

3° *Le résultat des fractures bi-malléolaires ouvertes au nombre de 5.*

En pareil cas l'opération s'impose immédiate. Les suites opératoires sont toujours délicates et les résultats de la consolidation souvent fâcheux conduisent à des opérations secondaires (ostéotomies malléolaires et surtout astragalectomies) dans le but de remédier à des attitudes vicieuses, à des ankyloses du cou-de-pied. Les pourcentages d'invalidité attribués ont été élevés.

Premier cas : 30 % abaissé plus tard en revision à 23 %.

Deuxième cas : 40 %.

Troisième cas : 25 à 30 %.

Quatrième cas : 40 %.

Cinquième cas : au moment de l'expertise on pouvait envisager l'amputation.

Pour ces cinq malades, il s'agissait de véritables infirmes pour lesquels le changement de profession s'imposait.

A l'époque où nous vivons, la chirurgie viscérale est l'objet de toutes les faveurs, on néglige trop le traitement des fractures. (Auvray. Résultats éloignés des fractures bi-malléolaires du cou-de-pied. *Gazette des hôpitaux*, 15 mars 1933.)

Tout traumatisme articulaire ou toute immobilisation d'un membre pouvant entraîner l'ankylose de l'articulation est justiciable du traitement à l'acétylcholine. — Ce traitement doit être institué dès les premiers jours qui suivent l'immobilisation, et prolongé selon l'état de l'articulation. Lorsque celle-ci est relativement souple à la sortie du plâtre ou à la cessation de l'immobilisation, quelques piqûres d'acétylcholine auront rapidement raison de la raideur persistante. Lorsqu'on peut craindre une raideur ou une ankylose douloureuse grave, soit par l'âge du sujet, soit par la gravité des lésions, soit aussi par le fait d'une réduction non idéale, soit enfin lorsque l'ankylose résiste au traitement ou lorsqu'elle est de date ancienne, les injections d'acétylcholine doivent être répétées et rapprochées pour devenir quotidiennes. La dose pour un traitement est de 15 à 20 ampoules de 0,10², dose susceptible d'être augmentée dès les premiers jours de l'immobilisation, quand il y a lieu de craindre un retard quelconque ; elle permet d'obtenir des résultats très satisfaisants, accélérant la guérison complète et enfin, au point de vue social, ce qui est important, une reprise du travail infiniment plus rapide qu'habituellement.

L'acétylcholine ne semble pas accentuer l'ostéoporose de l'os, alors qu'il n'en est pas toujours de même avec la sympathectomie. Elle la laisse indifférente dans certains cas et, dans d'autres cas, elle la diminue ; l'opacité de l'os aux rayons devient plus grande.

Les résultats pratiques sont indiscutables ; c'est l'ankylose qui cède rapidement au traitement ; c'est une fracture intra-articulaire ou une articulation plâtrée qui, à la sortie même du plâtre, conserve sa souplesse et ses mouvements. Ces faits ont été vérifiés par d'autres auteurs qui ont expérimenté cette méthode.

Ils sont acquis.

Leur mécanisme, par contre, l'est beaucoup moins. L'acétylcholine agit-elle sur la vaso-dilatation artérielle et, par suite, une région traumatisée présente-t-elle une vaso-constriction ?

On peut formuler l'hypothèse suivante :

Dans une région traumatisée, il y aurait vaso-constriction partielle des artérioles secondaires, l'acétylcholine remédiant à cette vaso-constriction ; de plus, elle modifierait l'équilibre du calcium dans un sens favorable, et c'est l'addition de ces deux effets qui aboutit aux résultats cliniques enregistrés.

(Roger Fischer, (de Genève). Traitement curatif et préventif des ankyloses et des arthrites post-traumatiques par l'acétylcholine. *La Presse médicale*, 25 mars 1933.)

Les abcès périnéaux reconnaissent quelquefois comme origine l'usage de la bicyclette. — M. Robert Dupont en rapporte deux observations. Il s'agissait de deux hommes qui parcouraient journellement 30 kilomètres pour se rendre à leur travail ; la selle de leur machine se relevait en avant, de telle façon que le périnée se trouvait continuellement irrité par elle. L'irritation continuelle causée par le frottement du bout de la selle

entraîne à la longue une mortification du tissu cellulaire, aboutissant à la fonte de celui-ci, d'où l'aspect rougeâtre du contenu de l'abcès et sphacélique de la paroi de la poche. Au début, la mortification des tissus existe seule et il n'y a pas à proprement parler d'abcès, ni de réaction générale. Mais la poche tend à s'infecter, les phénomènes généraux apparaissent alors, précédés en général d'une réaction ganglionnaire.

La collection une fois constituée, bridée en haut par l'aponévrose périnéale superficielle et en arrière par les tissus préanaux, progresse en avant vers les bourses où elle trouve un tissu cellulaire qu'elle envahit facilement. Si le repos et parfois les pansements humides peuvent arrêter les accidents dès leur apparition, une fois que la collection est formée il faut l'évacuer par une incision de bout en bout. L'incision doit être large pour éviter la fistule. La poche bien exposée est pansée à plat.

(Robert Dupont. Abcès périnéaux dus à l'usage de la bicyclette. *Le Bulletin médical*, 11 mars 1933.)

Médecine

L'éréthisme pulsatile de l'aorte abdominale se rencontre avec une extrême fréquence au cours des neurotonies gastro-intestinales ; ce symptôme écarte habituellement le diagnostic d'une importante lésion organique évolutive. Les injections de généserine-pilocarpine en sont souvent un utile mode de traitement.

(P. Oury et C. Masselin. Les battements épigastriques de l'aorte abdominale. *La Pratique méd. fr.*, fév. 1933.)

Au cours de diverses affections digestives de certaines carences alimentaires, on peut observer certains troubles du développement pouvant aboutir à l'infantilisme vrai. Il faut rapprocher ces faits du syndrome étudié par Gee sous le nom de maladie cœliaque et décrire sous le nom d'infantilisme intestinal, tous les cas où le retard de développement est en rapport avec une affection intestinale, soit organique, soit fonctionnelle.

(R. Bensaude, P. Hillemand et P. Augé. Les troubles du développement d'origine digestive. *La Pratique méd. fr.*, fév. 1933.)

Varia

Certains artério-scléreux présentent une telle sensibilité du sinus carotidien, que les mouvements de la tête suffisent pendant la marche, pour entretenir des vertiges continuels. Le traitement par l'atropine les améliore très rapidement.

(Ivan Mahaim, de Lausanne. Le vertige carotidien des artério-scléreux. *La Médecine*, mars 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril 1933

Immunisation par voie aérienne. — *M. A. Trillat* présente un travail dans lequel il établit un rapprochement avec l'immunité acquise dans la vie courante par les personnes fréquentant les contagieux atteints de maladies transmissibles par l'air, et les résultats d'expériences effectuées sur les animaux plongés quelques minutes dans des atmosphères artificielles renfermant en suspension de petites quantités de vaccin ou de germes atténués. M. Trillat a pris comme exemple le cas de la maladie du choléra des poules chez la poule et la souris, qu'il a rendues réfractaires à la maladie dans une proportion de 80 p. 100.

La flore microbienne du voisinage du malade pouvant renfermer des germes de la maladie tantôt à l'état virulent, tantôt à l'état atténué, selon le stade de la maladie et selon certaines circonstances encore mal définies, on voit que les résultats des expériences permettent par analogie d'éclairer le mécanisme de l'immunité acquise.

Elles confirment d'ailleurs, en la précisant, cette notion, que l'on avait déjà anciennement.

Action expérimentale du tabac et de la nicotine sur le débit coronarien. — *MM. Ch. Laubry, J. Walser* et *L. Deglaude.* — En utilisant le cœur isolé du lapin, les auteurs ont étudié l'action de la nicotine sur les artères coronaires. Ils ont montré que les débits du cœur isolé variaient en fontion de la vaso-constriction ou de la vaso-dilatation du système coronarien. De nombreuses mesures, ils ont tiré les conclusions suivantes ;

1° La macération de tabac et la solution de nicotine exercent, à des taux de nicotine équivalents, des effets identiques sur le débit coronarien ;

2° *a*) Les doses faibles de nicotine provoquent constamment une augmentation du débit coronarien (30 à 60 p. 100 du chiffre initial) ;

b) Les doses moyennes provoquent une augmentation constante du débit coronarien (5 à 20 p. 100 du chiffre initial) ;

c) Les doses fortes provoquent de façon constante une diminution du débit coronarien (10 à 20 p. 100 du chiffre initial).

La nicotine exerce donc expérimentalement une forte action vaso-dilatatrice à dose faible, et une faible action vaso-constrictive à dose forte.

Or, un calcul approché a montré aux auteurs que les concentrations probables de nicotine dans le sang des fumeurs (10 à 20 cigarettes par jour) correspondaient aux doses faibles et moyennes de leurs expériences.

S'il est permis d'appliquer ces données expérimentales à la clinique, il semble donc que dans le mécanisme des crises angineuses liées à l'intoxication tabagique, l'élément vaso-constricteur coronarien joue un rôle nul ou négligeable, tandis que l'action toxique sur les éléments nerveux du plexus cardiaque est au premier plan.

Recherches expérimentales sur l'action du gaz carbonique introduit par voies intrapéritonéale et intrarectale. Effets respiratoires et circulatoires. — *MM. Loeper, A. Lemaire, A. Mougeot,* et *V. Aubertot.* — Du gaz carbonique pur injecté à des chiens par voies intrapéritonéale et intrarectale donne une exhalaison de CO^2 recueilli par la trachée supérieure de 5 à 8,1 fois plus qu'avant l'injection. Les pressions artérielles mesurées à la carotide et veineuses par une sonde introduite dans l'oreillette droite montrent une baisse de la pression artérielle et une élévation de la pression veineuse. Le rythme respiratoire est accéléré. Une compression de la veine porte par une pince à forcipressure et une injection intrarectale de CO^2 donne un chiffre d'exhalaison de CO^2 à peu près égal à celui obtenu avant l'injection sans compression (2,5 p. 100) et inférieur à celui obtenu sans compression après injection (7,6 p. 100). Cette étude ouvre la voie à l'étude des gaz dits thermaux. Ceux-ci ne paraissent utilisables par ce procédé que si la quantité de CO^2 est très dominante, comme à Royat, le Mont-Dore et les stations du Plateau Central. Ces voies intrapéritonéale et intrarectale sont, pour les auteurs, très supérieures à la voie sous-cutanée et à l'inhalation ; elles viennent renforcer la résorption du CO^2 à travers la peau au cours d'un bain carbo-gazeux.

Chirurgie esthétique du pavillon de l'oreille. — *M. J. Bourguet* montre les diverses défectuosités du pavillon de l'oreille, qui se ramènent surtout aux décollements (oreilles décollées) et aux infléchissements (oreilles tombantes). L'auteur montre de quelle manière, par une opération faite en arrière, en modelant le cartilage, il arrive à remettre les oreilles dans leur position normale et à reconstituer les plis quand ils font défaut. Il insiste sur le résultat durable obtenu, contrairement à ce qui se passe pour la correction des rides même en attirant la peau de la région cervico-faciale en arrière de l'oreille, comme il l'a préconisé il y a quatorze ans devant l'Académie de Médecine. Il montre ses résultats au moyen de nombreuses projections.

Les moustiques arboricoles du Centre-Ouest. — *M. G. Legendre* signale l'existence, dans une ville du Centre-Ouest, de moustiques piqueurs du groupe des Aèdes. Ces insectes ne piquent qu'à l'extérieur, ils s'arrêtent aux portes des habitations humaines.

Ils naissent dans les collections d'eau de pluie qui se forment dans les cavités que présentent certains ormes sur le tronc et les branches maîtresses.

En 1932, il y eut trois générations de ces Aèdes : la première en mai, inaperçue du public parce que pas agressive ; les deux autres, massives, en août et septembre, très agressives, envahirent les parcs et les jardins pendant deux ou trois jours.

Pour prévenir ces éclosions, combler et cimenter les creux des arbres.

Le rat gris réservoir de virus de la fièvre récurrente hispano-africaine. — *MM. Blanc, Noury* et *Fischer.*

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'Internat des hôpitaux de Paris. — *Sous ce titre,* LA REVUE DE FRANCE (5 avril 1933) *vient de publier un article de M. le Professeur Charles Achard. En voici quelques extraits :*

L'internat des hôpitaux de Paris — qu'une récente affaire de concours vient de mettre en vedette dans l'actualité — a des origines lointaines. Depuis qu'il y a des hôpitaux, la nécessité s'est imposée d'un personnel médical qui résidât dans l'établissement, afin d'être toujours prêt à donner des soins immédiats aux nouveaux arrivants et à pratiquer les opérations urgentes. Ce furent d'abord les chirurgiens qui, seuls, résidèrent dans les hôpitaux. On se l'explique aisément si l'on se reporte à ce qu'était jusqu'au XIXe siècle les rapports mutuels des médecins et des chirurgiens. La médecine prétendait à la suprématie, la chirurgie n'étant considérée que comme un art secondaire, un travail manuel suivant l'étymologie même du mot. Le médecin possédait seul l'instruction théorique ; il appliquait surtout, dans sa pratique, les textes hippocratiques et autres estimés classiques. Au barbier, au chirurgien, même après Ambroise Paré, suffisait la besogne de panser les plaies, de faire les saignées, de réduire les luxations, d'appliquer les appareils de fracture. Le médecin arrivait toujours à temps pour disserter et pour discuter l'interprétation de la maladie. Ce qui ne pouvait attendre sa venue était l'affaire du chirurgien. Toujours est-il qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, comme nous l'apprend un règlement de 1665, résidaient sous les ordres d'un chirurgien en chef et d'un « gagnant maîtrise » dix ou douze chirurgiens, nommés après un examen, vivant à l'hôpital et assurant une garde permanente pour l'admission des malades.

Quelques modifications de détail furent apportées à cette situation. L'utilité se fit sentir d'étendre à la médecine un système qui donnait de bons résultats pour la chirurgie. A cet effet, la Société royale de médecine, en 1788, rédigea un projet fort bien étudié, mais qui ne fut jamais adopté.

Après la tourmente révolutionnaire qui avait supprimé en 1793 la Faculté de médecine et les sociétés officielles, Académie royale de chirurgie et Société royale de médecine, la Convention rétablit, sur un rapport de Fourcroy, une Ecole de santé à Paris, pour l'instruction des médecins dont la population civile et les armées de la République avaient le plus grand besoin. Cette école fut consultée en 1798 par le ministre de l'Intérieur sur la façon d'organiser un concours pour la nomination d'internes dans les hôpitaux. Mais les différents hôpitaux avaient alors des administrations distinctes. Aussi fallut-il attendre, pour aboutir à une organisation pratique, que l'administration des hôpitaux de Paris fut unifiée. C'est en l'an IX que, par les soins du préfet Frochot, fut créé un conseil général des hôpitaux. C'est à cette date qu'on peut faire remonter la naissance de l'Assistance publique à Paris, encore que celle-ci n'ait reçu ce titre qu'en 1849. Dans l'organisation de cette administration nouvelle, Chaptal, ministre de l'Intérieur, qui avait de nombreuses relations médicales, incorpora l'institution de l'internat des hôpitaux de Paris, par un règlement en date du 4 ventose an X (10 février 1802). Depuis de nombreuses modifications ont été apportées à ses articles, tant en ce qui concerne les fonctions des internes que leur recrutement ; mais la structure générale de ce grand corps n'en subsiste pas moins depuis 1802 et, pendant ces cent trente ans, les services qu'il a rendus à la médecine et à la population parisienne ne sont pas démentis.

. . . .

Je me souviens des scènes impressionnantes que réservait souvent la garde. Un jour, les salles de chirurgie se remplirent soudain de grands brûlés, principalement des femmes, venant d'une fabrique d'artificier où s'était produite une explosion. Toutes les infirmières, tous les objets de pansement dont disposait l'hôpital suffisaient à peine aux soins nécessaires. Plusieurs de ces malheureuses ouvrières avaient des filles employées comme elles à l'usine et demandaient à grands cris de leurs nouvelles. Il fallait leur donner les bonnes et taire les mauvaises. Parmi les scènes les plus poignantes pour l'interne de garde était alors celle qui se déroulait dans les hôpitaux d'en-

fants à l'occasion des trachéotomies pratiquées pour le croup A cette époque on ne faisait point le tubage du larynx, on ne connaissait point encore le sérum antidiphtérique, et mainte angine diphtérique se compliquait de croup dont la fréquence était plus grande qu'actuellement. Aussi l'interne de garde était-il souvent requis de faire cette opération toujours aléatoire de la trachéotomie d'urgence chez les jeunes enfants. Tout semblait concourir, comme dans une machination dramatique, à provoquer l'émotion. Je me souviens de ces nuits de garde, à l'ancien hôpital Trousseau, où j'entendais venir la sœur de veille qu'annonçait de loin un bruit de chapelets, de médailles et de clefs. J'étais bien éveillé déjà quand elle frappait à la porte ma chambre en me demandant de descendre au pavillon de la diphtérie. Situé au milieu des jardins, ce pavillon très peu confortable, simple baraque en bois, se composait de deux salles de malades séparées par deux pièces étroites dont l'une servait d'entrée, l'autre étant réservée aux opérations.

Il fallait passer obligatoirement par la première pour entrer dans la seconde et c'était dans la première que se tenait la famille qui venait d'apporter son enfant. Pleins d'inquiétude et d'espoir, ces pauvres gens posaient des questions auxquelles on n'avait point le temps de répondre car il fallait faire vite. Dans la petite chambre d'opérations, la porte close, l'enfant était couché sur une table matelassée, allongé sur le dos. Une sœur fort experte maintenait immobile la tête un peu renversée en arrière à l'aide d'un petit traversin passé sous la nuque afin de bien faire saillir le larynx. Une infirmière immobilisait les jambes. Une autre sœur tenait très haut une petite lampe à huile qui ne projetait sur le champ opératoire qu'une obscure clarté. C'était dans ces conditions, bien peu favorables, qu'il fallait le plus promptement possible inciser en ligne droite la trachée et aussitôt, avant qu'elle fût remplie de sang, introduire par la plaie la canule courbe en s'assurant qu'elle était bien dans la bonne voie, ce qu'indiquait la projection par son orifice, sous l'action des efforts de toux, de sang et de débris de membranes couenneuses que l'opérateur recevait souvent en plein visage. Les choses n'allaient pas toujours bien et l'asphyxie survenait si la canule faisait fausse route ou si l'évacuation du sang et des membranes tardait à se produire. Pendant ce peu de temps qui semblait fort long, derrière la porte, la famille angoissée attendait le résultat de l'opération, quel désastre moral quand il fallait lui annoncer l'insuccès et l'issue fatale, en y joignant les phrases rituelles d'encouragement.

Triste consolateur qui aurait eu lui-même tant besoin d'être consolé !

En revanche quelle joie profonde quand, à la satisfaction de la réussite opératoire, s'ajoutait celle d'affermir l'espérance des parents et de lire sur leur visage encore mouillé de larmes, les marques de leur reconnaissance !

Les accouchements, qui fort heureusement dans la grande majorité des cas s'accomplissent tout seul, donnent lieu à des scènes moins tragiques. A l'hospice de Bicêtre, un jardinier, logé dans un petit pavillon au fond des jardins, m'avait demandé de faire l'accouchement prochain de sa femme. Cet homme bégayait affreusement. Un beau matin, de fort bonne heure, il vint m'éveiller, mais l'émotion aidant, il ne pouvait articuler aucun mot.

De bègue il était devenu muet. Sachant bien ce qu'il voulait, je me levai en hâte et courus chez lui, où j'arrivai encore à temps pour laver le bébé, car la pauvre mère, restée seule quelques instants, avait mis au monde précipitamment son enfant et l'avait simplement déposé à portée de sa main dans un vase qui n'avait rien d'un berceau.

. . . .

Si évidents sont les profits que procure l'internat sous le double rapport de l'instruction des médecins et de leur moralité, qu'on a souvent proposé d'en étendre le bénéfice à tous les étudiants, qui devraient obligatoirement, avant la fin de leur scolarité, résider quelque temps à l'hôpital en y montant des gardes. Qu'il y ait avantage à rendre tous les étudiants témoins de quelques-uns des incidents que peuvent réclamer d'urgence l'intervention du praticien, on n'en saurait douter. Mais l'internat des hôpitaux est tout autre chose et ne pourrait être remplacé par des équipes de stagiaires encore peu expérimentés dans la pratique et ne passant qu'un temps trop court à l'hôpital.

L'étudiant qui monterait quelques gardes ne serait jamais qu'un subalterne. Il faudrait bien, dans l'intérêt des malades, le doubler d'un guide à qui seul reviendrait la charge de prendre les responsabilités qui trempent le caractère. Dans la pratique de la médecine, comme dans toute autre carrière, une élite est nécessaire, et l'internat des hôpitaux est une institution qui concourt le plus utilement à la former.

. . . .

Toutefois il est certain que le jugement est aussi une qualité nécessaire et que les épreuves du concours actuel n'en donnent pas la mesure. La faute en est peut-être aux jurys et à la façon dont ils posent les questions. Déjà, en 1821, Paul Dubois, constatant que bon nombre de candidats avaient renoncé au concours, attribuait leur défaillance à ce que le jury avait posé des questions inattendues « afin de s'adresser au jugement des élèves et à leur instruction générale plus qu'à leur mémoire ».

Mais le principal défaut du concours actuel, c'est qu'il néglige complètement un élément d'appréciation pourtant bien nécessaire pour le choix d'une élite médicale : je veux parler des qualités morales, du moins de l'aptitude au dévouement. Pour l'apprécier, il faut connaître les candidats et être renseigné sur la façon dont ils ont accompli jusque-là leur service à l'hôpital.

C'est là une différence profonde entre le concours de l'internat et ceux de l'Ecole polytechnique et de l'Ecole centrale auxquels on le compare volontiers. Dans ces derniers, c'est l'instruction qui compte seule. De plus, les candidats sortent à peine du lycée. Il n'en est pas de même des candidats à l'Internat : ils ont déjà passé depuis le lycée et le P. C. N. trois ou quatre ans au moins dans les hôpitaux.

Avec le système de l'anonymat des épreuves écrites, les qualités morales ne comptent pour rien. Quand l'anonymat n'existait pas, l'estime des maîtres, ce qu'on appelle la côte d'amour, pouvait introduire dans le concours cet élément d'appréciation, tenant compte des recommandations que les chefs de service ne manquent pas d'adresser au jury en faveur des externes qu'ils jugeaient les plus méritants. Régime de la faveur, dira-t-on et a-t-on dit en effet. Mais la faveur ici se justifiait, et puis elle ne dépassait guère l'octroi d'un point ou deux de supplément, car elle trouvait sa limite dans le grand nombre des juges et dans la publicité des épreuves. . . . .

Une centre d'observation psychologique en France. – *De Me Elisabeth Huguenin dans les* Nouvelles Littéraires (15 avril 1933) :

....Nous voudrions attirer l'attention du lecteur sur une institution d'un genre spécial, première de son espèce en France, et qui semble appelée à rendre de grands services dans l'œuvre d'entr'aide, de triage et de reclassement social dont nous venons de parler. Il s'agit d'une « Maison d'observation psychologique », dans laquelle on accueille les enfants dévoyés, sur lesquels la famille et l'école n'ont pas de prise, ceux que l'on appelle du nom général d' « instables » parce que leur comportement, de même que l'intégration aux cadres sociaux, constituent un problème difficile à résoudre.

Le « Service social de l'Enfance », rattaché au Tribunal pour enfants de la Seine — Service dont le siège social est à la rue du Pot-de-Fer, Paris Ve — qui fonctionne depuis plus de huit ans et s'occupe de plus de 3.500 enfants, a ressenti comme une impérieuse nécessité la création de cet instrument de travail d'un type nouveau, afin de ne pas agir en aveugle dans la question de placement des enfants difficiles. Il a eu la bone fortune de recevoir en cadeau quasi-princier, le château de Soulins, à Brunoy, qu'il a transformé en maison d'accueil pour des garçons et des filles de 8 à 13 ans, ayant donné lieu à des conflits d'ordre familial ou social.

Dans un cadre charmant et dans une atmosphère amicale, les enfants sont reçus pour une durée de trois à quatre mois. Ils y vivent d'une vie saine, semblable à celle que l'on mène dans les « Ecoles nouvelles à la campagne », c'est-à-dire que la journée se partage entre le travail scolaire, le travail manuel et le jeu. Des éducatrices jeunes et dévouées, spécialement formées à leur tâche d'observatrices, constituent aux enfants un cadre suffisamment souple et varié pour que les différents aspects de leur nature puissent s'y manifester.

A leur arrivée au foyer, les enfants ont l'attitude défiante et fermée des êtres auxquels la vie a été dure ; aussi faut-il une période assez longue (quelques semaines, en tout cas) de soins affectueux et dévoués pour les amener à déposer leur attitude hostile, revendicante et défensive, pour les détendre vraiment et leur permettre d'exprimer dans des réactions spontannées leur individualité vraie, avec ses défauts et ses qualités.

Les observations des éducatrices sont complétées par celles d'un médecin et d'un psychologue, au besoin d'un psychiatre : jointes à l'enquête établie préalablement sur l'enfant et sa famille, elles constituent un ensemble d'indications sur le comportement de celui-ci, ses aptitudes et les méthodes à employer pour sa rééducation, indications qui permettent de le réintégrer dans la vie sociale avec plus de certitude.

La signification d'un centre d'observation comme le Foyer de Soulins est d'ordre social avant tout, son but, étant de renseigner l'assistante sociale qui s'occupe de l'enfant souvent pendant plusieurs années, sur le caractère, les tendances et les capacités de celui-ci, de façon à permettre son orientation vers les institutions d'éducation et d'apprentissage déjà existantes. Mais en même temps, l'affection et la bienveillance qui sont témoignées à l'enfant font du séjour à Soulins une sorte de préparation à la rééducation qui doit suivre. Au bout de quelques semaines de leur traitement, ces enfants réputés vicieux, délinquants et inadaptables changent complètement de comportement, ce qui prouve que la cause de leur non-adaptation provient des lacunes de leur éducation, mais ce qui révèle en même temps les extraordinaires ressources de la nature enfantine. Et peu de temps, en effet, leurs mouvements s'harmonisent, leurs expressions se détendent et deviennent souriantes, leur attitude d'agression ou de défense fait place au naturel et à la confiance. Ces individus, en révolte contre eux-mêmes et contre les autres, arrivent à vivre ensemble, au sein d'une atmosphère apaisée, et le visiteur attentif comprend que, dans cette maison, on s'efforce de rendre un peu d'enfance, de joie, de spontanéité, à des êtres que le sort en a privés, puisque ces choses constituent, hélas ! un privilège. Mais on ne peut s'empêcher de se demander avec angoisse si les résultats obtenus ne vont pas fondre aussitôt que l'enfant sera rejeté dans la mêlée sociale, faute de pouvoir continuer l'œuvre entreprise, par manque d'argent et d'institutions de rééducation vraiment adaptées.

Car il importe de remarquer qu'un centre d'observation n'est pas une maison d'éducation. La condition de l'observation, c'est la détente que crée une liberté bien entendue et une atmosphère de confiance et d'amitié. En plus de cela, l'éducation suppose un entraînement, basé, il est vrai, sur un consentement de l'enfant et allant dans le sens de ses tendances et de son individualité, mais enfin un entraînement vers un but. Aussi peut-on dire que l'observation et la détente ne sont que le premier temps de l'œuvre d'adaptation sociale qu'il faudrait entreprendre pour les enfants inadaptés, si nombreux dans nos classes, dans nos rues, dans les tribunaux. La maison d'observation n'est donc que le vestibule d'accès d'institutions de rééducation, et elle les appelle instamment....

Rabelais. — *De M. Mario Roustan dans* LA GRANDE REVUE (mars 1933) :

Lathe biosas, cache ta vie, recommandait le sage. Lui, il l'a caché jusqu'à sa mort. Est-il parti pour le grand voyage le 9 avril 1553 ? A-t-il été enterré dans la nef de Saint-Paul ? Le registre mortuaire de l'église est perdu. A-t-il rendu l'âme « à Paris, en une maison de la rue des Jardins ? » et était-il « enterré dans le cimetière Saint-Paul, auprès d'un arbre » qui s'y voyait encore en 1642 ? Ce sont des traditions qu'il est impossible de préciser. Si son ombre a continué de rôder, il ne lui a manqué aucune occasion de s'esbaudir et dérider en voyant, d'une part, ceux qui restent persuadés que ses livres ne sont que moqueries, folâtreries, menteries joyeuses, et, de l'autre, ceux qui, à force de rompre l'os, finissent par présenter une moelle qui est une substance de leur composition. L'épitaphe de Ronsard a dû la faire tressaillir d'aise :

Jamais le soleil ne l'a vu
Tant fût-il matin qu'il n'eût bu ;
Et jamais au soir la nuit noire
Tant fût tard, ne l'a vu sans boire :
Car altéré, sans nul séjour,
Le galant buvait nuit et jour....
Or toi, quiconque sois qui passes,
Sur sa fosse, répands des tasses,
Répands du bril et des flacons,
Des cervelas et des jambons
Car si encore dessous la lame
Quelque sentiment a son âme,
Il les aime mieux que les lis,
Tant soient-ils fraîchement cueillis...

Charles Nicolle, poète. — *Extrait d'un article de M. Pasteur Vallery-Radot* : L'ŒUVRE DE M. CHARLES NICOLLE, *article paru dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 avril 1933) :

Son œuvre scientifique comme son œuvre littéraire, — car il a composé des nouvelles et des contes, pleins de fantaisie, et de souriante philosophie, — émane d'un poète.

Poète, il l'est au fond de l'âme, celui qui écrivit les pages sur ses débuts dans la vie :

« Je revois, sous un ciel gris, Rouen, ma ville, ses flèches, ses tours en couronne, la ceinture de ses collines boisées, les fumées de ses industries et la route vaporeuse du grand fleuve, appel aux instincts d'une race aventureuse.

« Voici la maison où vivaient ceux qui m'ont fait ce que je suis. Tout près, dans la cour du lycée, veille le grand poète tragique. L'enseignement que j'ai pris à son ombre ne différait guère de celui qu'il reçut dans la même maison : la leçon des anciens et l'écho rude sous ces climats, de la plus belle morale. Sans cette discipline classique, il n'y aurait eu pour moi, je le sens, enthousiasme, conscience, ni mesure. Ton ombre fut éloquente avocat de la volonté, Corneille.

« Et voici l'hôpital où mon père mettait ses soins au service de l'enfance...

Adieu, cher hôpital, ville épique. Adieu, amis, projets de toujours. Adieu, petit laboratoire. Les efforts d'un débutant ne pouvaient, en huit années, secouer une indifférence si ancienne. Il faut porter ailleurs ces dieux, mes espoirs.

« Et maintenant Tunis... Tunis, ville inconnue, ville étrangère. »

La question de l'éducation sexuelle. — *De M. Marcel-Réja dans le* MERCURE DE FRANCE (1er avril 1933) :

.... Notre grand accoucheur parisien, le Docteur Devraigne qu'on trouve toujours au premier rang lorsqu'il s'agit d'œuvres intéressant l'enfance, auteur d'ailleurs d'un film de propagande sur la syphilis: *Il était une fois trois amis*, veut bien me consacrer un peu de ce temps que les clients se disputent.

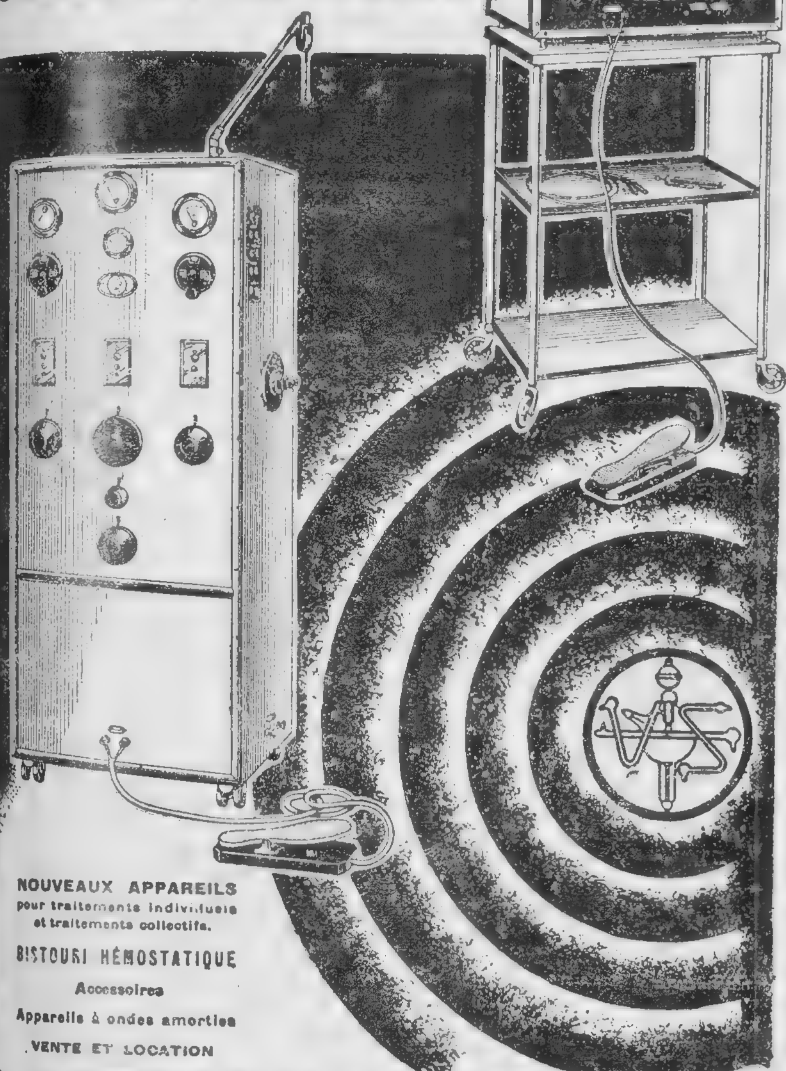
C'est un homme simple et droit. Médecin avant tout. Médecin tout au long et de bonne lignée. Il semble que ma question réveille une blessure mal fermée.

— L'éducation sexuelle... je pense bien que c'est une question intéressante ! Mais nous ne faisons rien ! Toutes les fois qu'on veut organiser quelque chose de sérieux, il se trouve des ligues, des associations d'éducateurs ou de parents qui sous prétexte de vous aider, vous paralysent.... Il ne faut jamais mentir aux enfants, il faut leur dire la vérité progressivement depuis l'âge de sept ans, qu'ils disent ! Mais devant la moindre proposition concrète, ils s'effarouchent. Pas de suggestion malsaine !..... Et ils envoient leurs enfants au confessionnal, où les bons prêtres leur posent les questions les plus indiscrètes et les plus suggestives sur leurs habitudes intimes !

— La mòòrale ! comme dit Brid'oison.

Le bon docteur lève les bras au ciel :

— Qu'est-ce que vous voulez repondre à une brave mère de famille qui vous déclare : « Nous n'admettons l'acte sacré de


DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION
LA VERRERIE SCIENTIFIQUE
12 AV. DU MAINE . PARIS. XVe
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE

transmission de la vie que dans le mariage en vue de la création de la famille ». ?

Qu'est-ce que vous voulez répondre à la directrice d'une école normale d'institutrices qui vous déclare : « Nous avons l'impression très vive que nos élèves en savent beaucoup plus long que nous sur ces questions, et que nos précautions pour en parler sainement et avec l'élévation qui convient leur paraissent désuètes » ?

Même désenchantement de la part du Docteur Sicard de Plauzoles, qui me reçoit rue de Lisbonne, au siège de l'*Union internationale contre le péril vénérien*. Grand apôtre de l'Eugénisme, et de la génération consciente, qu'il considère comme les seuls moyens de sauver la race et auxquels il consacre une infatigable activité, le Docteur Sicard de Plauzoles a écrit sur ces sujets des pages définitives. Et il déplore de voir son effort entravé par cette loi de juillet 1920, qu'il a d'ailleurs flétrie d'une façon magistrale dans les *Cahiers des Droits de l'homme*.

. . . .

Ce n'est toutefois pas à dire que l'effort des hygiénistes et des médecins soit demeuré vain. Les Pouvoirs publics s'intéressent désormais à la question de la façon la plus active. Deux organismes distincts : Le Service de prophylaxie des maladies vénériennes et l'Office national d'hygiène sociale (qui siègent 26, boulevard de Vaugirard) sont consacrés, le premier à toutes les œuvres de dépistage ou de traitement des maladies en question, le second à la réalisation de toutes formes de propagande (film, tract, conférence) pouvant servir la cause.

Enfin, des résultats concrets! Je remercie les avant auteur d'*Education sexuelle et génération consciente*, et je vole vers le boulevard de Vaugirard.

O stupeur ! Voici un service de l'Administration française où le serviteur est reçu d'une façon courtoise et où tout se trouve orienté vers le bien public. Saluons.....

— L'Office national d'hygiène, dit le Docteur Bourgoin, a pour but de centraliser tous les documents et renseignements, d'effectuer en France et aux colonies une propagande continue et méthodique auprès du public, en vue de lui faire connaître les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires à la conservation de la santé, d'assurer la liaison entre les Pouvoirs publics et les œuvres privées.

. . . .

Et nous ne craignons pas le cas échéant de recourir à la séduction. Tel, qui jette sans le regarder un prospectus banal, garde précieusement une image gracieuse.

Voici, par exemple, un petit Amour nu, blond et rose sur le fond tango. Il se ronge l'index en méditant quelque tour de sa façon. Hé ! hé ! voilà qui est prometteur.... Tournez la page : vous apprendrez que les jeux du charmant polisson ne vont pas sans des risques graves, mais ils sont et comment y remédier.

— Et, demandai-je, le public ne se révolte pas contre le caractère technique de votre propagande ?

— Il y a bien eu quelques histoires.

— Ah ! ah !

— Un jour, c'était à un conseil de revision. Nous avions choisi cette solennité pour offrir aux jeunes une petite leçon de sagesse. Notre conférencier vient trouver les conscrits au moment où ils achèvent de se rhabiller et les aiguille vers une salle où il a préparé sa projection. Conférence-causerie avec présentation de pièces anatomiques empruntées au Musée Saint-Louis, distribution de tracts, tout se passe en général très simplement.

« Mais ce jour-là un gendarme faraud avait surpris le manège de l'homme entre deux âges entraînant à sa suite la jeunesse du patelin.

Qu'est-ce qu'il pouvait bien fabriquer là-dedans ? Il entra et il vit.... Il vit le conférencier distribuant aux conscrits des papiers sur lesquels tout nu, blond et rose sur fond tango, un petit Amour... Il ne lui en fallut pas davantage ! En dépit de ses protestations, il emmena au violon le dangereux satyre, distributeur de « cochonneries », et, pendant plus d'une heure, le Préfet réclama son médecin à tous les échos.... »

La cure de Châtel-Guyon dans la stérilité. — *Le Docteur A. Mazeran écrit dans* CHATEL-GUYON THERMAL :

Depuis quelque trente années que j'exerce, je fus frappé, à différentes reprises, par cette constatation : des jeunes femmes, venues à Châtel-Guyon pour guérir des misères intestinales, m'annonçaient, l'année suivante, une maternité, sur laquelle elles ne comptaient plus.

Ces cas sont extrêmement nombreux, et il faudrait être aveugle pour ne pas voir une relation de cause à effet.

Je me souviens, en particulier, d'une observation tellement originale que je ne résiste plus au désir de la publier : Il s'agissait d'une jeune personne, dont le plus ardent désir était la consécration de son bonheur conjugal par la présence d'un enfant. Depuis son mariage, datant de quelques années, elle avait essayé tous les traitements préconisés, écouté tous les conseils des initiés, parcouru tous les centres thermaux où se réfugient les dernières espérances. En fin de compte, on l'engagea à rechercher une décongestion pelvienne, entretenue par de la stase intestinale chronique. C'est dans ces conditions qu'elle arrive à Châtel-Guyon, en compagnie de sa mère. Je la vois et l'encourage, comme il était de mon devoir, et je prescris une cure classique ; par la même occasion, sa mère se soumet au même régime hydro-minéral.

Quelques mois après, je reçois du mari une lettre débordante de reconnaissance à l'endroit de Châtel-Guyon.

— Ma femme est enceinte, me disait-il, mais quelle fatalité ! ma belle-mère aussi...

C'était à mes débuts dans la carrière et mon esprit n'était pas encore, comme aujourd'hui, dirigé vers cette voie. J'avoue, cependant, que je fus impressionné.

Depuis cette époque, j'observais ; les cas favorables se multiplièrent, renforçant ma conviction : aujourd'hui, elle est faite il y a quelque chose. Je vois actuellement de jeunes malades qui, dès leur arrivée, me préviennent : « Docteur, me disent, elles, soulagez-moi de mon entérite, mais attention, je ne veux pas que ce qui est arrivé à Mme X.... se produise chez moi, je ne veux pas d'enfants ». C'est la contre-partie, véritable preuve expérimentale.

Le rat à Marseille. — *On lit dans un hebdomadaire marseillais*, LE DIMANCHE DE FRANCE (16 août 1933) :

« La peste de Marseille, c'est le rat. Le rat, qui à la nuit close, et parfois même en plein jour, envahit librement les rues, les caves, les escaliers. Le rat, auquel à intervalles irréguliers, on déclare une guerre immédiatement suivie d'une armistice tacite de notre part !

Seigneur et maître de la rue, le rat se goberge sur les tas d'immondices. Enorme, puissant, batailleur, il ignore et dédaigne le chat dont il achète la complicité en lui abandonnant sa petite part du festin. Qui n'a assisté, au sortir du cinéma, à ces charmants soupers en tête à tête, que l'arrivée des passants ne trouble certes pas ?

Il est absolument inconcevable qu'un pareil état de choses dure sans, qu'en pratique, rien ne soit fait pour y mettre un terme. Toutes les villes, grandes ou petites, connaissent ce fléau. Il n'est nulle part aussi étendu, aussi général qu'à Marseille.

Nulle part ces rongeurs ne rongent en pareille paix, en pareille liberté. Nulle part, ils ne trouvent autant à ronger. Les maigres crédits mis à la disposition du bureau d'hygiène pour lutter contre cet envahissement se volatilisent sans qu'aucun progrès soit obtenu. Au demeurant, comment parviendrait-on à quelque chose tant que le régime du passarès, du tombereau à ordure fantômatique et intermittent, des couffins percés subsistera ?

Le rat des rues, des égouts trouve avant comme après le passage bruyant et inoffensif du camion malodorant une manne qu'on ne saurait décemment qualifier de céleste. Mais elle lui offre un menu abondant, varié... Comment, dans ce cas, hésiterait-il à proligérer en paix et abondamment ?

Il est absolument inadmissible, navrant, honteux, que Marseille ne soit pas plus avancée sur ce terrain qu'une cité du

Moyen-Age. Cette plaie, cette peste qu'est le rat marseillais, transporteur de microbes, dévorateur de millions, doit disparaître. Sommes-nous donc moins capables, moins intelligents, moins organisateurs que Le Havre, Paris, Lyon, où ces animaux, sans avoir totalement disparu, évidemment, sont néanmoins infiniment plus rares, et d'une rencontre exceptionnelle ? Que faut-il donc pour cela ? Un peu d'organisation et de volonté.

Commencez par vous frapper la poitrine, vous, électeurs marseillais, et premières victimes des rats, qui n'exigez pas de vos élus que l'hygiène de Marseille soit le premier de leurs soucis ? »

Le collaborateur du DIMANCHE DE FRANCE exagère tant soit peu. Qu'il se rende à Paris, qu'il visite certains établissements médicaux, et il verra que Paris est encore la première ville de France pour le rat.

Varia. — JOURNAL DES DÉBATS du samedi 13 avril 1833.

On lit dans le *Précurseur de Lyon* du 9 avril :

« Un fait curieux et qui est assez grave s'est passé ces jours derniers à Lyon. Un jeune dragon du 12ᵉ qui se trouvait à l'hôpital fut enlevé de son lit comme mort et transporté au dépôt des cadavres où il fut jeté avec les morts de la journée et de la veille. Au bout d'un certain temps, le jeune soldat, qui est d'une constitution athlétique, se réveilla sous une impression de froid assez douloureuse pour lui faire jeter d'énergiques jurements. Tout étonné de se trouver au milieu de tant de cadavres : « S..., dit-il, que de morts ! « L'affaire a été chaude ! » Il se releva enfin, et alla reprendre sa place à l'hôpital, d'où il est parti plein de vie et de santé. »

***

On lit dans la REVUE DE FRANCE (Maharbal) :

.... Ce n'est pas qu'il soit si commode de s'évader actuellement d'Italie, et l'on raconte à cette occasion une histoire charmante :

« L'an dernier, lors du pèlerinage de Lourdes on put constater qu'un très grand nombre de *miraculés* étaient Italiens : paralytiques se remettant à marcher, aveugles retrouvant leur vue, tuberculeux guéris, etc...

Comme ces événements merveilleux venaient après le rapprochement avec le Pape et le rétablissement des relations entre l'Italie et le Vatican, on tira de ces extraordinaires miracles toutes les conclusions que vous devinez. Et l'on se prépara à recevoir avec de grands honneurs les bienheureux compatriotes. On les attendit longtemps, on les attend encore !... Comme ils n'étaient les uns et les autres pas plus malades que vous et moi, il n'avait pas été besoin d'un très grand miracle pour les guérir. Ils avaient simplement désiré quitter l'Italie, et, ne sachant comment échapper à la police fasciste, n'avaient pas trouvé de meilleur moyen que celui de se faire passer pour de grands malades allant demander la guérison aux eaux de Lourdes, et s'étaient fait porter dans les trains blancs, résignés par avance à perdre leur billet de retour. M. Mussolini, qui est beau joueur, affecta de rire de ce joli tour et déclara spirituellement que « désormais les seuls miracles autorisés seraient ceux qui se produiraient en Italie. »

***

La poudre de réglisse composée du Codex.

Une très vieille préparation, encore très employée comme laxatif doux, et d'ailleurs toujours figurant au Codex, porte le nom de « poudre de réglisse composée ». Bien des gens, sur la foi de ce titre, en concluent que la réglisse est laxative. Or, c'est tout le contraire. Ladite poudre renferme du séné, du fenouil et de la fleur de soufre, qui représentent les véritables éléments excitateurs de l'intestin. La réglisse, qui a donné son nom à ce mélange complexe, n'y figure que comme correctif, afin de modérer l'action du séné qui, administré seul, peut provoquer en effet des coliques. Et voilà comment se fondent, dans la médecine populaire, les réputations des remèdes. (Docteur Raoul BLONDEL, *Bruxelles Médical.*)

« Il n'est peut-être pas inutile de rappeler qu'un ulcère variqueux doit toujours porter à faire rechercher une hyperglycémie latente ». (G. DELATER. Les maladies des veines et leur traitement. 1 vol. 1933, Masson, édit.)

DIMANCHE PROCHAIN ?

A FONTAINEBLEAU PAR LE P. L. M.

10 francs aller et retour en 3e classe

Trajet d'aller et de retour par les trains de votre choix

Les Parisiens ont apprécié, l'an dernier, les trains spéciaux à prix réduits que le P. L. M. mettait en marche chaque dimanche d'été pour Fontainebleau.

Des facilités encore plus grandes sont offertes cette année : les billets d'aller et retour à prix réduits :

22 fr. en 1re, 15 fr. en 2e, 10 fr. en 3e,

(moitié de ces prix pour les enfants de 3 à 7 ans)

sont valables dans tous les trains de la journée du dimanche, tant à l'aller qu'au retour.

Vous pourrez donc bénéficier, cette année, du tarif réduit en partant *par le train de votre choix*.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

FONDÉ EN 1873. — N° 19 LE NUMÉRO : 50 Centimes 13 MAI 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — M. Luc Van der Elst. Les indications de la cholécystostomie dans les cholécystites aiguës. — M. Maire. Modifications des voies excrétrices du rein. — M. Aron Seichter. L'antrite mastoïdienne extériorisée du nourrisson sans signes tympaniques. — M. Langlade. Le syndrome radiologique indirect de l'appendicite chronique. M. Meyblum. Hypertension artérielle et troubles thyroïdiens. — Mme Emilie Barass. Etude de la maladie d'Hodgkin forme médiastinale.

Mardi 9 mai. — M. Hirsch. L'etude stéréo-radiographique de la muqueuse gastrique par le thorium. — M. Davou. Sur un nouveau mode de traitement des accidents sériques. — Mlle Gougeoise. La mort rapide à l'hôpital des nourrissons eczémateux. — M. Cachera Magrab. L'érysipèle chez les nourrissons dans les trois premiers mois de la vie. — M. Gluck Cloman. Les phénomènes de choc consécutifs aux transfusions sanguines indépendamment de toute incompatibilité de groupes sanguins. — M. Quémard. Etude des résultats de la rhino-vaccination antidiphtérique. — M. Fouquet. Les hémorragies des hépatiques, rôle respectif du foie et de la rate. — M. Roguet. Etude des éléments du pronostic dans la tuberculose pulmonaire. — M. Brochard. L'urétrite vénérienne subaiguë bénigne de nature inconnue. — M. Lopez Ruiz. Etude sur la réaction de Desmoulière. — M. Maisler. Les injections intra-veineuses d'antigène. Lympho-granulomatose au cours de la maladie de Nicolas Favre. Etude biologique et thérapeutique. — M. Trigher. Etude de la lutte antivénérienne dans la Russie des Soviets. — M. Truong-Van-Vinh. Traitement des eczémas lichénifiés d'ancienne date et des prurits localisés par des injections sous-cutanées locales de sérum physiologique.

10 mai. — M. Boutet. Etude chronique des hémorragies secondaires de suites de couches. — M. Géro Zoltan. Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Lariboisière en 1932. — M. Jalley. Diagnostic de la grossesse par injection d'urine à la lapine. — M. Dangauthier. L'assainissement biologique des résidus urbains.

13 mai. — M. P. Weill. Quelques observations cliniques de malades traités par le sérum antistreptococcique. — M. Rabinovici. Etude de l'amyotrophie thénardienne non évolutive du vieillard. — M. Schwob. Les syndromes pariétaux. — M. Bernard. Sur un cas de prothèse maxillo-faciale. — M. Fabre. La conduction osseuse et son utilisation dans la prothèse auditive. — M. Tulpin. Traitement des septicémies streptococciques en oto-rhino-laryngologie par le sérum antistreptococcique de Vincent. — M. Moyse. Etude de l'ostéosynthèse ouverte. — Mme Rive. Etude des pancréatites œdémateuses. — M. Porin. Spondylites et vavéculites d'origine naso-pharyngienne.

10 mai. (Thèse vétérinaires). — M. André. De la transfusion sanguine chez le chien. — M. Pinchemin. Anesthésie du pied chez les bovidés.

Concours pour la nomination d'internes en médecine à l'hospice départemental Paul Brousse. Un concours pour la nomination de six internes en médecine à l'hospice Paul Brousse et à l'Institut du cancer et éventuellement la désignation d'internes provisoires s'ouvrira le 7 juin 1933.

Pourront prendre part au concours : 1° Les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° Les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er mars de l'année 1933. Toutefois, cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active, pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir dans les conditions suivantes :

Au cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury, ils seraient classés en surnombre. Ils ne recevront pas de traitement, mais seront nourris toute la journée les jours de garde et au repas de midi les autres jours. Ils seront soumis au point de vue du service aux mêmes obligations que leurs collègues de nationalité française.

Les candidats devront pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes : 1° Expédition de l'acte de naissance ; 2° Extrait du casier judiciaire ; 3° Certificat de revaccination ; 4° Certificat du directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique, attestant que l'intéressé est externe des hôpitaux ou certificats de dix inscriptions de doctorat prises dans une Faculté ou Ecole de médecine de l'Etat.

Le certificat du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique ou celui du Doyen de la Faculté ou du Directeur de l'Ecole de médecine devra indiquer que le candidat n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine Service de l'Assistance départementale, (3e Bureau, annexe Lobau, escalier A, deuxième étage, pièce 227) dimanches et fêtes exceptés de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures du vendredi 5 mai 1933 au samedi 20 mai inclus.

Troisième Congrès international de pédiatrie. — Le troisième Congrès international de pédiatrie se tiendra à Londres les 20, 21 et 22 juillet 1933, dans le centre de Londres.

Membres du congrès. — Les membres d'une Société de médecine reconnue peuvent être membres du Congrès à la condition d'être nommés par leur propre Comité national.

Cotisations pour les membres du Congrès. — La cotisation pour les personnalités médicales, hommes ou femmes (membres actifs) faisant partie du Congrès est de deux livres sterling (ou de deux livres et dix shillings pour les membres desirant recevoir un exemplaire des comptes rendus) et de une livre sterling pour les personnes non médicales accompagnant les membres actifs. Toutes les cotisations sont payables d'avance et doivent être adressées au trésorier : Docteur Hugh Thursfield, 84 Wimpole Street, Londres.

Marche du Congrès. — Il y aura deux sessions par jour, l'une de 10 heures à 13 heures le matin et l'autre de 14 h. 30 à 16 h. 30 l'après-midi.

Deux sessions parmi celles du matin seront consacrées à des discussions générales pour lesquelles les sujets suivants ont été choisis :

A) Nature de l'allergie et son rôle dans les maladies des enfants, discussion ouverte par le Professeur HAMBURGER, de Vienne ; le Docteur PÉHU, de Lyon ; le Docteur ARNOLD RICH, de Baltimore.

B) Prophylaxie des maladies dues au lait, discussion ouverte par le Professeur ALLARIA, de Turin ; le Professeur BESSAU, de Berlin ; le Professeur LEREBOULLET, de Paris ; le Professeur PETTERSSON, de Stockholm.

Les secrétaires des divers Comités nationaux sont invités à désigner les délégués chargés de prendre part à la discussion de ces sujets. Des exemplaires des communications des rapporteurs pourront être obtenus, un mois avant le Congrès, en s'adressant au secrétaire du Congrès. Les règlements concernant les discussions seront trouvés plus loin.

L'autre session du matin et les diverses sessions de l'après-midi seront consacrées à la lecture et à la discussion des communications indépendantes. Celles-ci seront groupées en sections selon la nature de leurs sujets de façon à en faciliter la discussion et à en permettre l'examen d'un plus grand nombre . Cependant, on ne prévoit pas la réunion de plus de cinq sous-sections au même moment.

Les delégués désirant faire des communications devront passer par l'entremise de leur Comité national, mais il reste entendu que la décision définitive concernant ces communications est du ressort du Comité national britannique. Les titres des communications à soumettre à ce dernier Comité devront être adressés au secrétaire du Congrès (Docteur Leonard FINDLAY, 61, Harley Street, Londres W. I.) aussitôt que possible et le manuscrit devra être également envoyé à la même adresse, prêt à être publié, au plus tard pour le 23 mai 1933.

Le Comité français d'organisation du Congrès de Londres est constitué comme suit : président, M. P. Nobécourt ; secrétaire, M. Robert Pierret ; trésorier et secrétaire adjoint, M. Robert Clément ; membres du Comité : MM. Armand-Delille, E. Cassoute, Jean Cathala, L. Caussade, R. Debré, J. Hallé, E. Leenhardt, P. Lereboullet, Ed. Lesné, A. Mouchet, G. Mouriquand, L. Ombrédanne, M. Péhu, Ch. Rocaz, H. Rocher, P. Rohmer et P. Woringer.

Les membres de la Société de pédiatrie de Paris et de l'Association internationale de pédiatrie, désirant prendre part au Congrès de Londres, peuvent s'inscrire auprès du Docteur Robert Pierret, secrétaire, 95, avenue Kléber, Paris (XVIe) ; Tél. Passy 03.00.

Les médecins ne faisant pas partie de ces Sociétés, désireux de participer aux travaux du Congrès et, en particulier, d'y présenter une communication, pourront envoyer à la même adresse leur demande d'inscription qui sera présentée par le Comité au bureau de Londres. Pour être conformes au règlement d'admission toutes les demandes d'inscription comportant une communication doivent être accompagnées du titre et d'un résumé des communications.

Les manuscrits, prêts pour l'impression, devront parvenir au Comité au plus tard le 10 mai, de façon à être adressés en temps utile au secrétaire général à Londres.

IVe Congrès international de radiologie. — Il aura lieu à Zurich, du 24 au 31 juillet 1934, sous la présidence du Professeur Docteur Hans R. Schinz.

Comme membres du Congrès sont admis : 1º les membres des Sociétés de radiologie de tous les pays ; 2º les personnes proposées par une de ces Sociétés.

Les trente-deux pays qui étaient représentés au IIIe Congrès de radiologie à Paris ont été invités par le Comité d'organisation de nommer des délégués au Comité international de radiologie et de désigner un rapporteur qui, dans la séance d'ouverture référera sur l'organisation de la lutte contre le cancer dans son pays.

Dans les séances plénières les sujets suivants seront traités : Radiodiagnostic des tumeurs des os ; Vasographie ; Aspect radiologique du développement de la tuberculose pulmonaire ; Radiothérapie du cancer de l'utérus ; Radiothérapie des cancers de la cavité buccale et du pharynx ; Radiogénétique ; Radiations mitogénétiques ; Analyse de la structure cristalline ; Le problème de l'unification du dosage en rœntgenthérapie et curiethérapie ; Rayons Gamma durs, rayons cosmiques et rayons d'origine terrestre ; Les ondes courtes en thérapeutique.

En outre les sections suivantes sont prévues : Rœntgendiagnostic, radiothérapie, radiobiologie, radiophysique et radio technique, électrologie et héliothérapie, dans lesquelles chaque membre du Congrès pourra présenter une communication.

Pendant la durée du Congrès une exposition d'appareils, d'articles photographiques, de produits chimiques et de livres scientifiques sera organisée. (Pour informations détaillées prière de s'adresser à M. Strelin, ingénieur, Kilchberg (Zurich).

Les sociétés de radiologie sont priées de faire parvenir le plus tôt possible au secrétaire général (Docteur H.-E. Walther, Gloriastrasse, 11, Zurich) une liste des membres de leur Société.

Médaillon du Docteur Lortat-Jacob. — Le médaillon exécuté à la mémoire du Docteur Lortat-Jacob sera inauguré à l'hôpital Saint-Louis (salle du Musée), le samedi 13 mai à 11 heures.

Hôpital Beaujon. — *Radio-diagnostic.* — Le samedi 13 mai et les samedis suivants, à 11 heures, au Laboratoire central d'électro-radiologie, MM. P. AUBOURG, chef de laboratoire ; P. PORCHER, chef adjoint ; R. GAUILLARD et J. SURMONT, assistants, feront une démonstration pratique de radio-diagnostic sur les sujets suivants.

13 mai, M. AUBOURG : Stase iléale. — 20 mai, M. GAUILLARD : Eventration diaphragmatique. — 27 mai, M. SURMONT : Déformations radiologiques du cœur. — 10 juin, M. PORCHER : Eléments analytiques des interprétations des images osseuses. — 17 juin, M. GAUILLARD : Coxalgie de l'adulte. — 24 juin, M. PORCHER : Tumeurs bénignes de l'estomac.. — 1er juillet, M. SURMONT : Diagnostic radiologique des pneumopathies aiguës.

Concours pour la nomination à une place de chef de laboratoire à la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 12 juin 1933, à 8 h. 1/2, à la Pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, nº 47.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration (Service du personnel, bureau du personnel médical), depuis le lundi 15 mai jusqu'au lundi 22 mai 1933 inclusivement, de 14 à 17 heures.

La « Revue des actualités médicales. ». — Le samedi 9 juin 1933, à 20 h. 45, aura lieu à la salle Adyar, 35, avenue Rapp.

La « Revue des actualités médicales », composée et jouée par le Groupe des revuistes médecins et des étudiants parisiens, avec le concours de l'Orchestre médical.

Cette soirée est donnée au profit du Secours d'urgence de la F. E. M.

Entrée, 25 francs ; étudiants (places limitées), 15 francs.

Retenir les cartes à l'avance au siège de la F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (6e), de 14 à 19 heures (Littré 48-12).

VIIe programme de voyages Cévennes-Pyrénées-Océan (Août-septembre 1933.) — *Première partie : Cévennes.* — Du 20 au 27 août : Concentration à Montpellier (Faculté de médecine du Xe siècle), Palavas et la Méditerranée. — Les cités médiévales de Maguelone et d'Aigues-Mortes. — La source Perrier. — Nîmes et ses monuments romains : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison carrée et le pont du Gard. — Les Cévennes : le Vigan et ses magnaneries, les gorges du Tarn, La Malou. — Mazamet et ses fabriques, la Montagne noire et Carcassonne.

Deuxième partie : Pyrénées. — Du 26 au 30 août : La cité médiévale de Carcassonne et les gorges de l'Aude. — Alet et Usson-les-Bains. — Le Capcir et le col de la Quillane (1.746 mètres). — La Cerdagne : Mont-Louis, Font-Romeu, et le sanatorium des Escaldes. — Le col de Puymorens (1.918 mètres), et Ax-les-Thermes. — Audinac, Antichan et Saint-Bertrand-de-Comminges. — Luchon et Super-Bagnères.

Troisième partie : Pyrénées. — Du 27 août au 5 septembre : Luchon et Super-Bagnères. — Le col de Peyresourde (1.545 mètres) et la vallée de Campan. — Lourdes et ses pèlerinages. — Bagnères-de-Bigorre, le col du Tourmalet (2.212 mètres) et le Pic du Midi. — Barèges, Luz et Saint-Sauveur, le Cirque de Gavarnie. — Cauterets, le col d'Aubisque (1.710 mètres) et Les Eaux-Bonnes. — Pau.

Quatrième partie : Pyrénées-Océan. — Du 4 au 10 septembre : Pau et son château. — Saint-Christau. — Le Béarn et Salies-de-Béarn. — Cambo le Pays basque, Hendaye. — L'Espagne avec Fontarrabie et Saint-Sébastien. — Saint-Jean-de-Luz, Biarritz, Dax. — Bordeaux et sa Faculté. — Les châteaux et les vignobles du Bordelais.

Comme leurs devanciers, ces voyages bénéficieront d'une technique, d'un confort et des avantages moraux et matériels, qui résultent d'une organisation réglée sur dix années d'expérience. Leur direction scientifique sera assurée par des professeurs de Facultés et par des démonstrations de médecins, de géologues et d'historiens, spécialisés dans l'étude des régions visitées. Ces voyages sont réservés aux médecins et à leur famille ; les étudiants en médecine y sont admis.

La cotisation pour chaque partie varie entre 1.000 et 1.500 francs, selon la longueur du parcours. Cette somme est payable par mensualités de 2 à 300 francs. On peut adhérer à chacune des parties isolement. Les voyageurs recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les chemins de fer français.

Les adhérents éventuels, que ces programmes intéressent, sont priés de se faire connaître dès à présent, car les voyages ne seront organisés définitivement que s'ils réunissent un nombre de demandes suffisant. D'autre part, le nombre des places est nécessairement limité par la contenance des hôtels et des auto-cars. Aucune bonne organisation n'étant possible sans des indications données un assez long temps à l'avance, prière d'écrire sans tarder au Secrétariat des voyages Cévennes-Pyrénées-Océan, à La Malou (Hérault).

Nécrologie. — Docteur Marcel BARILLET, de Bressuire (Deux-Sèvres). — Docteur Charles BROUSSIN, de Versailles, 41, rue de la Paroisse, chirurgien honoraire de l'hôpital civil. — Docteur Léon DAUVERGNE, de Lyon, décédé à l'âge de 60 ans. — Docteur Charles DEVAUCHELLE, de Bruyères-et-Montberault (Aisne). — Docteur Jean DEVUNS, de Saint-Etienne (Loire), chef de laboratoire des hôpitaux. — Docteur FORT, de Maillezais (Vendée). — Docteur GERMONT, de Vassy (Calvados). — Docteur Xavier GRANVAL, de Pauillac (Gironde). — Docteur Eugène HÉRITIER, de Lyon, président du Conseil d'administration des Eaux de Vals, ancien député de l'Ain, décédé à l'âge de 61 ans. — Docteur François HOMMEY, maire et conseiller général de Sees (Orne), décédé à l'âge de 72 ans. — Docteur MARY, de Riom-es-Montagne (Cantal). — Docteur BRUNO-BLOCH, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de Zurich, décédé à l'âge de 55 ans. — Docteur W.-A. OPPEL, professeur de chirurgie à l'Académie militaire de médecine de Leningrad. — Professeur Ernest JUNVARA, de Bucarest, électrocuté dans sa baignoire.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'immunité passive peut-elle être considérée comme une protection phylactique ?

Par MM.

Maurice PERRIN et **Alain CUÉNOT**

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Nancy

Interne lauréat des Hôpitaux de Nancy

A plusieurs reprises, au cours de recherches sur la phylaxie de Billard, nous avons été frappés de l'existence de points communs entre les phénomènes phylactiques consécutifs à l'injection d'une eau minérale active, par exemple, et les phénomènes d'immunité passive après injection de sérums thérapeutiques antitoxiques.

Nous allons rassembler ici les divers arguments qui, à l'heure actuelle, nous semblent permettre de considérer l'immunité passive comme un cas un peu particulier de phylaxie.

Dans nos mémoires antérieurs sur l'anagotoxie et la phylaxie (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1931 et 1932), nous avons pu établir un certain nombre de points particulièrement importants à propos du mécanisme de ces deux méthodes de protection antitoxique :

L'anagotoxie vraie ou neutralisation d'un poison par mélange *in vitro* avec une substance active (sels ou eaux minérales spécifiques) est réductible dans tous les cas à un phénomène antidotaire banal.

La phylaxie vraie ou médiate, obtenue par l'injection préalable de la substance protégeante, est également un phénomène antidotaire, mais *in vivo*, celui-là. Tout se passe comme si la substance phylactique (qui présente toujours des propriétés anagotoxiques énergiques *in vitro*) va, après son injection à l'animal neuf, se fixer au niveau des cellules réceptrices et y constituer un pôle d'attraction supplémentaire pour le toxique injecté ultérieurement ? Lors de l'intoxication chez l'animal phylactisé, le poison, au lieu de se localiser sur les éléments cellulaires habituels, pour lesquels il présente certaines affinités, se fixera sur les molécules de la substance phylactisante du voisinage, pour lesquels il a une affinité plus grande. Il y a, en somme, pexie orientée du toxique, et neutralisation antidotaire au niveau de la cellule sensible.

En ce qui concerne la sérothérapie antitoxique, nous pouvons constater que le sérum est doué, lui aussi, d'un pouvoir du type anagotoxique, c'est-à-dire qu'il peut neutraliser une certaine dose de poison *in vitro*, et qu'il est d'autre part, capable de protéger un animal contre une dose mortelle de toxine, s'il est injecté avant le poison en proportion convenable. C'est exactement ce qui se passe dans la phylaxie.

Il s'agit de savoir si cette ressemblance est superficielle ou si le mécanisme de l'immunité passive est réellement superposable à celui d'une protection phylactique.

Après l'injection d'une dose suffisante d'eau de La Bourboule (1 c.c. par 100 grammes de poids), l'animal est protégé contre une dose mortelle de sulfate de spartéine, et cependant, au bout de quelques jours, il est impossible de trouver dans son sérum, la moindre modification physique ou chimique : les électrolytes actifs de l'eau minérale phylactisante sont fixés au niveau des cellules où ils jouent leur rôle neutralisateur lors de l'intoxication postcédente.

Après une injection de sérum antitoxique, que devient ce sérum ? Des études très nombreuses permettent de répondre d'une façon très précise : une partie du sérum circule dans les humeurs de l'organisme injecté et une autre partie se fixe au niveau des tissus. Madsen (Handbuch de Kraus-Levaditi, tome II) a introduit sous la peau d'un homme de 90 kgr. n'ayant jamais reçu de sérum, 20 c.c. de sérum équin antidiphtérique contenant 450 unités d'immunisation par centimètre cube soit au total 9.000 unités. Le sang retiré à divers moments de la veine médiane était examiné au point de vue de sa teneur antitoxique. Quatre heures trois quarts après l'injection le sang contenait 0,1 unité par centicube. Trois jours après il en contenait 1,13 pour le même volume et ce fut le maximum ; plus tard la richesse du sang en antitoxine diminua pour ne disparaître tout à fait que plus de vingt jours après l'injection.

Donc il existe une différence entre l'immunité passive et la phylaxie : on peut retrouver un certain pouvoir antitoxique des humeurs après l'injection de sérum alors que dans la phylaxie rien de semblable ne peut être constaté. Cependant la différence que nous signalons n'est pas aussi marquée qu'on pourrait le croire : après l'injection d'une eau minérale ou d'un sel minéral phylactisant il existe également une courte période pendant laquelle la substance minérale étrangère peut être retrouvée dans le sérum. Il n'y a donc entre les deux phénomènes qu'une différence de degré, conséquence du comportement différent de l'organisme vis-à-vis d'un sel minéral et d'un anticorps sérique de nature chimique bien différente.

* * *

Nous avons vu que vraisemblablement la phylaxie est un phénomène antidotaire qui se produit au niveau même des cellules sensibles au poison. Est-il possible dans l'immunité passive de mettre en évidence une pexie de l'anticorps au niveau des cellules de l'organisme ? La réponse positive est donnée par deux expériences particulièrement démonstratives, (Perrin et Cuénot) dont voici le compte rendu :

1° Un lapin vigoureux et neuf reçoit en injection sous-cutanée une dose de sérum antidiphtérique suffisante pour le protéger contre dix à quinze doses mortelles de toxine diphtérique. Trois jours plus tard on pratique chez cet animal un renouvellement complet de son sang par la transfusion de 400 grammes de sang de lapin citraté. Une expérience préalable au liquide de Tyrode avait démontré que pour laver complètement l'organisme d'un lapin il était nécessaire d'introduire 400 grammes de solution de Tyrode par une jugulaire pendant qu'on opérait une saignée par l'autre jugulaire. Sur cet animal d'essai, après la transfusion des derniers centicubes le liquide de lavage ressortait presque clair alors qu'à ce moment le lapin présentait les derniers spasmes agoniques. Comme au cours de l'expérience préliminaire, l'animal était saigné au niveau d'une jugulaire et transfusé par l'autre. L'emploi de flacons gradués permettait de régler les deux débits, d'écoulement du sang et de pénétration du sang citraté, pour éviter un changement de pression.

L'opération terminée, l'animal est un peu haletant, il reste prostré, mais après une demi-heure il a repris son apparence normale. Deux heures plus tard il reçoit cinq doses mortelles de toxine diphtérique sans présenter d'intoxication notable. Il est donc, de toute évidence, nécessaire d'admettre que toute l'antitoxine diphtérique n'était pas contenue dans le sang, mais qu'une quantité suffisante à la protection était fixée dans les tissus en dehors du torrent circulatoire, soit dans le liquide intercellulaire, soit sur les cellules elles-mêmes.

2° Une autre expérience montre que le sérum antitoxique est capable de se fixer *in vitro* au niveau même des cellules d'un tissu.

Pour cela nous avons prélevé le cerveau sur un cheval fraîchement abattu. Les lobes cérébraux furent broyés finement aux ciseaux, lavés soigneusement au sérum artificiel et séparés en paquets de 10 grammes. Chaque unité de 10 grammes est mise

◆◆

en contact avec 10 c.c. de sérum artificiel contenant à des concentrations croissantes du sérum antitétanique, pendant seize heures à la température de 0° pour éviter toute fermentation. La bouillie de substance cérébrale a été ensuite lavée soigneusement au sérum artificiel pendant trois heures puis décantée de la dernière eau de lavage à la centrifuge et remise à 0° en contact avec 120 doses mortelles de toxine tétanique pendant cinq heures.

Le liquide surnageant est ensuite injecté à des cobayes (trois par bain). On constate que tous les animaux injectés avec la toxine en contact avec le cerveau ayant été imprégné d'anticorps dont la concentration était supérieure à 1/10 000 survivent.

L'expérience montre d'autre part que 10 c.c. d'une dilution à 1/10 000 du sérum antitétanique que nous avions à notre disposition ne suffisent pas à neutraliser 120 doses mortelles de toxine tétanique. Il y a donc lieu de supposer que la bouillie cérébrale a fixé le sérum avec une certaine électivité et par un phénomène d'absorption a appauvri la concentration du bain en anticorps.

Il semble donc qu'il soit permis d'admettre la possibilité de la fixation *in vitro* d'un anticorps sur un tissu correctement choisi.

Par des expériences *in vivo* et *in vitro* nous voyons que dans l'immunité passive tout se passe comme dans la phylaxie : la substance douée du pouvoir antidotaire se fixe au niveau des tissus et agit là comme un pôle d'attraction supplémentaire pour l'antigène lors de son introduction ultérieure. D'ailleurs cette immunité cellulaire observée dans l'immunité passive est tout à fait du même ordre que l'hypersensibilité cellulaire observée dans l'anaphylaxie passive. De très nombreuses recherches de Coca, Fengvessy et Freund, Warfield Longcope et Rackemann, Schultz, Dale, R. Weil, soulignent toute l'importance des processus tissulaires dans l'anaphylaxie. On trouvera dans l'excellente thèse de Georgette Cordier (1) une revue des travaux et expériences démontrant indubitablement la fixation des anticorps au niveau même des cellules et le rôle important de cette fixation dans les processus d'hypersensibilité et dans ceux d'immunité.

***

Nous avons déjà signalé ailleurs la disparition de l'état de phylaxie, lorsqu'on introduit une minime quantité de poison sous la peau de l'animal quelques heures avant l'injection toxique. Les molécules antidotaires fixées par les tissus de l'animal sont saturées par le poison introduit à dose subléthale, et, du même coup, la phylaxie est détruite.

Protocole.

Cobaye n° 193. — 610 gr. Témoin. Dose mortelle de sulfate de spartéine, soit 0 gr. 01 par 100 gr. d'animal ; mort en 50 minutes.

Cobaye n° 191. — 420 gr. Reçoit une injection de 5 mgr. de sulfate de sperteine pour 100 gr. de poids. 48 heures plus tard. il est injecté d'une dose mortelle de sulfate de spartéine ; mort en 55 minutes.

Cobaye n° 194. — 377 gr. Injecté de 6 c. c. de Bussang Grande Salmade par 100 gr. de poids ; 48 heures après. il reçoit une dose mortelle de sulfate de spartéine. Mort en 2 h. 50.

Cobaye n° 195. — 407 gr. Injecté de 6 c. c. de Bussang Grande Salmade par 100 grammes de poids. Le lendemain supporte sans aucun inconvénient un quart de dose mortelle de sulfate de spartéine. Le surlendemain, soit 2 jours après l'injection phylactisante, il reçoit une dose mortelle de sulfate de spartéine. Mort en 36 minutes.

Cobaye n° 197. — 350 gr. Mêmes injections que le cobaye n° 195 ; mort en 27 minutes.

Un phénomène absolument analogue peut être observé dans l'immunité passive. Un cobaye qui a reçu une quantité de sérum antitoxique suffisante pour résister à 10 doses mortelles de toxine tétanique reçoit sans présenter aucun symptôme morbide deux doses mortelles de toxine.

Huit jours plus tard ce même animal reçoit 5 doses mortelles de toxine et meurt en une soixantaine d'heures. Il avait donc perdu la protection conférée par le sérum et cela à cause de l'introduction préalable d'une dose relativement faible de toxine.

Ces deux expériences absolument superposables nous autorisent à admettre l'identité du mécanisme de la protection phylactique et de l'immunité passive.

***

Une comparaison nous est venue à l'esprit en observant, après l'injection toxique, des morts d'une rapidité inexplicable chez certains animaux qui avaient reçu dans certaines conditions des substances phylactisantes correspondantes au poison. Nous avons déjà signalé dans notre troisième mémoire du *Journal de Physiologie et de Pathologie générale* ces hypersensibilités paradoxales. Billard, qui lui aussi les avait observées au cours de ses recherches, avait groupé ces phénomènes sous le nom d'antiphylaxie.

Or, n'est-il pas curieux d'observer parallèlement à l'installation d'une immunité, des phénomènes d'hypersensibilité d'allure également paradoxale : l'anaphylaxie ?

Il serait hardi de faire plus qu'un rapprochement car de nos jours les mécanismes de l'anaphylaxie et ceux de l'antiphylaxie sont très obscurs, malgré les travaux, innombrables pour l'anaphylaxie, dont ils ont déjà été l'objet.

Cependant, il y a un fait sur lequel nous voudrions insister ; c'est que dans les deux cas la substance protégeante est capable de provoquer l'hypersensibilité.

On a cru longtemps que les corps sensibilisants étaient distincts des anticorps immunisants. Or, des auteurs tels que Nolf, Weil, Wells, etc., ont pu sensibiliser parfaitement des animaux neufs pour un antigène donné, en leur injectant de faibles quantités de sérum d'animaux hyperimmunisés contre cet antigène.

A titre documentaire nous allons rappeler les faits expérimentaux grâce auxquels il est possible d'admettre la possibilité des phénomènes de sensibilisation passive à partir de sérums d'animaux hyperimmunisés.

1° Un lapin hyperimmunisé contre le sérum de cheval est saigné aussi complètement que possible puis réinjecté de sang neuf. Après la période de choc, si une injection intraveineuse de sérum est pratiquée, l'animal fait un choc anaphylactique important.

2° Un animal neuf peut être sensibilisé passivement vis-à-vis du sérum de cheval si l'on introduit au préalable une faible quantité de sérum homologue ou hétérologue anticheval provenant d'un animal solidement immunisé. Étant donné que les organismes solidement vaccinés possèdent les anticorps en abondance, leur sérum se montre capable, même à dose remarquablement faible, d'engendrer l'anaphylaxie passive chez un animal neuf. Au contraire pour transmettre l'anaphylaxie passive d'un animal hypersensible à un animal neuf il est nécessaire d'introduire une forte quantité de sérum.

3° Un fragment d'intestin ou de vessie ou une corne utérine ou encore un cœur isolé provenant d'un animal solidement immunisé contre le sérum de cheval mais lavé soigneusement au liquide de Tyrode, réagit *in vitro* en présence d'une dilution extrêmement faible de sérum de cheval exactement comme un muscle provenant d'un animal sensibilisé.

4° Un animal immunisé ne réagit en aucune manière à l'injection intraveineuse de l'antigène. Au bout de plusieurs mois son immunité fléchit et les anticorps que présentent ses tumeurs deviennent de moins en moins abondants. A un certain moment l'immunité fait place à une hypersensibilité du type anaphylactique

(1) Georgette Cordier. — Contribution à l'étude expérimentale de l'anaphylaxie cellulaire. Thèse de doctorat ès sciences, Lyon, 1929.

5° Un animal immunisé au sérum de cheval ou à toutes autres albumines réagit par un choc anaphylactique si la quantité de l'antigène déchaînant est suffisante. Il convient de signaler la nécessité d'un certain rapport entre la dose d'anticorps présente dans l'organisme et la quantité d'antigène que l'injection déchaînante y introduit. Si l'anticorps est abondant, la proportion d'antigène mise en œuvre doit corrélativement être assez élevée.

Tous ces faits ont permis à Weil, Wells, Manwaring et Kusamo, Coca, etc., de faire un rapprochement extrêmement intéressant entre l'immunité et l'anaphylaxie. Dans l'immunité la sensibilisation cellulaire est dissimulée par une quantité largement suffisante d'anticorps libres circulant dans les humeurs, faisant écran et empêchant l'antigène d'atteindre sans être modifié les tissus sensibilisés. Dans l'état anaphylactique, au contraire, les cellules sensibilisées n'ont qu'un écran extrêmement mince d'anticorps libres, absolument insuffisant pour empêcher la totalité de l'antigène de les atteindre.

Il est possible, chez un animal immunisé vis-à-vis d'une protéine, de découvrir la sensibilité anaphylactique, en introduisant dans son sang une quantité d'antigène telle qu'elle fixe la plus grande partie des anticorps libres dans les humeurs.

Au contraire, si la même manœuvre est pratiquée chez un animal sensibilisé dont les humeurs sont très pauvres en anticorps, l'antigène ne rencontre pas d'anticorps libres ; en conséquence, il ira saturer les anticorps fixés sur les cellules, d'où production d'un choc suivi d'une antianaphylaxie.

Voilà donc encore un point commun, extrêmement curieux, entre la sérothérapie antitoxique et la phylaxie par les substances minérales. Dans les deux cas, la substance protégeante est capable dans certaines conditions, soit de sensibiliser les animaux aux poisons, soit au contraire de les protéger. Ce rapprochement élargit singulièrement les cadres de l'antiphylaxie, qui devient un phénomène général comprenant les sensibilisations de toute nature, et entre autres les sensibilisations de nature anaphylactique.

Nous ne nous dissimulons pas la complexité des questions que nous avons effleurées ci-dessus ; nous sommes cependant convaincus qu'il y a lieu, dans l'intérêt même des recherches, de guider nos hypothèses de travail sur des plans largement conçus et qu'il y a toujours avantage lorsqu'on étudie une question, comme la phylaxie, d'essayer de l'accrocher à d'autres sujets connexes, souvent mieux connus, en s'attachant à rechercher les divers liens qui peuvent autoriser un rapprochement.

« D'après les statistiques des pays étrangers, les dossiers de certaines compagnies d'assurances où le dépistage des maladies est relativement aisé, d'après aussi les chiffres de certains dispensaires, on peut admettre que, pour un décès par tuberculose, il y a en moyenne quatre à cinq tuberculeux vivants.

Ainsi on peut considérer qu'il y a en France, environ 4 à 500.000 tuberculeux, dont près de 300.000 adultes entre quinze et cinquante-cinq ans inaptes au travail et dont l'incapacité est de 100 p. 100. » (Georges Brouardel et Jacques Arnaud. Ce que la tuberculose coûte chaque année à la France, Acad. de médecine, 14 février 1933.)

« Les observations de spirochétose méningée que nous avons pu retrouver éparses dans la littérature médicale sont au nombre de vingt. Elles sont loin d'avoir toutes la même valeur documentaire. Les unes manquent de la confirmation sérologique ou expérimentale pour affirmer le diagnostic étiologique, d'autres ont bien présenté le syndrome méningé clinique, mais on n'a pas pu faire la ponction lombaire qui eut prouvé la réaction méningée anatomique. Nous avons cependant accepté, malgré leurs lacunes ou leur imperfection certaines observations.... » (Jean Troisier et Yves Bocquien. La spirochétose méningée, 1 vol. 1933, Masson, édit.)

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
Hôpital des Enfants-Malades

L'éclampsie du début des néphrites aiguës chez les enfants [1]

Par M. le Professeur **P. NOBÉCOURT**

Voici la jeune Yvette.

Ses parents et trois de ses sœurs sont bien portants ; une autre sœur, âgée de 18 ans, aurait eu un érythème induré de Bazin et une albuminurie survenue huit jours après l'érythème.

Elle est née à terme, le 3 février 1921, après un accouchement normal.

Son histoire ne présente rien de particulier, sauf une coqueluche à 3 ans et quelques bronchites banales.

Vers le 25 janvier dernier, elle tousse et se plaint de la gorge pendant trois ou quatre jours ; mais elle continue d'aller à l'école.

Une dizaine de jours plus tard, le 4 février, elle se sent fatiguée ; dans la soirée, elle a trois ou quatre vomissements alimentaires et bilieux, qui sont assez pénibles.

Les jours suivants, elle reste fatiguée ; elle a chaque jour, cinq ou six vomissements et quelques douleurs vagues dans le ventre. Sa température est de 37°-37°6.

L'interrogatoire précise qu'elle ne présente pas de bouffissure, qu'elle urine bien, que ses selles sont normales.

Un médecin consulté prescrit la potion de Rivière ; les vomissements diminuent au nombre de deux ou trois par jour.

Le 11 février, dans l'après-midi, en rentrant à la maison, Yvette est prise d'une forte céphalée, elle pâlit.

Dans la nuit du 11 au 12, elle est réveillée par des douleurs de tête intenses, elle a cinq ou six vomissements. Puis, à quatre heures du matin, elle dit qu'elle ne voit plus et, presque aussitôt, brusquement, débutent des convulsions cloniques du côté gauche, qui persistent pendant un quart d'heure.

Jusqu'à midi, elle a six ou sept accès convulsifs, les premiers localisés à gauche, les derniers généralisés. Après le dernier accès, elle a une miction involontaire. Elle ne se mord pas la langue.

Entre les accès, elle reste somnolente.

Dans l'après-midi, elle est amenée à la salle Parrot.

Sa température est de 38°. Elle est dans un état marqué de torpeur ; ses yeux sont fermés. Elle ne présente que des réactions de défense au pincement.

Elle ne vomit plus, mais a une forte diarrhée.

L'examen du système nerveux ne montre rien de particulier.

Une ponction lombaire retire un liquide clair, eau de roche, dans lequel on trouve un leucocyte au millimètre cube et 0 gr. 50 d'albumine par litre.

On prescrit de l'eau sucrée, une injection de camphre et cinq gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1 pour 1.000.

Pendant la nuit, l'enfant a encore six ou sept accès convulsifs généralisés avec cyanose marquée, sans émission d'urines ni de matières, sans morsure de la langue. Les vomissements et la diarrhée ont cessé.

(1) Leçon du 1er avril 1933.

Le 13 février au matin, la température est de 38°8, la torpeur très grande. La respiration et le pouls sont réguliers. La nuque est un peu raide ; il existe une ébauche de signe de Kernig et, à gauche, un signe de Babinski ; les réflexes rotuliens sont un peu vifs. Les pupilles sont en myosis, mais réagissent bien à la lumière ; le fond de l'œil est normal.

La langue est sèche, pâteuse, avec un enduit blanc jaunâtre, le pharynx un peu rouge.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier.

Les urines sont un peu troubles, légèrement foncées : elles contiennent de l'albumine ; mais on n'y trouve ni sucre, ni corps cétoniques.

On injecte 200 c. c. de sérum glucosé, on donne 0 gr. 04 de Gardénal en quatre prises et 0 gr. 50 de formine.

Les convulsions ne réapparaissent pas.

Le soir la température est de 37°8.

Le lendemain 14 février, la température est de 37°3-37°. La torpeur a disparu. L'aspect est normal. Il n'y a plus de raideur de la nuque, de Kernig, de Babinski. L'albuminurie persiste.

Dans la suite l'enfant reste apyrétique.

Nous procédons à un examen complet.

Yvette est âgée de 12 ans.

Elle mesure 135 cm. 5, au lieu de 142 cm. ; elle a donc une réduction staturale de 6 cm. 5, soit 4,2 % ; elle a la taille d'une fille de 11 ans et un mois. Elle est bien proportionnée pour sa taille ; elle présente, somme toute, une hypotrophie staturale simple légère. On ne note pas de signes de puberté, ce qui est la règle à son âge.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Etant donnés les symptômes présentés et l'albuminurie, nous étudions les grands syndromes rénaux : le syndrome urinaire, le syndrome œdémateux et hydrochlorurémique, le syndrome azotémique, le syndrome circulatoire.

Etudions le SYNDROME URINAIRE.

Les premiers jours et jusqu'au 5 mars, le volume des urines est de 500 c.c., ; ensuite il augmente et atteint progressivement 750 c.c. et un litre.

Les urines contiennent de l'*albumine*. Les 16, 17 et 18 février, son taux est de 2 gr. 75, 3 gr. 25 et 3 gr. par litre. Puis il diminue graduellement. On trouve du 22 février au 2 mars 1 gr. 75 à 2 gr. ; du 3 au 6 mars, 1 gr. 50 environ ; du 7 au 10 mars 1 gr. et, le 11 mars, 0 gr. 80. A partir du 20 mars, il oscille entre 0 gr. 40 et 0 gr. 50 ; actuellement, il est de 0 gr. 50.

Les urines sont hautes en couleur.

L'examen du dépôt, fait les 16 et 23 février montre la présence de très nombreux leucocytes, d'hématies en petit nombre, de rares cylindres granuleux ; la réaction de Meyer est positive.

Le 28 février et le 10, mars, les leucocytes et les hématies sont nombreux ; il n'y a pas de cylindres.

Le 25 mars, on trouve des cellules très abondantes, de nombreuses cellules rondes du rein, de nombreux leucocytes, dont quelques-uns en amas, de nombreuses hématies non déformées, quelques rares cylindres granuleux.

Etudions maintenant le SYNDROME OEDÉMATEUX et la CHLORURÉMIE.

Yvette n'a jamais eu d'œdème.

Le 17 février, au sixième jour de la maladie, elle pèse 27 kgr. 850 et, le 20 février, au neuvième jour, 26 kgr. 230 ; en trois jours elle a perdu 1 kgr. 620. Ensuite son poids oscille entre 27 kgr. et 27 kgr. 500.

Ces jours derniers, à partir du 25 mars, nous instituons prudemment *l'épreuve du sel.* Les poids sont les suivants :

25 mars	27 kgr. 400	avec 1 gr. de sel
26 mars	27 kgr. 750	avec 1 gr. de sel
27 mars	28 kgr. 200	avec 2 gr. de sel
28 mars	27 kgr. 900	avec 2 gr. de sel
29 mars	27 kgr. 500	avec 2 gr. de sel
30 mars	27 kgr. 570	avec 2 gr. de sel
31 mars	27 kgr. 620	avec 2 gr. de sel

L'enfant élimine bien les faibles doses de sel ingérées. D'ailleurs on dose dans les urines des vingt-quatre heures 1 gr. 20 le 29 mars, et 2 gr. 33 le 30 mars de chlorure de sodium.

Le dosage du chlorure de sodium dans le sang est fait par M. Jacques Galimard. Voici les quantités de chlorure de sodium par litre et le taux de chlore obtenu en multipliant la quantité de NaCl par 0,607.

Dates	Nacl		Chlore		Rapport $\frac{\text{Chl. glob.}}{\text{Chl. plas.}}$
	Plasma	Globules	Plasma	Globules	
21 février	6 gr. 7	3 gr. 3	4 gr. 06	2 gr.	0,492
24 février	6 gr. 08	3 gr. 87	3 gr. 69	2 gr. 34	0,634
24 mars	5 gr.	2 gr. 4	3 gr. 27	1 gr. 45	0,443

Le SYNDROME AZOTÉMIQUE ne peut être reconnu cliniquement ; il est impossible de dire que la torpeur qui a existé pendant l'attaque d'éclampsie relève de l'azotémie.

Le dosage de l'urée dans le sérum, fait par M. Bidot, révèle cette dernière.

Par litre de sérum, on dose : du 17 au 23 février, 2 gr., 2 gr. 60, 2 gr. ; le 28 février, 0 gr. 90 ; le 4 mars, 0 gr. 80 ; le 10 mars, 0 gr. 51 ; le 17 mars, 0 gr. 98 (cette élévation peut s'expliquer par l'ingestion quotidienne depuis six jours de 45 à 60 gr. de viande), le 24 mars 0 gr. 55.

Il y a donc une azotémie marquée.

D'autre part, l'*épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine* en injection intramusculaire donne une élimination très faible, de 20 %.

Reste le SYNDROME CIRCULATOIRE.

La *pression artérielle* est prise seulement à partir du 14 février, troisième jour de l'affection, soit au Pachon soit au Vaquez. Voici les constatations.

Date	Pression			
	Maxima	Minima	Différentielle	Moyenne
14 février	12,5	7	5,5	
15 février	12	7	5	
19 février	15	11	4	
20 février	15	12	3	
21 février	13,5	9,5	4	11
22 février	13	10	3	
23 février	13	10,5	2,5	
24 février	12,5	9,5	3	10
25 février	13	8,5	4,5	10,5
26 février	10,5	8	2	
5 mars	11	7	4	9
10 mars	10	7	3	8
18 mars	10,5	7	3	8,5
30 mars	11	7	4	

Parallèlement à ces modifications de la tension artérielle nous trouvons des variations du *cœur.*

Le 20 février, on entend à l'auscultation une accentuation du second bruit aortique. La matité précordiale est un peu augmentée ; le bord droit déborde le sternum, l'angle gauche arrondi est dans le sixième espace intercostal, à 2 cm. en dehors de la verticale mammaire.

Sur les orthodiagrammes du cœur, M. Duhem fait les mensurations suivantes :

Dates	D' G'	G G'	Rapport $\frac{D'G'}{G\,G'}$	Flèche du ventricule gauche	Diamètre de l'aorte
21 fév.	10 cm.	8 cm.	1,25	1 cm. 1	5 cm.
1er mars	8 cm. 3	6 cm. 4	1,29	1 cm.	3 cm. 5
15 mars	8 cm.	7 cm. 8	1,02	1 cm. 5	4 cm. 5
25 mars	7 cm.	6 cm. 4	1,20	1 cm.	3 cm. 5

Il existe donc, au début, une augmentation portant sur les ventricules droit et gauche. Au fur et à mesure que la tension artérielle baisse, le volume du cœur diminue, mais il persiste une certaine augmentation du ventricule gauche, car $\frac{D'G'}{G'G}$ est de 1,20 au lieu de la moyenne, 1,25 à 1,30.

On constate, en outre, sur le premier orthodiagram-

me, une augmentation du diamètre de l'aorte qui a disparu sur les suivants.

Nous avons vu qu'Yvette présente une hypotrophie staturale simple légère. Il convenait d'étudier son OSSIFICATION. Sur les radiographies des genoux, des tibias et des péronés, du poignet et de la main, les cartilages de conjugaison, les diaphyses, les os du carpe sont normaux : ils présentent l'aspect qu'on observe à cet âge.

Il n'existe aucune dystrophie osseuse appréciable.

Le TRAITEMENT a été le suivant :

Au début, du 12 au 16 février, on institue la diète hydrique, avec de l'eau sucrée, puis du bouillon de légumes sans sel.

Le 17 février, on commence un régime déchloruré et hypoazoté, avec 180 grammes de yaourth, 500 grammes de lait, des légumes verts et des fruits.

A partir du 10 mars, on donne 30, 50 ou 60 grammes de viande.

A partir du 25 mars, on donne un gramme et, à partir du 27, 2 grammes de sel par jour.

Somme toute, Yvette est atteinte d'*attaques d'éclampsie* survenues pendant la première phase d'une néphrite. Les attaques sont précédées de vomissements pendant six ou sept jours, d'une céphalée intense pendant une douzaine d'heures, et immédiatement d'amaurose.

Les vomissements ont débuté une dizaine de jours après une angine légère.

Il n'y a aucun signe de scarlatine.

Il s'agit très vraisemblablement d'une *néphrite d'origine pharyngée*.

Les *symptômes* de la néphrite sont : les vomissements, la céphalée, l'amaurose, les convulsions.

Les *urines* sont peu abondantes, contiennent de l'albumine, des leucocytes, des hématies.

Il n'y a pas eu d'œdème. Je reviendrai sur la perte de poids, de 1.600 grammes en trois jours, constatée du sixième au neuvième jour après le début des convulsions.

Il existe une *hyperchlorémie* d'abord parallèle pour le plasma et les globules, puis plus forte pour les globules que pour le plasma, suivie enfin d'une légère hypochlorémie du plasma et des globules.

Il existe une *azotémie* forte et persistante.

La tension artérielle n'a pas été recherchée dès le début. Quelques jours après les attaques d'éclampsie, les 19 et 20 février, elle s'élève en même temps que l'enfant a de la céphalée. Ensuite elle baisse lentement et se maintient actuellement à 10 ou 11 pour la maxima, à 7 pour la minima.

Cette néphrite, après un début aigu, présente une évolution subaiguë. Malheureusement nous ne savons rien sur l'état antérieur des reins.

Je ne veux pas étudier tous les problèmes que nous pose notre malade, je désire vous parler seulement des *accidents convulsifs*.

***

L'ÉCLAMPSIE est un syndrome caractérisé par des *accès convulsifs, à début brusque* : ἐκλάμπειν signifie faire explosion.

L'éclampsie survient dans des circonstances diverses, notamment dans les *néphrites*. Elle peut apparaître dans les néphrites aiguës et dans les néphrites chroniques. Chez les enfants, on la rencontre le plus souvent dans les néphrites aiguës ; au cours de celles-ci, elle a des caractères cliniques et un pronostic très particuliers.

J'en ai donné une étude détaillée dans ma leçon du 24 novembre 1923, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil urinaire*, sur *l'éclampsie dans les néphrites des enfants*.

Je ne referai donc pas aujourd'hui cette étude, je ne ferai qu'analyser l'observation d'Yvette.

Yvette est atteinte d'éclampsie pendant la première phase d'une NÉPHRITE AIGUË D'ORIGINE PHARYNGÉE.

L'éclampsie peut apparaître dans ces néphrites, dites souvent *néphrites a frigore, néphrites primitives*, comme dans d'autres néphrites aiguës et notamment dans les néphrites de la scarlatine.

C'est du reste dans la néphrite scarlatineuse qu'elle a été observée tout d'abord par Odier, de Genève, en 1837, puis par Trousseau, Leconte, Marshall en 1840, par Rilliet et Barthez, en 1843.

La néphrite peut être AVÉRÉE et évoluer depuis plus ou moins longtemps. Il s'agit alors d'*éclampsie tardive*, qui survient dans les deuxième, troisième ou quatrième semaines de la maladie. Son pronostic est souvent grave, elle peut précéder de peu la mort.

Plus généralement la néphrite est IGNORÉE. Précédée ou non de quelques symptômes, qui auraient pu faire soupçonner la néphrite, l'éclampsie éclate brusquement ; c'est elle qui conduit au diagnostic de néphrite. Il s'agit d'*éclampsie précoce* ; celle-ci est bien différente de la tardive.

Pour Yvette, l'éclampsie est précoce et la néphrite est restée ignorée jusqu'à l'éclosion des accidents convulsifs.

Chez Yvette, l'éclampsie n'est cependant pas le premier symptôme qui ait pu retenir l'attention. Elle a présenté pendant sept jours des vomissements, qui paraissent bien relever de l'affection rénale, puis, pendant quelques heures, divers symptômes qui sont des *prodromes de l'accès éclamptique*.

Les PRODROMES font rarement défaut ; ils peuvent durer quelques heures, un jour ou deux ; ils se rencontrent plus ou moins au complet suivant les cas. Voici ces prodromes.

Les vomissements sont plus ou moins nombreux et répétés, souvent pénibles ; ils sont alimentaires ou mucobilieux, spontanés ou provoqués par la boisson.

La céphalée est plus ou moins intense ; elle augmente progressivement.

L'enfant présente soit de l'agitation et de la loquacité, soit de l'assoupissement, de la somnolence, de l'obnubilation intellectuelle. Quelquefois se produisent des petites convulsions localisées au visage.

Il existe toujours une grande pâleur, qui témoigne d'un spasme vasculaire.

Souvent apparaît de l'amblyopie ou de l'amaurose, c'est-à-dire une diminution ou une perte complète de la vision. Les réflexes pupillaires persistent. On ne constate aucune lésion des milieux ni du fond de l'œil. Ces troubles ont une origine centrale, probablement au niveau des circonvolutions du lobe occipital.

L'amaurose précède de peu le début de l'accès éclamptique. Elle a un début brusque ; l'enfant déclare ne plus voir et, peu après, il tombe en convulsions.

Les prodromes ne sont pas toujours au complet ; l'amaurose manque assez souvent.

A côté de ces syndromes prodromiques véritables, il peut exister D'AUTRES SYMPTÔMES.

Parmi eux il faut noter l'ŒDÈME.

L'éclampsie peut être précédée d'œdèmes plus ou moins étendus et importants.

Widal, Lemierre et Pasteur-Vallery-Radot, dans le *Nouveau traité de médecine*, en 1929, y insistent. Le début d'une néphrite aiguë peut être marqué par un œdème qui débute à la face, puis s'étend.

« Le développement des œdèmes, écrivent-ils, coïncide souvent avec l'apparition des phénomènes cérébraux : céphalalgie intense, obnubilation intellectuelle, troubles de la vue, amblyopie ou amaurose totale, et enfin éclampsie. Ces phénomènes se succèdent parfois avec une grande rapidité. Ils peuvent se produire dès les premières heures et marquer, avec la bouffissure de la face, le début de la néphrite. Ils peuvent ne survenir qu'au bout de quelques jours, alors que les œdèmes se sont progressivement accrus ».

◆◆◆

Or, Yvette n'a pas présenté d'œdème, de bouffissure de la face.

Il en est ainsi, presque toujours, chez les enfants atteints d'éclampsie précoce ; il s'agit de néphrite sans œdèmes.

Par contre, on voit souvent des néphrites aiguës avec anasarque rapide s'installer sans éclampsie.

Les URINES peuvent être modifiées, rares, de coloration foncée. Souvent ces modifications passent inaperçues.

Yvette a présenté des ACCÈS CONVULSIFS typiques.

C'est toujours le même spectacle.

Subitement l'enfant pâlit, son regard devient fixe ; il perd connaissance et tombe.

D'abord on constate une raideur généralisée ; c'est la phase tonique.

Presque aussitôt apparaissent des secousses convulsives : c'est la phase clonique.

Le plus souvent, les convulsions sont généralisées à la face, au cou, au tronc, aux membres.

Quelquefois, au début ou pendant toute la durée, elles prédominent ou sont localisées à un côté, à un membre, à la face.

Chez Yvette, les convulsions ont été d'abord localisées du côté gauche.

Pendant les convulsions, le visage est congestionné, la respiration rapide, bruyante, stertoreuse, il y a de la tachycardie, les pupilles ont en mydriase ou parfois en myosis.

L'enfant peut se mordre la langue, avoir une émission de matières ou d'urines.

Au bout d'une ou deux minutes, les convulsions cessent. L'enfant reste pendant quelque temps dans la torpeur ou même dans le coma.

Tantôt l'accès convulsif reste unique. Tantôt les accès se répètent ; cette répétition réalise l'*attaque d'éclampsie*.

L'attaque éclamptique peut revêtir des modalités diverses : les accès sont subintrants ou espacés d'une heure, de deux heures et même plus. Il peut y avoir un ou deux accès chaque jour pendant trois ou quatre jours.

Quand les accès se répètent, la torpeur ou le coma persistent dans l'intervalle. S'ils sont espacés, la lucidité reparaît.

La durée des attaques est très variable. Il en est qui durent une ou deux heures, d'autres qui se prolongent pendant trois ou quatre jours. La durée moyenne est de dix à douze heures.

La terminaison est généralement favorable. La mort est rare.

Après les accès, il peut se produire, rarement chez l'enfant, des *paralysies dites post-éclamptiques* ou quelques troubles passagers des réflexes.

Chez Yvette, l'attaque a duré vingt-quatre heures et s'est terminée par la guérison.

Au cours des accès la *ponction lombaire* a retiré chez elle un liquide normal, qui contenait cependant 0 gr. 50 d'albumine par litre.

Le Professeur Carrière, en 1905, a constaté les modifications suivantes du liquide céphalo-rachidien.

Le volume est augmenté ; la pression atteint 100 à 450 mm. de mercure, alors que la tension normale est de 40 à 60 mm. Le point cryoscopique est abaissé, de — 0°48 à — 0°60, la normale étant de — 0°72 à — 0°78.

La quantité d'albumine est normale. Il n'y a pas de leucocytes. L'urée est normale ou augmentée, suivant les malades.

Tel est le tableau clinique de l'éclampsie au début des néphrites aiguës. C'est somme toute, celui de l'*épilepsie dite essentielle*.

L'analogie est complète. La confusion est facile, car il n'existe aucun symptôme différentiel.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un accès éclamptique, il faut toujours discuter le DIAGNOSTIC, rechercher s'il s'agit d'une épilepsie dite essentielle ou d'une épilepsie dite symptomatique. Les causes de ces dernières sont diverses ; parmi elles sont les néphrites.

Il faut toujours pratiquer l'examen des urines. Mais, quand il existe une néphrite, l'éclampsie peut ne pas en dépendre ; il peut y avoir, associée à la néphrite, une hémorragie méningée ou encéphalique, une méningite.

La ponction lombaire doit être faite.

Comme je vous le disais tout à l'heure, chez Yvette, nous avons fait diverses recherches qui permettent de discuter la PATHOGÉNIE DE L'ÉCLAMPSIE.

L'AZOTÉMIE atteint 2 gr. et même 2 gr. 60 par litre ; elle est persistante.

On rencontre quelquefois chez les enfants des *néphrites aiguës avec rétention azotée prédominante*. J'en ai publié plusieurs observations depuis 1905 et, le 26 mai 1923, j'ai consacré une leçon, qui est reproduite dans le livre de *Clinique* cité tout à l'heure, sur les *néphrites azotémiques aiguës et chroniques chez les enfants*.

Or, il n'y a pas d'éclampsie, même avec une quantité d'urée atteignant 4 et 6 gr. par litre de sérum sanguin ou de liquide céphalo-rachidien.

Je disais : « L'éclampsie n'est pas une manifestation de l'azotémie cérébrale ». Quand elle « apparaît au début ou au cours d'une néphrite, il existe des modifications de la pression sanguine ».

Inversement, on observe l'éclampsie sans azotémie.

Widal, Lemierre et Pasteur-Vallery-Radot, dans le livre cité tout à l'heure, écrivent que, dans les néphrites aiguës graves avec rétention azotée prédominante, il y a de la céphalalgie, de la lourdeur de tête, parfois de l'amblyopie en rapport avec une rétinite, de la somnolence, des vomissements, de la diarrhée, quelquefois du myosis. Ils ajoutent : « Enfin, la mort survient dans le coma progressif avec hypothermie, souvent précédée de quelques secousses convulsives partielles, plus rarement de crises épileptiformes ».

Ils soulignent donc la rareté de l'éclampsie.

Cette rareté se retrouve chez les enfants atteints de néphrites aiguës azotémiques aboutissant à la mort.

Dans ma leçon du 21 mai 1927, publiée par *Le Progrès Médical* du 1er octobre 1927, sur *Néphrites et hépato-néphrites dans les pneumonies des enfants*, je cite une observation de M. José Bonaba, relatée, en 1925, dans *Archivos Latino-Americanos de Pediatria*.

Un garçon de huit ans est atteint d'une néphrite azotémique post-pneumonique. Il meurt le quatorzième jour, dans le coma, sans convulsions, bien que la taux de l'urée dans le sérum sanguin atteigne 8 gr. 45 par litre.

Des faits assez nombreux permettent donc de dire que l'éclampsie d'Yvette n'est pas due à l'azotémie.

Yvette N'A PAS EU D'ŒDÈME.

Sans doute, son poids a diminué de 1 kgr. 620 ; mais cette perte ne représente que 5,8 % du poids initial ; elle est insignifiante.

Lorsqu'il s'agit d'une néphrite aiguë œdémateuse, les pertes de poids sont autrement grandes.

Dans ma leçon du 7 février 1925, reproduite dans mon livre, sur *Les néphrites œdémateuses chez les enfants*, je constate que : « Souvent l'œdème se résorbe, l'enfant perd un quart, un cinquième, un sixième de son poids, tandis que le volume des urines et le taux des chlorures urinaires augmentent ». La perte de poids peut atteindre 25 %, 20 %, 16 % du taux initial.

Chez Yvette, nous n'avons observé rien de semblable : s'il y a eu rétention hydro-chlorurée, elle est bien faible.

Je ne pense pas que l'œdème, c'est-à-dire la rétention hydro-chlorurée suivant la conception de Widal, joue un grand rôle dans la pathogénie de l'éclampsie précoce des néphrites aiguës.

Je ne partage pas l'opinion de Widal, Lemierre et Pasteur-Vallery-Radot, qui écrivent « L'éclampsie qui accompagne l'invasion de certaines néphrites aiguës est

celle qui paraît intimement liée à la rétention chlorurée ». Les phénomènes cérébraux du début des néphrites aiguës « sont en relation avec la rétention chlorurée ».

L'observation d'Yvette plaide en faveur de mon opinion.

Mais il convient d'envisager la *rétention du chlore* ne s'accompagnant pas d'œdème, la *rétention chlorurée sèche*.

Normalement, le taux du chlore par litre est, dans le plasma sanguin, de 3 gr. 50 à 3 gr. 60, dans les globules, de 1 gr. 75 à 1 gr. 80, et le rapport $\frac{\text{Cl. glob.}}{\text{Cl. plasm.}}$ de 0,50, variant de 0,47 à 0,55.

Chez Yvette, nous avons fait les constatations suivantes :

Le neuvième jour, le chlore du plasma et le chlore des globules étaient augmentés notablement, mais le rapport était moyen.

Le treizième jour le chlore du plasma avait un taux presque moyen, le chlore globulaire était augmenté et le rapport un peu fort.

Un mois plus tard, le chlore du plasma, le chlore globulaire, leur rapport étaient un peu faibles.

Il y a donc eu une rétention du chlore, qui a prédominé un moment dans les globules et qui s'est accompagnée d'azotémie.

Ce sont là les caractères de la *rétention chlorurée sèche* d'Ambard, qui, selon Blum, de Strasbourg, est souvent accompagnée d'azotémie.

Le chlore globulaire donne la mesure du chlore des tissus. Dans ces néphrites, ce dernier augmente, surtout, comme Blum l'a montré, dans la substance grise de l'encéphale.

Le chlore, sous forme d'acide chlorhydrique se combine avec les albumines cellulaires ; il en résulte une rupture de l'équilibre acides-bases, des modifications importantes des colloïdes cellulaires ; suivant Blum, ces modifications seraient responsables des phénomènes nerveux de l'urémie.

Léon Blum et van Caulaert, dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 26 juin 1925, sur la *rétention chlorurée sèche dans les néphrites aiguës*, relatent l'observation d'un homme de 34 ans, qui présente, comme première manifestation d'une néphrite aiguë, une céphalée très forte, des accès d'éclampsie et de la somnolence. Ses urines contiennent 12 gr. d'albumine par litre, des leucocytes, des hématies, des cellules épithéliales et des cylindres granuleux.

L'amélioration est rapide.

A la phase aiguë, il y a des signes de rétention chlorurée sèche ; le chlore du sang atteint 4 gr. 28 par litre. Il existe en outre de l'hypertension artérielle : 18,5 pour la maxima, 12,5 pour la minima.

Plus tard, sous l'influence du régime déchloruré, la chlorémie tombe à 3 gr. 37, la pression artérielle à 13-8,5.

Cette observation, disent les auteurs « pose d'une façon nette le problème du rapport entre les manifestations cliniques (crises éclamptiques, hypertension) et l'état humoral tel qu'il résulte de la perturbation de la fonction rénale ».

Il convient donc d'étudier le chlore du sang. L'observation d'Yvette pose le problème du rôle de la rétention chlorée dans la pathogénie de l'éclampsie.

Il reste à envisager la PRESSION ARTÉRIELLE.

Nous ne l'avons étudiée que tardivement, après la fin de l'attaque éclamptique ; à ce moment elle est normale ou peut être un peu forte. Quelques jours plus tard, elle monte au moment d'une reprise de la céphalée. Enfin elle baisse lentement.

La différence entre la pression la plus élevée, les 19 et 20 février, et la pression la plus basse, le 10 mars, est de 5 pour la maxima (15 et 10) comme pour la minima (12 et 7).

Dans l'éclampsie des enfants on trouve de l'hypertension quatre fois sur cinq.

Cette hypertension atteint des degrés divers suivant les cas. Elle est passagère ; elle existe au début de l'accès d'éclampsie et diminue rapidement.

Du fait de son caractère transitoire elle passe souvent inaperçue, à cause des conditions de l'observation.

Dans les observations suivies dans de bonnes conditions, on constate un parallélisme net entre les accès éclamptiques et les poussées d'hypertension.

J'ai attiré l'attention sur ces faits à propos de malades observés avec Darré, en 1905, Harvier, en 1908, Roger Voisin, en 1909, et dans mes leçons.

On trouve l'hypertension signalée dans des observations de Widal et Vaucher (1910), Gautier et Guder (1923), Lian (1923), Léon Kindberg et André Bloch (1926), dans l'observation de Léon Blum et van Caulaert.

Pour ma part, je pense que l'hypertension est le facteur principal de l'éclampsie du début des néphrites aiguës.

Widal, Lemierre et Pasteur-Vallery-Radot écrivent qu'il est impossible d'affirmer que l'hypertension n'intervient pas quelquefois. Mais, pour eux, le rôle le plus important appartient à l'hydro-chlorurémie cérébrale, à l'œdème cérébral.

Je n'ai pas constaté de relation entre la pression artérielle et la rétention hydro-chlorurée ; je viens de signaler la relation possible de la rétention sèche du chlore et de l'hypertension.

L'examen des orthodiagrammes du cœur d'Yvette montre qu'au début le CŒUR était plus gros que dans la suite, sans qu'il y eut de prédominance nette d'un ventricule ; s'il existait une prédominance, elle était plutôt au niveau du ventricule gauche. La crosse de l'aorte était en outre, dilatée.

Cette constatation vient à l'appui de l'existence d'une poussée hypertensive.

SOMME TOUTE, la pathogénie de l'éclampsie du début des néphrites aiguës est encore mal élucidée.

Dans ma leçon de 1923 je disais : « Retenons donc que deux facteurs peuvent jouer un rôle dans la production des accès d'éclampsie au cours des néphrites aiguës : la rétention hydro-chlorurée et l'hypertension. Les avis sont encore partagés sur leur rôle respectif. Peut-être y a-t-il comme l'écrit M. Lemierre « intrication de l'hypertension artérielle et de la chlorurémie ». Pour ma part, je pense que l'hypertension joue le rôle le plus important. »

Aujourd'hui, je conclus de même. Toutefois il faut envisager le rôle de la rétention chlorée sèche, qui n'est pas encore élucidé.

Chez Yvette, il n'y a pas d'hydro-chlorurémie, mais il y a de l'azotémie, de la rétention chlorée sèche et probablement de l'hypertension.

Lorsque Yvette est entrée à l'hôpital, on n'a pas institué de traitement spécial, en dehors de la diète hydrique sucrée. Cependant les attaques ont cessé, ce qui confirme que le PRONOSTIC est généralement favorable.

Mais, dans la règle, il convient d'avoir recours à un TRAITEMENT plus actif. Il comprend : les *émissions de sang*, saignée de la veine, ventouses scarifiées sur la région lombaire, et la *ponction lombaire*, qui diminue l'hypertension intracranienne. Il ne faut pas que la saignée soit trop abondante, pour éviter une vaso-constriction réflexe ; la ponction lombaire doit être faite avec prudence.

Par ailleurs, on prescrit la diète hydrique sucrée.

Si le malade est très agité on fait des enveloppements dans un drap mouillé tiède. Il ne faut pas donner de médicaments calmants tels que le chloral et les bromures.

Dans la suite on traite la néphrite par les moyens habituels.

Yvette a bien guéri de son éclampsie. Mais sa néphrite persiste encore, plus d'un mois et demi après le début. Nous ne pouvons préciser son avenir, d'autant plus que nous ignorons l'état antérieur de ses reins. Il semble que ceux-ci soient lésés depuis longtemps, étant donnée la persistance de l'azotémie et la faible perméabilité à la phénol-sulfonephtaléine.

THÉRAPEUTIQUE

A propos de l'emploi de la folliculine dans la ménopause

Par Mme POULAIN
Interne des hôpitaux de Paris.

L'activité de la folliculine dans un nombre considérable de cas n'a pas tardé à la transformer en un produit d'usage courant, trop courant peut-être, car il s'agit là d'une substance trop déterminée pour que les indications n'en soient pas posées avec le plus de précision et de discernement possible.

C'est ainsi qu'après en avoir maintes fois constaté l'utilité dans les troubles de la ménopause, nous voudrions à la lueur de récents travaux (1) (Aron et ses collaborateurs) essayer d'interpréter ces résultats, résultats qui, à la réflexion, nous ont semblé assez complexes.

En effet, c'est maintenant un fait acquis que la folliculine outre son action sur la contractilité utérine et la sécrétion vaginale représente l'hormone du rut, c'est-à-dire susceptible de provoquer par congestion hypérémiante une hypertrophie de la muqueuse et de la musculeuse utérine.

Dans ces conditions il n'est guère que dans les cas d'hypoplasie utérine où son action trouve une explication physiologique claire et logique.

Pourtant non seulement on l'emploie dans la ménopause naturelle (sans préjudice de la possibilité d'hyperfolliculinémie du début) mais encore dans la ménopause chirurgicale, quand il n'y a plus d'utérus.

Dans un récent article, Cotte n'écrit-il pas « En vérité, que peut-on espérer d'un pareil traitement ? (2)... Ailleurs (3) « dans le traitement des troubles de la ménopause spontanée ou chirurgicale les effets en sont beaucoup plus incertains».

Vignes, à propos des extraits ovariens dans la ménopause dit n'avoir observé que peu de résultats et écrit (4) « Les extraits ovariens ne m'ont jamais ou presque jamais semblé donner de résultats dans les troubles habituels de la ménopause » (5) « il est possible mais exceptionnel que les extraits d'ovaire les améliorent les troubles de la ménopause) souvent même ils les aggravent ».

Devant ces opinions motivées, on conçoit que nous ayons cru sentir le besoin de sérier et d'expliquer les résultats que nous avons cru obtenir.

Nous allons donc

1° Classer les faits dans lesquels la folliculine a agi, et ceux dans lesquels elle fut inopérante.

2° Rappeler les notions endocrinologiques certaines sur la ménopause.

3° Essayer d'interpréter grâce aux découvertes fécondes d'Aron, les résultats que nous avons obtenus.

1° *Sur quels troubles de la ménopause agit la folliculine ?*

Cet extrait que nous avons employé indifféremment dans la ménopause naturelle ou chirurgicale nous a donné des résultats.

(1) Aron. — *C. R.* Société de Biologie 1930. Tome CII p. 148.
Aron et Benoit. — *C. R.* Société de Biologie 1931. Tome CVIII p. 784.
Aron Caulaert Stahl. — *Presse Médicale* 1932 n° 105.
(2) *Paris Médical*, 17 décembre 1932.
(3) Cotte. — Troubles fonctionnels de l'ap. génital féminin 2e éd. p. 756.
(4) Vignes. — Physiologie gynécologique p. 497.
(5) Vignes. — Article ovaire en P. M.C.

Avant tout sur les troubles vaso-moteurs, presque constamment améliorés : bouffées de chaleur, sensations d'étourdissement, frissonnements, etc.

Les résultats sont *très inconstants sur l'obésité* (ceci est d'accord avec Vignes) (1).

Ils furent nuls sur *l'hypertension*, les arthralgies, les douleurs, la sénilité, ainsi que sur les troubles qui paraissent relever de la suppression de l'écoulement menstruel (Vignes).

En résumé c'est donc sur les troubles que la plupart des auteurs s'accordent à attribuer à l'hyperthyroïdie, ou à un désordre vago-sympathique d'origine thyroïdienne que le produit a semblé agir.

2° Si nous résumons les données endocrinologiques certaines sur la ménopause nous voyons :

1° Les signes de suractivité de la *thyroïde*, avec perturbations du métabolisme basal, ce qui correspond parfaitement à ce que l'on observe cliniquement.

2° *Hypertrophie de l'hypophyse* avec modifications histologiques :

Diminution des cellules chromophobes ;

Augmentation des cellules éosinophiles ;

Apparition de cellules dites de castration, et surtout d'après Evan et Zondik, qui l'ont étudiée dans de nombreux cas de ménopause chirurgicale une véritable inondation de l'organisme par l'hormone anté-hypophysaire dont ils ont retrouvé des doses élevées dans l'urine.

3° Nous avons cru trouver dans les travaux d'Aron une explication possible :

1° Sur les rapports qui lient l'hyperthyroïdie et l'hyperpituitarisme ;

1° Sur l'action de la folliculine sur ces troubles d'hyperthyroïdie.

Dans un article récent cet auteur (2) envisage la possibilité de l'existence parmi les hormones anté-hypophysaires d'une thyréo-stimuline, excito-sécrétrice de la thyroïde. Nous ne voulons pas entrer dans le détail des recherches qui lui ont permis d'arriver à ces conclusions, mais seulement essayer d'en tirer les principes qui nous semblent devoir éclairer des résultats cliniques trop souvent incertains quant à leur raison. Nous aimerions qu'ils fussent précisés par des dosages de thyréo-stimuline dans le sang des ménopausiques que nous n'avons pu effectuer.

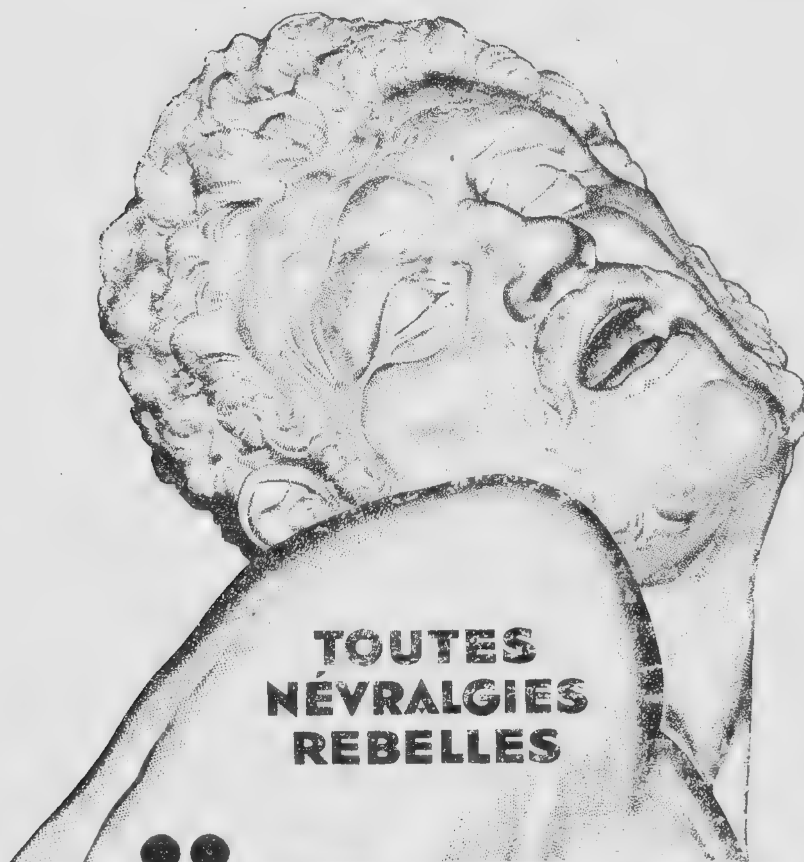
Ce premier point posé et rapproché de l'activité hypophysaire, nous voudrions le rapprocher d'une communication d'Aron et Benoît (3), où fut étudié l'équilibre qui lie la thyréo-stimuline et la folliculine. La folliculine inhibe l'influence stimulante de l'hypophyse sur la thyroïde, alors (et ceci nous ramène directement aux suggestions que nous voudrions proposer) que la castration entraînerait au bout de peu de jours, une élévation du taux de la thyréo-stimuline du milieu utérin par rapport à la normale.

Ces constatations ne permettent-elles pas d'expliquer cette action paradoxale de la folliculine sur un organe non actif ou inexistant, en faisant penser qu'il ne s'agit là d'une action non pas directe, mais infiniment plus complexe. *La folliculine agirait en inhibant l'hypophyse dans son action sur la thyroïde.*

Nous nous sommes demandés en outre si on ne pouvait pas penser qu'il se produit à la ménopause une prépondérance de l'action excito-sécrétrice de la thyroïde, aux dépens des autres actions principalement gonadotrope qui cessent précisément d'exister à cette époque ?

D'autre part cette explication ne rend-elle pas compte des insuccès de la folliculine dans l'obésité de la ménopause, s'il est vrai comme le pensent Champy et Kitch qu'elle est due à une meilleure utilisation des hydrates de

(1 Vignes. — Physiologie gynécologique p. 497.
(2) Aron Caulaert et Stahl. — Recherche sur le diagnostic des troubles fonctionnels de l'hypophyse. *Presse Médicale* n° 106. 31 décembre 1932.
(3) Aron et Benoit. — *C. R.* Soc. Biol. 1932 T. CXIX p. 928.


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

BIBLIOGRAPHIE

Anthologie des Narrateurs italiens contemporains, par Lionello Fiumi et Eugène Bestaux. 53 Contes des meilleurs Narrateurs, de Verga à Moravia. Volume de 448 pages (10,5 × 16), broché : 12 francs. Collection « Pallas ». Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris-Ve.

Les noms des maîtres Verga, Fogazzaro, d'Annunzio, Graiza Deledda, Pirandello, Italo Svevo mis à part, bien rares sont les auteurs modernes traduits de l'italien en français, et ceux-là d'ailleurs le plus souvent choisis « au petit bonheur ». Quelle différence, à cet égard, avec ce qui se passe pour les anglo-américains, les allemands, les russes, etc. ! Cela veut-il dire que la littérature italienne soit dénuée d'intérêt ? L'*Anthologie des Narrateurs italiens contemporains*, que MM. Lionello Fiumi et Eugène Bestaux viennent de publier dans la classique *Collection Pallas*, est le plus éclatant démenti à pareille hypothèse. M. Lionello Fiumi est l'un des écrivains les plus en vue de l'Italie d'aujourd'hui et l'un des artisans les plus actifs et les plus passionnés des échanges intellectuels entre la France et l'Italie. Il a été d'ailleurs, pour ce motif, défini par la presse des deux Pays « l'ambassadeur intellectuel de l'Italie à Paris » où il dirige une revue en deux langues : *Dante*. M. Eugène Bestaux, ancien chargé de cours aux Universités de Kœnigsberg, d'Innsbruch et de Prague, est l'un des *italianisants* les plus autorisés, un spécialiste en ces matières depuis plus de vingt ans, l'auteur de traductions nombreuses et le collaborateur de Fiumi pour l'Anthologie de la Poésie italienne contemporaine dont le succès a été si grand. Nul mieux que ces deux écrivains ne pouvait donner un panorama réel et parfaitement à jour de la littérature narrative italienne.

Revue d'Histoire littéraire de la France. - Abt : un an, 50 francs. Librairie Armnad Colin, Paris.

Sommaire du numéro d'octobre-décembre 1932 :

I. H. Grubbs : La genèse des « Maximes » de La Rochefoucauld. — E. Carcassonne : A propos d'une comédie d'Alfred de Musset : « Il faut qu'une porte .... ». — F. Drougard : Villiers de l'Isle-Adam et Théophile Gautier. — P. Mathieu : Etude sur la métrique de Verlaine.

II. *Mélanges*. — L'inceste dans Phèdre (H. Gifford). — Une pièce inconnue de Molière (P. Melèse). — Charles Sorrel et Pierre Davity (Jean Giraud). — Charles Nodier et Victor Hugo (P.-A. Charles). — L'« Ultramontanisme » d'Edgard Quinet (1844). Une lettre inédite de Cuvillier-Fleury (Henry Tronchon).

III. Comptes rendus.

IV. Chronique Livres et Revues. — Dépouillement de catalogues d'autographes.

L'énigme de Beauraing, par le Docteur G. Bourgeois. Un volume (13 × 20), 96 pages, illustré : 6 francs. Bloud et Gay, Paris, 1933.

On sait que, du 29 novembre 1932 au 3 janvier 1933, cinq enfants prétendent avoir vu là-bas, à trente-trois reprises, une belle dame blanche leur apparaître et parfois leur parler.

Quelle interprétation donner à ces faits troublants ?

Le docteur G. Bourgeois, de Fumay, est allé souvent à Beauraing, au cours de ces mois d'hiver où la petite localité belge était envahie par une foule curieuse du prodige.

Il a interrogé les enfants et noté scrupuleusement leurs réponses, si décevantes quelquefois Il est de ceux qui ont aperçu un soir, au bord de la route, la silhouette de l'apparition.

C'est à son carnet de notes que le docteur Bourgeois s'est référé pour écrire ce livre (1).

En une matière aussi grave, le docteur Bourgeois se contente de dire simplement sincèrement : « Voilà ce que j'ai vu et entendu ».

Cette relation impartiale des événements de Beauraing par un médecin français, apportera à l'enquête indispensable qui doit s'ouvrir a ce sujet, des éléments importants recueillis par *« un témoin d'honneur et de bonne foi.*

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Abonnement. France, un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du no du 30 avril 1933 : J. Plattard : Montaigne et la Boétie. — E. Allier : Magie et religion dans la Grèce antique (II) : la révolution spirituelle d'Elensis. — C. Cestre : Alexis de Tocqueville, témoin et juge de la civilisation américaine (VI) : Gouvernement fédéral et gouvernement des Etats. — G. Cohen : Préhistoire littéraire de la France (III) : La Renaissance carolingienne. — A Forest : L'esprit de la philosophie thomiste (III) : La vie de l'esprit. — J. Cousin : Rhétorique latine et classicisme français (III). Rhétorique et tragédie. — H. Bornecque Tite-Live (VIII) Les intentions morales. — P. Serrien : Problèmes d'art et langage des sciences.

La médecine arabe, par E.-G. Browne, édit. franç. par le Docteur H. Renaud, 1 vol. Prix : 20 francs. Librairie Larose, 11, rue Victor-Cousini, Paris.

C'est le recueil de quatre conférences faites par l'orientaliste anglais E.-G. Browne. Elles se rapportent à l'Orient musulman, à la période des califes abbasides et aux figures de médecins les plus caractéristiques de cette brillante époque.

Le Coffret rouge, par Jean Aubourg, un vol. in-8 cour. 224 pages : 12 francs, en vente chez tous les libraires et chez Eugène Figuière, éditeur, 166, boulevard Montparnasse, Paris.

De M. C. Poinsot : « J. Aubourg a réuni sous ce titre plusieurs petits romans qui témoignent à la fois d'une solide instruction, d'une philosophie un peu mélancolique mais déduite de longues méditations et de l'expérience de la vie, d'un sens de la nature émouvant et d'un goût littéraire du meilleur aloi. L'étude psycho-pathologique du début du livre, sur la syphilis, nous vaut un récit poignant. Le réalisme de *Il Bacio*, se mêle curieusement à un suave récit d'amour. *Zalmoxis* contient un remarquable et curieux exposé de la pensée et de la survie, qui fait de J. Aubourg un grand penseur en même temps qu'un grand poète. »

Ces lignes de M. C. Poinsot sont parfaitement justifiées. Jean Aubourg a un magnifique talent d'écrivain.

Nous devons cependant ajouter qu'ayant lu attentivement *Phoeba*, par quoi débute le *Coffret rouge* nous constatons que Jean Aubourg connaît assez mal la syphilis — ce qui, dans un ouvrage littéraire ne tire pas à conséquence ; mais, ce qui est plus grave, c'est qu'il paraît ignorer com-

plètement la mentalité médicale. Quand un romancier met en scène un médecin, il faut que ce médecin parle et agisse en *médecin*, ce qui n'est guère le cas du singulier personnage de Phoeba.

Sous cette réserve — qui n'est pas insignifiante — toutes nos félicitations.

W. K.

Le Double voyage, par Raymond Groc. Le Bon Plaisir, 2, rue Romiguières, Toulouse, 1933.

Extrayons de l'*Index Médical* quelques lignes consacrées à Groc par un de nos meilleurs et plus avisés critiques :

— « Comment, vous, Docteur, vous voyagez en chemin de fer ...

— Eh ! mon Dieu, oui, comme tout le monde.

— Alors à quoi vous sert votre six-cylindres ? Le grand tourisme, l'indépendance à l'égard des horaires, pas de soucis pour les bagages, l'itinéraire pouvant être changé au gré de la fantaisie à chaque croisée de chemins, le déjeuner à l'orée de la forêt parmi les fleurs et les oiseaux chanteurs, ou le dîner dans un palace — cheveux platinés, gaines largement échancrées, diamants, smokings, violonistes tziganes... Vous abandonnez tout cela ?

— Ce sont sensations qui me sont devenues banales depuis la lecture de ce livre original, inégalé, *Le Double Voyage*, par Raymond Groc, notre confrère, écrivain prestigieux, à l'œuvre considérable, vibrante, talentueuse — aujourd'hui, médecin littéraire *di primo cartello*, demain académicien — habit vert, broderies, Légion d'honneur et épée, etc.

En vérité, je vous le dis, nous le verrons tel — si les destins contraires ne traversent pas la route que, dès son berceau, lui ont tracée les fées sous riantes, indulgentes et douces.

Ce sont des « Notes et réflexions » d'un voyageur — en chemin de fer ».

....

Nous sommes tout à fait de l'avis de L. M. l'auteur des lignes élogieuses qui précèdent. Groc auteur formidablement doué est stupéfiant.

Nous avons lu de lui des drames poignants non inégaux aux meilleurs, aux plus réputés du théâtre contemporain et même du théâtre antique, un roman charmant de psychologie affinée et d'ingéniosité, quantité de poèmes qui se jouent aussi bien des embûches de la thèse soutenue que des difficultés prosodiques, nous avons lu de lui ..... mais revenons au « *double voyage* ».

Le leit-motif c'est la comparaison du train de voyageurs et de la vie ; mais cette comparaison ne s'impose pas du tout d'une façon lassante. Elle laisse les plus larges espaces à des flots de réflexions, d'observations vécues. A chaque page on est forcé de se dire : *C'est pourtant vrai ; mais je n'y avais jamais pensé !*

Que de sagesse, que de psychologie aiguë dans ce petit volume — et aussi que d'humour, car l'auteur est toujours de bonne humeur et loin d'attrister, il ne cesse de réconforter et d'égayer.

Le double voyage est un nouveau fleuron à une couronne de chefs d'œuvre.

Lisez-le ; vous en bénéficierez, qui que vous soyez.

Et si vous devez prendre le train, ne manquez pas de l'emporter pour le lire ou le relire, car avec lui les heures passeront plus vite que des secondes.

W. K.

Le traitement de l'asthme bronchique, par le Docteur Maurice Dérot, Un vol. gr. in-8 de 45 pages. (*Collection les Thérapeutiques nouvelles*) : 6 francs. Baillière éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

La médecine évolue sans cesse et il n'est pour s'en rendre compte que de voir combien en peu d'années se sont modifiées nos conceptions sur l'asthme bronchique. En moins de vingt ans en effet l'anaphylaxie de Charles Richet, l'étude précise du système neuro-végétatif ont bouleversé nos conceptions pathogéniques et ont permis de projeter quelques lueurs sur la physiologie pathologique de ce qui n'était naguère encore qu'une mystérieuse névrose. Durant la même période, la cuti-réaction, l'épreuve de Prausnitz ont acquis droit de cité en clinique tandis que la thérapeutique était rénovée par l'emploi de l'adrénaline et de l'éphrédine, par les méthodes de désensibilisation et par l'utilisation des agents physiques.

Il pouvait donc paraître utile de faire une mise au point, même provisoire, de l'importante question qu'est le traitement de l'asthme, et c'est dans ce but que le volume a été écrit pour le praticien.

Lapins, Lapereaux & Cie, par Ad.-J. Charon. 3e édition complètement remaniée. Un volume 12 × 19 de 320 pages avec 94 figures et une couverture en couleurs. Broché franco : 15 francs. Librairie agricole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris-6e.

L'élevage du lapin a subi, comme toutes les branches de l'Agriculture, des vicissitudes diverses. Aujourd'hui, où les fourrures ont perdu leur valeur, il convient d'être bien informé pour entreprendre avec succès cette spéculation. C'est la chair qui, à présent, procure le bénéfice. Mais il faut réduire la main d'œuvre et pour cela faire des élevages collectifs comme le Docteur Mac Dougall l'a démontré avec succès, en Angleterre. En plus des études comprises dans la première édition, l'auteur s'est particulièrement attaché à décrire les organisations où la main-d'œuvre est strictement réduite, une méthode d'alimentation nouvelle qui donne un développement précoce, l'influence du sel dans les rations, etc., etc...

Ce livre, dont les premières éditions ont connu un éclatant succès et se trouvait épuisé depuis près d'une année, était réclamé avec insistance par les amateurs et les spécialistes.

Rappelons le titre des principaux chapitres :

Une occupation féminine. — Anatomie et physiologie. — Nourriture pour produire un kilogr. de poids vif. — Croissance des lapins. — Deux bilans d'élevage. — La guérison assurée du gros ventre. — Le logement. — L'élevage en colonies. — Le rationnement méthodique. — Les stimulants de la croissance. — Reproduction. — Fourrures. — Au pays des Angoras, etc., etc..

carbone d'origine pancréatique (diminution de la glande avec augmentation des îlots de Lemgerhaus).

Mais surtout qu'il nous soit permis d'insister une fois de plus sur la complexité des résultats endocrinologiques en clinique : rarement dus à une action directe, mais bien plus souvent indirecte et dépendant dans une large mesure de l'état d'équilibre hormonal de l'organisme au moment où ils sont prescrits.

Il convient aussi de se souvenir que si la folliculine agit dans les troubles de la ménopause grâce à un mécanisme indirect qui lui permet d'inhiber l'hyperthyroïdie, le même effet pourrait être obtenu par des médicaments (iode, fluor, bore) par l'hémato-éthyroïdine ou par l'irradiation hypophysaire, thyroïdienne (comme l'avait proposé Borak il y a plusieurs années) ou même médication calmante, sédative du sympathique, etc... C'est qu'en effet la folliculine est une arme à double tranchant, de par son action congestive sur le tractus génital. (Elle serait même capable de déterminer des hémorragies au cours de la vie génitale et suivant de récentes observations après la ménopause)...

Aussi dans ces cas où l'on a quelque raison de craindre cette action (fibrome, métrite polypeuse, hyperplasie muqueuse) il convient de la manier avec prudence ou de la remplacer par une thérapeutique moins dangereuse.

D'autre part, il faut savoir ne lui demander que ce qu'elle est capable de donner, et dans un syndrome tel que celui de la ménopause, rechercher l'origine plus ou moins complexe de troubles que l'on doit s'efforcer d'atteindre, bien que plus ou moins directement, dans leur origine (saignée contre les troubles toxiques : calcium, phosphore contre les troubles du métabolisme, etc.).

FAITS CLINIQUES

L'atonie congénitale et familiale des articulations des doigts

Par le Dr M. SCHACHTER (Bucarest)

Nous avons eu l'occasion d'observer dans trois familles l'existence du fait suivant : tous ou à peu près tous les membres de ces trois familles dont il est question ici, avaient la capacité de défléchir si fortement les doigts de leurs mains, que ceux-ci faisaient avec les métacarpiens un anggle droit franc ; parfois cet angle tendait à se rapprocher de l'angle aigu même. La même hypotonie fut observée au niveau de chaque articulation phalangienne.

Cette hypotonie est, comme nous le disions, congénitale et aussi nette chez les sujets âgés que chez les enfants de ces trois familles.

Au point de vue du siège seulement les extrémités supérieures sont prises : ailleurs je n'ai pas retrouvé cette atonie. Il n'y a pas non plus de différence entre l'intensité de la déflexion de la main droite ou gauche.

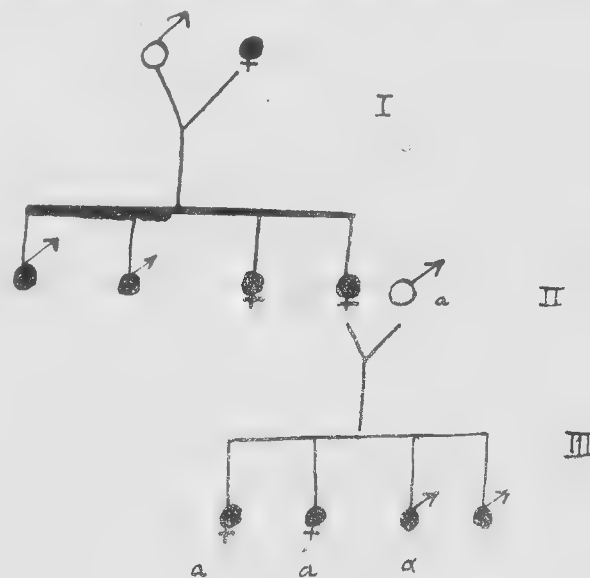
Notons maintenant que toutes les trois familles ne présentent rien d'anormal du point de vue de leur système nerveux. Bien en ce qui concerne la capacité de travail, qui est dans ces trois familles aussi normale que chez tous.

Dans une seule famille, les membres porteurs de cette anomalie avaient aussi en même temps une autre anomalie se localisant sur l'appareil de la vision. Ainsi que le montre l'arbre généalogique annexé, la majorité des membres de cette famille sont porteurs de défauts de réfraction) myopie et hypermétropie). Nous ne voyons pas une relation entre les deux défauts congénitaux, car, comme le montre l'arbre généalogique, c'est par la mère que s'est transmise l'atonie des articulations des doigts tandis que les défauts de la réfraction sont transmis par le père, myope lui-même.

Dans les deux autres familles, dont nous ne donnons pas l'arbre généalogique, l'anomalie des doigts (dans le sens d'atonie) s'est aussi transmise par la mère aux enfants des deux sexes.

Au point de vue du type constitutionnel, les familles rentrent plutôt dans le cadre que Kretschmer nomme des picniques : petite taille et tendance plutôt vers l'obésité.

Dans un cas que nous a montré récemment M. Elias, il s'agissait d'une famille où l'on pouvait voir une atonie de toutes les articulations, de sorte que l'on pouvait faire faire aux sujets une série de mouvements qui sont normalement impossibles. Dans cette famille, cette anomalie ne siégeait



Une des trois familles
En plein les membres ave atonie des doigts
α = troubles de réfraction cornéenne

donc pas aussi électivement aux seules extrémités, comme dans nos trois familles. M. Elias ne pense pas que cette famille soit un type de maladie d'Oppenheim, car l'atonie n'est pas si notable que la dite maladie.

Nous avons vainement cherché dans la bibliographie des données sur l'anomalie que nous exposons ici.

D'ailleurs, M. Y. Poursines, a raison de dire que la question des hypotonies en général n'a été que très peu étudiée ; en tout cas moins que les hypertonies, qui ont fait et font encore l'objet de tant de travaux cliniques et physiologiques.

Suivant l'aspect clinique et l'anamnèse, cette atonie (ou hypotonie pour être plus rigoureux) entre comme le dit justement M. Poursines, dans la catégorie des hypotonies permanentes. Ces hypotonies sont invariables et donc exemptes de tout pronostic évolutif douteux.

Dans la catégorie des hypotonies permanentes, l'auteur cité range celles d'origine musculaire, d'origine nerveuse périphérique, et enfin d'origine centrale.

D'origine *musculaire* sont : les myopathies, les amyotrophies post-infectieuses, et il y range aussi la myopathie rachitique, la myatonie congénitale (maladie d'Oppenheim, 1907) ou l'atonie va jusqu'à l'atonie absolue, et intéresse aussi bien les membres que les muscles du cou et du tronc ; la amyotonie généralisée de Forster, 1909, où au syndrome amyotonique s'ajoutent aussi des troubles intellectuels, des convulsions et de la dysarthrie.

Les affections du système nerveux périphérique donnant des hypotonies ou atonies, sont : les altérations du neurone moteur, comme dans les névrites, traumatismes des nerfs ; les altérations du neurone sensitifs : les névralgies (la névralgie sciatique), le tabes et en général toutes les radiculites.

D'origine centrale sont : les affections médullaires : polyomyélite antérieure aiguë, ou chronique, les myélites transverses, et enfin dans tout le groupe des affections cérébello-labyrinthiques où l'atonie est un signe très important et le mieux étudié.

Dans l'hémiplégie cérébrale infantile on a noté aussi une atonie des muscles des doigts, (c'est celle-ci qui explique les attitudes reproduites photographiquement dans l'article de notre maître M. le Prof. Cornil, de Marseille, dans le fasc. XVIII du Traité de médecine de Vidal. Les attitudes réalisées par nos cas, ressemblent à celles que l'on voit dans l'article de notre maître.

Et pourtant, dans nos cas on n'a pas affaire avec une atteinte du système nerveux central ou périphérique. Rien ne permet de penser à autre chose qu'à une anomalie et non à une lésion nerveuse.

Dans les cas que nous relatons il s'agit donc seulement d'un état local particulier et se manifestant par une grosse modification dans le tonus des articulations des doigts seulement.

Comment expliquer cette anomalie locale, congénitale et familiale. Disons maintenant que nous n'avons pas trouvé nulle indication sur ce genre d'anomalie dans les traités de génétique générale.

On pourrait dire que dans les cas dont nous parlons il s'agit de ce que l'on appelle maintenant avec les auteurs allemands, d'un état de moindre valeur locale (lokale Minderwertigkeit). Cette explication ne nous semble pas tout à fait théorique, depuis que nous avons pu voir que des examens chronaximétriques, montrent dans des cas de maladies familiales, des modifications dans ces chronaxies des muscles atteints des anomalies de fonction, car il s'agit d'une anomalie dans la fonction d'un organe (en espèce le muscle).

En effet, dans un travail fait avec notre chef, M. le Docteur A. Kreindler, nous avons montré que l'étude des chronaxies dans des cas de maladies familiales, montre des anomalies permettant une explication somatique de troubles fonctionnels observés en clinique.

Nous regrettons ne pas avoir eu la possibilité de faire dans nos cas des examens chronaximétriques, qui nous auraient montré, nous en sommes convaincus, des modifications, capables de nous dire que parler d'un état de moindre valeur locale, veut dire parler d'un trouble qui a son substratum dans une modification de l'excitabilité électrique.

La méthode chronaximétrique, nous permet disions-nous, de découvrir des états partiels de moindre valeur d'un organe ou de systèmes d'organes, et de donner une explication plus objective de certains faits qui nous restaient jusqu'ici incompréhensibles.

Comme cause de ces anomalies, nous n'avons pas trouvé, dans nos trois familles, nulle infection ou intoxication chronique ou aiguë, capable d'expliquer l'anomalie en cause.

BIBLIOGRAPHIE

L. Cornil et Mme Benisty. — *In* Traité de méd., fasc. XVIII, 1928.

Y. Poursines. — *In Pratique médic. franç*, 1933, n° 2.

A. Kreindler et M. Schachter. — *In Archiv für psychiatrie*, 1933 (sous presse).

« La psychanalyse telle que l'imposent certains médecins (je ne parle pas sciemment des non-médecins, à qui je ne reconnais pas le droit de s'ériger en thérapeutes analystes) est une médication souvent de trop longue durée et, par cela même, trop coûteuse. Il est nécessaire d'aborder sans fausse pudeur ce sujet délicat. Je connais des cas qui sont en traitement depuis deux ans et demi et à raison d'une séance quotidienne. Il paraît que cela est indispensabe, mais c'est assurément difficilement acceptable aux yeux de bien des malades et aussi des médecins. » (Prof. H. Claude. Quelques considérations sur la psychanalyse. Journal médical français, avril 1933.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Syphilis

Le rôle cancérigène de la syphilis paraît être aussi important pour la mamelle que pour d'autres organes, tels que la bouche, la région génitale, etc.

Les rapports qui unissent la syphilis et le cancer sont, dans le sein, de même ordre qu'ailleurs : même fréquence de la syphilis dans le passé de ces cancéreuses ; mêmes caractères de cette infection, restée longtemps active, souvent avec manifestations nerveuses, toujours mal soignée ; même lenteur dans l'incubation du cancer (dix à trente ans) ; même importance des états précancéreux et, en particulier, de la mammite chronique. Celle-ci doit particulièrement attirer l'attention du médecin ; elle exige, dès son apparition, un traitement spécifique, actif et prolongé.

Il va de soi que l'inflammation chronique de la glande mammaire ne relève pas toujours de la syphilis. D'autres infections telles que la tuberculose, les abcès, d'autres irritations, physiques ou chimiques, peuvent déterminer et entretenir la mastite chronique et, par elle, favoriser le développement du cancer. Mais la syphilis mérite une place de premier plan parmi ces agents d'irritation et d'inflammation chronique.

(Touraine et Ch. Ribadeau-Dumas. Syphilis et cancer du sein. *Paris Médical*, 18 mars 1933.)

L'association syphilis et actinomycose est rare. Mentionnée en 1913 par Pfloger elle n'a guère été l'objet de publications, elle n'est pas signalée dans le traité de Poncet et Bérard. Des faits isolés seuls ont pu être observés. Dans le cas rapporté par les auteurs — cas mixte d'actinomycose et de syphilis — la guérison a été obtenue complètement et rapidement par le seul traitement antisyphilitique, novarsénobenzolique. C'est un nouvel exemple de l'hétérothérapie de Milian. Il s'agissait d'une association d'actinomycose et de syphilis qui fut démontrée par le laboratoire, car la clinique ne faisait penser qu'à l'actinomycose ; la syphilis, complètement latente et ignorée, ne fut révélée que par la séro-réaction de Bordet-Wassermann.

(H. Gougerot, Paul Blum, Dechaume et Duché. Actinomycose et syphilis associées guérissant par le 914. *Paris Médical*, 4 mars 1933.)

Les caractères de la syphilis arabe peuvent être résumés de la façon suivante :

Syphilis acquise : Précocité. Gigantisme. Fréquence des formes extra-génitales.

Période secondaire : Ecourtée, peu importante.

Syphilis tertiaire : Fréquence du phagédénisme.

Syphilis héréditaire : Fréquente, toutes formes.

Syphilis nerveuse : Rare et atténuée.

(Docteur L. Fournier, de Cassaignes, département d'Oran. Les particularités de la syphilis arabe. *La Clinique*, mars 1933.)

Thérapeutique

Le novarsénobenzol, employé dans huit cas de fièvre de Malte, a donné six succès, un échec et un résultat douteux, soit 80 p. 100 de résultats favorables. — Le traitement a été conduit de la façon suivante : arsénobenzol injecté exclusivement par voie veineuse, à doses progressivement croissantes, s'élevant de 0 gr. 15 à 0 gr. 90. Cette dernière dose n'a été atteinte que chez un seul malade, une posologie modérée permettant de répeter les injections à un rythme plus accéléré.

Au début, une seule injection par semaine fut pratiquée, dans la suite deux. La dose initiale fut alors portée à 0 gr. 30 et la dose maxima ne dépassa plus 0 gr. 60 ; le plus souvent même elle ne s'éleva pas au-dessus de 0 gr. 45.

La dose totale de novarséno a varié de 1 gr. 50 à 4 gr. 05. La dose moyenne nécessaire est de 2 gr. 50 à 3 gr. 50. Il est utile de ne pas interrompre prématurément le traitement ; on ne devra l'abandonner qu'après constatation d'une apyrexie stable ; dans les cas où celle-ci aurait été obtenue précocement, dès le début du traitement, il sera bon de pratiquer encore deux ou trois injections pour consolider le résultat acquis.

Le traitement arsénobenzolique dans la fièvre de Malte ne prête à aucune considération particulière concernant son emploi. Avant de l'instituer, on ne négligera pas de vérifier les fonctions hépato-rénales. Sur les huit cas traités ainsi, deux cas d'intolérance ont été observés. Dans un premier cas, elle se manifesta par une érythrodermie, qui apparut à la fin du traitement et revêtit une forme érythémato-œdémateuse bénigne (guérison en quinze jours) ; dans le second cas par de fortes réactions thermiques (40°) le jour même de l'injection et un prurit contenu, localisé surtout aux mains et aux pieds.

Dans les cinq premières observations les résultats obtenus ont été nettement favorables. La durée totale de la maladie a varié de trente sept jours à trois mois (le délai de trois mois n'a été atteint qu'une seule fois dans un cas ou le traitement avait été institué tardivement, plus de deux mois après le début). La guérison fut définitivement acquise dans un délai variant de une à trois semaines après la première injection de novarsénobenzol.

Dans une autre observation le résultat fut favorable, mais il fut moins rapidement acquis que dans les cas précédents. Le traitement institué assez précocement (dix-huitième jour), n'a été suivi de la guérison complète que quarante jours après la première injection de novarsénobenzol.

Le traitement arsenical exerce sur la courbe de température une action inverse, selon qu'il est appliqué en période fébrile ou au cours d'une phase à peu près apyrétique. Le plus souvent dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, se produit une chute thermique qui commence habituellement le soir même, persiste ou s'accentue le lendemain ; puis reprise de la vague fébrile, amortie chaque fois sensiblement par l'injection arsénobenzolique et plus ou moins rapidement abaissement de la température au voisinage de la normale. Si le traitement est alors poursuivi, il est habituel de constater, le soir même de l'injection, une élévation thermique fugace, légère, inférieure à un degré.

Dans deux autres observations, le traitement ne fut pas suivi de guérison rapide. Dans un cas ce fut nettement un échec, dans un autre cas, le traitement fut interrompu d'une façon prématurée, il est difficile de porter cet échec au passif de la méthode.

Ces résultats, bien que ne portant que sur un petit nombre de cas, doivent être pris en considération. Ils sont conformes à ceux obtenus par divers autres auteurs.

(J. Vidal, de Montpellier. Le traitement de la fièvre de Malte par le novarsénobenzol. *Paris Médical*, 11 mars 1933).

Comment concevoir la conduite de la thérapeutique dans les syndromes hyperthyroïdiens ? — Deux faits doivent servir de points de repère :

— Le traitement chirurgical bien fait, c'est-à-dire la thyroïdectomie subtotale avec résection réelle de la *presque totalité* du parenchyme thyroïdien est supérieure comme efficacité et rapidité à l'électro-radiothérapie.

— Il existe cependant un certain nombre de maladies de Basedow qui paraissent hypersensibilisées (Labbé), vis-à-vis des rayons X et il est illogique de se priver dans ce cas d'un traitement tout à fait efficace et *parfaitement inoffensif*,

On peut résumer comme suit la conduite à tenir :

— *a*) en premier lieu : traitement médical pendant trois à quatre mois comme le recommande Bérard (5 à 25 gouttes de Lugol par jour, repos, quinicardine si nécessaire).

— *b*) au bout de ce temps, si le métabolisme basal reste supérieur à 30 % au-dessus de la normale : tâter la sensibilité de Basedow vis-à-vis des rayons X.

— Si l'affection paraît *hypersensible*, si en *quelques* séances l'amélioration est manifeste et rapide, continuer ce traitement qui guérira le malade, sans aucun risque et sans beaucoup gêner son activité sociale.

— Si l'amélioration est au contraire hésitante, il n'y a pas intérêt à rechercher coûte que coûte une guérison de qualité incertaine par un traitement radiothérapique ou électrothérapique prolongé qui, en cas d'échec, livre au chirurgien un malade taré et un goitre d'excision difficile. La thyroïdectomie subtotale est indiquée si en quelques séances une amélioration très sensible n'est pas évidente.

— Seules, des lésions viscérales graves et définitives peuvent contre-indiquer cette intervention et autoriser la poursuite du traitement par les agents physiques.

Aux Etats-Unis ces notions paraissent banales.

Elles sont loin d'avoir conquis chez nous un légitime droit de cité.

Le traitement chirurgical en France est resté longtemps indécis, sa technique incertaine. On a travaillé isolé et la collaboration médico-chirurgicale reste une réalisation encore bien peu fréquente. Les statistiques s'en sont ressenties et ne sont pas dans l'ensemble aussi brillantes que celles des auteurs anglo-saxons. Certaines d'entre elles (Labbé : mortalité de 20 % dans une statisque il est vrai restreinte : 25 cas) ne sont guère tentautes pour les médecins.

« Ne nous laissons pas décourager : copions soigneusement et sans fausse honte les Anglo-Saxons dont l'expérience est considérable. Préparons nos malades au Lugol en collaboration avec un médecin compétent, sachons recourir le cas échéant aux opérations sériées en particulier aux ligatures artérielles préalables, suivons l'exemple de chirurgiens comme Bérard et Duval et nos statistiques seront ce qu elles doivent être (Bérard, 3 1/2 %, Duval et Welti mortalité nulle pour une statistique de trois ans). Il n'y a pas de raisons pour que la thyroïdectomie subtotale soit plus grave en France qu'en Amérique et ici comme là ne constitue pas indiscutablement, presque toujours, le vrai traitement de choix des syndromes basedowiens. »

(F. Bertrand, de Toulouse. Les indications thérapeutiques dans les syndromes basedowiens. *Gazette des Hôpitaux*, 25 mars 1933).

Varia

La paralysie faciale d'origine bucco-dentaire existe et, avant de porter le diagnostic de paralysie *a frigore*, il faut s'être assuré de l'intégrité de la denture et de la muqueuse buccale. De même que l'existence de réflexes sympathiques trigémino-optiques permet d expliquer certains troubles oculaires d'origine dentaire, aussi un réflexe sympathico-facial peut rendre compte de certains cas de paralysie de la VIIe paire. Des lésions dento-alvéolaires paraissent capables, par l'irritation qu'elles déterminent, de causer une crise vasculaire qui, se répercutant sur les vasa-vasorum du facial dans l'aqueduc de Fallope, est susceptible de modifier la nutrition et partant la physiologie du nerf.

(J. Bercher et Mme E. Papillon-Léage. L'étiologie bucco-dentaire des paralysies faciales périphériques. *La Science Médicale pratique*, 15 mars 1933.)

* * *

L'iode, écrit M. Paul Ravaut, est un « médicament beaucoup trop négligé dans le traitement du paludisme et surtout utile dans les formes chroniques... Certes, il ne stérilise pas d'emblée la maladie, mais, dans les formes chroniques prolongées, rebelles à la quinine et aux arsenicaux, l'on peut constater l'arrêt des accès et le relèvement de l'état général ».

M. Ravaut prescrit aux adultes soit XXX à L gouttes de teinture d'iode par jour, soit à chacun des trois repas X à C gouttes de la solution iodo-iodurée de Lugol.

Dans le paludisme secondaire, il donne l'iode pendant les périodes de repos entre les cures arséno-quiniques.

L'enfant supporte très bien l'iode.

(Leçon clinique du Professeur Nobécourt. Anémie avec splénomégalie, due à un paludisme resté latent pendant huit années chez une fille de 16 ans. *Le Concours Médical*, 26 février 1933.)

* * *

Deux théories de la cancérisation ont été exposées dans ces dernières années : celle de l'alcalose et celle de la différence du pouvoir oxydo-réducteur des tissus et du sang.

Pour ma part, je suis très disposé à admettre le rôle de l'hyperalcalose dans la cancérisation. La tendance à l'hyperalcalose a déjà été signalée par les auteurs que j'ai cités. Elle est confirmée par les recherches que je viens d'exposer. Si tous les cancéreux n'ont pas l'urine alcaline, on peut dire que chez tous le pH est au-dessus de la normale. D'autre part j'ai constaté, par des expériences exécutées avec la collaboration de Palios, que chez les souris bicarbonatées et goudronnées, les cancers se développent plus tôt, deviennent plus volumineux et sont plus hyperkératosiques que chez les autres, sans que d'ailleurs la survie soit raccourcie.

* * *

Si l'alcalose joue un rôle dans la cancérisation, il est facile d'expliquer que les sels halogénés de magnésium aient une action anticancérigène puisqu'ils font disparaître l'alcalose.

(Pierre Delbet et Franicevic. Le pH urinaire des cancéreux et précancéreux. Prophylaxie du cancer. *La Tribune Médicale*, janvier-février 1933).

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic

La douleur au niveau des points dits appendiculaires est très fréquente dans la cholécystite ; ces points peuvent coexister avec une crise de coliques hépatiques franche ou être l'unique manifestation d'une cholécystite chronique.

Deux observations de crises hépato-vésiculaires évidentes et relevant du traitement médical, sont caractéristiques ; une douleur appendiculaire intense nécessita l'intervention ; dans les deux cas l'appendice était sain, dans les deux cas il y avait une cholécystite chronique calculeuse.

(Teresa Malamud. El dolor apendicular como unico signo de algunas colecistitis cronicas. *Prensa Medica Argentina*, 10 décembre 1932).

Appareil respiratoire

La pneumonie peut évoluer d'une façon insidieuse ; l'observation suivante d'Arthur Rousseau, de l'hôpital du Saint-Sacrement mérite d'être rapportée :

L. P. R., barbier, âgé de 53 ans, entré à l'hôpital le 18 mai.

Nous n'apprenons que peu de chose de ses antécédents. On nous raconte que, il y a deux mois, il a eu une gastrite aiguë accompagnée de douleurs et de vomissements.

Dans la nuit du 16 au 17 mai il a de nouveau des douleurs et des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux qui se répètent toute la journée suivante ; il passe des selles de couleur foncée. Ces troubles gastro-intestinaux sont accompagnés de fièvre et de hoquet.

A son entrée à l'hôpital, la fièvre s'établit à 103 (39°4) et reste à peu près fixe quatre jours. Le hoquet est incessant ; il ne donne aucun répit au malade ; il ne laisse place, ni jour, ni nuit, à une respiration normale. Le rythme des spasmes est d'environ 30 à la minute. Ils ne sont nullement douloureux. Il n'y a ni toux ni expectoration. Il n'y a pas de points de côté.

Cependant la palpation du creux épigastrique et de l'hypocondre droit réveille quelques douleurs. Il existe une contraction rigide des muscles de l'étage supérieur de l'abdomen.

Il n'est pas possible de mettre nettement en évidence des points douloureux phréniques.

L'état général est profondément altéré. La violence du hoquet et sa persistance épuisent le malade, semblent lui interdire toute plainte et lui donnent une expression de détresse...

Dans les urines on trouve des traces d'albumine... et 47 grammes de sucre par litre.

En résumé, nous nous sommes trouvés en présence d'un malade qui, au lendemain d'une crise de vomissements, présente encore de la fièvre, du hoquet et de la contracture de la partie supérieure de l'abdomen.

Ces signes et la notion d'une crise antérieure récente de vomissements ne pouvaient manquer d'attirer notre attention vers l'hypothèse d'une péritonite sous-diaphragmatique. Le Docteur Dagneau craint, comme nous, un abcès sous-diaphragmatique. Mais nous ne retrouvons pas un syndrome caractéristique ni d'un ulcère perforé, ni d'une cholécystite, ni d'une pancréatite. D'un commun accord nous décidons d'attendre et d'observer, d'autant plus volontiers que nous suspectons toujours l'origine pleuro-pulmonaire du syndrome, en dépit de l'absence de signes physiques et fonctionnels caractéristiques d'une telle localisation.

Pendant trois jours, tout ce que nous pouvons relever d'anormal dans le thorax c'est l'existence de quelques râles vers la base droite. Mais le quatrième jour se dessine nettement le syndrome de la pneumonie du sommet droit : râles, souffle, matité, toux, expectoration. Dès le lendemain se produit la défervescence. Le hoquet diminue pour cesser le 27, neuf jours après l'entrée à l'hôpital...

(Arthur Rousseau. Pneumonie évoluant d'une façon insidieuse sous le couvert d'une crise de hoquet. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, octobre 1932).

Tuberculose

La bacillemie a été étudiée chez quinze sujets porteurs d'un pneumothorax thérapeutique.

La recherche fut pratiquée suivant la technique de Löwenstein d'une part, suivant l'inoculation au cobaye d'autre part.

Les résultats ont été entièrement négatifs.

Le développement d'une poussée bacillémique, même au moment de l'institution d'un pneumothorax thérapeutique, doit constituer une éventualité extrêmement rare et reste d'une démonstration extrêmement difficile, même avec les procédés techniques récents.

(Carlo Verdina. Recherches sur la bacillémie tuberculeuse au cours du pneumothorax thérapeutique. *Montana Médical*, nº 4, octobre-décembre 1932).

Ophtalmologie

L'autohémothérapie paraît supérieure à l'injection de lait, non seulement par la rapidité de son action, mais encore par l'absence de réaction.

Elle est contre-indiquée chez les albuminuriques, les artério-scléreux, les insuffisants hépatiques.

Elle est indiquée dans les kératites, les ulcères simples de la cornée, les orgelets.

La technique est la suivante : On injecte 2 c. c. le premier jour, 4 c. c. le second, jusqu'à ce qu'on ait atteint la dose de 10 c. c. que l'on répète cinq ou six fois.

(M. Baquero. La autohemoterapia en oftalmologia. *Revista de la Facultad de medicina de Bogota*, juillet 1932, in *Revista Espanola de Medicina y Cirugia*, décembre 1932).

La myopie augmente de fréquence ; voici quelques chiffres obtenus au cours des examens de l'acuité visuelle des soldats suisses.

11.251 sujets subirent cet examen en 1924 et 1925 ; 6 % étaient myopes et se répartissaient ainsi :

De 1 à 3 dioptries	381
De 3 à 6 dioptries	237
De 6 à 9 dioptries	26
Au-dessus de 9 dioptries	11

La myopie est plus fréquente à la ville (8,6 % à Zurich) et chez les intellectuels (24 %) que chez les campagnards (1,2 %).

(Rohner. Statistiche Untersuchungen über die Haufigkeit der myopie. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 30 juillet 1932).

Oto-rhino-laryngologie

L'amygdalectomie ne semble pas donner les résultats brillants qu'il est classique d'escompter, pas plus que l'ablation des végétations. Elles ne préviennent aucune maladie infectieuse, à l'exception de la diphtérie ; les otites, les mastoïdites, les bronchites et les pneumonies seraient même légèrement plus fréquentes chez les opérés.

L'action prophylactique sur le rhumatisme articulaire aigu, la chorée et l'endocardite n'est pas clairement dégagée.

(Glover et Wilson. The end-results of the tonsel and adenoid operation in childhood and adolescence. *British Medical Journal*, 10 septembre 1932).

Les amygdales seraient au contraire la principale porte d'entrée des infections focales pour R. Silveira, qui conseille l'intervention dans les conditions suivantes :

1° Amygdalites cryptiques chroniques.

2° Accès à répétition d'amygdalites aiguës, de périamygdalites ou d'abcès amygdaliens.

3° Crises articulaires au cours d'amygdalites aiguës ou subaiguës.

4° Hypertrophie chronique des ganglions cervicaux.

La collaboration de l'interniste et de l'oto-rhino-laryngologiste est recommandée.

(R. Silveira. Les amigdalas como principal puerto de entrada en las infecciones focales. *Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*, 31 octobre 1932).

Thérapeutique

Le traitement chrysothérapique a une double action suivant la dose employée.

A petite dose l'or se dépose dans le tissu pulmonaire à une certaine distance des lésions, en produisant, par obstruction mécanique des lymphatiques ou des capillaires sanguins un *effet de barrage*, semblable à celui de certaines pneumokonioses bénignes à action favorable ; cette action favorise la localisation et la régression des lésions récentes et aiguës.

A forte dose l'or dépasse inutilement le champ pulmonaire et vient en contact direct avec les tissus tuberculeux produisant un *effet d'irritation* et provoquant les phénomènes réactionnels assimilables aux réactions tuberculiniques : cet effet,

dangereux dans les lésions récentes et aiguës, peut être utilisé dans le traitement des formes chroniques fibreuses et localisées de la tuberculose pulmonaire.

Malgré son faible rendement, la chrysothérapie nous rappelle que la tuberculose pulmonaire est capable de guérir, dans un grand nombre de cas, par les processus naturels de l'organisme, pour peu qu'on les favorise. Si nous n'avons pas de remède radical à opposer à la maladie, nous possédons cependant un certain nombre de médicaments qui ont tous un *coefficient partiel d'efficacité* au cours du traitement ; l'or est un élément nouveau ajouté aux ressources thérapeutiques que nous possédions déjà.

(M. Jaquerod. La chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 décembre 1932).

Le vaccin de Friedmann sauvera-t-il l'humanité de la tuberculose ? Oui, pour Gheorge Muller, qui en fait un éloge enthousiaste.

La vaccination préventive est fortement recommandée chez la femme enceinte, chez le nouveau-né.

La vaccination curative donne des succès retentissants dans la phtisie de gravité moyenne, les abcès froids multiples, la tuberculose rénale, la maladie de Basedow.

Cette excellente étude du médecin-chef de la Policlinique de Bistritsa nous oblige à déplorer, une fois de plus, la prohibition officielle du vaccin de Friedmann.

(Gheorge Muller. Experienta mea cu remediul antituberculos preventiv si curativ al lui Friedmann. *Clujul medical*, 1er novembre 1932).

Les antiseptiques ont fait faillite pour stériliser les plaies.

En présence de plaies qui n'ont pas intéressé d'organes profonds, la désinfection ne sert à rien ; ce qui compte c'est la toilette soignée de la peau voisine. On se servira pour cela de benzine rectifiée, d'alcool absolu ou de teinture d'iode faible ; la benzine iodée est naturellement excellente.

Une fois le territoire cutané mis en état, on s'occupe de la plaie elle-même ; on prescrira les antiseptiques chimiques. Tout au plus fera-t-on usage du Dakin, de l'eau oxygenée, de la solution hypertonique de chlorure de sodium ; la douche chaude à 50° avec la solution salée isotonique demeure préférable.

Remplacera-t-on les antiseptiques chimiques par les vaccins, bouillons-vaccins, etc. ? Les résultats sont inconstants et trop variables pour avoir une opinion ferme. Les bactériophages et les antivirus semblent avoir un certain avenir.

(J. Veyrassat. Que peut-on attendre des antiseptiques dans le traitement des plaies ? Comment faut-il traiter les plaies. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 janvier 1933).

Les rayons ultra-violets agissent efficacement dans l'érysipèle.

Les doses faibles sont sans effet ; les doses fortes sont recommandables ; on donne une dose érythémateuse et demie en se basant sur le dosimètre de Keller ; si l'on ne possède pas de dosimètre, on adopte une distance de 50 centimètres et une durée de 12 à 15 minutes.

Deux séances sont amplement suffisantes ; une troisième constitue une bonne précaution.

Méthode simple, propre, commode et sûre.

(S. Schutzmann et I. Rosman. Le traitement de l'érysipèle par les rayons ultra-violets. *Nova revista medicala*, novembre 1932).

Varia

La médecine française s'est toujours distinguée par ses qualités brillantes et originales (*for its brilliance and originality*) (Bramwell, d'Edimbourg).

Il y a cent ans d'ici tous les pneumoniques étaient copieusement, systématiquement et à plusieurs reprises saignés. N'est-il pas effarant de voir cet observateur génial qu'était Laënnec discuter âprement avec Broussais sur le nombre d'onces que chaque phlébotomie doit comporter ? (Lucien Beco, de Liége).

En pratique, le tuberculeux qui s'améliore perd souvent son optimisme et se décourage en se désintoxiquant. (M. Jeanneret Minkine, de Lausanne).

Les problèmes de biologie cellulaire soulevés par l'irradiation des tissus sains ou des néoplasmes sont multiples. Faute d'avoir pu leur donner une solution définitive, la thérapeutique par les radiations reste encore souvent, dans ses applications à l'homme, hésitante, déconcertée ou complètement impuissante. (A.-P. Dustin, de Bruxelles).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1933

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — Au nom de la Commission, ***M. Léon Bernard***, après avoir envisagé dans son ensemble la question de la déclaration des maladies contagieuses, soumet à l'Académie le vœu suivant :

« L'Académie,

— Considérant que la déclaration des maladies contagieuses, imposée aux médecins par la loi de 1902 n'est pas faite de manière satisfaisante ;

— Que cependant une très grande amélioration de cette situation s'est manifestée dans ces dernières années à la faveur de la création progressive d'inspections départementales d'hygiène et des relations de collaboration de plus en plus étroite entre les médecins fonctionnaires sanitaires et les médecins praticiens ;

— Rappelle que dans le projet de revision de la loi de 1902 qu'elle a adopté le 24 mai 1921 à la suite de la consultation qui lui avait été demandée par le Gouvernement la conclusion suivante était formulée :

« La déclaration des maladies transmissibles est faite aux médecins sanitaires et est obligatoire pour les chefs de famille ou d'institutions et les médecins. »

— Emet le vœu que le projet de révision de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique, projet présenté par le Gouvernement et qui comprend, parmi ses clauses, l'existence obligatoire des inspections départementales d'hygiène soit le plus rapidement possible soumis aux délibérations du Parlement. »

Propriétés des protéines séparées du sérum par les deux méthodes à l'acétone et aux sels. — ***MM. Ch. Achard, A. Boutaric*** et ***M. Piettre***. — La méthode à l'acétone respecte l'intégrité des molécules protéiques du sérum. Elle n'altère point la densité optique, les viscosités relatives, le nombre de granules par gramme de matière colloïdale. L'action accélératrice qu'exerce la dilution sur la floculation de l'hydrate de fer colloïdal, ni la tension superficielle en fonction de la dilution et de l'adsorption par le charbon pulvérulent.

La méthode aux sels ne fournit rien de comparable sous le rapport des propriétés physiques. La fraction dite pseudoglobuline, étudiée par la méthode à l'acétone, donne, outre la globuline, de la sérum-albumine et de la myxoprotéine. De même après dialyse prolongée. Il y a environ dans la fraction sérum-globuline un quart de son poids en sérum-albumine et pour la friction sérum-albumine un cinquième en globuline.

Première application de la radio-kimographie dans la tuberculose pulmonaire. — ***MM. Léon Bernard*** et ***Delherm*** présentent à l'Académie les premiers résultats de leurs recherches sur l'application de la radiokimographie à l'étude de la tuberculose pulmonaire. Après avoir montré les données nouvelles que l'on peut tirer de cette méthode pour le diagnostic et les traitements collapsothérapiques de la maladie, ils présentent quelques projections de kimogrammes qui illustrent leurs démonstrations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1933

Un nouveau cas de lithopédion. — ***M. Auvray*** en présente une observation et insiste sur l'intérêt de l'intervention précoce.

Corps étrangers du genou. — ***M. Fredet*** présente une série de radiographies et de pièces opératoires. Puis il rapporte une observation de ***M. Jean Vidal*** (de Nice).

Splénectomie chez une enfant hémogénique. — ***MM. M.-E. Weill*** et ***Grégoire*** présentent cette enfant. Il n'y a eu aucun retentissement ni sur la taille, ni sur le poids, en les comparant à ceux d'une sœur jumelle.

M. Leveuf est également partisan de la splénectomie.

M. Mouchet a obtenu un beau succès dans un cas d'anémie grave chez un nourrisson de onze mois.

Hernie épigastrique étranglée. — *M. Sénèque* rapporte cette observation de *MM. Folliasson* et *Héraud*. Il s'agissait d'un étranglement de frange colique chez un homme de 78 ans. Guérison.

M. Huet a personnellement opéré un cas de hernie épigastrique étranglée avec incarcération du grêle.

Traitement de l'épilepsie par l'extirpation du corpuscule carotidien. — *M. Sénèque* en rapporte trois observations de *MM. Guibal* (de Nancy) et *Rome* (de Charleville). Les auteurs ont obtenu une amélioration légère dans un cas, une amélioration transitoire dans un autre. Le troisième malade mourut au troisième mois. Au total l'opération ne paraît pas bénigne, ni susceptible de donner des résultats permanents.

M. Leriche a observé, après sympathectomie péricarotidienne, d'abord de la vaso-constriction, puis de la vaso-dilatation cérébrale. Il insiste aussi sur la difficulté de savoir macroscopiquement si le corpuscule a été ou non enlevé. Enfin M. Leriche est très sceptique sur le rôle d'interventions indirectes dans l'épilepsie.

Ostéoporose post-traumatique. — *M. Moulonguet* rapporte une observation de *M. Rœderer* concernant un cas d'ostéoporose du genou et y joint deux observations personnelles.

M. Leriche insiste sur l'importance de l'espace libre entre le traumatisme et l'apparition de l'ostéoporose ; il rappelle que le plâtre ne soulage pas de tels malades.

Il existe en même temps des troubles circulatoires importants. La sympathectomie est toujours curatrice de l'ostéoporose métatraumatique.

M. Mauclaire rappelle la fréquence de la localisation carpienne de l'ostéoporose.

M. Mouchet en a vu récemment un nouveau cas.

Apoplexie abdominale. — *M. Mondor* analyse un travail de *M. Mourgue-Molines* (de Montpellier) concernant des causes rares d hémorragies intra-péritonéales, par fragilité anormale d'artères ou par anévrysme.

M. Cunéo a observé dans un cas une fissuration spontanée de l'aorte abdominale.

M. Desplas prit pour une appendicite un hémopéritoine chez un homme jeune, sans pouvoir trouver l'origine de l'hémorragie.

Cholangiographie au cours des opérations sur les voies biliaires. — *M. Mirizzi* (de Cordoba) montre de fort belles radiographies au lipiodol prises au cours de l'acte opératoire.

Maladie de Volkmann. — *M. Leriche* a guéri une maladie de Volkmann par ablation d'un segment d'artère humérale rompue et oblitérée.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 avril 1928

Traitement du psoriasis par les injections de lait. — *MM. Tzanck* et *Cord* rapportent un nouveau cas de psoriasis rapidement blanchi par des injections de lait. A cette occasion, ils insistent sur le caractère individuel des résultats obtenus, nécessitant un nombre d'injections variant de 6 à 20 ou plus. Ces particularités se retrouvent au cours de toutes les médications générales successivement préconisées pour le traitement du psoriasis (calomel, bismuth, novar, psothanol) comme aussi au cours des médications dites spécifiques comme la vaccinothérapie. Ces auteurs en déduisent qu'il s'agit là d'effets non spécifiques, ce qui interdit toute déduction relative à la nature mycosique du psoriasis, alors même que le blanchissement est obtenu par les vaccins mycosiques.

Un cas de leucémie myélogène à polynucléaires sans splénomégalie. — *M. P.-Emile Weil* rapporte un cas de leucémie à polynucléaires chez une jeune fille de 19 ans, atteinte de troubles intestinaux graves, fébriles et d'anémie. L'examen du sang montra : G. R. 3.300.000 ; hém. 70 ; V.G. 1 ; G. B. 79.800 ; poly. 85 ; lympho. 5 ; moyens mono. 2 ; myélo. baso. 1 ; myélo. neutro. 7 ; quelques rares hématies nucléées. Huit jours plus tard, les globules blancs montaient à 131.000. Le diagnostic de leucémie myélogène à polynucléaires fut porté sur cet examen, bien que la rate fut à peine perceptible à la palpation dans les inspirations profondes. Un traitement par des injections de thorium fit tomber la leucocytose à 19.600. Son efficacité confirme le diagnostic porté.

L'auteur a déjà décrit antérieurement la leucémie myélogène sans splénomégalie, qui constitue une forme de début de l'affection. On voit encore la leucémie sans rate au début d'une récidive. La leucémie à polynucléaires se constate d'ordinaire accompagnant une splénomégalie, dont la nature myéloïde est révélable par la ponction splénique. Elle constitue soit une forme de début, soit une forme d'amélioration au cours d'une cure radiothérapique, soit une forme de récidive de l'affection. Jusqu'ici, il n'avait pas encore été donné de voir réunis ces deux caractères des formes de début : absence de rate, absence de grande myélocytose. Ces types morbides sont transitoires. Peut-être sont-ils moins exceptionnels qu'on pourrait le penser. En tout cas, leur importance est grande tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

Infiltrations anesthésiques périarticulaires au cours du rhumatisme chronique. — *M. Coste*.

Un cas de méningite séreuse avec accès épileptiques, consécutif à un coup sur la tête. — *M. Urechia* (de Cluj).

Chloro-anémie pernicieuse rebelle, améliorée par les acides aminés. — *M. Michon* (de Nancy).

La néphrite aiguë expérimentale. Son syndrome humoral. — *M. Léon Binet* et *Mme H. Kaulbersz-Marinowska*. — Le nitrate d'urane détermine, chez l'animal, des lésions rénales aujourd'hui bien analysées. Les auteurs ont étudié le sang de dix-sept chiens présentant une néphrite aiguë et ils soulignent, en dehors d'une azotémie élevée et de modifications (variables) du chlore sanguin, l'existence d'un abaissement de réserve alcaline. Cet effondrement de la réserve alcaline est accentué, précoce et constant.

La néphrite aiguë expérimentale. Son traitement. — *MM. Léon Binet* et *J. Marek* ont soumis à l'intoxication par le nitrate d'urane trente lapins adultes : les uns ont servi de témoins. les autres ont reçu tous les jours 40 c.c. de sérum physiologique, d'autres recevaient 40 c. c. de sérum bicarbonaté. L'expérience a donné les résultats suivants : six témoins, six morts ; douze traités par le sérum physiologique : onze morts, une survie ; douze traités par le sérum bicarbonaté : trois morts, neuf survies.

La bronchographie lipiodolée dans les bronchiectasies ; précisions sur la technique et l'interprétation des clichés radiographiques (avec projections). — *MM. E. Rist* et *A. Soulas* pensent qu'à côté des dilatations bronchiques aisément reconnues, il existe des images d'interprétation discutable. Les images dites « en tuyau de pipe », en « bout coupé » avec disparition du « feuillage péri-bronchique » représentent soit une bronchiectasie, soit encore une « bronchorrhée atypique » cette dernière ne donnant d'ailleurs pas nécessairement des aspects lipiodolés pathologiques. L'aspect « en bois mort » ainsi que les images dites « en pattes de mouche », en « petites lentilles » des extrémités ne doivent généralement pas être rangées parmi les images de dilatations bronchiques car elles sont dues le plus souvent à une faute de technique ou à une cause venue fausser les résultats.

La technique d'injection intrabronchique est particulièrement importante. Les auteurs utilisent divers procédés : notamment la voie bronchoscopique ; la sonde par voie nasale ; mais ils considèrent que dans la majorité des cas la voie transglottique à la seringue est simple, facile, bien tolérée et donne d'excellents résultats.

Ils insistent d'autre part sur la nécessité d'étudier derrière l'écran les diverses positions à donner au patient, de rechercher les localisations électives, d'attendre dix à vingt minutes avant de faire tirer les radiographies ; ils soulignent l'importance de centrer l'ampoule de manière à obtenir la vue très nette de la région malade.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 Avril 1933

Modification du bistouri à lames interchangeables. — *M. Dartigues* présente son bistouri à lames interchangeables dont il a modifié, pour leur donner plus de coupant, les lames par le biseautage du fil. L'auteur montre aussi un récipient-magasin où les lames sont conservées en solution chloroformée

paraffinée. Le chirurgien a ainsi à sa disposition un bistouri dont il peut changer la lame au cours de l'opération.

Un cas d'ulcus duodénal perforé sur la table d'opération. — ***MM. G. Audoin*** et ***Nemours Auguste*** rapportent un cas d'ulcus duodenal perforé sur la table d'opération. Cet ulcus s'était manifesté cliniquement par un syndrome douloureux tardif, puis par des signes de sténose. La radiographie a montré un énorme estomac de sténose sans visibilité du bulbe. Les auteurs attirent l'attention sur la nécessité d'un examen radiographique précoce lorsque la périodicité des symptômes de l'ulcus disparaît.

Diagnostic rétrospectif intéressant dans un cas de rhumatisme vertébral — ***M. Carle Rœderer*** présente l'observation d'une jeune femme de 27 ans souffrant de la région interscapulaire, chez laquelle on trouve, d'une part, des reliquats d'une épiphysite des adolescents avec cyphose, des hernies nucléaires et, d'autre part, des signes d'un rhumatisme rachidien actuellement en évolution (becs de perroquet et calcification d'un disque) sans doute localisés à la région dorsale basse par les nécessités de correction de la statique défectueuse due à l'affection du jeune âge.

Traitement psychothérapique, d'inspiration psychanalytique de troubles de l'écriture chez une enfant. — ***M. Gilbert Robin*** rapporte le cas d'une enfant de 12 ans 1/2 présentant des troubles de l'écriture avec ratures nombreuses. Obsession de la perfection. Idées d'impureté chez la malade. Besoin de rachat et de purification. Les idées de honte et de culpabilité de la jeune malade étaient créées et entretenues par une explication personnelle erronée de la naissance des bébés. Guerison des troubles de l'écriture par une psychothérapie d'inspiration psychanalytique ayant débarassé la petite malade des idées de honte et de culpabilité.

Le venin de cobra dans la cure des algies et des tumeurs malignes. — ***M. Taguet*** communique les nouvelles recherches faites depuis sa communication du 14 mars 1933 à l'Académie de médecine sur la cure des algies et de tumeurs concéreuses par le venin de cobra en solution injectable souscutanée et en applications locales. Il apporte aussi quelques résultats expérimentaux. La conclusion de sa communication se résume ainsi : diminution et même suppression des algies, rôle freinateur sur l'évolution des tumeurs.

A propos d'un cas d'azotémie avec hypochlorémie traitée et guérie par transfusion sanguine et chloruration à haute dose. — ***M. Mauvoisin*** montre que l'hyperazotémie avec le cortège très impressionnant des signes toxiques peut être le témoin d'une chloropénie. Dans ces cas, les injections massives de sérum chloruré hypertonique, après dosage rigoureux de chlore dans le sang, amènent une diurèse abondante, la chute de l'urée du sang et donnent des résultats quelquefois inespérés.

LUQUET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 avril 1933

Technique simplifiée d'hystérectomie abdominale. — ***M. Jean Lanos*** presente un rapport sur ce travail de ***M. Fritz Busser*** (de Paris), travail fait dans le service de ***M. Leuret*** à l'Hôpital Saint-Joseph. Le rapporteur insiste sur le procedé de péritonisation rapide par fixation des pédicules latéraux (ligaments rond et utéro-ovarien) au col ou au vagin suivant qu'on fait une hystérectomie subtotale ou totale, procédé imaginé par Routier.

Séminome du testicule avec métastases pulmonaires. Tentative de traitement radiothérapique. — ***M. Le Fur*** fait un rapport sur ce travail de ***M. Fritz Busser*** (de Paris) concernant un homme de 24 ans. Malgré la castration et un traitement radiothérapique appliqué à deux reprises différentes, la récidive survint rapidement et entraîna la mort six mois après le début du traitement. Le rapporteur définit les modes de traitement radiothérapique s'appliquant aux différents cas cliniques ; il conclut à l'utilité, après la castration, d'un traitement radiothérapique en une seule application massive sur la région testiculaire, les ganglions dégénérés et toutes les métastases quelles qu'elles soient. L'extirpation des ganglions est inutile.

Gliome du chiasma optique. Ablation par voie transfrontale. Résultat quinze mois après. — ***M Pourguet*** en présentant cette observation insiste sur deux faits : le diagnostic de localisation dont les symptômes ne se traduisent parfois que par un scotome et une encoche dans le champ visuel et le résultat opératoire. Si les résultats immédiats sont bons, cependant la récidive est la règle dans ces tumeurs malignes, récidive qui se manifeste en général au bout de l'année comme le démontre l'observation de l'auteur et malgré, dans ce cas, un traitement complémentaire aux rayons X.

Crises épileptoïdes localisées au niveau d'un moignon d'amputation de cuisse. — ***MM. Aubourg***, ***Le Go*** et ***Prével*** présentent un blessé de guerre, deux fois amputé, puis opéré d'un névrome. L'examen de la région vertébrale pour la recherche d'une réaction vago-sympathique éventuelle a permis de déterminer un point, au niveau duquel la pression digitale arrête les convulsions cloniques et toniques du moignon : aussi les auteurs ont appliqué sur ce point la négativation électrique, dont les premiers résultats immédiats se sont montrés très favorables.

Kyste mucoïde de l'appendice séparé du cæcum par amputation spontanée. — ***MM. Léo*** et ***Pierre Geisz*** présentent ce kyste enlevé operatoirement. Il était adhérent de toutes parts au pelvis et aux anses grêles et présentait une extrémité libre. L'absence totale d'appendice en continuité avec le cæcum fut nettement constatée. L'examen histologique confirma la nature appendiculaire du kyste enlevé. Le cas est rare quoiqu'on en ait déjà signalé un certain nombre dans la littérature médicale. Le kyste mesure 80 millimètres de long, 35 millimètres de diamètre, 107 millimètres de circonférence, en son point le plus large, contenu mucoïde, blanc jaunâtre.

Seringue pour injections intratissulaires — ***M. R. Bonneau.*** — Remplissage par embout lateral, l'aiguille restant fixee avec cran d'arrêt sur la pointe du corps de pompe.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Diabète aigu mortel au décours d'une scarlatine

MM. J. HALLÉ et ARUNDEL ont rapporté à la Société de Pédiatrie (21 février 1933) l'observation d'un garçon qui, à la suite d'une scarlatine banale, présenta de la polyphagie, de la polydipsie avec sucre en abondance dans les urines. Ce diabète évolua d'une façon suraiguë.

Accidents méningés graves de l'invasion d'une varicelle

A la Société de Pédiatrie (21 février 1933) MM. J. HALLÉ et ARUNDEL ont rapporté l'observation d'un garçon de 2 ans 1/2 qui fut admis à l'hôpital avec tous les symptômes cliniques d'une méningite tuberculeuse. La ponction lombaire révéla un liquide absolument normal. Le lendemain les symptômes nerveux s'amendèrent et l'on assista à l'apparition d'une éruption de varicelle.

Adénopathies iliaques dans l'amibiase

R. MONTEL a observé en Cochinchine des tuméfactions iliaques dont la nature ambienne est démontrée par les anamnestiques et par l'efficacité rapide d'un traitement par l'émétine. (*Soc. de path.ex.*, 8 février 1933.)

Ostéomyelite aiguë du pubis guérie par la vaccinothérapie

Dans un cas d'ostéomyélite aiguë grave du pubis, MM. Vanlande et Debrie (*S. de Chir. d'Alger*, 19 janv. 1933) ont employé la vaccinothérapie seule, par le propidon, et obtenu ainsi la guérison sans intervention. Les radiographies montraient une destruction osseuse très étendue du pubis, de la branche horizontale et de la branche ischio-pubienne. Trois mois après le début des accidents, la restitution osseuse était déjà avancée. Le malade a guéri sans aucune gêne fonctionnelle.

Érysipéloïde consécutif à une piqûre d'hameçon

M. Pautrier (Réunion derm. de Strasbourg (15 *janvier* 1933) rapporte l'observation d'un malade atteint d'érysipéloïde consécutif à une piqûre d'hameçon, lequel était amorcé d'asticots provenant d'un morceau de viande pourrie.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Un crime mystique à Lyon au milieu du siècle dernier. — *De M. le Docteur Edmond Locard dans le* LYON RÉPUBLICAIN (12 avril 1933) :

M. Lacassagne aimait raconter cette histoire, et c'est de lui que je la tiens. Mais le dossier vient d'être fouillé par un des plus habiles psychologues de l'enquête pénale. M. Maurice Gabolde, actuellement avocat général à la Cour d'appel de Lyon. Il en a tiré une remarquable étude sous le titre : *Le Crime mystique du théâtre des Célestins.* Ainsi les pièces essentielles du procès sont maintenant faciles à consulter et cette étrange affaire a passé de la tradition dans l'histoire.

Le 15 septembre 1851, un voyageur nommé Antonin Jobard, descendait quai des Célestins du bateau *Le Pirate*, parti le matin de Chalon. C'était un grand bel homme à favoris. Il s'en fut déjeuner rue Puits-Gaillot, et s'enquit auprès du garçon d'un magasin où il put acheter un couteau et d'un endroit gai où il eut la chance de rencontrer des dames. Le garçon signala que par une heureuse coïncidence, la rue de la Loge comportait ces deux sortes de possibilités. Jobard prit une voiture, se fit conduire dans cette ruelle sans prétention, acheta un couteau dit catalan à forte lame, puis entra en relation avec une dame qui se faisait appeler Rachel. Maupassant, dans *La Maison Tellier*, nous enseigne, à défaut de toute expérience directe, que ce prénom est celui qu'il est de bon ton d'emprunter lorsqu'on symbolise la brune orientale au milieu d'un parterre de fleurs assorties. Après un instant de conversation, Jobard prit dans ses mains la tête de Rachel, la regarde fixement « d'un air triste et passionné à la fois » puis soupira et partit. Rachel fut surprise : elle n'avait pas accoutumé d'entendre soupirer, peut-être parce qu'on en avait pas le temps. Sans doute futelle flattée que ce jeune homme eut près d'elle cette attitude élégiaque à quoi on ne l'avait point habituée.

Et Jobard s'en fut visiter Lyon. Une promenade en voiture à travers les curiosités de la ville se solda par une dépense de 2 francs. Jours fortunés ! Le soir, après avoir hésité entre le Grand-Théâtre et les Célestins, il opta pour cette dernière scène prit une place de balcon et s'assit au quatrième rang. Il avait devant lui deux jeunes mariés. M. et Mme Ricard, qui arrivaient de Limoges, où Ricard était professeur. On joua un lever de rideau, *La Bourse ou la Vie*, puis *Adrienne Lecouvreur*. Pendant la quatrième scène du premier acte, Jobard tira son couteau de sa poche, l'ouvrit, le plongea dans la poitrine de Mme Ricard et se rassit, les bras croisés.

Pendant qu'on baissait le rideau, et qu'au milieu de la confusion, on transportait la victime au foyer où elle ne tardait pas à mourir. Jobard, toujours impavide, était mené à la maison d'arrêt de l'hôtel de ville. Le juge d'instruction Mercier, qui s'était fait accompagner d'un médecin, tant on pensait avoir affaire à un fou, commença l'interrogatoire. Avec un sang-froid impressionnant, Jobard déclara au juge que la piété seule l'avait conduit au crime. Il ne pouvait résister aux tentations de la chair, et il avait horreur du péché. Il fallait donc qu'il mourût, mais non par le suicide qui ne lui laisserait pas le temps de se confesser. Je cite textuellement sa déclaration, telle que l'a reproduite M. l'avocat général Gabolde dans son excellente publication :

« J'ai pris dégoût de moi-même, mais sans avoir la force de me retirer du vice et je préfère me faire condamner à mourir, persuadé que je me repentirai.

« Comme je voulais faire le moins de mal possible, je me suis préoccupé tantôt de l'état moral de ma victime, tantôt de la facilité que j'aurais à exécuter mon projet. C'est ainsi que j'ai d'abord songé à frapper un prêtre descendant de l'autel, venant d'accomplir le saint sacrifice, par conséquent en état de grâce. Puis j'ai médité le meurtre d'une courtisane, immolée au sein de ses plaisirs..... D'autres fois je préférais attendre que la loi du recrutement vînt faire de moi un soldat, parce qu'un simple acte de violence envers un supérieur eut motivé une condamnation capitale. Un moment même, le voyage à Dijon du Prince Président m'a inspiré une fatale idée, mais j'ai aussitôt réflé-

chi que ce crime entraînerait pour mon pays d'inexprimables désordres. »

Le juge, entrant dans les vues du coupable, lui fit observer qu'il aurait pu éviter le crime, et tout ensemble le suicide, en provoquant en duel un spadassin qui se fût chargé de l'expédier directement au paradis. Jobard fit cette réponse étonnante : « Ah, Monsieur ! vous n'avez pas de religion ! »

Dès le lendemain, il est vrai, l'attitude du meurtrier changea. La cellule lui inspira sans doute des réflexions maussades sur la destinée qu'il avait choisie. Et il commença d'implorer le juge pour que la vie ne lui fût point ôtée. Mais les dés de fer avaient roulé, et le juge d'instruction n'est point dispensateur de grâces. L'unique question était de savoir dans quelle mesure le misérable était ou n'était pas fou. Trois experts — trois grands noms — conclurent à l'irresponsabilité totale : c'étaient Gromier, Tavernier et Gensoui. Ni le juge d'instruction, ni la chambre des mises en accusation — c'était leur droit — ne suivit les conclusions de l'expertise : Jobard fut envoyé devant le jury du Rhône. Mal défendu, l'accusé bénéficia pourtant des circonstances atténuantes : il fut condamné aux travaux forcés à perpétuité.

Jobard, après un séjour au bagne de Toulon, est mort à la Guyane. Le jugerait-on aujourd'hui avec la même sévérité ? Peut-être. Car il y a encore des esprits solides pour qui la villégiature transocéanienne, et même certaine opération matinale et définitive, constituent une cure radicale de l'aliénation.

Nombre et topographie des agents figurés de l'atmosphère. — *De M. le Professeur Rochair.* LE MOUVEMENT SANITAIRE (février 1932).

Les microbes existent toujours dans l'atmosphère, tout au moins dans les régions habitées, pour que tout liquide organique se putréfie s'il n'est pas stérilisé et mis à l'abri du contact de l'air.

Mais l'atmosphère n'est pas, dans les conditions ordinaires, un milieu favorable à la multiplication des germes. L'air et le sol en renferment toujours des quantités beaucoup plus considérables. Ce n'est, comme l'a montré Trillat, que lorsque l'atmosphère est humide et que l'humidité prend la forme vésiculaire que les germes, à la faveur des « gaz aliments » provenant de la respiration des êtres vivants, des matières en putréfaction, etc., conservent leur vitalité, leur virulence et se multiplient.

On peut dire que les germes sont d'autant plus nombreux qu'on analyse un air plus rapproché des lieux habités. Il faut tenir compte, en outre, des rayons solaires, de la dessication et de tous les facteurs qui peuvent influencer la vitalité des germes.

Voici des chiffres qui donnent une idée de la répartition des microbes dans l'air d'une grande ville.

	par mètre cube
Air de la rue de Rivoli	5.500 microbes
Air du Parc Montsouris	760 microbes
Air de la Mairie du IV[e] arrondissement.	462 microbes
Air du Panthéon (71 mètres)	28 microbes

Depuis l'époque où Miquel a donné les chiffres ci-dessus la circulation surtout automobile, s'est accrue dans des proportions considérables et les chiffres trouvés postérieurement par les auteurs qui ont fait des déterminations semblables sont très supérieurs et certains comme Sartory et Langlais ont bien mis en évidence le rôle de la circulation dans l'accroissement du nombre des microorganismes de l'atmosphère. Voici quelques-uns de leurs résultats :

Prises d'air place de la Madeleine (en face de la rue Royale) été 1911 :

8 heures du matin	545	bactéries
10 heures du matin	2.300	—
Midi	9.600	—
2 heures du soir	14.200	—
5 heures du soir (circulation intense)	20.800	—

Place de la Concorde :

7 heures du matin	640	bactéries
10 heures du matin	780	—
11 heures du matin	1.800	—
Midi	23.000	—
2 heures du soir	72.000	—
4 heures du soir	75.000	—
6 heures du soir	80.000	—
7 heures du soir	88.000	—

A la campagne et surtout si l'on s'élève dans l'atmosphère, le nombre de microbes diminue rapidement.

Voici des chiffres provenant de lieux élevés :

Plan des Aiguilles (près Chamonix) :			
10 heures du matin	4,	3,	3
2 heures après-midi	2,	3,	1
La Flégère (près Chamonix) :			
10 heures du matin	6,	2,	4
2 heures après-midi	4,	5,	3
Ballon d'Alsace :			
10 heures du matin	14,	8	6
2 heures après-midi	12,	9,	6

H. Cristiani pendant une ascension a bien montré cette purification de l'air, à mesure qu'on s'élève :

Altitude	550 mètres (Genève)	3.400	colonies
»	630 »	2.100	—
»	700 »	0	—
»	800 »	900	—
»	900 »	1.300	—
»	1.000 »	4.900	—
»	1.100 »	100	—
»	1.350 »	0	—
»	1.700 »	0	—

L'air de la mer est aussi pur que celui des hauts sommets. Sartory et Langlais ont trouvé pour huit prises faites à Berck-Plage, une moyenne de 3,7 microbes ; pour six prises faites à l'Enfer de Plogoff, 6 microbes ; enfin, à la Pointe du Raz, une moyenne de 7,6 microbes.

En pleine mer, l'air est aseptique (Miquel et Moreau, Ficher, etc.).

En somme, les microbes paraissent cantonnés dans l'atmosphère qui enveloppe la terre, surtout dans le fond des vallées et dans le voisinage des agglomérations urbaines.

Le nombre subit des variations au point même suivant le régime des vents et des pluies.

Prise d'air avenue du Bois, en été :

	9 heures du matin	2 heures	4 heures	6 heures
Pas de pluie	750	12.000	67.000	112.000
Pas de vent	850	18.000	72.000	121.000
Après pluie	640	3.800	9.000	12.000
	720	4.200	13.000	18.000
Jours de grands vents	2.800	40.000	170.000	141.000
	5.400	28.000	120.000	162.000

Il varie aussi suivant les saisons :

Saisons	Période 1909-1911		Période 1880-1882	
	Rue de Rivoli	Monsouris	Rue de Rivoli	Montsouris
Automne	1.540	112	760	89
Hiver	514	75	410	56
Printemps	2.175	66	940	57
Eté	1.670	102	920	100

Nature deé corpuscules vivants de l'atmosphère. — La majeure partie des corpuscules vivants de l'atmosphère est constituée par des microbes et des champignons (moisissures).

Pour Miquel, le rapport des moisissures aux bactéries est plus élevé dans l'air des campagnes et celui des égouts que dans celui des villes. Les spores de champignons sont, en tout cas, plus nombreuses dans l'air que dans l'eau ou sur le sol. Voici des chiffres comparatifs, dus à Miquel :

	Bactéries	Moisissures
Parc de Montsouris	237	195
Parc de l'Hôtel de Ville	7.570	2.090
Passage Saint-Pierre	8.125	2.490
Air des égouts	2.075	3.940

Ces microbes et ces champignons sont *saprophytes* pour la plupart, mais on y rencontre assez fréquemment des microbes *pathogènes*. On y a signalé le staphylocoque pyogène, divers streptocoques, le tétragène, le bacille pyocyanique, le pneumocoque, le pneumo-bacille de Friedlander, le bacille diphtérique, le bacille tuberculeux, le vibrion septique, le vibrion cholérique, etc...

Signalons aussi la présence dans l'atmosphère de poussières

végétales, en particulier de pollens de graminées, d'ambosaciées et composées, qui peuvent produire le rhume des foins.

Médecins modern'style. — *Le Docteur Crinon écrit dans* L'INFORMATEUR MÉDICAL :

En face des appétits et du cynisme de certains de leurs jeunes confrères, de vieux praticiens se voilent la face. Il pleut, en effet, sur le Temple. Que dis-je ? Ce n'est pas la pluie qui tombe, mais une avalanche de grêlons gros comme des pierres.

Dans mon chef-lieu de canton, deux jeunes étourneaux de notre profession, hier si belle, ont « levé le pied », laissant des « pavés » formidables. Ils étaient pleins d'assurance et de fatuité. Ils avaient des besoins avides, des appétits insatiables ; ils en firent voir de toutes les couleurs à leurs vieux confrères, au cours de luttes où la calomnie s'ajoutait à l'incompétence. Et puis, ils allèrent planter leur tente ailleurs. Passe encore pour les dettes qu'ils laissèrent, mais rien ne saura laver l'opprobre dont ils salirent notre profession.

Ecoutez les conversations des jeunes, de ceux qui nous suivront dans la carrière. Elle fourmille de vanité et de préoccupations amorales. De l'argent, beaucoup d'argent, par tous les moyens, voilà le vœu unanimement exprimé.

Je n'en veux pas à ces jeunes requins. Je m'en prends à ceux qui les élevèrent ainsi. L'éducation que nous avons reçue leur a certainement manqué. Et c'est là le mal initial, celui dont tout le reste dérive.

Une femme qui appartient à l'aristocratie médicale me contait l'anecdote suivante qui épaule ma thèse. Plusieurs jeunes filles étaient réunies pour la préparation d'un « bridge-flirt », et elles se préoccupaient des invitations à lancer parmi leurs amis masculins. Certains d'entre ceux-ci n'avaient pas leur agrément. Et pourquoi, pensez-vous ? Parce qu'ils manquaient de savoir-vivre ou même de discrétion... ? Allons donc ! Tout simplement parce qu'ils n'étaient pas assez « partousards »... (*sic*).

Voilà où nous en sommes, dans l'éducation de nos fils et de nos filles. Et vous vous étonnez, après cela, que celle-ci prenne le vol avec un gigolo et que celui-là triche à l'internat ? Mais c'est dans la norme actuelle des choses. Le contraire serait illogique.

Je ne suis pas plus « bégueule » qu'un autre et j'ai conservé, de ma vie de carabin, certaines crudités de propos qui n'excluent pas la délicatesse des sentiments, mais je suis gêné de voir tant de jeunes filles de notre bourgeoisie en prendre à leur aise avec la morale sexuelle et la morale tout court. Et je suis gêné tout autant d'entendre avec quelle légèreté nos futurs confrères agitent les questions auxquelles nous apportions jadis toute l'attention déférente qu'elles méritent.

Par conséquent, les scandales de l'internat m'apparaissent comme de simples épiphénomènes. Il faut chercher plus profondément leurs causes majeures. Et l'on aura beau modifier les règlements, blâmer à tort ou à raison les membres du jury, porter le nombre de ceux-ci à la demi-centaine. Rien ne sera changé tant qu'on n'aura pas endigué la marée d'immoralité qui nous submerge et qui risque d'engloutir avec le prestige de notre belle profession le crédit social de la bourgeoisie tout entière.

Le Docteur Ch. Fiessinger écrit d'autre part dans la REVUE DES DEUX MONDES :

Jadis les jeunes gens qui abordaient la médecine appartenaient à ce fonds de vieille bourgeoisie française où la culture d'une honnêteté rigoureuse commandait les aspirations des tendances profondes et réglait la droiture désintéressée des actes. Ces temps sont passés. De tous les étages de la nation aujourd'hui, les jeunes gens se précipitent et se bousculent aux portes de la Faculté. Si dans l'intérieur du foyer, leur éducation n'a pas été entreprise dans le sens de l'élévation et de la dignité, s'ils n'ont entendu célébrer que le culte de l'argent et vu applaudir que le succès des entreprises utilitaires, de quelles marques de bassesse ne sera pas affligée leur âme et comment accéderaient-ils aux routes qui conduisent au triomphe d'un idéal spirituel ?

Où auraient-ils acquis les notions d'honneur, de dévouement, de générosité, de courage, de bonté ? De bonté surtout. Le milieu social a commencé par supprimer des choses pour en gonfler et en frelater la signification des mots.

L'INFORMATEUR MÉDICAL :

Le syndicat des médecins de Berlin a formulé le vœu suivant : « Interdiction absolue pour tout médecin d'occuper un appartement habité auparavant par un confrère sans consentement de ce dernier ». Ces mesures ont été prises à la suite de certains incidents qui se sont produits à Berlin. Il arrivait assez fréquemment depuis quelque temps que des « confrères » faisaient expulser le médecin exerçant (en offrant au propriétaire un loyer plus élevé par exemple) pour s'installer ensuite dans le même appartement. Ainsi la plus grande partie de la clientèle était acquise sans grande peine.

Histoire rabelaisienne. — *Carnet médical français* (mars 1933).

Un de nos maîtres, d'une Faculté de province, dont la renommée rayonne sur plusieurs départements, se trouvait consulté, l'an dernier, par une jeune femme à la fois intelligente et naïve, véritable reviviscence en notre époque vieillie, de l'immortelle Agnès, née du génie de Molière.

Elle lui expliqua qu'elle était mariée depuis déjà un certain temps, que son mari était gentil comme pas un, qu'elle et lui se désolaient de ce que des espérances ne se manifestaient point. Tendresses, baisers, caresses sans cesse renouvelés entre cet « amour de mari » et cette petite femme endiablée, insatiable, restaient sans résultat.

Examen rendu facile par l'absence de toute vaine pudeur. Constatations précises. *Virgo intacta.* Hymen souple. Toucher pas trop malaisé. Utérus normal.

— Mais alors, Madame, quand votre mari .... ?

— Je ne sais pas. Lui non plus, bien certainement. Pourtant, d'après ce que vous venez de me dire, je me rends compte de ce qu'il faut incriminer son *cylindre* (sic). Ce cylindre doit me pénétrer où vous m'avez examinée et me mouiller là, non pas dehors, n'est-ce pas, Monsieur le Professeur ?

Approbation du maître.

La rectification du jeu du « cylindre » lui fit recevoir une boîte de dragées, il y a quelques semaines.

— Pour mon auto, déclarait un confrère, ce fut plus difficile. Il fallut réaléser et cela m'a coûté deux billets.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 20 LE NUMÉRO : 50 Centimes 20 MAI 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 15 mai. — M. Bercovici. Essai de traitement des colibacilluries. — M. Josephson. Progrès récents de l'héliothérapie.

16 mai. — M. Klein. Indications opératoires au cours de l'asystolie basedowienne. — M. Beyrand. De la prophylaxie de la paralysie générale. — M. Leclerc. Occlusion intestinale chez l'adulte par volvulus du grêle. — M. Bousquet. La carotide intrapétreuse.

18 mai. — M. Hechter. Sels d'or et tuberculose. — M. Houssay. Contribution à l'étude des indications et des résultats des injections intraveineuses de salicylate de soude chez l'enfant. — Mlle Neveu. L'examen hématologique dans la sténose du pylore chez le nourrisson et son intérêt diagnostique. — Mlle Herr. Les néphropathies graves consécutives à la transfusion sanguine. — M. Veslot. La rougeole pendant la première année de la vie.

15 mai (Thèses vétérinaires). — M. Fourré. Etude de certaines boiteries intermittentes d'origine vasculaire. — M. Pineteau. Comment les bovidés extériorisent la douleur.

18 mai. — M. Allilaire. Sympathectomie péri-artérielle chez le chien.

Faculté de Lyon. — La chaire de physiologie est déclarée vacante.

Légion d'honneur. — Guerre. (Réserve). Sont inscrits au tableau de concours pour 1933 pour *officier* :

MM. les Docteurs Julia, Daireaux, Le Guelinel de Lignerolles, Trille, Sousselier, Gassin, Blondeau, Moureaux, Grysez, Goinard, Kolb, Schmitt, Chifoliau, Contet, Rosenthal, Poulhes, Roinet, Soule, Berthollet, Casalta, Acheray, van Oldenbarnevels, Witte Tulling, de Fourmestraux (Jacques), Costa, Nandrot, Bedel (Maurice), Marcelot, Zacchiri, Lacronique, Bréchot, Chabeaux, Boissezon, Rabourdin, Renard.

Sireyjol et Pamard (Paul).

(Troupes coloniales. Réserve.) MM. Rousseau, Lescure, Meslin, Le Goaon, Vaillant.

Pharmaciens. (Réserve). MM. Morel, Trimbach, Clément, Bottu, Massiou.

Agrégation. — Le nombre d'emplois d'agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie mis au concours du deuxième degré (section d'anatomie pathologique) est ramené de deux à un pour la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger : « le deuxième poste d'agrégé, annoncé par arrêté du 16 décembre 1932, faisant double emploi avec celui figurant sur l'arrêté du 3 novembre 1932 ».

Comme conséquence de cette modification, le nombre des places mises au concours dans la section « anatomie pathologique » est ramené de quatre à trois places.

Ier Congrès français de thérapeutique. (Tenu à Paris du lundi 23 au mercredi 25 octobre 1933.) — Programme préliminaire. — Six questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1° Le traitement parentéral de l'ulcus gastroduodénal; 2° le traitement des colibacilloses ; 3° les associations médicamenteuses ; 4° les adrénalines ; 5° la pyrétothérapie ; 6° le traitement des radiodermites.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 23 octobre à 9 h. 1/2 du matin, sous la présidence de M. le Président de la République.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 1/2 et les après-midi à 15 heures à la Faculté.

Lundi 23 octobre à 15 heures, exposé des rapports de la Section de médecine.

Section de médecine

(Président : Docteur Babonneix).

Traitement parentéral de l'ulcus gastroduodénal

Professeur Devoto (de Milan) : Le traitement chimique général de l'ulcus. — Docteur Moutier (de Paris) : La vaccinothérapie de l'ulcus. — Docteur Debray (de Paris) : Organothérapie et opothérapie de l'ulcère de l'estomac. — Docteur Schulmann (de Paris) : Les médicaments de l'ulcus syphilitique.

Traitement des colibacilloses

Professeur Fourneau (de Paris) : Les antiseptiques chimiques ; leur application et leur action. — Professeur H. Vincent, Professeur agrégé Chevassu, Docteurs Jacquet et Baruk (de Paris) : La sérothérapie des colibacilloses. — Docteur Hauduroy (de Paris) : Les vaccins et le bactériophage dans les colibacilloses.

Mardi 24 octobre à 9 h. 1/2, communications dans les trois sections ; à 15 heures, exposé des rapports de la section de pharmacodynamie.

Section de pharmacodynamie

(Président : Professeur Tiffeneau)

Les adrénalines

Professeur Tiffeneau (de Paris) : Etude chimique et pharmacodynamique des adrénalines. — Docteur Dorlancourt (de Paris) : Les voies d'introduction de l'adrénaline dans l'organisme.

Les associations médicamenteuses

Professeur Burgi (de Berne) : Associations et adjuvances. — Professeur Zunz (de Bruxelles) : Les antagonismes en thérapeutique. — Professeurs agrégés Guy Laroche et Simonnet (de Paris) : Les associations hormonales et chimio-hormonales.

Mercredi 25 octobre à 9 h. 1/2, communications dans les trois sections ; à 15 heures, exposé des rapports de la secction de physiothérapie.

Section de physiothérapie

(Président : Professeur Strohl)

Les radiodermites.

Professeur Bordier (de Lyon) : La production des radiodermites et les moyens de les éviter. — Docteur Milian (de Paris) : Le traitement des radiodermites constituées.

La thermothérapie.

Professeur Binet (de Paris) : Etude physiologique de la thermothérapie. — Professeur agrégé Dognon (de Paris : L'électropyrexie par les ondes courtes ; technique et résultats. — Docteurs Crouzon, Michaux et Mollaret (de Paris) : La pyrétothérapie chimique ; ses résultats actuels par rapport aux autres procédés de pyrétothérapie.

Inscription. — Le montant de la cotisation est de 100

francs pour les membres titulaires et de 50 francs pour les membres associés et les étudiants en médecine.

Pour s'inscrire envoyer le montant de la cotisation au trésorier, M. le Docteur G. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Clinique médicale propédeutique (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose du 12 juin au 8 juillet inclus par M. le Professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, Bertier, F. Bordet, Couvreux, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Kuss, Launay, G. Laurens, Lonjumeau, Louste, Mamou, de Massary, Mignot, Oury, Poumeau-Delille, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Thiébaut, Turpin et Vibert.

Conférences a l'hôpital de la Charité. — Lundi 12 juin, à 9 h. 30, M. Sergent : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose ; à 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique : conceptions anatomiques. Mardi 13 juin, à 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique : les formes anatomiques ; à 17 h. 30, M. Durand : Bactériologie générale : les voies d'infection. — Mercredi 14 juin, à 16 h. 30, M. Kourilsky : Les réactions humorales : leur valeur diagnostique. — Jeudi 15 juin, à 16 h. 30, M. Sergent : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; à 17 h. 30, M. Sergent : Les éléments généraux du diagnostic. Vendredi 16 juin, à 16 h. 30, M. Genevrier : Les signes physiques et stéthoscopiques ; à 17 h. 30, M. Laurens : La tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx. — Samedi 17 juin, à 16 h. 30, M. Sergent : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; à 17 h. 30, M. Sergent : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux.

Lundi 19 juin, à 16 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose pleurale ; à 17 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose des séreuses. Mardi 20 juin, à 16 h. 30, M. Kourilsky : Le foie des tuberculeux ; à 17 h. 30, M. Bordet : Le cœur chez les tuberculeux. Mercredi 21 juin, à 16 h. 30, M. de Berne-Lagarde : La tuberculose rénale ; à 17 h. 30, M. Kuss : Le rôle du médecin dans un dispensaire. — Jeudi 22 juin, à 16 h. 30, M. de Massary : Le système nerveux des tuberculeux ; à 17 h. 30, M. Pruvost : Les hémoptysies tuberculeuses. — Vendredi 23 juin, à 16 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la première enfance ; à 17 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la deuxième enfance. — Samedi 24 juin, à 16 h. 30, M. Courcoux : Le pneumothorax tuberculeux ; à 17 h. 30, M. Sergent : Les signes d'activité et d'évolution ; les éléments du pronostic.

Lundi 26 juin, à 16 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques ; à 17 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques. — Mardi 27 juin, à 16 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux ; à 17 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux (*Suite*). — Mercredi 28 juin, à 16 h. 30, M. Mignot : Le pneumothorax artificiel ; à 17 h. 30, M. Pruvost : Les complications du pneumothorax artificiel. — Jeudi 29 juin, à 16 h. 30, M. Bordet : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie : indications et résultats ; à 17 h. 30, M. Turpin : Vaccination antituberculeuse B. C. G. — Vendredi 30 juin, à 16 h. 30, M. Evrot : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale ; à 17 h. 30, M. Evrot : Organisation départementale des dispensaires. — Samedi 1er juillet Visite au sanatorium de Bligny.

Lundi 3 juillet, à 16 h. 30, M. Mignot : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique. — Mardi 4 juillet, à 16 h. 30, M. Bertier : Le traitement des complications ; à 17 h. 30, M. Bertier : Climatologie. — Mercredi 5 juillet : Visite d'un préventorium. — Jeudi 6 juillet, à 16 h. 30, Mme Gouin : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire. — Vendredi 7 juillet, à 16 h. 30, M. Pignot : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Stage hospitalier et exercices pratiques. — 1° Le stage hospitalier aura lieu le matin ; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers dont ils suivront les visites et les policliniques ; 2° Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : Démonstrations cliniques et radiologiques ; examens de laboratoires, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne). Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose. (S'adresser 60 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscriptions de 300 francs.

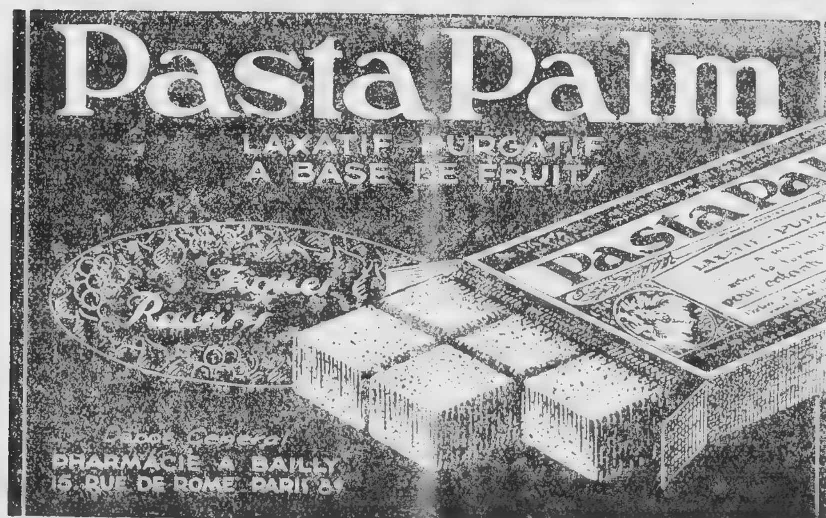
S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours. Ouverture du cours : le lundi 12 juin à 9 h. 30, à la Charité.

Concours pour la nomination à dix places de médecin de l'assistance médicale à domicile. — Ce concours sera ouvert le samedi 1er juillet 1933, à 9 h. 30 dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du mercredi 7 juin au mercredi 14 juin 1933 inclusivement.

Congrès international pour la protection de l'enfance. (Paris, 4-9 juillet 1933.) — Un Congrès international pour la protection de l'enfance se tiendra à Paris du 4 au 9 juillet 1933 (secrétariat général : 26, boulevard de Vaugirard, Paris, XVe) sous la présidence de M. Paul Strauss.

Les organisateurs ont pu obtenir des réductions importantes sur les tarifs des chemins de fer français, la Compagnie de navigation mixte Touache et la Compagnie internationale de navigation aérienne. Pour tous renseignements touchant les questions de voyage et de séjour, s'adresser au Secrétariat touristique : « Bureau de voyages pratiques », 26, avenue de l'Opéra, Paris, 1er.


Pasta Palm
LAXATIF PURGATIF
A BASE DE FRUITS
Figues
Raisins
Dépôt Général
PHARMACIE A. BAILLY
15, RUE DE ROME, PARIS 8e

Association des gynécologues et obstétriciens de langue française. — Le Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française qui devait avoir lieu les 28, 29 et 30 septembre se tiendra les 5, 6 et 7 octobre.

Prix Etienne Taesch. (*Donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve.*) — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le premier juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et leurs résultats.

Ce travail, ou un résumé de ce travail, pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Pour l'année 1933, le prix Etienne Taesch sera de 7.500 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1933, à M. le Docteur O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris(7e).

Association corporative des etudiants en médecine. *Le gala de la médecine aura lieu le 31 mai.* — Le deuxième gala de la médecine parisienne, organisé par l'Association corporative des étudiants en médecine, reconnue d'utilité publique, au profit de ses œuvres d'entr'aide et de sa bibliothèque, aura lieu le 31 mai 1933 au Pré-Catelan. Il comprendra un dîner dansant avec attractions par les meilleurs artistes. Prière de retenir les places le plus tôt possible au Service du gala de l'A. C. E. M., 8 *bis*, rue de l'Arrivée, Paris, XVe (Littré 72.02). Le prix de la carte est de 150 francs et donne droit au spectacle et au dîner (vins, taxes et service compris).

Le succès du gala de 1932 et le bénéfice qu'il a produit garantissent aux amis des étudiants qu'en les aidant ils passeront une soirée gaie et animée dans un cadre élégant et des plus agréables en cette saison.

Médaille du Professeur Félix Lejars. — Desireux d'honorer la mémoire du Professeur Félix Lejars, un groupe de ses collègues, de ses amis, de ses anciens élèves, a eu la pensée de faire exécuter par le Docteur Paul Richer, professeur honoraire à l'Ecole des Beaux-Arts un médaillon qui sera apposé à l'hôpital Saint-Antoine, pendant la session du prochain Congrès de chirurgie.

Une réplique de ce médaillon sera offerte à la Ville d'Unverre, son pays natal.

Une souscription a été ouverte à cet effet.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris-6e (Comptes chèques-postaux, Paris 599).

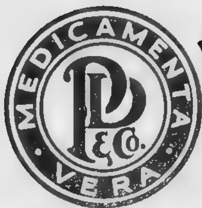
Tout souscripteur de 100 francs recevra un exemplaire d'une médaille exécutée d'après le médaillon.

Cours de perfectionnement sur l'hygiène et la clinique de la première enfance. — Sous la direction de M. le Professeur P. Lereboullet, avec le concours de MM. J. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux, M. Lelong, H. Janet et E. Pichon, médecins des hôpitaux, des chefs et anciens chefs de clinique des chefs de laboratoire et assistants du service aura lieu à l'hospice des Enfants-Assistés un cours de perfectionnement qui commencera le mercredi 28 juin, à 10 heures, et se terminera le mercredi 12 juillet.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

Nécrologie. — Docteur Georges Becus, de Romilly-sur-Seine (Aube). — Docteur Boudréaux, de Montcornet (Aisne). — Docteur Paulin Canazzi, d'Olmeto (Corse). — Docteur Chausseblanche, de Rennes. — Docteur Dargent, d'Huppy (Somme). — Docteur Eugène Petitbon, de Rouen, décédé à l'âge de 71 ans. — Docteur Léon Tintrelin, de Troyes. — Docteur Toutain, de Maligny (Yonne). — Docteur Joseph Tourton, de Chatnnoay (Isère), décédé dans sa 80e année.


METATONE
TONIQUE GÉNÉRAL
METATONE
TONIQUE GÉNÉRAL
PARKE, DAVIS & CO
LONDRES


MEDICAMENTA VERA
P D & Co.

TRAVAUX ORIGINAUX

La greffe musculaire dans les ostéites cavitaires typhiques des diaphyses profondes

Par MM.

Michel SALMON, Chirurgien des Hôpitaux de Marseille, et Yves POURSINES, Chef de clinique.

Depuis l'époque déjà lointaine où, pour la première fois, Schulten et Nélaton eurent l'idée de combler une cavité osseuse avec un fragment de muscle, la greffe musculaire a connu des fortunes très diverses : prônée par les uns, dénigrée par les autres, elle a subi la vogue du moment. Au Congrès de chirurgie de 1908, Broca et Nové-Josserand n'en firent pas grand cas et avant la guerre elle fut relativement peu employée. Depuis 1918, au contraire, on compte d'assez nombreuses observations où la greffe musculaire a donné d'excellents résultats. Sous l'influence des articles de Grégoire, de Lecène et Huet, de Wood, de Sawicki cette méthode a acquis un regain d'actualité ; elle a supplanté parfois des procédés plus anciens tels que le plombage à l'aide de matières inorganiques, la greffe graisseuse à la Chaput, la greffe dermocutanée, l'évidement, la résection. Elle est plus simple et moins mutilante que la greffe osseuse. Elle a été préconisée dans presque toutes les ostéites cavitaires : ostéomyélitiques, tuberculeuses, etc... Par contre, on ne l'a pas encore conseillée dans l'ostéite typhique.

Nous avons eu l'occasion de l'utiliser dans un cas d'ostéite typhique, avec succès complet, comme le montre l'observation suivante :

G. S., fillette de six ans, entre le 11 décembre 1932 dans le service du Professeur Brun, pour douleur siégeant au niveau de la cuisse droite.

Il y a un an, cette enfant a présenté une affection étiquetée «fièvre typhoïde» ; mais les examens sérologiques n'ont pas été faits. Il y a cinq mois, elle a eu la diphtérie. Elle était en pleine convalescence, quand les phénomènes douloureux sont apparus spontanément au niveau de la cuisse. Les douleurs sont sourdes, peu intenses, mais empêchent la marche. La température, de temps en temps, atteint 38°. L'état général est un peu touché.

A l'examen local : le volume de la cuisse droite est légèrement augmenté, sa circonférence dépasse de deux centimètres celle de la cuisse opposée ; un peu d'hyperthermie, mais sans modification des téguments ; le palper permet de constater, sous des muscles normaux une diaphyse fémorale épaissie en fuseau, avec un point douloureux exquis à l'union de son tiers moyen et de son tiers inférieur en avant. Pas d'adénopathie inguinale ou iliaque. Les articulations du membre inférieur sont libres ; seuls, les mouvements de flexion du genou sont douloureux par élongation du quadriceps crural. L'exploration clinique des autres parties de l'appareil locomoteur est négative.

Examen radiologique :

Une cavité de forme ovalaire siège à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du fémur ; elle parait surtout formée aux dépens de la corticale antérieure, bien que sa clarté empiète sur le canal médullaire. Sa partie interne est constituée aux dépens du fuseau périostique. Ses parois sont légèrement irrégulières. Cette cavité contient, dans sa portion, antérieure, un petit séquestre lamellaire dont le volume est celui d'une grosse lentille et qui semble formé par une partie de la corticale. Une réaction périostique, marquée surtout en dedans, enveloppe toute l'extrémité inférieure de la diaphyse.

Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants : séro-diagnostic T. A. B. négatif ; formule leucocytaire, normale ; B. W. négatif.

Un traitement vaccinothérapique (Propidon) est institué ; mais, comme il fallait s'y attendre, il ne donne aucun résultat. J'interviens donc chirurgicalement le 5 janvier 1931 avec l'aide du Docteur Bouyala.

Incision fémorale antéro-interne ; on récline, en dehors, le droit antérieur, et en dedans, le vaste interne qui protège les vaisseaux. On incise le crural et on tombe sur une masse d'hyperostose friable, que la curette peut facilement traverser. On découvre la cavité osseuse : elle contient un liquide trouble et des fongosités mêlées à de petits séquestres ; on l'évide soigneusement ; elle ne communique pas avec le canal médullaire ; elle est asséchée et comblée par un fragment musculaire libre prélevé sur le vaste interne. Suture du muscle crural, un petit drain en verre est placé dans l'interstice droit antérieur et



Avant l'intervention.

Ostéite diaphysaire du fémur à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur. Réaction d'hyperostose très marquée sur la face interne de l'os s'étendant très loin en haut et en bas le long de la diaphyse. Présence d'une cavité intraosseuse de forme ovalaire.

vaste interne, pour plus de sécurité. Fermeture de l'incision. Gouttière plâtrée qui sera maintenue trois semaines.

Les suites opératoires furent très simples. La plaie s'est cicatrisée *per primam*.

L'examen bactériologique des fragments osseux prélevés lors de l'intervention (examen direct et culture) s'est montré négatif.

L'examen anatomo-pathologique d'un fragment a révélé : la « décalcification d'ensemble de ce fragment et un remaniement « important de la structure osseuse dès l'examen microscopique « après fixation au Bonin. Le séjour dans l'acide azotique à « 7,5 % avait permis dans un temps très court une décalcifica- « tion suffisante pour l'inclusion et la coupe histologique.

« *Au faible grossissement*, les travées osseuses apparaissent « raréfiées et en voie d'atrophie pour la plupart. Elles sont « peu riches en ostéoblate. Les espaces médullaires sont carac- « térisés par leur état inflammatoire dont la tendance scléro- « sante est manifeste. Enfin il existe des plages où la structure « osseuse n'est même pas ébauchée.

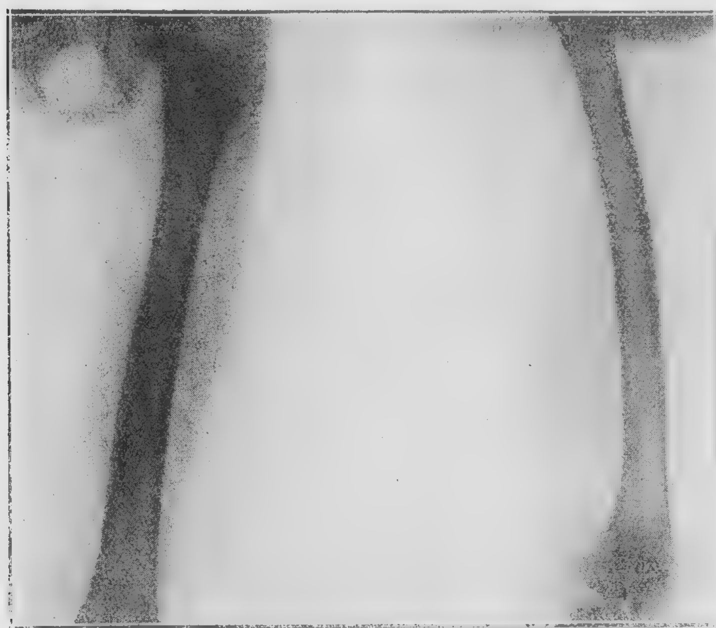
« Cet aspect réalisé par la présence d'un tissu de néo-forma- « tion d'allure inflammatoire granulomateuse se rencontre sur- « tout dans une zone périphérique de la préparation, qui selon « toute vraisemblance est sa portion interne.

◆◆

« *Au fort grossissement*, on se rend compte de l'état des espa-
« ces médullaires : Aucun n'a une structure histologiquement « normale ; le processus inflammatoire dont ils sont le siège est « du type subaigu dans l'ensemble: présence de cellules rondes, « de plasmocytes, de nombreux fibroblastes réactionnels ; il s'y « joint quelques hémorragies interstitielles. En outre, il faut « retenir la présence de vastes lacunes sanguines limitées par « un endothélium, et correspondant à une néo-formation capil- « laire inflammatoire. Par endroit, on note quelques nodules « cellulaires assez bien individualisés où sont des polynucléaires « éosinophiles.

« Mais ce qui est le plus net, c'est la *tendance* sclérosante de « ce processus inflammatoire. Cette sclérose est surtout à type « fibrillaire et paraît nettement secondaire à l'inflammation. « Aux points où elle est nette, elle est peu riche en éléments « cellulaires. Cette sclérose est très extensive. On peut saisir « par endroit sa continuité avec les travées osseuses dont la « métaplasie fibreuse apparaît nette ici sans réaction *ostéoclas-* « *tique* manifeste.

« Enfin une zone en bordure du fragment est caractéristique : « on n'y retrouve pas la structure osseuse. Le tissu osseux est « entièrement transformé en tissu inflammatoire dont les carac- « tères d'ensemble rappellent ceux notés à propos de la réaction



Etat actuel.

« des espaces médullaires ; de ce fait, l'aspect d'un granulome « subaigu en voie de sclérose est réalisé. *Ces aspects histolo-* « *giques* doivent faire affirmer la *nature inflammatoire* de ce pro « cessus qui par ailleurs est d'ordre banal sans aucune spécifi- « cité histologique.

« *En définitive*, sans vouloir trop schématiser les altérations « rencontrées, il semble qu'on peut retenir deux zones succes- « sives sur le fragment :

« *a*) Zone interne où la structure osseuse est disparue par « place et où existe un processus inflammatoire subaigu.

« *b*) Une zone externe où la structure osseuse persiste mais « où les espaces médullaires sont en réaction inflammatoire « subaiguë à tendance sclérosante — quelques travées osseuses « sont ici en voie de métaplasie fibreuse ;

« Cette zone se continue avec du tissu osseux compact dont « les travées paraissent saines, mais dont quelques espaces « médullaires sont légèrement scléreux ».

Des examens radiographiques, pratiqués en séries tous les deux mois, ont montré l'évolution des lésions et leur mode de guérison : trois mois après l'intervention (4 avril), la cavité osseuse est presque comblée, l'hypérostose a régressé dans de fortes proportions. La marche est autorisée. Sept mois après (1er août), le fémur a sa structure normale, la cavité osseuse a disparu, il ne persiste qu'un léger épaississement de la corticale interne. Actuellement, l'état local et l'état général sont parfaits.

***

En résumé, dans cette observation, il s'agissait d'une ostéite cavitaire de la diaphyse fémorale avec séquestre. Mais quelle en était la nature ?

L'examen microscopique a conclu à un processus inflammatoire et non dystrophique. Il a permis d'éliminer les lésions tuberculeuses et syphilitiques, ce que la clinique faisait d'ailleurs prévoir. Histologiquement, il s'agissait d'une ostéite à évolution subaiguë, avec tendance à la sclérose dans les espaces médullaires et à la métaplasie fibreuse dans les travées.

Etait-il possible de pousser plus avant le diagnostic ? Deux hypothèses se posaient : Ostéite diaphysaire corticale subaiguë ? ou, ostéite typhique ?

Il était tentant de se ranger au diagnostic d'ostéite diaphysaire corticale subaiguë individualisée par Leriche et Bauer : même localisation, mêmes symptômes cliniques, mêmes lésions radiographiques, même évolution ; mais Leriche a toujours trouvé du staphylocoque ; or, nos cultures sont restées stériles (notre malade il est vrai a subi un traitement vaccinothérapique qui a pu atténuer la virulence des germes).

L'ostéite typhique paraît néanmoins plus probable : l'enfant a présenté une fièvre typhoïde cliniquement prouvée ; les lésions radiographiques et anatomo-pathologiques cadrent avec ce que nous savons des lésions osseuses éberthiennes.

C'est donc, il nous semble, le diagnostic d'ostéite typhique qu'il faut poser, malgré un séro-diagnostic négatif. (Ce dernier, en effet, ne peut avoir une valeur absolue, étant établi un an après la guérison de la fièvre typhoïde).

La thérapeutique que nous avons suivie s'écarte un peu des règles appliquées aux ostéites typhiques. Nous n'avons pas employé la vaccinothérapie spécifique, car, la plupart du temps, nous n'en avons obtenu aucun résultat. Les lésions anatomiques constatées à la radiographie étaient profondes ; il y avait une cavité osseuse contenant un séquestre ; à notre avis, le traitement chirurgical s'imposait.

Généralement, on se borne à un évidement simple, suivi d'une désinfection plus ou moins aléatoire de la cavité comblée par un caillot de sang ; on ferme ensuite hermétiquement : c'est la vieille méthode de Schède, qui donne parfois quelques succès, mais trop souvent, elle n'aboutit qu'à la suppuration et à la fistulisation. D'ailleurs, faut-il s'en étonner ? le sang n'est-il pas le meilleur bouillon de culture ?

Certains se contentent d'ouvrir et de drainer, exposant ainsi leur malade à une infection secondaire inévitable. Nous avons essayé de faire mieux ; nous plaçant sur le terrain biologique, nous avons préféré avoir recours à la greffe musculaire.

En effet, depuis les travaux de Crétin (dont les idées ont été acceptées par Bonin) — on sait que les minéraux sont en grande partie apportés à l'os par l'intermédiaire des muscles et de leurs annexes conjonctives où le calcium acquiert la propriété de devenir assimilable par les albumines de l'os.

Ainsi, dans la réparation des fractures, le tissu musculaire joue un rôle énorme lors des « mutations calciques » locales. Par l'action de son acide lactique sur l'os ancien, il prélève la chaux qui se trouve utilisée lors de la formation du cal. D'ailleurs, un fait appuie cette théorie : chez l'embryon, le premier point osseux apparaît au niveau d'une insertion musculaire, qu'il s'agisse d'un os de membrane ou d'un os précédé d'une ébauche cartilagineuse.

Devançant cette explication biologique, les anciens chirurgiens pratiquaient déjà la greffe musculaire dans le traitement des cavités osseuses pathologiques.

Après avoir évidé, asséché la cavité osseuse, nous l'avons comblée avec un fragment musculaire libre. On objectera peut-être que cette greffe séparée de ses connexions vasculaires et nerveuses, serait vouée «à la nécrose et peut-être à la suppuration» ? Il n'est pas prouvé que la greffe musculaire pédiculée soit mieux nourrie ; on connaît très mal les artères des muscles et on n'est jamais certain de conserver une artère suffisante dans le lambeau musculaire greffé, surtout qu'il est nécessaire, disent Lecène et Huet, pour que l'intervention réussisse, que ce lambeau soit long et retombe facilement, sans traction dans le fond de le cavité. La largeur du pédicule ne prouve pas davantage que la nutrition sera assurée, car d'après les études auxquelles nous nous sommes livrés, les artères des muscles ont une topographie bien précise et il est difficile de les conserver dans le pédicule.

Le résultat que nous avons obtenu nous permet de conclure que la greffe musculaire est un excellent moyen d'obtenir à peu de frais une guérison rapide de l'ostéite cavitaire. C'est une méthode à conseiller, surtout quand l'ostéite cavitaire siège au niveau d'une diaphyse profonde comme le fémur où il y a toujours intérêt à éviter une fistulisation grosse de conséquences. Une aseptie rigoureuse, une technique minutieuse, complétée par un drainage filiforme pendant 48 heures et une immobilisation de quelques jours, permettront d'obtenir des résultats indiscutables.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les symptômes oculaires de l'acromégalie (1)

Par M. le Prof. Félix TERRIEN

Observation. — Je voudrais vous parler aujourd'hui de ce jeune homme qui, voici trois ans, a remarqué l'élargissement de sa face, surtout du maxillaire inférieur.

Ce jeune homme est dentiste et l'observation appartient à M. Renard. Dans ses antécédents on ne trouve rien de particulier, sauf une scarlatine. Il est marié et a deux enfants bien portants.

Comme je vous le disais tout à l'heure, depuis trois ans il aurait remarqué l'accroissement net des os de la face et fut obligé fréquemment de changer de chapeau, car son tour de tête s'élargit lui aussi. Ses mains augmentent de volume, ainsi que ses pieds. Avant le début de la maladie il chaussait du 39 ; actuellement il est forcé de porter des chaussures bien plus grandes ; il chausse du 44. Ces symptômes suffisent à porter le diagnostic. Ce malade présente actuellement une petite acromégalie.

La radiographie de son crâne montre un sinus frontal élargi et une selle turcique un peu évasée.

Ce malade ne présente aucun autre trouble, et, fait assez curieux, il n'a pas de troubles visuels ; son acuité visuelle est normale ; le fond de l'œil est également normal, et il ne présente pas d'élévation de pression des artères rétiniennes.

Enfin nous avons examiné à nouveau aujourd'hui avec M. Renard son champ visuel ; chose curieuse il est aussi tout à fait normal. On ne constate pas le moindre rétrécissement hémiopique, non seulement pour le blanc mais même pour les couleurs. Nous nous sommes servis pour cet examen de cet appareil à projection de taches lumineuses de M. Magitot que je vous présente ici et qui évite toute cause d'erreur. Or, le sujet reconnaît dans toutes les directions les disques les plus faiblement colorés.

Le malade a été soumis à un traitement par la radiothérapie profonde. Mais ses troubles se traduisent uniquement par l'augmentation des extrémités, des os du crâne, et par prognatisme de la mâchoire inférieure avec épaississement du nez, des lèvres et augmentation du volume de la langue. Aussi il est difficile de constater le degré d'amélioration ; ce malade est donc atteint d'acromégalie ; il est difficile de porter ici un pronostic précis, mais actuellement, les désordres présentés sont, vous le voyez, très minimes, puisqu'on ne constate aucun trouble visuel alors que ces derniers sont d'ordinaire très précoces.

Symptômes généraux. — C'est en 1886 que Pierre Marie signalait à l'attention des cliniciens cette nouvelle maladie qui depuis porte son nom à juste titre.

Voici la définition qu'en donna Pierre Marie : « L'acromégalie est une hypertrophie singulière, non congénitale, des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques... » s'appuyant pour établir cette description de toutes pièces, qui n'a guère été modifiée depuis, sur deux cas observés dans le service de Charcot à la Salpêtrière.

Il serait difficile de préciser l'apparition et la durée exacte de l'affection. Elle débute de façon insidieuse, sans cause appréciable, le plus souvent entre 20 et 30 ans et je vous rappelle les symptômes généraux fondamentaux de l'acromégalie : le crâne augmente de volume, le nez devient volumineux et épaté, les lèvres sont épaisses, surtout la lèvre inférieure, il y a de la macroglossie, le menton est proéminent, il y a prognatisme du maxillaire inférieur, ce qui gêne considérablement la mastication ; puis il y a hypertrophie des extrémités : les mains et les pieds s'élargissent, et le malade présente en guise de mains de véritables battoirs ; il en est de même pour les pieds. Lorsqu'on examine le dos de ces malades on peut constater de la cyphose et de la scoliose.

Chez nombre de sujets il n'y a aucune modification du côté des vertèbres. Cependant, chez certains acromégaliques on note une augmentation considérable du volume des vertèbres, fait qui entraîne des déformations de la colonne vertébrale.

Voilà rapidement rappelés les symptômes généraux rencontrés dans l'acromégalie. Souvent chez ces sujets il existe aussi du diabète, des troubles psychiques. Mais je sortirais de notre sujet, si je voulais passer en revue tous les troubles observés dans l'acromégalie et nous devons nous limiter à l'étude des troubles visuels. D'ailleurs parmi les troubles nerveux, les troubles visuels sont les plus précoces et les plus typiques. Le malade que je vous ai présenté n'a pas eu jusqu'ici, il est vrai, semblables troubles mais ceci est assez exceptionnel.

Troubles visuels. — L'apparition des troubles visuels est expliquée par le voisinage du chiasma et des bandelettes. Car l'acromégalie, comme l'a bien montré Pierre Marie, est due à des troubles hypophysaires.

L'hypophyse ou glande pituitaire, de la dimension, à

(1) Leçon du 10 mars 1933 faite à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

l'état normal, d'une noisette est logée, vous le savez, dans la selle turcique et reliée à la base de l'encéphale par le tuber cinéreum.

La selle turcique est située dans l'os sphénoïdal ; limitée en avant et en arrière par les apophyses clinoïdes antérieures et postérieures ; elle est recouverte par la tente de l'hypophyse. L'hypophyse comprend deux lobes, l'un antérieur, l'autre postérieur et l'origine embryonnaire de ces deux lobes est différente ; le lobe antérieur, glandulaire, de beaucoup le plus volumineux, provient d'un diverticule de la cavité buccale, processus connu sous le nom de poche de Rathke. Au cours du développement, celui-ci cesse de communiquer avec la cavité buccale et devient une poche fermée. Le lobe postérieur est plus petit : il dérive du cerveau et reste uni à ce dernier par la tige pituitaire qui se continue avec le plancher du troisième ventricule. Ce lobe postérieur est constitué par du tissu nerveux.

L'hypophyse est donc formée de deux parties distinctes, l'une glandulaire, l'autre nerveuse.

Dans l'acromégalie le poids de l'hypophyse augmente, au lieu de 0 gr. 50 elle peut arriver à peser 3-4 gr. et même jusqu'à 30 gr. dans certains cas.

Le plus souvent l'examen montre qu'il y a une tumeur du lobe antérieur, tumeur bénigne, glandulaire, un adénome. Cet adénome use les parois de la selle turcique qui s'évase, s'élargit, mais aussi il va provoquer une pression plus ou moins intense sur le chiasma.

L'acromégalie est due ainsi à une lésion hypophysaire : le plus souvent on trouve une tumeur glandulaire, un adénome.

Pierre Marie avait supposé au début qu'il s'agissait d'une insuffisance hypophysaire. Mais bientôt on arriva à l'avis contraire et l'acromégalie fut rapportée à un hyperfonctionnement de l'hypophyse, ce qui fut établi expérimentalement sur les animaux.

Aschner a démontré que la croissance était arrêtée chez les animaux auxquels on enlevait l'hypophyse. Mais si on donne à ces animaux de la substance hypophysaire leur croissance reprend. Il semble donc que l'hypophyse ait une action nette sur la croissance, et que l'acromégalie soit réellement le résultat d'un hyperfonctionnement de la partie glandulaire de l'hypophyse.

En dehors de l'acromégalie, on peut aussi constater en présence de l'hyperfonctionnement de l'hypophyse l'accroissement considérable de la taille, les sujets sont alors des géants.

Il semble bien que l'acromégalie et le gigantisme constituent deux variétés cliniques de la même maladie. Si la maladie atteint des sujets très jeunes, dont les cartilages de conjugaison ne sont pas soudés, il y a gigantisme. Si au contraire l'altération hypophysaire survient plus tard, après la puberté, alors que la stature a déjà atteint sa hauteur définitive, il y a acromégalie.

Le gigantisme serait l'acromégalie de l'adolescent et l'acromégalie le gigantisme de l'adulte.

A côté de l'acromégalie et du gigantisme, Babinski et Fröhlich ont décrit, vous le savez, le syndrome adiposo-génital, qui constitue un autre type de troubles dû à des tumeurs hypophysaires. Ce syndrome s'observe chez les enfants ou les adultes jeunes.

Il est caractérisé, comme son nom l'indique, par deux symptômes principaux : l'obésité et les troubles génitaux.

L'obésité est la conséquence d'une surcharge graisseuse générale et le poids de ces malades augmente considérablement, il atteint dans certains cas 150 et jusqu'à 200 kgr. Un malade de Madelany, chez lequel une balle de carabine était allée se loger dans l'hypophyse, six mois après l'accident pesait 180 kgr.

Ces sujets, atteints du syndrome adiposo-génital, ne montrent pas d'altérations osseuses.

Le syndrome de Babinski-Fröhlich serait le résultat de l'insuffisance du lobe postérieur de l'hypophyse, de l'élément nerveux et non glandulaire, et plus encore de l'atteinte des parties avoisinantes de l'hypophyse.

Une observation très intéressante, rapportée par mon chef de clinique, le Docteur J. Blum, à la Société d'ophtalmologie de Paris en juin 1929 (1), montre bien que, contrairement à ce qui avait été avancé par certains, le syndrome adiposo-génital et la polyurie, suivant une juste remarque de Dupuy-Dutemps, ne sont pas déterminés par une altération du corps pituitaire ; ils doivent être attribués sans doute à la lésion de l'infundibulum et du plancher du 4e ventricule.

Les malades atteints du syndrome adiposo-génital frappent au premier abord par leur obésité. Le second symptôme caractéristique consiste dans les troubles génitaux (arrêt ou absence de menstruation chez la femme, abolition chez elle et chez l'homme des fonctions sexuelles).

Si l'affection débute avant la puberté, les caractères sexuels secondaires sont anormaux, il y a des signes évidents d'infantilisme.

Lorsque l'affection survient chez le sujet adulte, les organes génitaux s'atrophient : chez l'homme il y a impuissance, chez la femme les menstruations deviennent irrégulières, puis cessent.

Le syndrome de Babinski-Fröhlich peut être également accompagné de troubles visuels, d'hémianopsie, dont la constatation permet dans certains cas un diagnostic précoce.

Nous avons passé en revue les quatre types différents se manifestant dans les atteintes hypophysaires : le gigantisme, l'acromégalie, le syndrome adiposo-génital et l'infantilisme.

J'en arrive maintenant aux troubles oculaires observés dans ces affections. De par l'anatomie de la région, on comprend aisément le mécanisme de l'apparition des troubles visuels en présence des atteintes de l'hypophyse et de toute la région environnante.

Ces troubles oculaires sont dus à la compression directe des voies optiques, compression plus ou moins précoce, plus ou moins étendue suivant les dispositions anatomiques qui varient quelquefois assez sensiblement chez les différents individus.

Quels sont les troubles visuels observés ?

Le chiasma, vous le savez, repose en avant de la selle turcique sur la gouttière du sphénoïde. Il est là en rapport en bas avec le sinus sphénoïdal, en arrière avec l'hypophyse et des deux côtés avec les sinus caverneux et les organes qui les traversent : carotide interne, moteur oculaire externe et plus en dehors le nerf moteur oculaire commun et le trijumeau.

Ce sont surtout les tumeurs ou les hypertrophies de l'hypophyse qui compriment l'angle antérieur ou postérieur du chiasma et le mécanisme de la compression est facile à saisir.

L'adénome hypophysaire, type le plus habituel des tumeurs de cette région, en se développant, distend le plafond fibreux qui le recouvre et avec lui le chiasma qu'il refoule vers la base de l'infundibulum. Celle-ci, éminemment plastique, se laisserait refouler assez facilement.

(1) J. Blum. — Sur un cas de syndrome chiasmatique. (*Soc. d'opht. de Paris*, 15 juin 1929.)

Mais l'artère communicante antérieure, qui repose sur le chiasma, forme à celui-ci une sorte de barrière rigide, sur laquelle il vient en quelque sorte s'écraser, comme en témoigne le sillon imprimé souvent par elle à la surface du chiasma.

Aussi nous comprenons que les troubles intéressent avant tout le champ visuel. Et comme ils portent surtout sur la périphérie du champ, ces diminutions du champ visuel demeurent très facilement méconnues lorsque l'acuité reste normale, car l'acuité visuelle peut être assez longtemps respectée dans les tumeurs de l'hypophyse.

Mais presque toujours l'examen soigneux du champ visuel montrera un rétrécissement de forme hémianopsique soit total, le plus souvent en quadrant.

Le trajet des fibres visuelles explique les symptômes qui résultent de leurs lésions. Si une bandelette optique est touchée il se produit, nous le savons, une hémianopsie homonyme typique, caractérisée, on le sait, par l'abolition du champ temporal d'un côté et du champ nasal de l'autre œil.

Si au contraire la partie médiane du chiasma est comprimée, c'est-à-dire les deux faisceaux croisés, il y a perte des deux champs visuels temporaux et l'hémianopsie est hétéronyme. Et ce trouble visuel, du fait des rapports de l'hypophyse avec le chiasma, sera presque toujours, dans les tumeurs de celle-ci, le premier symptôme observé.

Or, le malade que nous avons vu au début de cette leçon a bien, sans doute, une hypertrophie de l'hypophyse, puisqu'il montre des symptômes très nets d'acromégalie, mais il ne présente aucun trouble visuel. Le champ visuel pour le blanc et pour les couleurs est parfaitement conservé chez lui.

Chez les malades atteints d'une tumeur de l'hypophyse les troubles portent souvent au début sur la vision des couleurs.

Cet appareil spécial que je vous présente permet de projeter sur le périmètre des cercles lumineux de couleurs variables, ce qui permet de déceler dans le champ visuel toutes les couleurs, car ce champ visuel pour les couleurs est variable, vous le savez, suivant les couleurs considérées et il est toujours moins étendu que le champ visuel pour le blanc, même à l'état normal. De plus il est toujours le premier altéré.

Or, notre malade a un champ visuel normal pour les couleurs. Mais ceci est rare et en général on peut noter en présence d'une tumeur hypophysaire trois modalités de troubles visuels : des modifications du champ visuel, sous forme d'hémianopsie bitemporale, ce sont les premiers en date, une diminution de l'acuité visuelle et des altérations de la papille.

Tandis que dans les hémianopsies bitemporales dues à une lésion en arrière des ganglions de la base il n'y a jamais d'altération du fond de l'œil, ici au contraire, chez les sujets qui ont une acuité visuelle diminuée, on peut remarquer une certaine pâleur de la papille. La stase papillaire, si fréquente dans les tumeurs du cerveau, est exceptionnelle en présence d'une tumeur de l'hypophyse.

Bien souvent ces malades viendront consulter pour une diminution de la vision. Un examen rapide ne montre aucune altération ; on pense au scotome central et on porte le diagnostic de névrite rétro-bulbaire. Si on avait examiné le champ visuel on aurait pu constater un rétrécissement hémianopsique total ou partiel qui aurait précisé le diagnostic. Là encore si on avait pratiqué la radiographie du crâne, on aurait vu les altérations caractéristiques de la selle turcique. Celle-ci est élargie, surtout dans son diamètre antéro-postérieur ; souvent la paroi postérieure est usée, elle peut même disparaître complètement.

A propos de ces formes frustes d'acromégalie, je voudrais vous signaler en passant l'observation très intéressante d'une malade qui était entrée dans notre service de l'Hôtel-Dieu le 31 mai 1926 et qui a été présentée par mes chefs de clinique, MM. Dollfus et Renard, à la Société d'oto-neurologie de 1926. Il s'agissait d'une malade âgée de 73 ans, entrée dans le service pour un glaucome subaigu de l'œil gauche et qui présentait des symptômes d'acromégalie ; pieds et mains en battoirs.

Cependant, jusqu'à l'apparition du glaucome, elle n'a présenté aucun trouble visuel. L'œil droit est normal et on fit une iridectomie à gauche. La radiographie montra l'élargissement de la selle turcique et du sinus frontal. Mais, chose curieuse, cette malade avait une tumeur qui siégeait non à l'hypophyse, mais à la voûte, tumeur volumineuse qui n'avait pas provoqué de stase papillaire. On avait posé le diagnostic d'un psammome. La malade échoua finalement dans le service du Professeur Carnot où elle est morte ; l'autopsie confirma la nature de cette tumeur et peut-être les troubles hypophysaires en avaient-ils favorisé le développement.

Mais d'une manière générale, lorsqu'il y a des troubles visuels chez un acromégalique, il faut tout d'abord penser à la possibilité d'un adénome qui détermine l'élargissement de la selle turcique et la compression du chiasma.

En raison des variations des rapports anatomiques qu'il n'est pas rare d'observer entre le chiasma et l'hypophyse, variations sur lesquelles ont insisté certains auteurs et en particulier Favory dans une excellente thèse faite ici à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, les troubles visuels seront plus ou moins précoces, apparaissant de bonne heure lorsque le chiasma repose presque directement sur l'hypophyse, beaucoup plus tardifs au contraire lorsqu'il en demeure éloigné de plusieurs millimètres, comme cela existe vraisemblablement chez notre malade.

Au contraire les altérations de la selle turcique pourront être très précoces, mais pour qu'il y ait élargissement de la selle, il faut que la tumeur soit intra-sellaire et non supra-sellaire.

Or à côté des adénomes hypophysaires avec les symptômes acromégaliques qu'ils déterminent on comprend que nombre de productions de cette région puissent provoquer des troubles visuels sans altération de la selle turcique.

Ce sont surtout les méningiomes supra-sellaires et les tumeurs de la poche de Rathke.

Les premiers prennent leur point de départ sur le tubercule de la selle turcique et refoulent en se développant le chiasma qu'ils compriment.

Il peut aussi exister une tumeur congénitale de la poche de Rathke, et dans ce cas les phénomènes observés sont les mêmes. Ces tumeurs donnent lieu aux mêmes symptômes du côté de l'appareil visuel, mais il n'y a pas d'acromégalie.

Nous en avons publié une observation avec le Docteur Charamis. Il s'agissait d'une femme âgée de 36 ans qui était entrée dans le service pour céphalée frontale, siégeant principalement à gauche. L'œil gauche était presque aveugle ; l'œil droit voyait un peu. On l'examine et on trouve un rétrécissement du champ temporal tandis que l'ophtalmoscopie montrait une stase papillaire. La radiographie précise chez elle l'élargissement de la selle turcique. Cette malade avait une tumeur de la poche de

◆◆◆

Rathke et ce diagnostic fut confirmé par l'examen anatomique car la malade succomba au cours de l'opération.

La tumeur avait été enlevée par morceaux à l'aide du bistouri diathermique. Mais les vaisseaux partant de la tumeur et disparaissant sous la petite aile du sphénoïde ne purent être suffisamment aveuglés et la malade succombait le lendemain de l'opération. La masse tumorale, comme le montre cette photographie, mesurait 5 centimètres de long sur 4 de large. Elle occupait toute la région supra-hypophysaire et avait envahi le 3e ventricule.

Ces tumeurs de la poche de Rathke ne se rencontrent guère que chez les sujets jeunes.

Un élément caractéristique, signature pour ainsi dire pathognomonique de ces tumeurs, est la présence de taches de calcification au-dessus d'une selle turcique peu altérée ou normale. Bien visibles sur la radiographie le volume de ces calcifications supra-sellaires varie de celui d'une énorme masse pouvant atteindre les dimensions d'une balle de tennis, jusqu'à seulement de petites taches disséminées, mais dont le siège supra-sellaire peut toujours être décelé par la radiographie stéréoscopique. Ces taches de calcification se retrouvent dans la plupart des cas.

Traitement. — Quelle conduite tenir en présence de semblables symptômes ? Si le malade est abandonné à lui-même, la cécité, on le comprend, est fatale ; elle survient assez rapidement du fait de l'atrophie optique, puis la mort termine la scène.

Que faut-il faire ? Il faut envisager successivement l'adénome hypophysaire, les tumeurs de la poche de Rathke et le méningiome. Ces deux dernières variétés relèvent du seul traitement chirurgical, mais ces tumeurs sont d'un abord difficile et le traitement chirurgical se heurte à de grosses difficultés techniques. Sans doute le pronostic s'est considérablement amélioré dans ces dernières années, grâce aux travaux de MM. de Martel et Clovis Vincent. Ils conseillent d'intervenir par la voie frontale et nous ont apporté des résultats opératoires très favorables. Mais le pronostic vital, en raison des dangers d'hémorragies, demeure particulièrement redoutable.

Plus on opère de bonne heure, plus on a de chances d'avoir un bon résultat. Et ceci s'applique aussi bien aux adénomes hypophysaires qu'aux autres variétés de tumeurs de région. Mais pour les premiers, la radiothérapie, surtout si elle a été pratiquée de bonne heure, est particulièrement recommandable. M. Béclère, qui a préconisé cette méthode et en a précisé la technique, a publié des résultats remarquables. La méthode consiste à appliquer des rayons très durs, très pénétrants, à travers la paroi cranienne, en utilisant les portes d'entrées multiples constituées par les régions temporales et frontales. Le plus souvent l'amélioration est très manifeste : rapidement le champ visuel augmente, l'acuité remonte et les maux de tête disparaissent, souvent même assez rapidement. Déjà en 1916 nous avions rapporté onze observations de troubles visuels d'origine hypophysaire améliorés par cette technique (1).

On pourra donc recourir tout d'abord au traitement radiothérapique et, en cas d'insuccès, recourir au traitement chirurgical, abordant l'hypophyse soit par voie sphénoïdale, c'est-à-dire nasale, ou mieux, nous l'avons vu par la voie frontale. Les chirurgiens préfèrent, en effet, la voie frontale. L'ablation de la tumeur est faite à l'aide du bistouri électrique, qui permet d'éviter les hémorragies, un des gros dangers de l'intervention.

Les résultats de la radiothérapie sont surtout favorables dans les tumeurs hypophysaires au début. Mais il y a d'ailleurs lieu de se montrer très prudent dans l'emploi de semblable thérapeutique, car si elle donne souvent d'excellents résultats dans les adénomes hypophysaires, témoin nos observations rappelées plus haut, elle a provoqué aussi des aggravations.

Dans l'observation de M. Blum rapportée plus haut, à la récupération exceptionnellement rapide du champ visuel sous l'influence du traitement radiothérapique s'opposait une chute parallèle et non moins brutale de l'acuité visuelle. Dans quelques-unes de nos observations l'acuité visuelle avait continué à diminuer en dépit du traitement radiothérapique.

On le voit le pronostic demeure sévère. Sans doute en principe l'exérèse chirurgicale est-elle le seul traitement logique. Il est, il est vrai, plein d'aléas, mais il aura d'autant plus de chances de réussir qu'il aura été pratiqué plus tôt. D'où la nécessité de pouvoir reconnaître ces tumeurs de très bonne heure ; aussi il sera toujours sage de pratiquer dans tous les cas un examen oculaire très attentif, qui permette d'instituer un traitement précoce : radiothérapie tout d'abord ; en cas d'insuccès, il faut se résoudre à l'intervention, et ceci très rapidement.

(1) F. Terrien. — Le traitement par les rayons X des troubles visuels d'origine hypophysaire. *Archives d'Ophtalmologie*, 1916, p. 387.

CHRONIQUE

L'anémie pernicieuse et la grossesse

D'après M. Bolaffio (1)

Le professeur Bolaffio (de Modène) a pu recueillir au bout de vingt et un ans quarante observations d'anémie pernicieuse au cours de la grossesse et il en a vu bien plus.

La couleur de la peau a une grande importance et l'on peut distinguer cinq groupes : 1° très pâle ; c'est le groupe le plus fréquent (vingt cas, quatre décès) ; 2° extrêmement pâle ; c'est le groupe qui a le plus grand pourcentage de mortalité (quatre cas, trois décès) ; 3° jaunâtre, couleur typique de l'anémie pernicieuse (n'a que sept cas, mais presque tous très graves, trois décès, trois sauvés, grâce à la transfusion et un cas seulement avait des globules rouges au-dessus d'un million et a guéri) ; 4° légèrement ictérique (trois cas dont un décès) ; 5° terreux (six cas dont un décès).

Il y a eu des hémorragies dans onze cas. Dans trois cas, il s'agissait d'épistaxis (deux morts) ; dans cinq cas, c'étaient seulement des pétéchies de la peau ; dans trois cas, il y avait des hémorragies rétiniennes que l'on voit dans l'anémie pernicieuse (deux morts) ; enfin une hématurie.

L'œdème est presque toujours existant. C'est un symptôme constant dans les cas graves, mais son importance n'a aucun rapport avec la gravité de l'affection.

L'albuminurie est plus importante que rare et n'a aucune valeur pronostique.

(1) M. Bolaffio (de Modène). — Zur Kenntnis der perniziösen Schwangerschaftsanämie (Anémie pernicieuse et grossesse). *Archiv für Gynäkologie*, t. 151, fasc. 3, p. 465 (traduit par les soins de H. Vignes).

La bilirubine dans les urines est fréquente.

La splénomégalie existait dans 14 cas, coïncidant presque toujours avec de l'hépatomégalie. Les auteurs ne sont pas d'accord si ce fait traduit une fonction de régénération ou de destruction des érythrocytes dans ces organes. Il y a là des ressemblances avec la maladie de Banti. Dans un certain nombre de cas, il y avait paludisme, actuel ou ancien ; leur pronostic est plus grave que dans les autres spléno-hépatomégalies.

La glossite, fréquente dans l'anémie pernicieuse cryptogène est au contraire plutôt rare ici.

L'anorexie est presque constante et assez précoce : grand abaissement de l'acidité du suc gastrique, absence complète de HCl.

La diarrhée existe dans tous les cas graves, en général dès que les globules rouges sont abaissés au-dessous d'un million ; ce fait n'a pas d'importance pronostique car ces cas sont susceptibles d'amélioration.

La fièvre paraît rare dans l'anémie accompagnant la grossesse.

Hématologie : il y avait souvent des modifications de la couleur ou de la consistance du sang ; nous ne pouvons pas fournir de précisions à ce sujet.

Le nombre des globules rouges était toujours abaissé et cela dès les premiers examens ; on trouvait parfois 2 millions et souvent même au-dessous d'un million ; ensuite diminution progressive (parfois de 100.000 dans 24 heures) jusque dans les suites de couches (trois à sept semaines) ; c'est à cette époque que l'on a trouvé les plus petits chiffres : trois fois 1 million et demi, douze fois entre 1 million et 1 demi-million ; tous les autres cas présentaient moins d'un million de globules rouges (ainsi un cas en présentait 421.000, un autre 416.000) ; il n'y a eu aucun décès dans les cas de globules rouges au-dessus d'un million. La transfusion rend de très bons services dans les cas graves.

La valeur globulaire augmente dès que les érythrocytes baissaient, sauf dans un cas d'anémie aplasique où l'index tombait de 156 à 125 malgré l'anémie progressive. Une valeur globulaire relativement basse coïncidait avec un chiffre de globules rouges abaissé, ce qui prouve qu'il y a peu de régénération globulaire de la part de la moelle osseuse. Néanmoins, même dans les cas avec bonne régénération, on ne trouve pas un index très élevé comme dans l'anémie cryptogénétique de Biermer : moyenne de 1 à 1 1/2.

Composition du sang : anisocytose, polychromatophylie, poïkilocytose comme dans toute anémie pernicieuse ; on voit également des hématies granuleuses et des hématies avec restes nucléaires. Comme globules nucléés, l'auteur a trouvé des normoblastes à grands noyaux et des mégaloblastes.

Quant aux leucocytes, l'auteur a constaté de la leucopénie (légère) dans dix-huit cas, de la leucocytose (légère) dans huit cas, valeur normale dans dix cas et quatre fois des valeurs très oscillantes ; les lymphocytes sont parfois augmentés, parfois diminués. L'auteur a pu constater que l'augmentation des lymphocytes assombrit particulièrement le pronostic (quatorze cas, huit décès). Présence fréquente de myélocytes et même de myéloblastes.

Beaucoup d'auteurs ont signalé le fait que le sang de l'enfant n'est nullement influencé par l'affection maternelle, ce que l'auteur confirme.

Autopsie. — Douze décès, huit autopsies. Hémorragie dans trois cas : dans un cas pétéchies de la peau, du péricarde, du diaphragme ; dans un autre cas, pachyméningite hémorragique et pétéchie de la pie-mère ; dans le troisième épanchements séro-hémorragique dans la plèvre et le péricarde. Infiltrations graisseuses du myocarde, cinq fois ; hypertrophie de la muqueuse gastrique, deux fois ; hyperplasie des follicules lymphatiques du duodénum, une fois. Foie : hémosidérose, cinq fois, infiltrations graisseuses, trois fois. Rate : deux fois tuméfaction molle et infarctus. Reins : deux fois anémiques, une fois dégénérescence graisseuse, une fois néphrose. Moelle osseuse, rouge turgescente, dans les huit cas.

Evolution. — L'affection commence toujours au cours de la grossesse et jamais dans les suites de couches : dix fois au cinquième mois, huit fois au sixième mois et huit fois au septième mois, six fois au quatrième mois, trois fois au troisième mois, une fois au huitième mois, deux fois au premier et deux fois au deuxième mois ; c'est le début des symptômes. Mais des modifications dans le sang ont lieu bien avant l'apparition des signes : faiblesse, dyspnée, œdème, anorexie, vomissements, diarrhée, ensuite pâleur sont les principaux signes du début. Parfois douleurs ou brûlures à l'estomac, vomissements, toux, douleurs épigastriques, palpitations, douleurs du thorax, douleurs dans les bronches, crampes dans les jambes, maux de gorge, voix enrouée.

Les cas mortels ont une évolution très rapide ; le début dans ces cas est très précoce.

D'une façon générale, cette anémie est progressive ; on peut modifier sa marche par un bon traitement (Fe, As, transfusion).

L'accouchement spontané ou artificiel était toujours très rapide et sans grande perte sanguine. La régénération des globules rouges, parfois déclenchée par un traitement hépatique ou une transfusion, était souvent rapide (200.000 globules rouges par jour et plus).

Etiologie. — L'affection paraît être plus fréquente dans certains pays (Italie), plus rares dans d'autres (Allemagne) ; les Italiens ont même trouvé des régions à fréquence relativement grande de cette anémie au cours de la grossesse. Son apparition est parfois même épidémique. Parmi les saisons, l'hiver paraît favoriser le début de la maladie.

L'anémie est plus rare chez les jeunes et chez les primipares que chez les femmes au-dessus de 24 ans et chez les multipares ; mais c'est chez les femmes jeunes que l'affection est beaucoup plus grave (quatre décès sur six cas). On voit ici des analogies avec les autres gestoses (vomissements, albuminurie, éclampsie) plus rares mais aussi plus graves chez les femmes jeunes (de moins de 24 ans). Quant aux récidives, elles ne sont pas fréquentes mais existent souvent ; la mortalité ne paraît pas plus grande en cas de récidive. Quant aux autres facteurs étiologiques, l'auteur n'a jamais trouvé de parasites intestinaux, mais assez souvent du paludisme ancien ou récent ; il est difficile de dire dans ces cas s'il s'agit d'une anémie pernicieuse due à la grossesse ou d'une anémie paludéenne.

Pronostic. — Aucun signe n'a une valeur pronostique absolue, mais un pronostic sérieux comporte les signes suivants : couleur de la peau extrêmement pâle ou même jaune paille ; hémorragies de la peau, épistaxis, hémorragie de la rétine ; nombre des globules rouges inférieur à un million au cours de la grossesse ou inférieur à 700.000 dans les suites de couches ; diminution des globules rouges nucléés avec chiffre bas et sans érythrocytes ; absence ou persistance d'un petit nombre de globules nucléés avec chute des érythrocytes ; augmentation des leucocytes sans autre cause coïncidant avec un chiffre d'érythrocytes bas ; lymphocytose absolue, présence de complications (néphrite, affections cardiaques, paludisme récent ou aigu, fièvre puerpérale) ; primiparité, pronostic plus sérieux.

La mortalité a été : pour Ferroni de 52,3 % (1907, 63 cas avec 33 décès), pour Valsnani de 46,8 % (118 cas, 54 morts), pour Gusserow, 7 cas et 7 décès ; pour Gräfe, 25 cas, 22 décès ; la statistique de l'auteur avec 12 décès sur 40 cas (30 %) paraît donc particulièrement favorable et il l'attribue à son traitement.

Le pronostic en rapport avec le mode d'accouchement est le suivant : 4 cas, expulsion d'un fœtus mort ; exitus de la mère le jour même ou peu après ; — 2 cas d'accouchement prématuré spontané, enfant asphyxié avec une femme morte et l'autre femme sauvée à grand'peine grâce à la transfusion ; — 10 cas d'accouchement prématuré spontané d'un enfant vivant, deux décès ; — 8 cas d'accouchement naturel à terme aucun décès ; — 16 cas d'interruption artificielle de la grossesse (6 fois avortement au sixième mois, 10 fois accou-

chement prématuré : quatre décès dans le premier groupe, un décès dans le deuxième).

Le pronostic fœtal était, dans les cas de l'auteur, aussi mauvais que dans les cas publiés jusqu'à présent, peut être même pire à cause de l'interruption fréquente de la grossesse. Nous avions 21 enfants vivants (50 % environ) dont 13 seulement viables (1/3 de tous les cas).

La grossesse gémellaire est fréquente. Bolaffio en relève une, mais, dans la totalité des cas observés dans les cliniques italiennes, on trouve sur 148 cas, 6 gémellaires ; la fréquence est donc quatre fois plus grande que normalement, fait observé aussi dans l'éclampsie.

Traitement. — L'auteur est convaincu que les chiffres de guérison relativement bons dans ses cas (12 décès seulement sur 40 cas) doit être attribué à sa thérapeutique. Deux méthodes dominent la scène : la transfusion et les préparations de foie.

B. a essayé les préparations de fer, d'arsenic, de la moelle osseuse, du néosalvarsan, injections intramusculaires de sérum et de sang de femmes enceintes, l'injection intraveineuse de sang ombilical à petites doses (15 c.c.) : les résultats étaient variables, mais pas concluants.

Il a fait des transfusions dans 11 cas dont voici les résultats :

N°	*Epoque de la transfusion*	*Nombre des globules rouges*	*Sang transfusé*	*Effets*
15	9e jour des suites de couches	756.000	150 c.c. sang défibriné	grande amélioration sans crise sanguine ; guérison
20	3e jour des suites de couches	514.000	600 c.c. sang citraté	amélioration rapide sans crise sanguine ; guérison
21	pendant l'avortement artificiel	865.000	500 c.c. sang citraté	décès au bout de trois jours
24	a) 2 fois au cours de la grossesse	792.000	130 c.c. sang citraté chaque fois	légère amélioration, ensuite aggravation
	b) au 4e jour des suites de couches	586.000	550 c.c. sang citraté	amélioration rapide ; crise sanguine ; guérison
19	5e jour des suites de couches	540.000	50 c.c. sang citraté difficulté techn.	amélioration rapide ; crise sanguine ; guérison
28	5e jour des suites de couches paludisme récidi. ; très mauvais état.	872.000	100 c.c. sang citraté	décès au bout de trois heures
29	5e jour des suites de couches paludisme récidi.	756.000	240 c.c. sang citraté	amélioration rapide, sans crise sanguine ; guérison
33	6e jour des suites de couches rachitisme, palud., césarien.	?	500 c.c. sang citraté	scepticémie, décédée le 8e jour des suites de couches
34 b	au début du neuvième mois	1.280.000	300 c.c. sang citraté	en même temps traitement par extraits hépatiques : crise sanguine, amélioration rapide et guérison
36	post partum	700.000	500 c.c. sang citraté	très vite amélioration également du foie, crise sanguine ; guérison
37	11e jour des suites de couches	1.060.000	250 c.c. sang citraté	amélioration lente ; aucune crise sanguine ; guérison

Dans tous ces cas, l'état général des femmes était très mauvais ; l'auteur est convaincu que les huit cas favorables sont survenus seulement grâce à la transfusion qui était donc d'une importance capitale. Les expériences ont montré que les globules rouges transfusés périssent au bout de trois jours et la réaction de l'urobiline devient très nette dans les urines dès le deuxième jour. Ce qui fait donc la valeur de la transfusion, c'est l'active régénération de la moelle osseuse ; ce travail peut être tellement violent qu'il y a une véritable crise sanguine dans certains cas.

La transfusion était toujours sans accident sérieux ; seulement, dans le cas 28, l'auteur a eu l'impression que la mort imminente avait été accélérée par la transfusion.

Le traitement par le foie a une grande valeur ; car on ne peut jamais obtenir une amélioration durable avec la transfusion seule. L'absorption de foie frais par voie buccale est souvent suivie de diarrhée ; aussi faut-il préférer les extraits hépatiques en injections.

L'interruption artificielle de la grossesse a été beaucoup discutée ; beaucoup d'auteurs étaient contre à cause des mauvais résultats ; l'auteur juge, au contraire, que les échecs sont dus au fait que l'intervention a été trop tard décidée ; car il faut toujours compter avec une certaine chute des globules rouges après l'évacuation utérine. Il a signalé en 1924 de ne pas attendre plus longtemps dès que le chiffre des globules rouges atteint un million et demi.

Ferrata a prétendu, en 1931, à l'occasion du trentième congrès italien de gynécologie à Milan que l'interruption de la grossesse est maintenant inutile puisqu'on peut disposer de si bons moyens comme la transfusion et le traitement par extraits hépatiques. Bolaffio estime que cet auteur a raison dans un certain cas à chiffre globulaire relativement élevé, mais il doute que des cas vus pour la première fois avec un chiffre globulaire de un million ou moins puissent être sauvés uniquement par un traitement conservatif. Le traitement de l'anémie pernicieuse de la grossesse doit être actuellement le suivant : pendant la grossesse, s'il y a plus de 1.250.000 globules rouges, on fait, de suite, le traitement par le foie et on attend, mais jamais jusqu'à atteindre la limite de un million ; on fera une transfusion avant que cette limite soit atteinte. Si les érythrocytes tombent quand même à un million, interruption immédiate de la grossesse à l'aide de bougies et pas par curettage à cause de la facilité et de la gravité de l'infection puerpérale dans ces cas. Ensuite on fait un traitement par extrait hépatique dans tous les cas et transfusion dans les cas de nécessité (globules rouges au-dessous de 700.000, mauvais état général), le sang du même groupe est préférable.

La stérilisation ne paraît pas nécessaire ; car les récidives sont relativement rares ; on peut la faire chez des multipares, avec plusieurs enfants vivants, ayant fait des récidives répétées.

Pathogénie. — Les chapitres de l'étiologie et de la pathogénie ont été beaucoup discutés, mais la plupart des auteurs admettent que les anémies de la grossesse, malgré leurs variétés hématologiques, peuvent avoir la même origine. Il faut donc considérer comme existante une anémie pernicieuse, gravidique qu'il ne faut pas confondre avec une anémie banale, coïncidant par hasard avec une grossesse. Un grand nombre d'auteurs admettent qu'il y a un facteur constitutionnel, une prédisposition du sang à la chlorose à la suite de faiblesses congénitales de la moelle osseuse et c'est sur ce terrain que l'anémie pernicieuse se

BIBLIOGRAPHIE

Précis de matière médicale homœopathique, par les Docteurs Léon VANNIER et Jean POIRIER. Un vol. in-16 de 580 pages avec figures. Broché, 85 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris (6e).

Avec un grand souci d'exactitude et de clarté, les auteurs étudient 240 remèdes dans leurs caractéristiques, leurs modalités, leurs symptômes importants et secondaires, dont la valorisation respective, assurée par une disposition typographique particulière, permet à l'étudiant de graduer ses efforts en évitant d'encombrer sa mémoire. Un chapitre « Comparaisons » montre toute l'importance du diagnostic thérapeutique différentiel. Des schémas reproduisant les tableaux muraux utilisés dans les cours du *Centre homœopathique de France* aident à mieux comprendre les relations étroites qui unissent les remèdes entre eux. Les indications cliniques de chaque remède sont mentionnées et un « Répertoire clinique homœopathique » a été placé à la fin de l'ouvrage afin de faciliter son immédiate application.

La Musique hongroise, par Emile HARASZTI. Un volume in-8 (14 × 21) 12 planches hors texte. Broché 10 francs. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

C'est le premier ouvrage général sur l'histoire de la musique hongroise. Le peuple hongrois avait apporté au Xe siècle dans le bassin du Danube la mélodie touranienne. L'histoire de la musique hongroise est une lutte continuelle entre cette mélodie et la technique occidentale. Cette mélodie tend à chaque période à se rapprocher des grandes formes de la musique ; mais elle n a pu s'y soumettre qu'au XIXe siècle. L'auteur nous montre les diverses phases de cette évolution insistant sur l'apport de la France

L'influence de la mélodie hongroise sur la musique des Maîtres classiques et romantiques nous apparaît dans toutes son importance. M. Haraszti n'oublie pas le rôle considérable des tziganes et il nous montre Liszt qui a transcrit les danses hongroises dans ses Rapsodies en technique moderne propre à l'époque romantique tout en leur laissant leur caractère hongrois. Le dernier chapitre touche à l'école hongroise moderne et à l'œuvre de Bela Bartok.

De nombreuses illustrations et des citations musicales ornent ce volume qui sera très utile à tous.

L'Eglise de Saint-Riquier, par Georges DURAND. Un volume in-8 (20 × 13), 40 gravures et un plan. Broché : 7 fr. 50. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VIe.

Dans la collection des « *Petites Monographies des Grands Edifices de la France* », paraît ce volume sur l'Eglise de Saint-Riquier.

La ville de Saint-Riquier a hérité de son antique abbaye d'une grande et superbe église que beaucoup de villes épiscopales pourraient lui envier. Commencée au XIIIe siècle, terminée au XVIe, mais en conservant sa parfaite unité architecturale sous sa décoration flamboyante, elle peut être rangée parmi les églises françaises les plus magnifiques.

Une très belle et copieuse statuaire, un précieux trésor et un riche mobilier, en augmentent encore l'intérêt. Presque toutes les époques, du XIIIe au XVIIIe siècle y sont représentées, constituant un véritable musée d'architecture, de sculpture, de peinture, d'orfèvrerie, de broderie.

Elle a été l'objet d'une monographie très complète et éditée avec un grand luxe dans *la Picardie historique et monumentale*, mais cette monographie est épuisée. M. Georges Durand, auteur de la monographie, a pensé rendre service au public en lui en offrant une réduction.

L'Eglise de Saint-Riquier mérite grandement d'être visitée. Quiconque s'y arrêtera est certain d'y goûter une satisfaction artistique très réelle et très complète.

Une illustration abondante n'est pas le moindre attrait de cet excellent ouvrage.

Apprenons à ponctuer. *Pourquoi, comment il faut ponctuer*, par Etienne LE GAL. Un vol. (11,5 × 18,), broché, 8 francs. « Bibliothèque des chercheurs et des curieux ». Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

Avez-vous remarqué comme les romans, artciles de journaux, ouvrages littéraires et scientifiques sont souvent mal ponctués ? Et que dire alors du *Journal Officiel* !

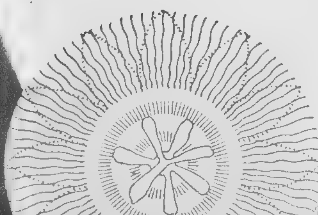
Toutefois, il faut reconnaître que l'art de ponctuer est un art délicat et que le domaine de la ponctuation est encore à peu près inexploré.

Pourtant, une bonne ponctuation est des plus importantes. Elle aide à l'intelligence et aux nuances des texes, à la clarté des contrats. Elle aère, rythme, clarifie, vivifie. Au surplus, il suffit d'une simple virgule pour changer le sens d'une phrase. Soit la phrase suivante : *Il s'approcha de la lampe, qui finissait de brûler*. Supprimez la virgule, vous changez du même coup le sens de la phrase car vous marquez alors une opposition entre une certaine lampe, qui finissait de brûler— celle des lampes qui finissait de brûler — et d'autres lampes, qui, elles, étaient toujours dans tout leur éclat. La différence est évidente, et pourtant, elle avait échappé à George Sand ...

Le point-virgule, les deux points, le point ont aussi, dans la pratique une grande importance.

Un ouvrage s'imposait donc, où fussent précisées et codifiées, sous une forme claire et pratique, les règles de la ponctuation. L'auteur de *Nedites pas... Mais dites...* nous donne aujourd'hui cet ouvrage. Nous croyons qu'il rendra de réels services à tous ceux qui aiment les phrases logiques et claires, les textes bien ordonnés, le rythme et la cadence de la période française.





développe à la suite d'influences pathologiques ou même physiologiques de la grossesse. Un grand nombre d'auteurs et, en particulier, Bolaffio ont constaté qu'une certaine oligocytémie au cours de la grossesse est un fait tout à fait normal ; or, il est impossible que ce que l'on appelle les anémies pernicieuses de la grossesse ne soit qu'un état physiologique poussé un peu trop loin. Mais quel serait l'agent d'un changement parfois aussi grave ?

Valsmani pensait à une intoxication d'origine placentaire ; d'autres auteurs pensaient que l'origine de ses substances serait plutôt dans la paroi gastrique ou intestinale ; on a trouvé dans les deux des substances hémolytiques (acide oléique ou oléate de cholestérine).

Benda a constaté un abaissement de la cholestérolémie dans l'anémie pernicieuse et émit l'hypothèse que c'est ce fait qui donne à certains lipoïdes une action hémolytique.

Eppinger cherchait à expliquer cette exagération de l'hémolyse par hyperactivité du système réticulo-endothélial dans la rate et dans le foie à la suite de certaines anomalies des vaisseaux de la rate ce qui cause un ralentissement du courant sanguin.

D'autres auteurs considèrent cette affection comme une avitaminose.

Enfin, ayant vu que les anémies guérissent par absorption de préparations de foie, on suppose qu'il s'agit d'une affection par insuffisance hormonale du foie.

En quoi consiste l'action du foie ou extraits hépatiques ? Les opinions sont partagées. Les uns (Whipple) croient que le foie contient des substances de redressement pour les érythrocytes et considèrent cette thérapie comme thérapie par substitution ; les autres croient qu'il y a surtout amélioration des signes hémolytiques et, très accessoirement, des symptômes nerveux et gastriques et la considèrent comme thérapie symptomatique. En somme, vu l'état de nos connaissances actuelles, on peut dire que le fond de l'anémie pernicieuse de la grossesse et de toute autre anémie pernicieuse consiste dans l'existence d'une hormone d'origine gastrique se trouvant en grande quantité dans le foie qui, d'une part, empêche la formation des globules rouges et qui accélère, d'autre part, l'hémolyse. Dans le cas particulier de la grossesse, c'est le métabolisme placentaire qui joue un rôle étiologique, mais nous ne sommes pas capables de fournir des détails actuellement à ce sujet.

Enfin quelques points distinguent cette forme de l'anémie pernicieuse cryptogénétique (type Biermer) ; ce sont : l'absence de glossite et de signes nerveux importants, la basophilie plus marquée, le nombre des érythrocytes nucléés (surtout normoblastes), la spléno-hépatomégalie souvent plus prononcée, mais surtout l'absence ou la petite importance de la leucopénie.

Résumé. — 1° Chez un grand nombre de femmes enceintes, il y a une labilité du sang qui se manifeste surtout par une oligocythémie et oligochromémie.

2° Les bases de ces phénomènes sont la prédisposition constitutionnelle de la moelle osseuse, puis certains états pathologiques du cœur, le paludisme récent, les affections aiguës, mais surtout une certaine paresse de la sécrétion hématopoïétique de l'estomac pendant que l'hémolyse est augmentée par les échanges placentaires.

3° L'anémie pernicieuse de la grossesse présente l'état extrême de ces faits. Les hormones régulatrices du sang ont été paralysées ce qui cause une forte diminution de l'hématopoïèse et une augmentation de l'hémolyse.

4° L'hématopoïèse maternelle et fœtale est caractérisée par la présence d'un grand nombre d'érythrocytes jeunes et embryonnaires. L'hématopoïèse fœtale se distingue de celle de la mère par l'absence des mégaloblastes qui existent dans le sang de la mère à côté des normoblastes ; ensuite par le nombre des globules rouges normal ou surnormal par rapport au nombre très diminué chez la mère.

5° Cette différence peut être due au fait que les acides aminés, substances favorables à l'hématopoïèse sont entièrement utilisés chez le fœtus mais insuffisamment chez la mère.

6° Au fond puisqu'il y a dans les deux cas absence de l'hormone hématopoïétique, cette forme d'anémie serait identique à l'anémie pernicieuse cryptogénétique. Ce qui caractérise l'anémie pernicieuse de la grossesse est l'origine placentaire d'un agent primaire.

7° L'agent de cette frénation des hormones est inconnu. Il est possible que des facteurs endémiques et épidémiques y interviennent (infection gastrique ou intestinale).

8° Ici, comme dans toute anémie, la thérapie par le foie fait régénérer le sang ; elle fait augmenter l'hématopoïèse pathologiquement diminuée et arrête l'hémolyse.

9° C'est uniquement grâce au traitement par le foie qu'on a pu obtenir une telle amélioration de l'affection pendant la grossesse que celle-ci a pu aller à terme.

10° Comme traitement causal, on peut guérir l'anémie pernicieuse de la grossesse par l'interruption de celle-ci.

11° L'aggravation presque constante dans les suites de couches exige que l'intervention soit faite précocement, c'est-à-dire le plus tard à un million de globules rouges.

12° Grâce à la transfusion abondante de sang du même groupe, des malades mourantes peuvent être sauvées.

13° Chez quelques malades à tempérament anémique, il y a des récidives pendant plusieurs grossesses.

14° La stérilisation ne paraît pas très justifiée, vu la rareté des récidives et les progrès réalisés dans la thérapeutique de cette affection.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE

Voies respiratoires

Les rapports de l'asthme et de la tuberculose doivent être envisagés à un point de vue particulier : la possibilité de tuberculoses pulmonaires graves, évolutives rapides, se greffant sur des syndromes d'asthme, accompagnés de l'habituelle bronchite chronique.

Deux observations montrent comment on peut méconnaître la tuberculose.

1° André T..., 20 ans. Pas d'antécédents familiaux tuberculeux connus. Crises d'asthme caractéristiques depuis l'âge de cinq mois... En temps normal, le jeune homme est un bronchiteux chronique. Cet asthme s'exacerbant, une intervention a été pratiquée sur les cornets l'an dernier et a considérablement amélioré les crises. Ce malade a déjà été radioscopé plusieurs fois ; toujours on lui a déclaré la même chose : « Sclérose des hiles, thorax d'emphysémateux ; vous ne deviendrez jamais tuberculeux, puisque vous êtes asthmatique »... L'examen clinique montre des râles de bronchite banale et une matité correspondant au lobe supérieur droit avec des râles bulleux. Une radiographie... révèle une zone bien plus étendue couverte de marbrures à aspect très évolutif, presque tout le champ pulmonaire droit et une cavité assez volumineuse sous la clavicule ; le poumon gauche paraît sain. L'étude du cliché n'indique pas du tout l'existence d'une réaction scléreuse des lésions. Les crachats contiennent des bacilles de Koch en abondance...

2° Raoul B..., 18 ans. Pas d'antécédents tuberculeux ni de contacts connus. A 15 ans, fièvre paratyphoïde, diagnostiquée sans séro-diagnostic ni hémoculture, et qui a bien pu être le premier épisode d'une poussée abortive de tuberculose généralisée. A 17 ans, pleuro-congestion droite qui laisse une traînée de sclérose très discrète le long de l'interlobe supérieur droit. Il a dû exister aussi un léger épanchement de la base droite. Le tout a évolué durant deux mois environ, avec une température assez élevée au début. Un repos de plusieurs mois à l'altitude et le jeune garçon rentre en octobre 1931 avec un état général et local excellent... En avril 1932, il présente une gêne respiratoire intense en accord avec un coryza spasmodique. Le diagnostic d'asthme nasal, rhume des foins est porté alors... Le jeune homme... est envoyé pour suivre une cure à Saint-Honoré-les-Bains.... Le médecin qui le traite estime d'emblée que toutes les manifestations observées proviennent de cet asthme nasal et que la cause de celui-ci ne peut être qu'une insuffisance hépatique... Après un séjour de durée rituelle, le malade rentre... Il a maigri de 8 kgr... Il tousse, crache transpire la nuit... Il est fébrile,... l'auscultation décèle des signes parfaitement nets de ramol-

lissement du lobe supérieur droit. La radiographie confirme l'existence d'une condensation massive du lobe supérieur droit avec une très volumineuse cavité sous-claviculaire. Les crachats sont riches en bacilles de Koch...

(Amsler. Sur la tuberculose chez les asthmatiques. *Archives Médicales d'Angers*, décembre 1932.)

Tube digestif

L'ulcère de la face postérieure de l'estomac présente une symptomatologie assez particulière.

Tout d'abord on remarque qu'il est relativement rare ; sur 100 ulcères d'estomac, 70 sont localisés au pylore, 28 à la petite courbure et 2 aux faces.

Ce qui caractérise cet ulcère, ce sont des douleurs d'hyperchlorhydrie qui surviennent deux ou trois heures après le repas, et qui se transforment en crises extrêmement vives, rappelant celles du tabes, de l'aortite abdominale, du cancer du pancréas.

En dehors de ces crises, rien ou presque rien : pas de vomissements, rarement des hématémèses; conservation de l'appétit. La radiographie est négative ou presque.

Les douleurs gastriques changent de caractère ; d'abord rythmées par les repas, elles prennent l'aspect de crises solaires irrégulières dès que les adhérences se forment avec la région cœliaque.

Le diagnostic reste hésitant ; on pense à tout sauf à l'ulcère gastrique ; aussi ces malades sont-ils souvent pris pour des spécifiques que l'on traite malgré la négativité des réactions humorales.

(Duval. Ulcère de la face postérieure de l'estomac. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, décembre 1932).

Le diagnostic d'insuffisance hépatique manque de bases positives.

Il plaît au public, qui comprend les digestions lentes, l'intestin paresseux, les nerfs usés

Il méconnaît les facultés réactionnelles de l'organisme, il est néfaste aux malades, qui ingurgitent excitants toniques, fortifiants d'une part, laxatifs et purgatifs d'autre part.

Le bilan de l'insuffisance hépatique est chargé de nombre de tuberculoses, dues aux régimes restrictifs, et de troubles gastro-intestinaux, provoqués par l'abus des cholagogues.

(Henri Bon. Le mythe de l'insuffisance hépatique. (*Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 décembre 1932.)

Système nerveux

Il reste dans la destinée de l'hystérie de se voir attribuer tout nouveau syndrome que, faute d'une objectivité connue, on ne sait où classer.

La guerre de 1914 créa une explosion de pithiatisme et donna naissance, d'autre part, à des troubles nerveux que l'on dut nettement séparer des accidents hystériques : troubles nerveux d'ordre réflexe par irritation sympathique.

Il est établi que l'on peut étayer avec certitude un diagnostic neurologique en cherchant les signes d'organicité et non en cherchant les stigmates ou autres signes hystériques ; on se trouve donc singulièrement indécis devant un syndrome nouveau dont on n'a pas encore pu dégager de symptômes décelant une objectivité particulière.

L'apparition de l'encéphalite entraîne une reprise des débats. Les syndromes post-encéphalitiques présentent une grande similitude d'aspect des manifestations cliniques, d'où la conception des états hystéroïdes. Elle attribue à l'hystérie la même origine organique qu'aux séquelles encéphalitiques ; le siège des lésions serait, dans les deux cas, au niveau du striatum. La discussion porte sur un plan nouveau : l'organicité de l'hystérie.

Du point de vue purement clinique la conception des états hystéroïdes n'est pas justifiée pour différentes raisons : similitudes morphologiques purement apparentes, variabilité des réflexes neuro-végétatifs, rôle de l'auto-suggestion et de la persuasion.

Bien que les nouvelles théories présentent un intérêt spéculatif réel, la conception du pithiatisme reste entière sur le terrain clinique.

(Pierre Imbert. L'hystérie en face des états striés post-encéphalitiques. La conception des états hystéroïdes. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 janvier 1933.)

Le tableau clinique de la névrite sciatique, consécutive à l'oblitération de l'artère du grand sciatique, peut se résumer ainsi :

1° Un syndrome sensitif : d'une part douleurs vives, a début brutal, spontanées avec exacerbations en éclair sur un fond douloureux permanent, réveillées par les mouvements et la pression sur le trajet du nerf, siégeant à la face postérieure de la cuisse, dans le mollet et le pied, s'accompagnant de décharges électriques ; d'autre part anesthésie superficielle douloureuse prédominante à la face externe de la jambe et sur le dos du pied ; enfin une atteinte de la sensibilité profonde des articulations du pied.

2° Un syndrome moteur caractérisé par une impotence des mouvements du pied et des orteils avec prédominance sur les extenseurs (péroniers).

3° Au point de vue réflexe une abolition des réflexes achilléen et médio-plantaire avec intégrité des réflexes péronier et tibial supérieur.

4° Une vaso-dilatation artérielle (augmentation de l'indice oscillométrique), capillaire (teinte vineuse du membre inférieur au-dessous du genou), veineuse (saillie considérable des troncs veineux et variqueux).

(L. Mathieu et G. Grandpierre. Névrite sciatique par oblitération de l'artère du grand Aciatique. *Revue médicale de l'Est*, 1er janvier 1933).

Une sciatique d'apparence banale peut masquer une arachnoïdite spinale, comme le montre une observation d'un grand intérêt.

Il s'agit d'un homme de trente ans, qui, six ans après une première atteinte, présente une sciatique gauche remarquable par la persistance et l'intensité des douleurs, accompagnée d'une amyotrophie diffuse et de modifications des réflexes (hyperréflectivité tendineuse, signe de Babinski) qui dénotent l'atteinte du faisceau pyramidal.

Malgré quelques signes divergents et notamment l'absence de douleur dans le domaine des nerfs voisins, c'est d'une sciatique haute qu'il semble s'agir, sinon la participation médullaire, la diffusion de l'amyotrophie ne s'expliqueraient pas, le signe de la toux et de l'éternuement ne seraient pas aussi nets. D'autre part, devant l'absence de lésions vertébrales sur les radiographies antérieures, devant l'attitude antalgique adoptée par le malade, l'idée de funiculite s'efface devant celle de radiculite.

(Abel et Kissel. Sciatique et arachnoïdite. *Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1932).

Obstétrique

Deux cas sévères d'infection puerpérale, traités par deux méthodes différentes, doivent attirer l'attention.

Le premier est une histoire banale de septicémie *post-partum*. Le seul traitement est la sérothérapie anti streptococcique de Vincent : 60 c.c. le premier jour, 80 c.c. le deuxième, 60 c.c. le troisième. La température tombe, l'état général se transforme. Le traitement est continué pendant les six jours qui suivent l'apyrexie, à doses inférieures : 30 c.c., puis 20 c.c., puis 10 c.c. Au total 320 c.c. en neuf jours. Guérison.

Le deuxième est une péritonite *post abortum*. Le curettage étant impossible (perforation utérine par manœuvre abortive et sortie d'un fragment épiploïque), l'hystérectomie est pratiquée ; malgré la gravité de la situation les suites opératoires sont simples.

La formule du traitement semble être : presque toujours médical dans les formes septicémiques, souvent chirurgical dans les formes localisées.

(Drouin. Réflexions sur le traitement de l'infection puerpérale. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, décembre 1932.)

Oto-rhino-laryngologie

Le catarrhe tubaire bénin est un signal d'alarme, le catarrhe tubaire à répétition est un danger pour la fonction auditive.

Il faut supprimer tout d'abord les causes de l'infection de l'orifice pharyngé tubaire, enlever les végétations adénoïdes, rétablir la perméabilité nasale.

Ce n'est pas tout. Les muqueuses de la trompe d'Eustache et de la caisse, dont la fragilité se traduit par la fréquence de leurs infections, réclament un traitement médical, au même titre que les muqueuses du nez ou de la gorge qui présentent une débilité analogue.

Le soufre paraît être le meilleur remède, sous forme colloïdale ou gazeuse ; on l'introduit dans la trompe et la caisse à l'aide de la sonde d'Itard.

(B. de Gorsse. Les rhumes de l'oreille. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 décembre 1932.)

Toxicologie

L'émétine si efficace dans le traitement de l'amibiase, n'est pas dépourvue de danger.

Employée suivant une posologie aujourd'hui classique, elle est en général inoffensive : des doses supérieures sont susceptibles d'engendrer des troubles toxiques parfois très graves.

L'intoxication peut d'ailleurs, à titre exceptionnel, se produire pour des doses normales, surtout s'il y a eu un traitement antérieur ; elle survient, en général, au cours ou vers la fin d'une série d'injections, lorsque la dose totale atteint environ un gramme ; elle s'annonce par une triade symptomatique d'alarme : troubles digestifs (nausées persistantes, reprise de diarrhée), troubles rénaux (oligurie, albuminurie), troubles circulatoires (tachycardie d'effort, hypotention).

Si le traitement n'est pas immédiatement suspendu, on voit surgir les accidents graves de l'intoxication constituée : l'insuffisance cardiaque particulièrement redoutable avec sa tachycardie, son arythmie, son hypotension, sa dyspnée, son angoisse ; l'évolution est fréquemment fatale.

Il est nécessaire d'observer une posologie rigoureuse.

Le chlorhydrate d'émétine sera employé en injections sous-cutanées, à la dose de 4 à 8 centigrammes par jour, exceptionnellement en injections intraveineuses (maximum 2 centigrammes).

Il importe de ne pas dépasser la dose totale de 0 gr. 80 et exceptionnellement d'un gramme par série d'injections.

Il est prudent de laisser entre deux séries d'injections un intervalle de 40 à 60 jours, nécessaire à l'élimination complète du médicament.

Le malade sera étroitement surveillé, car les accidents toxiques peuvent éclater même avec une posologie absolument normale.

(P. Trocmé. Intoxication par l'émétine. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, novembre 1932.)

Thérapeutique

Le traitement médical des périviscérites digestives essentielles doit être pathogénique pour être efficace

L'éther benzyl cinnamique agit, à la longue, sur le processus adhérentiel ; il calme la douleur et empêche peut-être la production de nouvelles brides.

L'héliothérapie est indiquée toujours, sauf en cas de fièvre ; si elle est difficile à réaliser, on la remplace par les applications locales ou générales de rayons ultra-violets.

Les rayons infra-rouges ont été utilisés surtout dans les formes douloureuses.

La diathermie donne également des résultats dans les formes localisées et douloureuses.

Le traitement symptomatique est dirigé contre les troubles fonctionnels et généraux.

Le traitement chirurgical n'a qu'une indication : un trouble du transit à forme occlusive.

(J. Baumel, de Montpellier. Traitement médical des périviscérites digestives essentielles. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 octobre 1932.)

Varia

Le médecin d'aujourd'hui, anastomosé avec un chirurgien prudent qu'il doit stimuler plutôt que freiner, encadré par des spécialistes consciencieux, est vraiment un roi de la médecine (Bosc, de Tours).

L'art médical n'est que la manifestation du bon sens, de l'esprit critique (Pierre Mauriac, de Bordeaux).

Le médecin ne vit plus dans l'atmosphère de sympathie qui l'environnait autrefois ; maintenant, dès qu'il vieillit, il a pour ennemis, comme l'homme politique, la plupart des gens à qui il a rendu service. Ceux à qui il a fait un trop long crédit, ceux qui ne l'ont pas payé ou qu'il a soignés pour rien lui pardonnent difficilement (Sendrier, de Savigné).

C'est avec l'esprit d'analyse, avec l'idée constante de découvrir des rapports et d'établir des relations, que j'exerce depuis trente ans ma profession à la campagne (J.-L. Roumaillac, de Captieux).

J. Lafont.



REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic

Le *Practitioner* consacre son numéro de février au **diagnostic précoce du cancer** : les articles, écrits par Mac Leod, Fitzwilliams, Bennett, Colledge, Burrell, Ogilvie, Gordon Watson, Keynes, Shaw, Brockman, Roche, Winsbury-White, Carlton, sont consacrés aux différents organes ; le point de vue général est exposé dans une excellente étude, qui sert de préface et qui est signée par le président du Collège royal des Chirurgiens, sir Holburt Waring ; les citations suivantes en montrent tout l'intérêt.

Le diagnostic précoce du cancer dépend d'un nombre considérable de facteurs et un des plus importants est l'*opportunité* donnée au praticien par le malade de faire un examen complet et immédiat, dès le premier signe, dès le premier symptôme d'affection maligne possible. Ce numéro du Practitioner a pour but de guider et d'instruire les praticiens dans l'observation des signes précoces de cancer et je pense que les auteurs distingués, qui y ont collaboré, ont réussi admirablement dans leur tâche quelque peu difficile.

L'affection maligne, dans toutes ses formes et si près du début qu'elle soit connue, commence par une lésion locale, dans une zone, un point, peut-être même une cellule. Quand la maladie évolue, une tumeur locale ou une néoformation de tissu se développe, soit en formant une enflure qui peut être vue ou touchée, soit en déterminant de la douleur ou un trouble du fonctionnement normal de tel ou tel organe. L'esprit superficiel n'attache aucune importance à la présence d'une tumeur *indolore*, s'il n'y a pas d'altération ou de gêne du fonctionnement normal. On ne peut pas s'élever trop fortement contre cette attitude, on ne peut insister trop fortement à la fois sur le sujet et sur le clinicien qui l'examine pour leur faire entrer dans la tête, que le cancer initial est le plus souvent *indolore* et que si la guérison est du domaine de la thérapeutique, plus tôt on prendra les mesures nécessaires, plus nombreuses seront les chances de succès.

En dehors de l'apparition d'une tumeur, indolore ou non, le début de quelque chose d'anormal dans une sécrétion ou une excrétion, surtout la présence de sang ou la constatation d'une tache de sang, doivent toujours être rapportés sans délai par le malade au médecin, qui juge de l'opportunité de mettre en œuvre les moyens appropriés de recherche et d'investigation...

Pour faire un diagnostic au début du cancer, il faut employer une équipe d'observateurs. Cette équipe comprend le clinicien, le radiologiste, le spécialiste en pathologie et, même, l'anatomiste aussi bien que le chirurgien. D'autre part un clinicien expérimenté est souvent capable de faire seul le diagnostic...

Il y a une tendance, chez les profanes, à donner aux rayons X une importance capitale pour faire un diagnostic précis. On doit l'éviter autant que possible et il faut toujours indiquer qu'une interprétation radiologique correcte peut seulement être faite dans bien des cas avec l'appui des constatations cliniques, pathologiques, anatomiques et chronologiques obtenues dans un examen complet du sujet.

(Holburt Waring. The early diagnosis of malignant disease. *Practitioner*, février 1933.)

Maladies infectieuses

Un cas de diphtérie maligne, tardivement traitée, accompagnée d'asystolie et de paralysies secondaires, chez un garçon de 11 ans, rentrant dans le tableau du syndrome secondaire de la diphtérie maligne de Marfan, est rapporté par Costin Fulga.

Ce sont les phénomènes cardiaques qui font l'intérêt de ce cas et qui sont considérés comme des manifestations anaphylactiques ; cette pathogénie est vraisemblable en l'absence de symptômes caractéristiques de la maladie du sérum, aussi bien pendant le traitement que lors des injections d'épreuve qui ont été parfaitement tolérées.

D'autre part l'apparition d'une asystolie grave, en même temps que les paralysies secondaires, indique une relation étroite entre ces phénomènes morbides. Il est permis d'affirmer qu'il s'agit d'une myocardite toxique ayant abouti à l'insuffisance cardiaque totale.

(Costin Fulga. Diphtérie maligne et insuffisance cardiaque. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Bucarest*, décembre 1932.)

Pédiatrie

Le diabète du nourrisson est très rare ; une observation de Léone Maryssael, de Bruxelles, permet de tirer des conclusions importantes.

Les symptômes d'hypoglycémie apparaissent pour des valeurs glycémiques très variables.

L'erreur consiste à supprimer l'insuline en cas de fièvre, alors que des doses beaucoup supérieures sont justement nécessaires ; il en est de même en cas de suppuration.

Le traitement à l'insuline est un traitement continu.

La croissance et le développement des enfants diabétiques traités à l'insuline se produisent en général comme chez les enfants normaux.

Il n'y a qu'un traitement valable, c'est l'insulinothérapie par injection.

(L. Maryssael. Un cas de diabète grave chez un bébé de 21 mois. *Bruxelles Médical,* 5 février 1933.)

Chirurgie

Une technique nouvelle d'extension continue des fractures de l'humérus consiste à exercer une traction directe sur l'avant-bras fléchi, au moyen d'une vis spéciale enfoncée dans l'olécrâne longitudinalement, c'est-à-dire pénétrant dans le cubitus de l'olécrâne vers le poignet, sur une longueur d'environ cinq centimètres ; la tête de cette vis dépasse d'un bon centimètre et sert d'attache à la force de traction.

Le point d'appui supérieur est réalisé par un demi-corset métallique, capitonné de caoutchouc-mousse, que l'on fixe au thorax par des bretelles ou des tours de bande.

La traction sur le fragment inférieur est réalisée par la vis olécranienne attachée à une grande tige filetée, en forme d'U, qui passe sous le coude fléchi à angle droit et remonte de chaque côté de l'humérus où elle coulisse dans deux tubes qui l'engainent. Deux écrous, que l'on fait jouer à la main, éloignent progressivement, avec douceur, mais aussi avec une force considérable, le fragment inférieur jusqu'au moment où la réduction est jugée convenable et vérifiée aux rayons X.

L'appareil, une fois placé, ne demande aucune surveillance puisqu'il n'y a ni ressort ni force élastique à contrôler et que rien ne peut bouger.

(Bœver, de Namur. Fracture de l'humérus. Nouvelle technique d'extension continue. *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie,* janvier 1933.)

La fracture isolée du trapèze doit être plus fréquente qu'on ne le suppose, d'après Emile Derom, de Gand, qui en a observé deux cas en moins d'un an.

Le premier cas concerne une religieuse de 45 ans. Au cours de travaux de jardinage, elle fait une chute en arrière et tombe sur la main droite, le pouce en abduction extrême. Le médecin diagnostique une entorse du poignet. Quatre mois plus tard les mouvements actifs et passifs du pouce et du poignet sont encore limités et douloureux ; la douleur maxima siège au niveau de la tabatière anatomique. La radiographie montre une fracture ancienne du trapèze, probablement par tassement. On extirpe le trapèze sous anesthésie générale ; suites opératoires normales ; guérison.

Dans le second cas un homme de 57 ans trébuche et fait une chute en avant, les bras tendus. La main gauche heurte le sol en hyperflexion dorsale. Douleur immédiate au niveau de la tabatière anatomique, suivie d'impotence fonctionnelle du poignet. La lésion est longtemps traitée pour entorse, puis pour rhumatisme. Trois mois après les mouvements actifs et passifs du poignet et du pouce sont encore limités. La radiographie montre une fracture du trapèze par décapitation de la tubérosité externe. Extirpation de l'os fracturé. Suites opératoires normales. Une synovite à grains riziformes des extenseurs du pouce et de l'index, apparue ultérieurement, n'a pas permis d'obtenir un résultat complet ; le blessé refuse une nouvelle intervention.

(E. Derom. La fracture isolée de l'os trapèze, *Scalpel,* 11 février 1933.)

Les lésions qui peuvent se produire dans l'articulation de la hanche sont illustrées par le cas de Moons, d'Anvers.

Une jeune fille de 14 ans, obèse, fait une chute dans l'escalier, au début de 1932. Douleur au col du fémur gauche, rotation en dehors du pied. Le cas était patent ; décollement épiphysaire de la tête fémorale gauche. Réduction sous-anesthésie générale, plâtre, guérison intégrale.

Quelques mois après, en novembre, nouvelle chute anodine, mêmes symptômes, mais cette fois du côté droit ; c'est au tour de la tête fémorale droite de se décoller. La suite comme précédemment.

(Moons. Epiphydolyse des deux têtes fémorales. *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie,* janvier 1933.)

Radiologie

Trop souvent la radiologie médiastinale se limite à la position frontale, alors que les positions successives du thorax, tournant sur son axe médian vertical, sont seules capables de nous donner des renseignements utiles.

Dans la position transverse, c'est-à-dire franchement latérale, l'image cardio-aortique occupe la plus grande partie du cadre thoracique ; on obtient une limitation et une situation des ombres anormales.

Dans la position oblique antérieure gauche, on décèle le degré d'augmentation du ventricule gauche d'après l'empiétement de son ombre sur la colonne vertébrale.

La position de choix est l'oblique antérieure droite ; on détermine très bien la clarté médiastinale, la ferme délimitation des contours de l'ombre cardio-aortique, la largeur de l'aorte et l'augmentation du ventricule gauche.

Au contraire, dans la position antérieure ou postérieure, l'espace médiastinal est complètement obstrué par la projection de l'ombre cardio-aortique et de l'ombre de la colonne vertébrale.

(Jules Gosselin. Valeur comparée de l'exploration radiologique du médiastin en positions obliques et transversales. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec,* janvier 1933.)

Thérapeutique

Le charbon, injecté par voie intraveineuse est un bon traitement de la tuberculose pulmonaire dans ses formes parenchymateuses, caséeuses et fibro-caséeuses ; il a une action moins marquée dans les formes fibreuses ; l'influence sur les formes bronchiques, interstitielles, granuliques et post-pleurétiques reste à étudier ; il n'y a pas de contre-indication dans les formes congestives ; les formes fibreuses avec tendance sclérosante sont contre-indiquées pour la répercussion sur l'appareil circulatoire.

La maison Merck présente trois préparations de charbon C_1 C_2 et C_3 ; ce dernier, le *carbion,* est additionnée de chlorure de calcium.

Une statistique de 130 cas donne les résultats suivants :

Guérison clinique...........	21	20,19 %
Très améliorés...............	32	30,77 %
Améliorés..................	24	23,08 %
Cas favorables......	77	74,04 %
Sans résultat................	27	25,96 %
	104	100,00 %
Résultat inconnu............	26	
	130	

(C. Fonso Gandolfo, Floro Lavalle et E. Fowler Newton. El Carbon en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Semana medica,* 19 janvier 1933.)

Certaines colibacilluries guérissent spontanément, tandis que d'autres se montrent rebelles à toute thérapeutique.

Un malade présentait, depuis quelques semaines, une pyurie à colibacilles très abondante ; il avait une température voisine de 38° ; l'arsenal médicamenteux fut épuisé sans succès.

En désespoir de cause J. Gaudy pratique une injection de 30 centigrammes de néo-salvarsan ; le lendemain les urines étaient à peu près limpides et le malade amélioré au point de se croire guéri.

Quelques jours après reprise des phénomènes pathologiques et nouvelle injection de 45 centigrammes. Mêmes résultats, même reprise.

Après la sixième injection, poussée à 60 centigrammes, la guérison fut assurée.

Ce traitement fut alors appliqué à dix-sept sujets atteints de colibacillurie avec des résultats divers, allant de la guérison à l'insuccès ; les doses et le nombre d'injections paraissent variables d'un sujet à l'autre ; il paraît sage de ne pas dépasser les doses de 30 à 45 centigrammes et d'espacer les injections d'au moins cinq à six jours.

(J. Gaudy. Traitement des colibacilluries par le néo-salvarsan. *Scalpel,* 11 février 1933.)

Les névralgies du plexus brachial sont aussi fréquentes que rebelles à la thérapeutique.

Le traitement par les agents physiques a donné les résultats suivants dans 42 cas de névralgie brachiale :

La diathermie et les rayons ultra-violets ont plus d'efficacité que les rayons infra-rouges et les bains de lumière.

Les succès les plus brillants ont été obtenus dans les névralgies dites essentielles par l'ultra-violet à dose érythémateuse et dans les névralgies secondaires à une ostéo-arthrite de la colonne cervicale par la diathermie appliquée directement sur les vertèbres cervicales.

(P. Farneti. Il trattamento fisioterapico nelle neuralgie del plesso brachiale. *Il Policlinico*, 1er décembre 1932.)

Aphorismes

En quoi consiste le devoir du médecin, sinon à chercher dans ses défaites mêmes une raison de faire mieux à l'avenir, d'avancer ? (Charlotte Olivier, de Lausanne).

C'est le privilège médical de pénétrer dans l'intimité d'autrui, privilège agréable devant le bonheur étranger, triste privilège devant la douleur humaine (Dionisio E. Caravias, de Buenos-Ayres).

Nos conceptions pathogéniques de la polyarthrite simple, rhumatismale, et les limites que nous lui assignons du côté des affections articulaires à évolution fébrile, affections ditespseudo-rhumatismales, mais dans lesquelles la nature de l'infection nous est connue, sont encore très incertaines (I. Hedenius, de Stockholm).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1933

Sur deux cas de septicémie à streptocoques (origine puerpérale et origine pharyngée) guéris par le sérum antistreptococcique de Vincent. — *Gilbert Lévy, R. Serrero* et *Sicard* (d'Oran). — Malgré sa gravité extrême, la septicémie à streptocoques peut être, ainsi que de nombreux exemples en sont publiés, jugulée par la méthode du Prof. Vincent.

Dans nos deux observations, la septicémie a été vérifiée par l'hémoculture (*streptocoque hémolytique*). La sérothérapie a été employée à l'exclusion de tout autre traitement. D'autre part elle a amené la guérison bien qu'elle ait été appliquée tardivement, soit trois semaines après le début de l'infection. Dans un cas, il a été nécessaire d'en prolonger l'emploi.

Enfin le sérum s'est montré parfaitement efficace, alors que la transfusion répétée du sang et toutes les autres médications habituelles avaient complètement échoué (septicémine, pyoformine, abcès de fixation, etc.).

Notre première malade était atteinte d'infection puerpérale très grave avec violents frissons répétés, pleurésie, hyperthermie s'élevant souvent à 41°, délire, teint cireux, anémie profonde, etc.

La guérison a été rapide. Il a été injecté 100 c.c. de sérum par jour pendant les premiers jours. La malade a reçu au total 630 c.c. de sérum.

Notre seconde malade, âgée de 38 ans, a fait une septicémie à la suite d'une angine suivie d'une légère otorrhée. Début par fièvre, congestion pulmonaire bilatérale, violents frissons répétés suivis de transpiration profuse, tachycardie (160 p.).

Sous l'influence du sérum de Vincent, la fièvre a disparu en six jours et les phénomènes septicémiques ont été guéris sans aucune séquelle.

A signaler l'effet favorable antichoc de la médication benzo-salicylée.

Abcès du lobe temporo-sphénoïdal à streptocoques. Méningite puriforme aseptique chez une otorrhéique. Craniectomie. Sérum antistreptococcique de Vincent et abcès de fixation. Guérison. — *MM. G. Canuyt, M. Lacroix* et *Ch. Wild* (Strasbourg). — Une femme de 31 ans atteinte d'otorrhée ancienne présente, brusquement, le 5 janvier, de la fièvre (39°8). Le 13 janvier, elle a des signes caractéristiques de méningite : céphalée violente, raideur de la nuque, signe de Kernig, raie méningée, vomissements en fusée, etc. La ponction lombaire donne un liquide trouble, à polynucléaires prédominants, non microbien.

Conduit auditif plein de pus fétide, tympan détruit, suppuration de l'attique, fongosités, choléastome. Méninges épaissies et malades. Décollées, elles donnent issue à du pus abondant. L'exploration montre qu'il s'agit d'un abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche, renfermant des streptocoques anaerobies. Stase papillaire.

Traitement par le sérum antistreptococcique de Vincent (40 c.c. dans la veine, 40 c.c. sous-cutané) poursuivi jusqu'à guérison. Abcès de fixation. Ponctions lombaires répétées.

Au cours de l'infection, aphasie amnésique, hypertension du liquide céphalo-rachidien. Mais tous les symptômes régressent rapidement. Amélioration considérable que confirme parallèlement l'examen cytologique quotidien du liquide céphalo-rachidien. On diminue progressivement les doses de sérum de Vincent.

La malade a complètement guéri.

L'hérédité chez les hypertendus. — *MM. G. Etienne* et *G. Richard*. — Chez les 637 hypertendus sur lesquels a porté l'enquête pour 3 générations, on note de l'hérédité ou de la collatéralité hypertensive.

On obtient ainsi une moyenne par famille d'environ 3 hypertendus répartis sur 3 générations.

La proportion au contraire tombe à 0,1 pour les familles des 82 sujets hypertendus examinés.

Quant à essayer de fixer les raisons pour lesquelles s'établissent ces familles d'hypertendus, les données précises manquent à le faire. S'il est possible et même vraisemblable que la syphilis héréditaire joue un rôle, les faits recueillis ne suffisent pas à le faire affirmer

L'érythème noueux à la lumière d'observations damasquines. — *M. J. Trabaud* considère l'érythème noueux, du moins celui qu'on observe à Damas, comme une affection endémo-épidémique bénigne, apparaissant l'hiver à la saison froide et humide, contemporaine de la grippe et du rhumatisme, n'ayant cependant avec ces dernières aucun lien étiologique, relevant sans doute d'un virus spécifique encore inconnu, comme Trousseau autrefois l'avait déjà soutenu.

Evolution de la « couleur des yeux » sous l'influence de la « puberté ». — *M. Paul Godin* (de Nice). — 50 adolescents sur 100 changent la coloration de leurs yeux aux approches de la puberté.

Ce changement aboutit en général à un « éclaircissement ».

Au cours des quatre années envisagées, de treize ans et demi à dix-sept ans et demi, les couleurs intermédiaires, tout en s'écartant peu des colorations du fond ou des couleurs superposées, stries, taches, mouchetures, pointillé, rayons, ne marquent pas une progression régulière vers la coloration finale, et semblent même échapper à toute règle fixe.

La centaine d'observations recueillies et répétées semestriellement neuf fois entre 13 et 18 ans, constitue la base exigible pour la construction d'une échelle des couleurs de l'iris, tenant compte de leurs combinaisons infiniment variées et des changements que subissent ces combinaisons à l'époque la puberté. Cette « échelle oculo-chromatique » est assez étendue et ne peut trouver place ici.

La connaissance de l'évolution oculo-chromatique pubertaire évitera à l'expert l'embarras qu'il pourrait avoir en constatant à dix-sept ans une couleur des yeux différente de celle qu'il a notée chez le même délinquant à l'âge de quinze ans.

Dans les cas de puberté tardive, les changements de couleur du pigment irien sont plus nombreux.

La stabilisation oculo-chromatique, c'est-à-dire la couleur définitive des yeux, se réalise quand la puberté a terminé son installation, soit environ deux ans après son éclosion.

Ce sont des garçons qui ont fourni les 100 observations sur lesquelles repose cette étude ; le sexe féminin présente le même phénomène, des recherches parallèles me l'ont fait constater.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mai 1933

Spirochétose pulmonaire excavée non gangréneuse, étude histobactériologique. — *MM. Pr. Merklen, R.*

Waitz et *J. Kabaker* rapportent un cas de spirochétose pulmonaire ayant évolué en deux temps : d'abord comme une pneumopathie atypique aiguë avec expectoration rare ; dans un deuxième temps sont apparues une caverne, puis des poussées de broncho-pneumonie suivies d'excavation. L'expectoration était purulente, abondante, non fétide et contenait des spirochètes. Macroscopiquement : cavités multiples, zones blanchâtres diffuses ou nodulaires, le tout au milieu d'une sclérose intense. A l'étude histobactériologique, les auteurs ont constaté des lésions diverses : lésions nécrotiques, spirochétiennes, dont la caractéristique est l'alvéolite nécrotique, où les spirochètes sont particulièrement abondants dans les cloisons épaissies ; lésions nécrotiques évoluant vers la guérison par sclérose systématisée alvéolaire ou diffuse, mutilante, avec disparition des spirochètes ; lésions cavitaires dues à la greffe d'une flore pyogène sur la nécrose spirochétienne qui persiste en lisière des abcès.

Ostéite syphilitique latente du crâne révélée par l'hyperalbuminose isolée du liquide céphalo-rachidien. — *MM. Sézary* et *Hillemand* rapportent l'observation d'un ancien syphilitique, insuffisamment traité au début de son infection et chez lequel la ponction lombaire, faite uniquement pour établir le dossier médical du malade, révéla une forte albuminose isolée du liquide céphalo-rachidien. Cette hyperalbuminose était due à une hypertension intracranienne absolument latente, que les auteurs ont pu déceler, grâce d'abord à une légère ébauche de stase papillaire, ensuite aux grosses déformations de la table interne des os de la voûte cranienne montrées par la radiographie. Sous l'influence du traitement par le bismuth et le mercure, la stase papillaire a disparu, les déformations osseuses se sont notablement atténuées et l'hyperalbuminose, qui avait atteint 1 gr. 80, a totalement disparu.

Il s'agissait donc d'une ostéite syphilitique latente du crâne que seul l'examen du liquide céphalo-rachidien a permis de dépister. C'est un nouvel exemple de la nécessité absolue de cet examen systématique chez tout syphilitique.

Maladie bleue. Tuberculose pulmonaire. Résultat thérapeutique du pneumothorax artificiel. — *MM. Rathery* et *Doubrow* présentent un malade atteint de maladie bleue congénitale. A 19 ans, il fait une tuberculose pulmonaire à marche aiguë. Pneumothorax artificiel. Les premières insufflations donnent lieu à des phénomènes lipothymiques, accentuation impressionnante de la cyanose et état subcomateux. A partir de la troisième, les insufflations sont bien tolérées. Au bout de six mois, apparition d'un épanchement pleural. Disparition de l'expectoration bacillifère. Reprise du travail au bout d'un an avec très bon résultat thérapeutique. Amélioration fonctionnelle de la cardiopathie. Les auteurs discutent les effets heureux de la collapsothérapie et son action sur la statistique du cœur.

Endocardite maligne lente streptococcique à évolution exceptionnellement prolongée. Streptocoque hémolytique et streptococcus viridans. — *MM. G. Loygue, L.-E. Guibert* et *H. Sauvez* ont observé à la fin de 1932 le stade terminal d'une endocardite mitrale maligne lente dont ils avaient suivi le stade initial en 1927. Ces deux phases furent séparées par une rémission de plus de cinq ans, véritable guérison apparente pendant laquelle le malade put reprendre son métier et se marier. Les hémocultures donnèrent dans la première phase un streptocoque hémolytique, et à la phase terminale un streptococcus viridans. Vraisemblablement s'agissait-il de deux aspects biologiques d'un même germe. Et l'on peut voir dans l'administration prolongée d'un auto-vaccin obtenu avec le streptocoque hémolytique lors des manifestations initiales un des facteurs possibles de cette transformation, en même temps qu'il semble légitime de lui rapporter la durée exceptionnelle de la rémission observée.

Encéphalite typhique à forme hypertonique. Séquelles de type parkinsonien. — *MM. L. Bouchut, Roger Froment* et *A. Guichard* (de Lyon).

Arythmie complète par fibrillo-flutter au cours d'une pneumonie. — *MM. Aubertin* et *Livieratos* rapportent un cas d'arythmie complète par fibrillo-flutter au cours d'une pneumonie ; ce trouble du rythme est fort rare au cours des maladies infectieuses et malgré les nombreuses recherches électro-cardiographiques consacrées au cœur infectieux dans ces dernières années, les auteurs n'ont relevé qu'une dizaine de cas dont cinq dans le rhumatisme articulaire aigu et trois dans la pneumonie. Cette arythmie débute brusquement, elle ne s'accompagne en général d'aucun signe clinique de myocardite ou de fléchissement cardiaque, elle est généralement liée à de la fibrillation ; elle guérit complètement sans séquelles, et dans la pneumonie en particuler elle cesse brusquement au moment de la défervescence.

Sur l'ammoniurie d'origine hépatique. — *MM. M. Labbé* et *F. Nepveux*.

Pneumonies prolongées simulant la tuberculose. — *MM. Léon Bernard* et *Maurice Lamy* ont observé à deux reprises des pneumonies a pneumocoques prolongées d'une façon insolite, ayant duré des semaines et donné le change avec des manifestations tuberculeuses.

Le diagnostic néanmoins a pu être rectifié dans les deux cas grâce à l'extrême brutalité du début, la notion d'une éruption herpétique, l'intensité des signes physiques, la constatation enfin d'une ombre radiographique de forme triangulaire. De tels faits, qui viennent grossir le nombre des fausses tuberculoses, sont rares sans doute mais moins qu'il est habituel de le penser.

On devine les abus thérapeutiques que leur méconnaissance est susceptible d'entraîner.

M. Lemière fait remarquer que l'existence d'une leucocytose est un bon signe en faveur de la pneumonie franche aiguë et qu'il ne faut pas manquer de la rechercher dans les formes prolongées où le diagnostic reste souvent hésitant.

M. Ribadeau fait observer que les pneumopathies pseudo-tuberculeuses sont assez communes chez l'enfant ; elles expliquent souvent des fièvres très prolongées et en apparence cryptogénétiques du nourrisson et du jeune enfant.

M. Ameuille oppose les pneumonies prolongées simulant la tuberculose aux cas de tuberculose pulmonaire avérée avec expectoration bacillifère, à forme pneumonique qui régressent en quelques semaines tant au point de vue clinique que radiologique.

Il rapporte plusieurs cas de pneumonie à pneumocoques dans lesquels on put constater la persistance d'opacité radiologique pendant plusieurs mois.

Seule, la constatation de bacilles de Koch dans l'expectoration permet de trancher le diagnostic entre ces deux ordres d'affection pulmonaire.

Séance du 12 mai 1933

La radiographie du cœur en systole et diastole. — *M. Cottenot* indique la technique qui lui permet, grâce à son sélecteur cardio-respiratoire, de prendre des radiographies du cœur à volonté en systole ou en diastole. Il montre des images de sujets normaux prises aux deux temps de la révolution cardiaque et mettant en évidence les caractères distinctifs des deux images. En particulier en ce qui concerne le bord gauche, l'arc aortique est plus saillant et plus convexe en systole, l'arc moyen est plus convexe et l'arc ventriculaire est au contraire moins convexe et moins saillant pendant la systole que pendant la dyastole. La dépression du point G, toujours nette pendant la systole, disparaît chez certains sujets pendant la diastole, tandis que chez d'autres elle s'élève plus ou moins au-dessus du point G. systole. Les ombres hilaires et les arborisations vasculaires sont plus opaques et se voient plus loin dans le champ pulmonaire pendant la systole que pendant la diastole. De ces constatations, en ce qui concerne le point G, l'auteur tire des conclusions pour l'interprétation de l'orthodiagramme du cœur, lequel est constitué par les contours de l'ombre cardiaque en diastole et le point G déterminé en systole. Il conclut également que l'image en systole est plus favorable à l'étude des ombres vasculo-hilaires tandis que l'image se prête mieux à l'étude du parenchyme pulmonaire.

M. Rist suggère qu'il serait intéressant de comparer, à l'aide de cette méthode les contours du cœur en systole et en diastole chez les sujets ayant un pneumothorax gauche. L'amplitude des battements cardiaques rendrait alors plus apparent le contraste entre les images du bord gauche aux deux temps de la révolution cardiaque.

M. Laubry souligne l'intérêt de la méthode et l'avantage qu'elle présente sur l'orthodiagramme. Celui-ci voit sa valeur diminuée du fait que le tracé est sujet à l'interprétation individuelle.

M. Pichon défend l'horthodiagramme qui donne, entre les mains d'opérateurs expérimentés, des renseignements très précieux.

M. Cottenot reconnaît que la technique qu'il vient de faire connaître nécessite un poste très puissant, et n'aura jamais la

valeur pratique de l'orthodiagramme. Elle peut, par contre, utilement compléter et préciser les données de celui-ci.

Arythmie du cœur chez les enfants. — *M. J. Comby*, à l'occasion de la communication de M. Aubertin à la dernière séance, rappelle le mémoire qu'il a présenté en 1897 au Congrès international de médecine sur l'arythmie du cœur chez les enfants. En dehors de l'arythmie symptomatique de maladies graves du cœur ou de l'encéphale, il existe une arythmie cardiaque essentielle comportant un bon pronostic. On l'observe parfois pendant le sommeil surtout, chez des enfants bien portants ou simplement nerveux. Ou bien, c'est à la suite d'une intoxication. Son étude est particulièrement intéressante à la suite des maladies aiguës, au début de la convalescence. Elle a été souvent notée après la fièvre typhoïde, la pneumonie, les oreillons, les fièvres éruptives, la diphtérie, etc. Le pouls se ralentit et devient intermittent, d'où la crainte d'une myocardite et d'une syncope mortelle. Mais le plus souvent cette bradycardie avec arythmie annonce la convalescence et la guérison.

Embolie dite « gazeuse » et abcès cérébral. — *MM. Sergent, Baumgartner et Kourilsky* apportent l'épilogue de l'observation qu'ils ont publiée ici même le 17 juin 1932. Six mois après l'intervention chirurgicale pratiquée sur l'abcès du poumon et au cours de laquelle survint une hémiplégie transitoire, l'autopsie permit de constater dans l'hémisphère correspondant l'existence du foyer de ramollissement. Ainsi se trouvait contrôlé le diagnostic d'embolie : l'interprétation du mécanisme invoqué par les auteurs vient de recevoir sa confirmation du résultat des expériences réalisées par le docteur Komis, d'Athènes.

Reproduction expérimentale des signes cliniques de l'embolie gazeuse — *M. Komis* (d'Athènes), ayant eu connaissance de l'observation de MM. Sergent, Baumgartner et Kourilsky, se proposa de reproduire expérimentalement les diverses variétés de l'embolie gazeuse et, particulièrement, celle décrite par les auteurs. Son procédé de choix fut la préparation d'une véritable émulsion de sang spumeux, obtenue par l'agitation du sang dans un verre cônique avec un bâton de verre pendant dix à quinze minutes. L'injection intraveineuse permit de réaliser les signes de l'embolie dite gazeuse et de constater l'existence des lésions cérébrales caractéristiques de l'embolie.

Un cas de paludisme pneumococcique. Guérison par la vaccinothérapie. — *MM. Etienne Chabrol, Duchon et Jean Cottet* ont vu évoluer chez une malade de 55 ans, qui n'était pas entachée de paludisme, des accès quotidiens de fièvre intermittente, dont la nature pneumococcique fut démontrée par l'hémoculture et qui disparurent en moins d'une semaine sous l'effet de la vaccinothérapie. Les auteurs rappellent à ce propos la rareté et la gravité habituelle des septicémies pneumococciques prolongées de l'adulte. Elles sont l'apanage des alcooliques et des débilités ; elles ont été pendant la guerre, chez les tropicaux, le prétexte d'épidémies redoutables. Dans ce cas particulier, suivant la règle qui veut que dans le cycle normal de la pneumococcite, l'hépatisation lobaire et l'immunité aient une évolution parallèle, la radiographie ne montra point durant la phase aiguë le moindre foyer d'hépatisation ; elle ne révéla pas davantage, après injection de lipiodol, des poches de bronchectasies susceptibles d'entretenir une fièvre broncho-septique.

Les cirrhoses biliaires malignes. — *MM. Etienne Chabrol, Jean Cottet et M. Cachin*, pousuivant leurs recherches sur les cirrhoses malignes méta-ictériques, distinguent deux variétés anatomo-cliniques : l'*atrophie subaiguë du foie*, découverte à l'autopsie de l'ictère catarrhal aggravé et la *cirrhose maligne biliaire hypertrophique*. Ils rapportent l'observation d'une jeune femme, chez laquelle on vit apparaître, au cours d'un ictère infectieux, une fièvre intermittente du type bilioseptique, une hépatomégalie considérable et une splénomégalie.

Le drainage chirurgical de la vésicule ne put enrayer l'évolution des accidents fébriles. La malade étant morte au deuxième mois, l'autopsie permit de constater que le foie et la rate pesaient respectivement 2.200 et 590 grammes. La glande hépatique était le siège d'une réaction interstitielle, faite d'éléments jeunes, qui se présentait sous la forme de travées intralobulaire, en « tête de serpent », très comparables à celles qui ont été décrites dans le syndrome de Hanot. Le parenchyme glandulaire adjacent était en hyperplasie ; la dégénérescence granulo-graisseuse et la stéatose faisaient complètement défaut. Toutes les recherches concernant la syphilis et la tuberculose furent négatives dans cette observation. La bile recueillie chirurgicalement renfermait un germe que l'on ne put identifier.

Séquelles radiologiques des pneumopathies non tuberculeuses de l'enfant et de l'adulte. — *M. Rist et Mlle Blanchy* rapportent trois cas dont deux chez l'adulte et un chez l'enfant où, après un épisode aigu pneumonique, persistèrent pendant des mois des signes physiques et radiologiques pouvant faire croire à la tuberculose pulmonaire.

La constatation de l'herpès au début de l'affection d'apparition brutale, l'absence constante de bacilles de Koch dans l'expectoration à des examens répétés, la négativité de la cutiréaction chez l'enfant, la tendance à la sclérose et aux bronchectasies, le nettoyage enfin des images radiographiques après un temps variable, entraînant la conviction : il s'agit de pneumopathies certainement non tuberculeuses qui peuvent entraîner, du fait de leur évolution traînante, de lourdes erreurs du point de vue diagnostique et thérapeutique.

Calculo-cancer biliaire (présentation de pièce). — *M. Bariéty*.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5 mai 1933

Les auto, homo et hétéro-greffes en chirurgie réparatrice. — *M. Dufourmentel*, apportant les resultats d'une pratique de vingt années en grande partie consacrée à la chirurgie réparatrice, expose en délail sa conception actuelle de l'évolution des greffons et de la valeur respective des greffes auto, homo et hétéroplastiques. Les conclusions de son exposé sont les suivantes : 1° les inclusions de tissus morts ne sont pas des greffes bien que beaucoup d'auteurs les considèrent comme telles ; 2° les greffes même internes, même osseuses, doivent être considérées comme vivantes : si elles ne se désorganisent pas, si elles prennent adhérence et si elles prospèrent et forment des pousses ; 3° les hétéro-greffes sont à rejeter ; 4° les homo-greffes paraissent avoir la même valeur que les auto-greffes à conditions que le donneur et le receveur appartiennent au même groupe sanguin ou à deux groupes compatibles. Elles peuvent être agents de transmission de certaines maladies ; 5° les auto-greffes (et, dans les conditions formulées ci-dessus, les homo-greffes) constituent un des procédés les plus féconds de la chirurgie réparatrice, ce grand chapitre encore jeune de la chirurgie de l'avenir dont on ne peut actuellement mesurer la destinée en face de la chirurgie destructrice qui doit de plus en plus devenir la chirurgie du passé.

La mastopexie. Technique et résultats. — *M. Dufourmentel* presente un film opératoire et une des opérées représentées sur l'écran. Il détaille les deux techniques principales de modelage du sein après transposition de la glande et du mamelon. Dans un premier procédé applicable aux cas moyens, la résection cutanée se fait dans la zone sous-mammaire et selon un arc en forme de fuseau ou tranches de melon horizontale. Dans un deuxième procédé, applicable aux cas plus importants, une résection triangulaire sous-mammelonnaire permet de tendre de droite à gauche la peau restante qui, se trouvant ainsi bien sanglée, donnera à l'organe une forme satisfaisante. Il précise, de plus, que la transposition n'empêche pas la lactation si l'on n'a pas fait de trop larges résections glandulaires.

La mammectomie bilatérale totale avec greffe aréolo-mamelonnaire libre. — *M. Dartigues* présente un film sur cette opération. L'ablation des glandes mammaires en totalité, ou mammectomie totale suivant l'appellation de l'auteur, doit être réservée aux cas de quatrième degré de prolapsus des seins, et surtout aux cas de gigantisme mammaire. On commence par détacher l'aréole et le mammelon de la glande hypertrophiée et à la fixer au niveau normal sur une surface circonférentielle cruentée. Quand ce lambeau aréolaire libre est fixé, on procède à l'exérèse des glandes par incisions curvilignes, suturées avec des surjets. Il n'y a par la suite, aucune complication du côté de la menstruation ou de la gestation si elle vient à se produire. La sensibilité tactile, thermique et élective des seins est souvent conservée.

Chirurgie plastique de la face. — *M. Bourguet* montre

par la projection de photographies, les résultats obtenus par lui dans les défectuosités, déformations ou déplacements des organes de la face. Il passe en revue ceux qui concernent le pavillon de l'oreille, le menton, le nez, les paupières, le globe oculaire.

Atrésie du maxillaire supérieur, avec imperméabilité nasale chez une adulte de 30 ans. Traitement orthopédique par dilatation transversale. — ***M. Marcel Darcissac*** a obtenu dans ce cas, après un traitement orthopédique de six mois, un résultat fonctionnel et esthétique très complet : la perméabilité nasale a été rétablie, l'engrènement des dents est devenu normal. Cette observation illustrée, de projections très démonstratives, présente un intérêt d'autant plus grand que l'âge de la malade (30 ans) semblait s'opposer à toute tentative de traitement.

Un cas de fracture du maxillaire inférieur chez un édenté total. Excellente réduction par le procédé des « anses métalliques transosseuses » et contention secondaire par attelle métallique externe. — ***MM. Dufourmentel*** et ***Marcel Darcissac***, dans un cas de fracture du maxillaire inférieur remontant à près d'un mois, avec grand déplacement de la branche montante chez un édenté total, ont pu obtenir une excellente réduction en utilisant un ancrage osseux par anses métalliques avec traction élastique occipitale, suivant le procédé antérieurement décrit par MM. Lenormant et Marcel Darcissac. Un dispositif original de contention par attelle externe extensible a donné un très bon résultat, démontré par des projections radiographiques et la présentation du blessé.

Voie d'abord sur la hanche pour opérer aisément en flexion-abduction du membre. — ***M. Raphaël Massart*** décrit cette voie d'abord qui permet d'arriver facilement à travers le grand fessier jusqu'à la partie postérieure et postéro-supérieure du cotyle. Le sujet est couché sur le ventre et est opéré ainsi en position de réduction de la luxation. Grâce à ce procédé, l'auteur a pu fixer une luxation congénitale qui avait été trois fois opérée, dont une fois par voie sanglante, et où la butée, selon toute probabilité, avait été placée trop antérieure.

Torsion aiguë d'une partie du grand épiploon. — ***M. Raymond Bonneau*** présente une large partie du grand épiploon, du volume et de l'aspect d'une rate, en état de torsion aiguë à trois tours. Le diagnostic fut particulièrement difficile, à cause de la présence de trois gros calculs biliaires. Ceux-ci nécessitèrent, au cours de l'intervention pratiquée pour la torsion épiploïque, une cholécysto-cysticotomie.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Abcès du poumon consécutif à une amygdalectomie

MM. Georges WEILL et André GLUCK (*S. d'O. R. L. de Paris*, 23 mars 1933) rapportent l'observation d'une fillette, âgée de 10 ans, qui a présenté un abcès du poumon huit jours après une amygdalectomie. L'évolution s'est faite vers la guérison par le seul traitement médical.

Œdème et troubles mentaux

MM. André LE GRAND et PHALEMPIN (*Soc. méd. et anat. clin. de Lille*, 4 avril 1933) rapportent l'histoire clinique d'un homme d'une cinquantaine d'années qui, après divers accidents rapportés à un état de déficience cardio-rénale, présenta à plusieurs reprises des œdèmes périphériques extrêmement intenses qui coïncidèrent avec des troubles mentaux. Ceux-ci étaient caractérisés par une obnubilation légère des facultés intellectuelles s'accompagnant de phénomènes hallucinatoires, visuels d'abord nocturnes, puis nocturnes et diurnes. Trois fois en deux ans, ces divers troubles psychiques disparurent dès qu'une cure de diurèse réussit à éliminer les œdèmes.

Les auteurs admettent qu'ils se sont trouvés en présence d'un syndrome toxique en rapport vraisemblable avec une auto-intoxication d'origine rénale ou hépatique, malgré les chiffres normaux de l'urée sanguine et de la constante d'Ambard. Ils ne retiennent pas l'hypothèse d'une action mécanique de l'œdème au niveau des centres cérébraux.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Sur quelques cas d'emplois de l'érésine (prostigmine) dans la parésie intestinale post-opératoire. (Docteur MANDILLON, *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, nº 14, 1933.)

L'auteur rappelle les diverses publications de M. le Professeur agrégé Jeanneney sur ce sujet et il insiste sur l'utilité qu'il y a à éviter, autant que possible, la douleur dans les suites opératoires ; cette considération, et d'autre part, l'innocuité des injections sous-cutanées de prostigmine et leur indolence parfaite l'ont amené à les pratiquer systématiquement chez un grand nombre de malades présentant cette parésie intestinale post-opératoire ; dans la plupart des cas, une seule injection sous-cutanée de prostigmine a été suffisante pour amener l'émission des gaz intestinaux et la disparition des douleurs à type de coliques ressenties par les malades ; dans quelques cas plus rares, l'auteur a été obligé de pratiquer une seconde injection une heure après : celle-ci s'est toujours révélée efficace. M. Mandillon conclut que les injections de prostigmine apparaissent comme une médication facile à employer, toujours utile et d'une parfaite innocuité dans les suites opératoires.

A propos d'un cas de mélancolie. (Docteur H. TOURAINE *Courrier Médical*, Paris, nº 30, juillet 1932.)

A propos d'un cas de mélancolie anxieuse chez une femme jeune, venant de subir une double ovariotomie, l'auteur passe en revue les traitements utilisés dans cette affection relativement fréquente et il distingue d'une part le traitement étiologique basé sur l'opothérapie et d'autre part le traitement symptomatique pour lequel on a conseillé de multiples médicaments, bromures, sédobrol, hypnotiques, barbituriques, somnifène, allonal, préparations à base de valériane, de cratœgus, l'opium sous toutes ses formes, morphine, pantopon, etc., mais M. H. Touraine tient à insister tout particulièrement sur la grande maniabilité de l'allylisopropylacétylcarbamide ou sédormid dont il a obtenu des résultats excessivement intéressants, non seulement dans le cas précité, mais encore toutes les fois qu'il a voulu soigner l'anxiété, la petite mélancolie et aussi toutes les insomnies si fréquentes chez les surmenés et les nerveux ; à la dose de 1 à 3 comprimés par jour, le sédormid s'est toujours montré un excellent médicament, d'action sûre et sans contre-indication.

L'opothérapie splénique dans les troubles douloureux dentaires

Le médecin est souvent consulté pour les troubles de la dentition et il est assez mal armé contre eux : « calmants » locaux ou généraux, débridement de la gencive. Thérapeutique symptomatique et non causale. L'opothérapie splénique, sous la forme d'extriats lipidiques de rate (Soula) se propose comme une arme nouvelle dans cette indication : Communication à la Société de Thérapeutique, 8 février 1933. Les essais cliniques effectués pendant cinq mois, soit à l'hôpital, soit en clientèle, démontrent, en effet, que les extraits lipidiques de rate manifestent leur action dans un double sens :

1º Amélioration des signes fonctionnels, calmés ou très atténués au bout de quelques jours de traitement : la diminution de la douleur gingivale s'accompagne presque toujours d'une reprise de l'appétit et d'une augmentation de poids.

2º Activation indiscutable de la poussée dentaire avec, souvent, augmentation des plus nettes de la calcémie.

L'influence favorable de l'opothérapie splénique sur la poussée dentaire se rapproche de celle que l'on observe dans le rachitisme, les retards de croissance staturale et pondérale et de certains syndromes de déminéralisation (Communication à l'Académie de médecine du 10 juillet 1928. Professeurs Rémond et Soula). Elle substitue à l'introduction dans l'organisme de stérols *exogènes* la production *in situ* de stérols *endogènes* dont l'action paraît être la fixation du calcium et l'excitation de la croissance.

« Je n'ai jamais prétendu que la saturation par les sels halogénés de magnésium supprimerait le cancer. J'ai simplement dit qu'elle en diminuait la fréquence. » (Pierre DELBET et FRANICEVIC. Le pH urinaire des cancéreux et précancéreux. Prophylaxie du cancer. *La Tribune Médicale*. janv. févr. 1933.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La fin du duc de Morny. — CONFERENCIA (1er avril 1933) *vient de publier la conférence de Me C. Campinchi sur le duc de Morny. En voici un extrait :*

.....Depuis longtemps, on remarquait en lui une pâleur qui ajoutait, certes, à sa distinction, mais pouvait un jour se révéler comme un symptôme de fatigue générale. Morny se surveillait pourtant. Il croyait à la médecine, et de la plus détestable manière. Il y avait alors à Paris un médecin célèbre, le Docteur Oliffe, que ses confrères tenaient pour un authentique charlatan. Cet Oliffe savait l'art de revigorer ses contemporains. Il vendait fort cher des pilules dont il avait le secret, à base d'arsenic, croit-on, et qui avaient tôt fait de rendre les yeux plus brillants, le corps plus dispos, la cervelle plus fraîche et le reste à l'avenant.

Voici comment Daudet le décrit sous le nom de Docteur Jenkins :

« Quelle magnifique clientèle il avait, ce Jenkins ! Rien que des hôtels princiers, des escaliers chauffés, chargés de fleurs à tous les étages, des alcôves capitonnées et soyeuses, où la maladie se faisait discrète, élégante, où rien ne sentait cette main brutale qui jette sur un lit de misère ceux qui ne cessent de travailler que pour mourir. Ce n'étaient pas à vrai dire, des malades, ces clients du docteur irlandais. On n'en aurait pas voulu dans un hospice. Leurs organes n'ayant pas même la force d'une secousse, le siège de leur mal ne se trouvant nulle part, et le médecin penché sur eux aurait cherché en vain la palpitation d'une souffrance dans ces corps que l'inertie, le silence de la mort, habitaient déjà. C'étaient des épuisés, des exténués, des anémiques, brûlés par une vie absurde, mais la trouvant si bonne encore qu'ils s'acharnaient à la prolonger. Et les perles Jenkins devenaient fameuses justement pour ce coup de fouet donné aux existences surmenées.

— « Docteur, je vous en conjure, que j'aille au bal ce soir ! disait la jeune femme anéantie sur sa chaise longue et dont la voix n'était qu'un souffle.

— « Vous irez, ma chère enfant.

« Et elle y allait, et jamais elle n'avait paru plus belle.

— « Docteur, à tout prix, dussé-je en mourir, il faut que, demain matin, je sois au Conseil des ministres.

« Il y était, et il en rapportait un triomphe d'éloquence et de diplomatie ambitieuse.

Après.... Oh ! après, par exemple !..... Mais qu'importe ! Jusqu'au dernier jour, les clients de Jenkins circulaient, se montraient, trompaient l'égoïsme dévorant de la foule. Ils mouraient debout, en gens du monde. »

On se trompe soi-même, on se grise et puis un beau jour !...

Un beau jour de mars 1865, Morny se réveilla et remarqua sur son oreiller un léger filet de sang allant jusqu'à sa bouche. On ne peut pas supposer d'un tel homme qu'il se soit affolé à un si soudain spectacle. N'était-il pas le descendant de Talleyrand et de Flahaut ? Mais il fit tout de suite appeler son médecin. Une consultation eut lieu. Lorsque les hommes de l'art furent sortis, la tradition veut que Morny ait consulté son vieil ami de Montguyon (Monpavon du Nabab).

— Je suis bien bas, hein ?

— Foutu, mon pauvre Auguste ! aurait répondu Montguyon.

Relisons *Le Nabab*, document d'un prix inestimable :

« Il semblait qu'un coup de vent de désastre eût traversé la maison, emporté un peu de son calme grandiose, laissé filtrer dans son bien-être l'inquiétude et le danger.

— « Quel malheur !...

— « Ah ! c'est affreux ! ...

— « Et si subitement ! ...

« Les gens se croisaient en échangeant des mots semblables. Jeansoulet eut une pensée rapide.

— « Est-ce que le duc est malade ? demanda-t-il à un domestique.

— « Ah ! Monsieur... il va mourir... Il ne passera pas la nuit.

....

Mora lui-même (Morny), malgré son extrême faiblesse, bien qu'il se sentît la tête absolument vide et, comme il disait « pas une idée sous le front » était loin de se douter de la gravité de son état. Le troisième jour seulement, en s'éveillant le matin, la vue d'un simple filet de sang qui, de sa bouche, avait coulé sur sa barbe et l'oreiller rougi, fit tressaillir ce délicat, cet élégant qui avait horreur de toutes les misères humaines, surtout de la maladie, et la voyait arriver sournoisement avec ses souillures, ses faiblesses et l'abandon de soi-même, première concession faite à la mort. Monpavon entrant derrière Jenkins, surprit le regard subitement troublé du grand seigneur en face de la vérité terrible et fut en même temps, épouvanté des ravages faits en quelques heures sur le visage émacié de Mora, où toutes les rides de son âge, soudainement apparues, se mêlaient à des plis de souffrance, à ces dépressions de muscles qui trahissent de graves lésions intérieures. Il prit Jenkins à part, pendant, qu'on apportait au mondain de quoi faire sa toilette sur son lit, tout un appareil de cristal et d'argent contrastant avec la pâleur jaune de la maladie. »

Ce dut être un terrible moment. Vous rappelez-vous ce que dit Bossuet ?

« Déjà, la tête tourne; les yeux s'égarent. Il faut marcher. On voudrait retourner en arrière. Plus de moyen ! Tout est échappé. Tout est évanoui.. »

Jeune encore ! La vie qui s'offre si belle ! La fonde des succès mondains ! Argent ! Honneurs ! Les magnifiques réceptions, les cavalcades officielles, ce fauteuil présidentiel où tout Paris l'admirait, les décorations, les tableaux, le poudroiement doré !... Cette vie de Paris brillante, nerveuse, colorée ! Tout cela allait finir sous peu d'heures, dans le silence et l'immobilité à jamais ... « Tout est évanoui ; tout est échappé ! »

On peut penser que l'homme montra du courage devant ce coup soudain. S'il chancela moralement, ce ne dut être qu'un instant et il dut vite se ressaisir : fermeté naturelle et naturelle élégance, puis soumission au fait qui s'impose aux énergiques, et enfin, peut-être lassitude de l'homme qui a trop réussi, trop brillé et à qui les succès mondains ont donné le sentiment profond de toutes les vanités humaines.

Pourquoi regretter la vie quand on l'a épuisée ? et qu'attendre d'elle qui ne soit déjà connu ?

Il est une pensée qui l'honore. Il fit venir Montguyon et le pria d'ouvrir les tiroirs fermés où se trouvaient des lettres jaunies, de tous les papiers, de tous les formats, de toutes les écritures et de tous les parfums, de ces lettres qui avaient sans doute été choisies parmi celles innombrables, qu'avait reçues ce bel homme brillant, spirituel et de si haut rang. Il les fit détruire. Tendresses, élans, voluptés, — néant !

Un jour on annonça la visite de l'empereur. Il vint avec l'impératrice, qui se jeta à genoux et se mit à prier en sanglotant. Morny délirait. Napoléon III se retira dans une pièce voisine. Etant rentré, il lui prit la main !

Le malade était redevenu lucide. Voici les deux frères face à face : l'un déjà tassé et affaibli, le masque tombant : l'autre, ayant déjà dans les yeux le signe de la mort.

— Adieu ! dit Morny.

— Au revoir, répondit Napoléon.

— Au revoir, ici ou ailleurs !

On dit qu'il ajouta :

— Ne prenez pas vos idées dans le faubourg Saint-Germain.

Dernière pensée d'un libéral à la démocratie. Le 8 mars, au matin, comme on le soulevait pour lui enlever un vésicatoire, le duc rendit son dernier souffle.

Alors, on vit entrer dans la chambre du mort un grand vieillard brisé, mais resté beau encore, qui se pencha sur le cadavre et l'embrassa silencieusement : c'était le général comte de Flahaut, celui qui avait été le plus bel homme de l'Empire et qu'avait aimé une reine. Quant à la duchesse de Morny, elle coupa ses magnifiques cheveux blonds et les enfouit dans le cercueil... Quelques années plus tard, elle se mariait avec le duc de Sesto.

Le Jubilé du professeur d'Arsonval. — *M. Charles Richet lui consacre un article dans* LE MATIN (27 avril 1933) :

Au moment où, tant à Chicago qu'à Paris, [illegible] célèbre le jubilé de d'Arsonval, il me paraît juste de rappel[illegible] lecteurs du *Matin*, au moins d'une manière sommaire, [illegible] beaux travaux de mon illustre ami. Je ne crains pas de [illegible] répéter en disant de lui ce que — citant La Bruyère — je dis[illegible] il y a quelques semaines ici même de Branly : il n'y a pas d[illegible] bel excès que celui de la reconnaissance. Notre gratitude a[illegible] doit être sans limites pour un savant qui a non certes cr[illegible] mais prodi-

gieusement développé une science féconde en merveilleux résultats : *la physique biologique*.

A vrai dire, je suis un peu embarrassé pour parler de ses travaux. Ils sont si nombreux et si importants qu'on risque fort d'être injuste en n'en mentionnant que quelques-uns.

Son esprit inventif fut merveilleux. En physiologie et en médecine expérimentale, pas plus qu'on ne peut omettre les appareils de Marey, on ne peut se passer des appareils que d'Arsonval a construits : un galvanomètre, un chronographe, un calorimètre, une étuve, des électrodes impolarisables, etc... Tout cela fait partie aujourd'hui de notre quotidienne expérimentation, et chacun de ces appareils a réalisé une technique plus parfaite.

Parlons d'abord des progrès qu'il a fait faire à l'électricité physiologique. Il a montré que les courants électriques alternatifs ont un effet très différent selon que ces courants sont à haute fréquence ou à basse fréquence. Si l'on emploie des courants peu fréquents, avec une fréquence de moins de 10.000 par seconde, on détermine une excitation violente de tout l'organisme et des convulsions mortelles.

Avec 900 volts et même moins, c'est la mort immédiate. Mais si ce même courant est interrompu 100.000 fois par seconde, les effets en sont nuls et passent inaperçus (!). On peut alors faire cette étonnante expérience d'allumer six lampes par un courant qui passe à travers le corps alors que ce courant ne provoque ni sensation ni convulsion.

Les cellules vivantes (et spécialement les nerfs et les muscles) ne sont pas sensibles à des courants de haute fréquence. (De même la rétine n'est pas impressionnée par les ondes lumineuses de l'ultra-violet et de l'infra-rouge. De même encore, il y a des *ultra-sons* qui ne sont pas perçus en tant qu'excitations sonores.)

Mais d'Arsonval a été plus loin. Il a construit une sorte de solénoïde dans lequel on peut placer un individu ; si alors on fait passer des courants de haute fréquence dans ce solénoïde, on détermine un changement notable dans la température, la circulation, la nutrition, la respiration de l'individu autour de qui circulent ces courants de haute fréquence. De multiples résultats thérapeutiques ont été obtenus parce que l'on a justement appelé la d'arsonvalisation.

Un mot encore sur les effets de l'électrisation. Tout le monde sait qu'en Amérique, par exemple, les exécutions des condamnés à mort se font en plaçant l'individu sur un fauteuil électrique. On fait alors traverser son corps par un courant de plusieurs centaines de vols. D'Arsonval a montré que souvent alors la mort n'est qu'apparente : car, en faisant aussitôt la respiration artificielle, on rappelle à la vie l'individu électrocuté. Donc, l'électrocution est un moyen d'exécution qu'on peut qualifier de barbare et d'infidèle. « J'ai mis au défi, ajoute-t-il, les électrocuteurs américains d'oser pratiquer la respiration artificielle. Mon défi n'a eu d'autre résultat que de leur faire faire l'autopsie de l'électrocuté immédiatement après. » *Prudente précaution !*

S'attachant toujours à la physique biologique, d'Arsonval a fait construire des appareils calorimétriques d'une précision beaucoup plus grande que les miens et nous avons présenté, en même temps, tous les deux, nos recherches et nos appareils à la Société de biologie, ves 1894.

Nous eûmes à ce propos des polémiques très vives, très courtoises d'ailleurs. Malheureusement, à la Société de biologie, on n'a plus aujourd'hui l'heureuse coutume des discussions ; car souvent celles-ci provoquent des remarques ingénieuses. Je crois bien que les polémiques que nous eûmes, d'Arsonval et moi, sur la calorimétrie, sans altérer nos excellentes relations, ont contribué à nous faire, à l'un et à l'autre, répéter, perfectionner nos appareils et nos expériences.

Dans une lettre, il m'écrivait, il y a quelque temps : « J'ai traité, disait-il cette question de calorimétrie en technicien et en physicien, toi, en physiologiste, prouvant, comme Claude Bernard, que le génie expérimental peut faire de belles découvertes avec des moyens de fortune. » Hélas ! oui. Des *moyens de fortune*. Mes calorimètres étaient détestables auprès des siens.

Elève de Claude Bernard et de Brown-Séquard, ses maîtres vénérés, auxquels il a succédé au Collège de France, il a professé la physique biologique pendant cinquante ans, avec un succès éclatant. Chaque mois, chaque semaine presque, il apportait un nouvel appareil, une nouvelle découverte. Son ingéniosité était inépuisable. Quoiqu'il soit, ainsi que moi, d'un même grand âge, il a conservé toute l'énergie de la jeunesse, il appartient à la forte race française du Plateau central, la plus française peut-être de toute la France. Il a eu tous les honneurs. Mais sa modestie, sa bienveillance ne l'ont pas quitté un seul instant.

Non, vraiment, en l'honorant comme elle le fait, la patrie ne rend qu'un juste hommage à un de ses plus nobles enfants.

La vogue du colibacille. — *De M. Maurice Bedel. (L'artifice dans la vie de société.* LA REVUE HEBDOMADAIRE, 25 mars 1933) :

Certaines vogues sont le fruit des seules conversations de dîner ou d'après-dîner. C'est autour des tables les meilleures de Paris qu'est née la vogue du colibacille, il y a quelques années. On se rappelle le grand succès de ce microbe. Si discret fut-il par la retraite où il vivait, il connut la gloire d'être le microbe du jour, celui dont on parle, celui qui est sur toutes les lèvres. De streptocoque, de pneumocoque, de staphylocoque, il n'était plus question. Si l'on était l'objet d'attaques de ces organismes vulgaires, on se gardait de s'en vanter ; on était honteux. On se flattait au contraire de porter en soi le colibacille du même ton que l'on se fût vanté d'héberger sous son toit un roi détrôné ou quelque grande raquette de tennis. Il n'était propos de table ou de salon qui ne fussent assaisonnés de coli-bacilles. La gloire même de M. le Professeur Freud en faillit être éclipsée ; il n'en fut rien, heureusemetnt, et la psychanalyse reprit bientôt dans les conversations la place que ce méchant microbe avait manqué de lui enlever. Qui se souvient aujourd'hui du coli-bacille ? Il en est de ces microbes à la mode comme de ces jeux qui durent une saison : hier le yo-yo, aujourd'hui le ping-pong. Il en a toujours été ainsi ; et c'est heureux pour les médecins.

La pension du docteur Perrier à Aix-les-Bains. — LES NOUVELLES LITTÉRAIRES (*R. Michaud-Lapeyre*).

Il existait à Aix-les-Bains un vestige romantique émouvant : c'était l'ancienne pension du docteur Perrier, où Lamartine et Julie Charles se rencontrèrent en 1816. Une raison vitale obligea la ville chère au poète à démolir cette maison dont les vieux murs gênaient la construction du nouvel établissement thermal. *Les Amis Savoyards de Lamartine* obtinrent du ministère de la Santé publique, l'autorisation de rétablir, à leur place primitive, dans le nouvel édifice, la chambre de Lamartine et le petit salon d'Elvire. Tous les matériaux nécessaires à cette reconstitution furent mis pieusement de côté dans ce but ; quelques meubles authentiques et de nombreux objets offerts par la famille ou par les amis de Lamartine, aquarelles, gravures, miniatures, etc..., enfin le buste de l'auteur du *Lac* signé David d'Angers et envoyé à la ville d'Aix-les-Bains, à la fin du siècle dernier par le fils du maître, devaient la compléter.

Pourquoi le ministre de la Santé publique est-il revenu sur sa décision ? Le monde des lettres, le tourisme, tous les amis de Lamartine déplorent ce geste. Les sites lamartiniens de la Savoie sont des trésors régionaux, des éléments d'attraction de la plus haute, de la plus noble valeur : il faut à tout prix les défendre, les conserver, les célébrer : les deux chambres de la pension Perrier ne retenaient pas seulement l'atmosphère de *Raphaël*, elles furent aussi le berceau des *Méditations* : c'est là, qu'un soir d'octobre 1816, Lamartine, en présence de Mme Charles et de Louis de Vignet, composa l'émouvant poème à Elvire :

O toi qui m'apparus dans ce désert du monde,
Habitante du ciel, passagère en ces lieux...

Il est temps encore que le ministre de la Santé publique, écoutant la voix des lamartiniens, consente à rétablir, dans son état primitif, un projet qui sauvegardait de si précieux souvenirs.

Le Horla de Maupassant. — *De M. Henri de Régnier dans les* NOUVELLES LITTÉRAIRES (29 avril 1933) :

Un jour (j'habitais alors rue Boccador, où demeurait aussi Maupassant), je vis arriver chez moi José-Maria de Heredia fort troublé. Dans une crise de démence, Maupassant avait tenté de se couper la gorge avec un rasoir. José-Maria de Heredia n'avait pu voir le blessé, mais François, le domestique de Maupassant, lui avait conté le détail du drame dont on sait les suites funestes. Une fois que je m'en entretenais avec Georges de Porto-Riche et que je faisais allusion à certains récits d'où l'on aurait pu tirer des indices sur l'état mental de Maupassant, et, en particulier, à la nouvelle intitulée *Le Horla* dont le fantastique hallucinatoire décelait un trouble avertisseur, Porto-Riche m'assura que *Le Horla* ne pouvait pas être la preuve de phénomènes morbides chez Maupassant, car c'était lui, Porto-Riche, qui avait donné à son ami le sujet de ce conte, et Maupassant s'était borné à en développer le thème accepté.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 21 LE NUMÉRO : 50 Centimes 27 MAI 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants.................. 30 fr.
Belgique.................. 45 fr.
Étranger 1re zone .... 70 fr.
Étranger 2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Jubilé médical posthume de Georges Clemenceau. — Sur l'initiative et sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine, sera célébré le 11 novembre prochain, la commémoration du Docteur Georges Clemenceau, en tant que médecin, président fondateur d'honneur (en 1912) de l'Umfia.

Cours de perfectionnement de l'Institut du cancer. — Ce cours sera fait sous la direction du Professeur Roussy, avec la collaboration de MM. Guy, Leroux, Oberling, Sannie, Verne, Chastenet de Géry, Huguenin, Mme Laborde, Peyre, Aman-Jean, Bertillon, Bollack, Foulon, Gutmann, Huet, Nemours et Wickham.

Ce cours destiné aux médecins français et étrangers et aux étudiants en fin de scolarité, commencera le vendredi 16 juin 1933 pour se poursuivre tous les jours jusqu'au 13 juillet inclus. Il comportera :

1° *Des conférences théoriques* et cliniques qui seront communes à tous les auditeurs inscrits au cours, et qui auront lieu le matin de 11 heures à 12 heures.

2° *Des démonstrations et des manipulations pratiques* qui auront lieu tous les jours de 9 h. 30 à 11 heures ou à 12 heures.

La *Section A* (biologique), comprendra des travaux pratiques et des manipulations de laboratoire ; la *Section B* (clinique), comprendra des examens de malades et des manipulations thérapeutiques.

Programme des conférences. — Etiologie du cancer (traumatisme, contagion, hérédité). — Biologie du cancer. — L'anatomie pathologique de quelques variétés de cancers (cancers bucco-pharyngés, cancers du sein et de l'utérus). — La radiosensibilité des tissus. — Cancer greffé. — Sarcomes infectieux des oiseaux et leucémie des poules. — Cancer du goudron. — Métabolisme des tissus cancéreux. — Métabolisme de l'organisme cancéreux. — Réactions de diagnostic du cancer basées sur les propriétés biologiques du sérum. — Réactions de diagnostic du cancer basées sur quelques propriétés chimiques du sérum. — Pouvoir sensibilisateur des sérums et diagnostic du cancer. — Méthodes de culture des tissus. — Culture des tissus et cancer. — Orientation actuelle des idées sur le cancer. — Technique générale de la curiethérapie des cancers. — Technique générale de la radiothérapie pénétrante. — Les mesures en rœntgenthérapie et en curiethérapie. — Electro-coagulation dans le traitement des mélanomes. — Etude clinique et thérapeutique de quelques variétés de cancers (cancers de la peau, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, du tube digestif (œsophage, estomac, rectum), du poumon et du médiastin, du sein, des organes génitaux de la femme (utérus, vulve, vagin), du corps thyroïde. Tumeurs de la parotide). — Tumeurs de l'œil. — Tumeur des os. — Lymphogranulomatose. — Accidents thérapeutiques et professionnels.

Le nombre des places est limité à 40. Le droit d'inscription est fixé à 350 francs.

Un certificat sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

Les médecins inscrits au cours de perfectionnement du cancer pourront utiliser, comme moyen de transport, un autobus spécial qui fait régulièrement le service entre la Faculté de médecine et l'Institut du cancer. Ils pourront aussi, s'ils le désirent, prendre pension, pour le lunch à l'Institut du cancer. Les auditeurs du cours sont priés de se munir, à l'avance d'une blouse et d'un tablier

Les inscriptions sont reçues au bureau de l'A. D. R. M., salle Béclard, à la Faculté de médecine.

Ecoles de médecine de Rouen. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie galénique et matière médicale, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, s'ouvrira le mardi 14 novembre 1933, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Office de l'éducation nationale. — Pour assurer sa liaison avec le public, l'Office de l'éducation nationale va procéder — sur toute l'étendue du territoire français — à l'organisation de commissariats locaux assistés d'un « Bureau de Service social » dont les membres choisis parmi des personnalités locales indépendantes.

Ce bureau entrera en rapports avec les Pouvoirs publics et notamment les élus ; il aura à s'occuper de toutes initiatives d'ordre social, scolaire et professionnel dans l'intérêt privé des familles.

Les fonctions de président du B. S. S. pourront être attribuées — au choix, sur titres et références, entre les candidats — à des *médecins*. Il ne sera procédé qu'à une nomination par ville ou localité.

Les intéressés sont priés d'adresser : 1° une demande sur papier timbré (deux timbres) ; 2° un premier dossier personnel : état civil, situation de famille, études et diplômes, distinctions honorifiques ; 3° un dossier professionnel : profession, références (attestations jointes), état des services antérieurs ; 4° un état de références.

MM. les médecins qui estimeraient utile — pour élargir leurs relations ou appuyer leur situation locale — de postuler la présidence d'un Bureau de Service social, doivent faire par lettre, acte de candidature auprès de M. le Haut Commissaire de l'Office de l'éducation nationale à Montreuil (Seine).

Hospices civils de Versailles. — La Commission administrative des hospices civils de Versailles donne avis que, le jeudi 22 juin 1933, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de cinq internes en médecine (deux titulaires et trois provisoires).

Section de médecine de l'Association générale des étudiants (13 et 15, rue de la Bûcherie, Paris-5e). — Docteurs, n'oubliez pas que la Section de médecine de l'Association générale des étudiants, 15, rue de la Bûcherie (5e), met à votre disposition des remplaçants très sérieux, médecins ou étudiants, fin de scolarité. Permanence ouverte tous les jours de 1 h. 30 à 18 h. 30. (Téléphone Odéon 65-74).

Congrès international pour la protection de l'enfance (Paris, 4-9 juillet 1933.) — *Modifications.* — A la demande d'un grand nombre de personnalités le Comité d'organisation du Congrès international pour la protection de l'enfance — qui se tiendra à Paris, 10, avenue d'Iéna, du 4 au 9 juillet 1933 — s'est vu dans l'obligation de créer une section coloniale ayant pour but l'étude de la protection de la maternité et de l'enfance indigènes.

Ce Congrès aura lieu sous la présidence de M. Paul Strauss, vice-président du Sénat, ancien ministre de l'Hygiène, membre de l'Académie de médecine.

Section coloniale : président, M. le Médecin général Thiroux ; vice-présidents, Gouverneur Blanchard de la Brosse, Médecin colonel Abbatucci, Docteur Montel, Médecin capitaine Raynal

Union internationale contre le péril vénérien. — L'Assemblée annuelle de l'Union internationale contre le péril vénérien vient de se tenir au Caire, sous la présidence de M. le Professeur Ehlers, de Copenhague, assisté de S. E. Mohammed Chanine Pacha, sous-secrétaire d'Etat à l'hygiène publique en Egypte.

Diverses questions concernant la prophylaxie antivénérienne et la propagande éducative ont été exposées par les rapporteurs. De nombreux pays étrangers avaient envoyé des délégués notamment l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Egypte, la France, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Italie, la Suisse, etc...

A la suite de l'assemblée, diverses visites ont été effectuées dans les organisations antivénériennes d'Egypte.

Nécrologie. — Docteur Yvonne Bocquet, de La Varenne (Seine), décédée à l'âge de 34 ans. — Docteur Henri Coiffier, du Puy (Haute-Loire). — Docteur Dubois, de Marans (Charente-Inférieure). — Docteur Louis Fourquet, de Bordeaux. — Docteur Edmond Génot, de Toul. — Docteur Guilbeau, de Segondigny (Deux-Sèvres). — Docteur Jozefowicz, de Paris, 21, rue Serpente, décédé à l'âge de 36 ans. — Docteur Milkovitch, de Paris. — Docteur Marius Mozer, chef de laboratoire à l'hôpital maritime de Berck-Plage, mort victime du devoir professionnel à l'âge de 41 ans. — Docteur Vladimir Rosenstein, de Paris, 102, avenue Ledru-Rollin, décédé à l'âge de 62 ans. — Docteur Servoles, de Paris, 169, boulevard Saint-Germain. — Docteur Terrien, de Bordeaux. — Docteur Henri Thil, de Paris, 68, rue Doudeauville (XVIIIe). — Docteur Vielle, de Bayonne. — Docteur Mina Minovici, professeur honoraire de médecine légale à la Faculté de médecine de Bucarest, membe correspondant de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 75 ans.

Aux Etats-Unis le département de la Santé publie une espèce d'annuaire où sont enregistrés les charlatans. (Dr J. Frumusan, *Le Lien Médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

Edw. G. Browne. — **La médecine arabe.** *Edition française* mise à jour et annotée par le Docteur H.-P.-J. Renaud, directeur d'Etudes d'histoire des sciences à l'Institut des Hautes-Etudes marocaines. Larose, éditeur, 11, rue Cousin, Paris.

Tous les historiens connaissent l'histoire de la médecine arabe du Docteur Lucien Leclerc, publiée en 1876. Cette histoire était jusqu'ici le seul livre d'ensemble qu'on possédât chez nous sur cette importante question. Malheureusement, ce gros travail qui eut, avec juste raison, son heure de célébrité est devenu fort rare et n'est plus tout à fait à jour.

Dans ces dernières années des études partielles ont paru sur la médecine arabe. La plus importante est sans conteste, celle de Gabriel Colin sur la famille des Banu-Suhr (avenzoas). Notre distingué collègue et ami le Dr H.-P.-J. Renaud, directeur d'Etudes d'histoire des sciences à l'Institut des Hautes-Etudes marocaines, et dont les savants travaux font autorité, a pensé qu'il était utile de traduire les leçons du Docteur Browne professeur à Cambridge et de les annoter. Ces leçons, en effet, intéressent, au plus haut point tout le Corps médical. Limitées à l'Orient musulman, à la période des califes abbasides, et aux médecins les plus célèbres de cette époque si florissante, elles donnent, comme l'a très justement écrit M. Renaud, une impression parfaitement exacte de ce que fut la médecine arabe et permettent de porter sur sa valeur réelle et sur son rang dans l'histoire des sciences un jugement autorisé.

L'ouvrage est divisé en quatre leçons, ou plutôt quatre conférences.

Dans la première, l'auteur décrit la croissance de la médecine arabe jusqu'au IXe siècle. Il montre comment par leur zèle et leur savoir le enseignements des médecins les plus éminents de la Grèce antique : Hippocrate, Galien, Oribase, Rufus et Paul d'Egine, par exemple, furent rendus accessibles au monde musulman.

Dans la seconde conférence il étudie avec soin les principaux écrivains médicaux appartenant à l'époque qui suivit celle des grands traducteurs.

Le plus ancien est Ali Ibn Rabban at Tabari. En réalité Rabban était le titre et non pas le nom de son père. Rabban voulant dire « notre maitre ou notre professeur ».

C'est vers 850 de notre ère qu'il acheva son gros travail intitulé « Fir dawsu-l-Kikmat », « Le paradis de la sagesse », c'est surtout un ouvrage médical mais on y trouve également des notions de philosophie, de zoologie, de météorologie d'astronomie. Ses principales sources furent Hippocrate, Aristote, Galien. Certains chapitres sont réservés aux maladies du foie, de l'estomac, du cœur, des poumons, aux fièvres... aux saignées, aux bains et aux indications tirées du pouls et de l'urine.

Abû Bakr Muhammad ibn Zakariyya de Ray... que nous connaissons sous le nom de Rhazès fut certainement le plus grand et le plus original de tous les médecins musulmans. Il mourut vers 903 ou 923. On dit qu'il composa 113 grands ouvrages et 28 opuscules, la plupart sont malheureusement perdus. Parmi ceux qui nous sont parvenus son fameux traité de la variole et de la rougeole est peut-être le plus célèbre ; il convient de citer aussi son traité de la peste dont Neuburger a pu dire que « cet ouvrage était regardé par tous avec juste raison, comme un des chefs-d'œuvre de la littérature médicale des Arabes ».

Diverses monographies inédites existent dans certaines bibliothèques d'Europe et d'Orient ; espérons qu'un jour elles seront publiées pour la plus grande satisfaction des médecins orientalistes.

Haly Abbas fut lui aussi un grand médecin arabe. Son ouvrage Kitabu l'malaki fut traduit en latin par Etienne le philosophe et annoté par Michel de Capella à Lyon en 1523. Dans cet ouvrage il fait la critique des

traités antérieurs, il trouve Hippocrate trop concis, obscur parfois et Galien trop diffus. Il reproche à Oribase et à Paul d'Egine de traiter d'une façon insuffisante l'anatomie, la physiologie et l'étiologie des maladies. Il décrit les quatre symptômes constants de la pleurésie, fièvre, toux, douleur, dyspnée, certains passages sont vraiment intéressants et mériteraient d'être relus avec soin.

Enfin, c'est Avicenne, Abu ali al Husayn ibn abdi Illah ibn Sinâ.

Philosophe, poète, homme d'affaires, médecin, on peut dire qu'il personnifia la science arabe. Ses écrits sont nombreux et souvent volumineux. Le Canon est le plus célèbre et le plus important de ses traités. Son caractère encyclopédique, son plan philosophique ont donné à cet ouvrage une place unique dans la littérature médicale du monde musulman.

Dans la troisième conférence, l'auteur rappelle que la médecine arabe fut une synthèse éclectique de systèmes plus anciens, grecs surtout, et à un moindre degré indien et vieux persan, et que la médecine du peuple arabe à l'époque de la venue du prophète fut, comme elle continue à l'être, du type le plus primitif.

Dans la quatrième leçon M. Browne passe d'abord en revue la brillante civilisation qui se développa en Espagne et dans l'occident sous la domination arabe, il cite Abu l'qasim az Zahrawi que nous appelons Abulcasis ou Albucasis et qui fut le grand chirurgien de la race arabe, Ibnu 'gazzar de Kairouan, Averroès de Cordoue, Avenzoar de Séville, ainsi que le grand botaniste Ibnu l Baytâr de Malaga qui fut au XIII[e] siècle le digne successeur de Dioscoride.

En Perse, le XII[e] siècle est remarquable par le développement de la littérature médicale, et le XIII[e] siècle par l'excellence des ouvrages biographiques.

Un des hommes les plus instruits et les plus savants de cette période est le médecin Rasidu d-dîn-Fadlu Sllâh qui naquit à Hamadan en 1247 ; médecin de la cour du souverain mongol Abâqa il devint premier ministre en 1295 ; il fut mis à mort en 1318, et toutes les richesses qu'il avait accumulées furent détruites.

L'auteur termine sa quatrième et dernière conférence en se demandant jusqu'à quel point on peut espérer que l'étude plus complète de la médecine arabe puisse récompenser le travail qu'elle nécessite, comment cette étude doit être conduite dans l'avenir et quels sont les sujets qui méritent le plus de retenir l'attention.

L'ouvrage est complété par un très important index, admirablement composé et qui sera des plus précieux pour tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de la médecine arabe.

Nul n'était mieux qualifié que M. H.-P.-J. Renaud pour publier et annoter les conférences du regretté orientaliste Browne. Sa grande connaissance de la langue arabe, sa compétence toute particulière pour tout ce qui est musulman, sa haute probité scientifique se retrouvent à chaque page de « La médecine arabe ».

Il convient de l'en féliciter sans réserves.

Raymond Neveu.

Le Pneumothorax bilatéral simultané, par M. Ascoli et M. Lucacer. Préface de F. Dumarest. Un volume de 104 pages, avec 11 planches pour texte (Collection Médecine et chirurgie pratiques, n°54), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il appartenait à l'initiateur de la collapsothérapie bilatérale simultanée de donner aux phtisiologues la première monographie d'ensemble sur cette question.

Depuis 1912, et dans ces dernières années, surtout, ces questions ont fait l'objet de nombreux travaux dans tous les pays. Ce livre en établit la synthèse et situe définitivement à sa place, dans la pratique phtisiologique, le pneumothorax bilatéral simultané.

Cette place est effectivement importante. Non pas qu'il faille étendre outre mesure les indications d'une méthode délicate qui ne peut être présentement qu'une thérapeutique d'exception et demeurer l'apanage du spécialiste et du sanatorium. Pour les auteurs, le principal bénéfice de l'introduction dans la pratique du pneumothorax double est un bénéfice indirect : c'est l'extension considérable des indications du pneumothorax monolatéral que limitait trop autrefois l'exigence de l'unilatéralité lésionnelle.

On conçoit l'intérêt des questions soulevées et traitées, avec une grande expérience et une connaissance parfaite de tous les aspects du problème par MM. Ascoli et Lucacer.

Leur livre devient le guide du médecin désireux de s'initier à l'application rationnelle du pneumothorax double simultané et à celle du contro-latéral primitif.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement un an : France : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Saint Sulpice, Paris.

Sommaire du numéro du 15 mai 1933 : P. Moreau : Les origines littéraires de la France contemporaine (V). Fin de siècle. — J. Catel : Poésie moderne aux Etats-Unis (I). —A. Puech : Etude littéraire de quelques dialogues de Platon (VII) : Le Phédon. — J. Cousin : Rhétorique latine et classicisme français (IV) : Rhétorique et tragédie (suite). — C. Cestre : Alexis de Tocqueville, témoin et juge de la civilisation américaine (VII) : Des légistes et de l'aristocratie. — H. Bornecque : Tite-Live (IX) : La représentation des faits. L'impartialité et la rhétorique. — A. Feugère : Jean-Jacques Rousseau (V) : Le discours sur les sciences et les arts. La réforme morale de Rousseau.

Le Marquis de Sade, par Otto Flake. Trad. de Pierre Klossowski. Un vol. in-8°, 250 p. Prix : 20 francs. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Ce livre est une contribution à l'histoire des idées et à la psychologie ; il tiendra sa place dans la littérature déjà nombreuse consacrée au *Divin marquis*.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Cauchemar

Symptomatologie et Pathogénie

Par les Docteurs

D. KOURETAS d'Athènes. et Ph. SCOURAS de Salonique.

« Voyez comme le cauchemar compose en un drame tout puissant toute diversité de sensations, qui nous travaille sous le sommeil. Une main sous le corps est prise : un pied qui s'est découvert et délivré des linges se refroidit au loin du reste du dormeur. Des matinaux, passant vocifèrent à l'aube dans la rue ; l'estomac vide s'étire et les entrailles fermentent ; quelque lueur du grand soleil levant inquiète vaguement la rétine au travers les paupières abaissées ; ..... autant de données séparées et incohérentes ; et personne pour les réduire à elles-mêmes et au monde connu, pour les organiser, retenir les unes, abolir les autres, ordonner leurs valeurs et nous permettre de passer outre.

Mais toutes ensemble sont comme des conditions égales et devant être également satisfaites.

Il en résulte *une réaction originale, absurde, incompatible avec la suite de la vie, toute puissante, toute effrayante, qui n'a en soi-même aucun principe de fin, point d'issue, point de limite ...* »

Paul VALÉRY,
(*sur les Mythes et la Mythologie*).

L'étude des troubles du sommeil ne comportait jusqu'à ces dernières années que la description des manifestations quantitatives de la fonction hypnique, depuis l'insomnie qui figurait presque exclusivement dans les traités classiques jusqu'à l'hypersomnie, qui exception faite de la trypanosomiase des pays chauds, était rangée dans le groupe si polymorphe des auto-intoxications (diabète, insuffisance hépatique etc.) ou des états comateux où bien dans le chapitre encore vague de l'hystérie.

Mais après l'étude magistrale de Gélineau sur la narcolepsie, qu'il décrivit comme « une névrose rare caractérisée par un besoin impérieux de sommeil » et surtout après les travaux de Cruchet, Von Economo et d'autres sur l'Encéphalite épidémique, le problème des troubles du sommeil a été envisagé sous un jour nouveau. Il en a résulté un nouveau chapitre de neuropathologie clinique réservé uniquement aux troubles du sommeil, de sorte que les plus récents traités de médecine en contiennent des aperçus détaillés, dont l'importance dépasse de loin la portée pratique qu'on attribuait jadis aux désordres pathologiques de la fonction hypnique.

Exposant les dernières acquisitions accomplies dans ce domaine devant la huitième Réunion internationale de Paris (1927), Lhermitte et Tournay dans un rapport remarquable sur le « Sommeil normal et pathologique », ont fait une mise au point de la question et posé l'état actuel de ce problème troublant.

Mais malgré la haute tenue scientifique de ce rapport, on est tout étonné de voir que des phénomènes assez courants que l'on observe pendant le sommeil normal, comme par exemple le cauchemar, soient confondus encore avec les rêves terrifiants des enfants, les hallucinations visuelles des éthyliques, ou bien avec d'autres manifestations hyperkinétiques des dormeurs agités.

C'est justement sur la symptomatologie et la pathogénie du cauchemar que nous désirons attirer l'attention de nos lecteurs en rapportant ici les résultats de nos recherches personnelles, ainsi que le résumé de nos travaux antérieurs déjà parus en grec et en français. D'ailleurs l'occasion de cas nouveaux nous a fourni le plaisir d'approfondir davantage le mécanisme pathogénique de ce phénomène curieux et de vérifier le bien-fondé de notre première conception, que nous avons déjà défendu dans un article sommaire paru dans l'*Encéphale* (1).

Ainsi, nous avons été amenés à identifier les signes objectifs du cauchemar et à différencier ce phénomène d'autres manifestations apparemment comparables, pour le placer dans un cadre nosologique précis, lui appartenant en propre. Ces considérations méritent bien la peine d'être rapportées dans un travail d'ensemble et cela d'autant plus qu'il n'existe pas à notre connaissance dans la littérature, tant française qu'étrangère, aucune étude consacrée uniquement à ce trouble particulier du sommeil qu'est le cauchemar.

***

La mythologie et la tradition ont perpétué jusqu'à nos jours le souvenir de ces légendes moyenâgeuses où figurent dans un mélange angoissant les scènes terribles de sabbat, les invocations mystiques des sorciers, l'épouvante des apparitions démoniaques.

Les préjugés et les superstitions de l'époque entravant l'expansion libre de la pensée, la croyance aveugle aux forces surnaturelles couvraient d'un voile mystérieux toute sorte de sensation anormale, qu'en défaut d'explication rationnelle on était porté d'attribuer à l'intervention maléfique du démon tout puissant.

Le cauchemar a pour une large part contribué à la légende des Incubes et Succubes, car le démon était alors accusé de profiter du sommeil pour assouvir sur sa victime ses appétits honteux : *usum turpissimae libidinis persuadendem* !....

Le contenu idéique du cauchemar exerçait une influence formidable sur l'esprit de l'époque et à ce sujet nous jugeons utile de rapporter la description qu'en fait le moine malade du Docteur Jason cité par J. Schenk : « Presque toutes les nuits une toute petite femme vient vers moi et se jette sur ma poitrine. Elle se met ensuite à me serrer si fort qu'elle m'empêche de respirer. Si je m'efforce de crier, ma voix s'éteint dans ma bouche, et si je m'efforce de me sauver, il m'est impossible de remuer les bras et les pieds et tous mes efforts cèdent devant sa puissante étreinte ».

Horestius (1578-1636) fut un des premiers à souligner le caractère pathologique de toutes ces manifestations et à les rattacher en ligne directe au cauchemar. La légende des Incubes fut considérée comme une expression fantaisiste de l'imagination mystique de ses contemporains. Et pour donner un appui physiologique à ses idées rationnelles Horestius invoque à sa faveur le mécanisme de l'obstruction des vaisseaux sanguins, qui rattachent l'estomac à la rate, obstruction excercée au moyen de la coagulation de l'atrabile transformée en bile noire (Vinchon).

Coelius Aurelianus a émis des idées analogues et soutenu la nature pathologique de ces légendes impressionnantes. Pour lui, les impressions subjectives en question : pesanteur épigastrique, troubles respiratoires, immobilisation, cris inarticulés, etc., seraient le résultat des processus pathologiques n'ayant rien à faire avec les visites intempestives du démon.

Mais malgré l'intervention de ces hardis promoteurs, la légende survécut. Ce n'est que bien plus tard, par l'analyse méthodique introduite dans le domaine psychologique, qu'on fut amené à démasquer la vraie nature de ces conceptions pour la plupart superstitieuses et fausses.

***

L'étymologie du mot cauchemar nous fournit quelques perspectives intéressantes, que nous devons signaler.

(1) D. KOURETAS et PH SCOURAS : Sur un trouble particulier du sommeil, le cauchemar. *Encéphale*, juillet-août 1932.

Le mot cauchemar résulte de l'adjonction de deux racines hétéronymes : du latin calcar = talon et du saxon mare = jument. Le mot anglais « Nigthmare » qui lui est proche signifie la jument de nuit et par extension la compression exercée au moyen du talon de la jument.

Le mot grec « εφιάλτης » dérivé du verbe « επιάλλω », désigne l'acte de projeter un poids lourd sur quelqu'un ou quelque chose. Cela nous aide à comprendre la provenance du terme dans ces trois langues, où l'on voit que la sensation subjective de compression qu'éprouve le dormeur pendant le cauchemar n'est pas étrangère au sens profond du mot.

Aussi c'est par une analogie de nature que s'exprime en termes précis un personnage d'Anatole France : « je sens le poids d'un roc qui pèse sur moi ! », allusion de nature cauchemaresque voulant probablement désigner le caractère oppressant de sa douleur morale.

* * *

Avant d'entrer dans le vif même de notre sujet nous croyons indispensable, pour la bonne compréhension de ce qui va suivre, d'exposer aussi brièvement que possible l'état actuel de la physiologie du sommeil.

Depuis les temps hippocratiques les médecins connaissaient bien les signes extérieurs du sommeil et Galien avait tout particulièrement insisté sur les troubles circulatoires et respiratoires, observés au cours du sommeil normal. Aussi les troubles de la thermogénèse, l'occlusion des paupières, l'abolition de la sensibilité générale n'avaient pas manqué d'attirer l'attention des observateurs.

Ces caractères cependant de l'état hypnique ne sont qu'apparents et au fond ne jouent pas de rôle pouvant servir de critérium pathognomonique au sommeil. Ce que les travaux récents ont bien mis en évidence c'est l'importance que l'on doit attribuer aux troubles de l'attitude staturale des corps et aux changements profonds du tonus musculaire déclenchés par l'invasion hypnique.

En présence d'un homme qui se met à dormir, ce qui nous frappe d'abord c'est l'effondrement de son équilibre statique et avec lui l'inclination de la tête en avant, la chute des membres supérieurs inertes et lourds, la soumission enfin de tout le corps aux lois souveraines de la pesanteur. La perte donc de l'équilibre statique constitue le stade prémonitoire et nécessaire du sommeil : « La vraie préparation au sommeil, est-il dit dans les *Esquisses de l'homme*, ces propos d'Allain, consiste à se mettre dans la position où l'on ne peut plus tomber du tout. Faute de cette précaution, on s'équilibre par un petit effort et une légère surveillance de soi, qui sont déjà contraires au sommeil... Dans cette position étalée et indifférente, la pesanteur qui est notre ennemie de tout instant, la pesanteur qui est la réveilleuse cesse de nous avertir : tout est tombé au plus bas, par cela seul nous dormons ».

Il en résulte que l'abolition du tonus musculaire est une condition nécessaire du sommeil normal.

Cependant d'après les travaux du Professeur Froment sur les parkinsoniens, dont il est superflu de souligner ici l'importance, il semble que l'attitude couchée dans les lits ordinaires ne comporte pas l'abolition totale et complète du tonus, qui persiste par contre à fonctionner au minimum. Dans les conditions ordinaires du coucher les masses musculaires conservent donc un léger degré de tonicité, qui d'ailleurs n'est pas incompatible avec le repos, presque absolu et l'évolution normale du sommeil. Pour obtenir le relâchement musculaire complet M. Froment conseille le repos dans le fauteuil colonial, qui en raison de l'attitude spéciale, qu'il imprime aux muscles des membres, provoque l'abolition totale de la tonicité musculaire. La diminution du tremblement parkinsonien et celle de l'hypertonie extra-pyramidale obtenues de la sorte chez des parkinsoniens avérés prouve bien l'importance du facteur statique dans la détermination des modifications du tonus. La persistance d'un léger degré du tonus pendant le sommeil dans les conditions que nous venons de résumer explique bien le mécanisme des secousses nerveuses présomniques, par l'intermédiaire d'un brusque décrochage du système extra-pyramidal, encore en éveil. Le dormeur contracte alors énergiquement ses masses musculaires, comme il aurait fait en cas de faux mouvement, ayant momentanément perturbé l'harmonie de son équilibre statique.

Ceci posé, voyons maintenant quels sont les autres signes caractéristiques de l'état hypnique.

Si les muscles striés sont en état de relâchement ou plus exactement d'hypotonie manifeste, les muscles lisses, comme ceux de la papille, les sphincters, du système génito-anal et urinaire sont nettement hypertoniques. C'est de même pour certains muscles striés, qui en raison de leurs fonctions sont éloignés de la sphère statique et ne jouent pas de rôle dans le jeu incessant de l'équilibre postural : ce sont les muscles extrinsèques de l'œil, les sphincters des paupières, les fléchisseurs des doigts chez l'enfant. C'est à leur hypertonicité périodique qu'est due l'occlusion des paupières, la déviation des globes oculaires en haut et en dehors, l'attitude « en poings fermés » du nourrisson endormi.

Les réflexes tendineux sont abolis parfois, mais plus souvent diminués. Le signe de Babinski a été observé chez quelques rares dormeurs. En résumé : hypotonicité musculaire complète, avec hypertonicité des quelques muscles éloignés de la sphère statique, modifications des réflexes tendineux, avec possibilité d'apparition des signes pyramidaux, tels sont les symptômes objectifs fondamentaux de l'état de sommeil.

Mais quels sont les centres qui président à la fonction automatique du sommeil ?

A la suite des travaux expérimentaux de Camus et Roussy, pour ne parler que de la conception actuelle du problème des localisations nerveuses des centres hypniques, d'après les observations récentes faites sur des malades atteints d'encéphalite épidémique et les constatations déjà anciennes de Gélineau sur la narcolepsie, à la suite d'expériences de Lhermitte et Tournay, des observations anatomo-cliniques concernant les tumeurs de la région sous-thalamique et diencéphalique, des expériences classiques sur les chiens décérébrés entre les mains des Golz, Rothman, Carolus, et Kreidl, il résulte que le centre actif du sommeil siège dans la substance grise de la base de l'encéphale (région sous-thalamique et péri-hypophysaire).

Ce centre préside au rythme périodique du sommeil. Il est autonome et n'agit que pour son propre compte. Il peut être influencé par des excitations plus ou moins lointaines ce qui explique la délicatesse de ses fonctions.

Le système organo-végétatif y joue un rôle important, ainsi qu'il a été démontré par Santenoise et Laignel-Lavastine. Le système endocrinien et la constitution chimico-physique du sang (Lévy, Montassut) exercent sur les centres hypniques des actions dynamogènes ou perturbatrices. Enfin, grâce aux travaux de Pavlow, nous savons à l'heure actuelle que le cortex cérébral se trouve en relations étroites avec la région sous-thalamique, ce qui nous aide à comprendre le rôle tout particulier de certains poisons corticophiles (inhibition) et de certains états psychiques, sur la durée et l'alternance habituelle des phénomènes hypniques.

Des manifestations organo-végétatives extrêmement importantes du point de vue qui nous occupe accompagnent de près le sommeil normal et à cet égard nous croyons utile de rapporter quelques brefs détails.

La vagotonie du sommeil constitue le fondement organique de la bradycardie, du ralentissement du pouls et des mouvements respiratoires au rythme profond et ample, de la légère chute de la tension artérielle, de l'amplitude de l'indice oscillométrique, de la diminution des échanges et des sécrétions glandulaires.

En arbitre suprême le pneumogastrique veille sur les fonctions végétatives de la vie ; il régularise leur rythme en épargnant autant que possible toute dépense et favorise ainsi l'œuvre réparatrice du sommeil. C'est également à cette même cause que sont dus, en dernière analyse, les phénomènes plus ou moins accidentels que l'on observe chez le dormeur et qui ne sont pas loin de la limite pathologique : nous voulons parler des crises d'asthme nocturne, des chocs colloïdoclasiques, des érections, des pollutions, des malaises présomniques divers, décrits récemment encore par Gallavardin, chez des personnes atteintes de maladies organiques du cœur et chez les né-


LES NEIGES

vropathes, des accès d'angoisse, avec réveil brusque chez certains obsédés et anxieux, susceptibles de présenter des impulsions subites au suicide que l'un de nous à décrites avec exemples à l'appui, puisés dans les archives neuro-psychiatriques du Val-de-Grâce.

Enfin la fréquence des accouchements et décès nocturnes reviennent en dernière analyse à la prédominance du tonus vagal (Laignel-Lavastine).

Suivant un rythme cyclique, que l'un de nous s'est ingénié à mettre en relief dans un travail paru récemment en grec, le tonus vagal fait son invasion dans l'économie, avec l'approche de la nuit, dure pendant le sommeil pour disparaître progressivement avec le jour et céder ensuite le pas à son antagoniste. Pendant la nuit nous sommes vagotoniques à l'encontre de ce qui se passe pendant le jour.

Cette alternance des fonctions végétatives dans le cours du nyctémère, comporte comme il est facile d'en déduire, des changements appréciables dans le caractère et l'humeur en rapport avec le retentissement psychique de chaque système prédominant. Cela nous explique dans une certaine mesure la dépression psychique accusée que nous ressentons à l'approche du soir : c'est l'heure du coucher du soleil tant chantée par les poètes !... Dans le même ordre d'idées nous pouvons interpréter la pathogénie des états émotifs pré où post-somniques. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, de peur d'être entraînés loin. Il nous suffira seulement de rappeler l'exactitude des observations faites par les artistes et peintres, qui bien avant nos découvertes scientifiques et en pleine ignorance des effets organo-végétatifs, ont bien exploité le terrain obscur de ce domaine, grâce à leur immense talent d'observation.

C'est ainsi que dans le tableau illustre de Millet « l'Angelus » l'expression recueillie, l'attitude, le geste des personnages représentés semblent être marqués par le sceau de cette emprise anxieuse vespérale, dont nous parlions plus haut, de cette angoisse sourde de la campagne que les ondes sonores des cloches s'empressent d'apaiser.

***

Voyons, maintenant ; après ces quelques considérations préliminaires l'observation type d'un malade, souffrant de cauchemars, que nous avons eu l'occasion d'étudier de près. Pour des raisons faciles à comprendre nous reproduisons ici notre observation-princeps, déjà publiée dans l'*Encéphale*, et cela parce que nous sommes persuadés que cette observation première répond bien à notre point de vue particulier et que malgré l'heureuse rencontre d'autres cas analogues ou proches, elle n'a point été dépassée jusqu'à présent.

Observation. — G... S..., 25 ans.

A. H. : Grand'mère de constitution paranoïaque, père en bonne santé, usait, par intervalles, dans sa jeunesse des boissons alcooliques.

A. P. : Pas de maladies graves de l'enfance, ni convulsions. Il a marché normalement et parlé de même. Il se rappelle avoir eu vers 4 ans des énurésies nocturnes et des rêves terrifiants. Il accuse aussi des migraines, survenant d'une manière passagère et irrégulière. Il est d'un caractère doux et sensible aux émotions qu'il n'extériorise que rarement.

Les émotions profondes s'accompagnent chez lui de battements de cœur, de ralentissement du pouls, de « vide à la tête », avec difficultés de rassembler ses idées, d'atonie motrice, particulièrement intense, aux membres inférieurs lui donnant la sensation « d'avoir les jambes cassées ».

Il présente — en dehors des émotions — des phénomènes vaso-moteurs périphériques, avec spasme et sensation de « doigt mort », des vertiges momentanés, avec hypersalivation et appréhension nauséeuse, plus prononcées lorsqu'il est à jeun.

Il est à noter que le malade s'est amélioré depuis qu'il fut opéré d'appendicite, sans que l'on puisse, bien entendu, rejeter entièrement le rôle étiologique de cette dernière affection, dans l'apparition des troubles susmentionnés.

En ce qui concerne le début de ses attaques de cauchemar, dont il se plaint depuis son jeune âge, le malade n'arrive pas à en fixer exactement la date. Il lui semble toutefois qu'elles doivent remonter à la toute première enfance et leur nombre total ne doit pas dépasser la cinquantaine. Parmi les causes prédisposantes, qu'il nous propose, nous devons retenir : la fatigue musculaire, les repas copieux et plus ou moins arrosés de vin, les ennuis et les émotions, les accidents impressionnants, auxquels il lui a été donné d'assister dans la journée ou dont il a lu les comptes rendus, etc. Mais le plus souvent l'emprise cauchemaresque le surprend brutalement, en dehors de toute étiologie précise.

Toutes les fois qu'il est victime d'un cauchemar, il a remarqué que l'invasion hypnique survenait d'une manière particulièrement rapide et que le moment favorable à l'apparition de ce phénomène était l'intervalle intermédiaire entre la veille et le sommeil. Ce qui le domine alors c'est *la sensation angoissante d'être dans l'absolue impossibilité de réaliser le moindre mouvement, quel qu'il soit.*

Cette sensation est souvent accompagnée — ou quelquefois précédée — de représentations mentales vives ou de rêves à contenu idéique terrifiant, mais varié : un chat énorme lui pèse sur le ventre ; il va se noyer à la mer ; on le fusille ; on lui écrase la tête ; le plafond lui tombe dessus, etc. Mais quelle que soit l'image onirique terrifiante et que cette image soit faussement interprétée et considérée comme objective (ainsi qu'il arrive dans les hallucinations ou qu'elle soit réduite à sa vraie valeur, par le réveil progressif de la conscience du dormeur, se rendant compte, qu'il ne s'agit pas d'animaux, ni de coups de fusil, etc.), *il y a toujours une absolue impossibilité à se mouvoir.*

Mais la sensibilité n'en est point touchée, le malade conserve intégralement sa sensibilité superficielle et il a conscience des frottements durs ou délicats de la couverture. Il garde aussi sa sensibilité profonde et musculaire, il connaît la position de ses membres et leur orientation respective. Néanmoins tout mouvement actif, pour lui permettre de sortir de cette situation embarrassante, lui est interdit.

Un fait particulier est important à noter : c'est que, malgré l'immobilité de la tête, le malade est cependant capable de faire contracter les muscles de l'expression mimique et le paucier.

Aussi peut-il pousser des cris inarticulés, des sons bas et rauques, comme un appel plaintif, dont il perçoit distinctement les variations.

Il a aussi l'impression, que ses mouvements respiratoires sont superficiels, que son cœur bat fort, mais au ralenti.

Mais ce qui tourmente le plus notre malade c'est la sensation pénible de la compression sur la région épigastrique et précordiale, siège d'élection « des animaux faméliques », suivant sa propre expression.

Étant encore enfant il avait peur du cauchemar, car il croyait à l'existence réelle du cortège terrifiant, qui l'accompagnait. Mais plus tard, affranchi des superstitions de son âge — vestiges oniriques des fables contées par ses parents — ses réactions émotives, en présence du cauchemar, deviennent de plus en plus rares. Cependant le malade n'éprouve pas moins, à chaque nouvelle attaque du cauchemar, le désir impatient d'assister à la fin de sa crise. Celle-ci survient généralement spontanément, sauf en cas de fortes excitations extérieures (bruits divers, cris des parents accourus, etc.), susceptibles d'arrêter l'attaque ou de la faire disparaître.

Le sujet revient alors à son état normal, il a conscience de ce qui vient de se passer et se plaint de fatigue musculaire et de lourdeur aux membres, comme s'il venait d'accomplir un travail épuisant. Il peut se rendormir ensuite, mais il est rare qu'il soit de nouveau incommodé par une nouvelle attaque de cauchemar.

La durée entière du phénomène ne dépasse presque jamais 2 à 10 secondes.

Parfois il a des pollutions, associées à des images dépourvues de contenu sexuel précis. Il associe alors dans son esprit l'orgasme avec l'immobilité et il croit que l'immobilisation du fait du cauchemar dépend nécessairement de la sensation voluptueuse de l'orgasme.

En ce qui concerne les manifestations objectives du cauchemar, l'un de nous à eu la bonne fortune d'assister le malade et de contrôler, par l'examen neurologique, ce qui se passe pendant l'attaque du cauchemar. Il a pu ainsi mettre en évidence l'existence de signes objectifs de tout premier ordre, à savoir *la suppression totale du tonus musculaire aux membres supérieurs et inférieurs.* Il ne s'agissait point — comme on pourrait peut-être le supposer — d'une légère diminution du tonus, ainsi qu'il est de règle au cours du sommeil profond, mais d'une entière et absolue disparition de la tonicité musculaire, permettant d'imprimer aux membres des mouvements passifs, multiples et variés.

On avait l'impression d'expérimenter sur un mannequin, tellement la flaccidité des muscles était *prononcée.*

L'examen des réflexes montrait l'abolition du réflexe patellaire. La recherche d'autres signes neurologiques (Babinski, etc.),

ainsi que l'examen général ne révélait rien de bien spécial, soit à cause du réveil subit du malade — ce qui arrive fatalement au cours d'une pareille tentative — soit par manque des troubles somatiques, cliniquement décelables. Le même sujet, examiné à plusieurs reprises en état de veille, n'a présenté rien d'anormal, aussi bien au point de vue organique que psychique.

Par ailleurs il s'agit d'un vagotonique avéré et l'examen a relevé chez lui l'existence des signes confirmatifs. R. O. C. positif, ralentissement du rythme cardiaque notable : de 76 à 50 pulsations, réflexe solaire à peine marqué, tous signes révélateurs d'une vagotonie notable.

L'examen général reste muet. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, le Bordet-Wassermann fut négatif dans le sang.

Il y a donc dans cette observation la description d'un syndrome tant subjectif, qu'objectif, qui correspond bien à ce qu'il eût convenu de désigner sous le nom de cauchemar.

Nous pouvons donc faire la part dans la symptomatologie clinique de ce syndrome de ce qui revient aux signes subjectifs et de ce qui revient aux signes objectifs. Le caractère fondamental objectif du cauchemar — d'après le cas décrit et d'autres analogues — *est l'abolition totale et absolue du tonus musculaire* ; donc atonie musculaire complète succédant à l'hypotonie relative, que comporte à l'état normal le sommeil.

Avec cet événement essentiel, survenant dans des conditions imprévues, dont nous allons parler plus loin, se trouvent en relation étroite, dirions-nous même pathogénique, tous les autres symptômes subjectifs du cauchemar.

Aussi les images oniriques terrifiantes, qui accompagnent toute attaque de cauchemar et qui, pour nombre d'auteurs seraient pathognomoniques du cauchemar, ne sont — sans reconnaître leur importance — en réalité que des manifestations secondaires, traduisant de loin le retentissement cénesthésique de la chute du tonus. Cela s'explique du fait que le dormeur, immobilisé par cette atonie musculaire, cloué, en quelque sorte, sur place, incapable de réaliser le moindre mouvement s'efforce de justifier mentalement la sensation paradoxale qu'il en éprouve.

Sous la pression des mécanismes subconscients automatiques, dont il n'a même pas besoin de provoquer la mise en marche, des représentations mentales infantiles, en majeure partie terrifiantes et superstitieuses, se font jour, se mélangent en un tout effrayant, pour donner enfin naissance au contenu idéique du cauchemar. C'est ainsi que le dormeur se croit en proie entre les mains de malfaiteurs, que des bandits le poursuivent, que le diable — résidu infantile représentatif — le tourmente, que des monstres faméliques se sont abattus sur lui et déchirent sa poitrine : autant de représentations incohérentes qui n'ont de commun entre elles que leur caractère angoissant.

Il résulte donc de ce qui précède que le contenu idéique du cauchemar est quelque-chose de secondaire, par rapport à l'angoisse que déclenche l'abolition tonique et il ne représente, pour nous, que l'effort mental : la réaction adaptative le la conscience vacillante du dormeur aux troubles profonds de la cénesthésie.

Ce qui domine, à notre avis, les manifestations symptomatiques du cauchemar c'est donc l'abolition de la tonicité musculaire. Nous insistons tout particulièrement sur cette abolition du tonus, car elle représente, pour nous, le point original de l'idée que nous nous faisons du cauchemar et l'argument capital de notre contribution pathogénique à ce phénomène curieux.

En effet, tous ceux, qui jusqu'à présent se sont occupés du cauchemar, se sont contenté d'en parler sommairement, trop sommairement même et de ne tâter le terrain épineux de ce domaine, que d'une manière péremptoire. En plus ils l'ont considéré comme une manifestation hyperkinétique et ils l'ont assimilé pour la plupart avec d'autres manifestations apparemment avoisinantes.

Il nous suffit de citer à ce sujet l'avis autorisé de Von Economo, qui dans son remarquable travail « La théorie du sommeil » a cru devoir spécifier « cauchemar avec excitation », ce qui prouve, que même pour cet auteur le cauchemar est un phénomène hyperkinétique et que le caractère excitation doit être compris dans la symptomatologie normale du cauchemar.

Disons d'ailleurs tout de suite que Von Economo, comme la majorité des auteurs cités à la fin de ce travail, ne fait pas mention spéciale du cauchemar et aucune étude particulière sur lui n'a été faite, à notre connaissance. Comme les autres, Von Economo laisse simplement sous-entendre son adhésion au préjugé classique : cauchemar avec excitation.

Cette conception admise par la plupart des auteurs provient croyons-nous de la confusion, qu'il est parfois difficile d'éviter, entre le cauchemar d'un côté et les manifestations angoissantes de l'autre, que l'on observe chez les dormeurs agités : rêves des enfants, zoopsies des alcooliques, insomnies des névropathes et des anxieux.

Le point commun entre toutes ces manifestations si différentes dans le fond, c'est l'anxiété. De l'abolition du tonus musculaire, il n'est point fait mention. Ainsi les alcooliques présentent des phénomènes d'excitation et leurs soi-disant cauchemars ne sont en réalité que des troubles excito-moteurs, à point de départ hallucinatoire.

Voici d'ailleurs le tableau qu'en fait Benon : « Les cauchemars apparaissent surtout, semble-t-il, dans le milieu de la nuit. Ils s'accompagnent de soubresauts musculaires, assez souvent d'agitation, de gestes ; les malades « bataillent » la nuit, disent les familles ; toujours on note des réveils en sursaut. »

Il est évident que le rapprochement entre ces deux ordres de phénomènes ne peut être qu'apparent. Les mêmes réserves sont à formuler pour les manifestations anxieuses des rêves terrifiants des enfants, des troubles hypniques des névropathies et enfin pour toute manifestation en apparence cauchemaresque, ne comportant pas cet élément capital du cauchemar, qu'est l'abolition tonique.

Dans un autre sens d'idées le cauchemar serait pour Freud et son école une création purement psychique, sans appoint neurologique, résultant uniquement de l'échec de la censure, chargée, comme on sait, de défendre l'étiquette morale du dormeur.

Cette interprétation freudienne ne nous satisfait pas entièrement et nous aurons l'occasion d'y revenir pour prouver que les complexes psychanalytiques ne jouent, dans l'élaboration du cauchemar, qu'un rôle prédisposant au même titre que toutes les autres causes adjuvantes dont il sera question plus loin.

Il reste donc indiscutable, pour nous, que le fait essentiel dans l'élaboration, l'apparition et l'évolution du cauchemar c'est l'abolition du tonus musculaire.

Voyons maintenant sur quelle assise pathogénique basons-nous notre conception.

***

D'abord n'oublions pas que le cauchemar survient pendant le sommeil, de préférence nocturne et comme il a été dit plus haut le sommeil comporte des modifications profondes dans le fonctionnement des processus organiques et en particulier dan le domaine végétatif, dont le tonus se trouve augmenté.

Ainsi s'explique cette légère ascension du seuil affectif observé au cours du sommeil.

D'habitude cette vagotonie physiologique ne donne, pour ainsi dire, lieu à aucune manifestation pathologique. Le sommeil se déroule alors sans accidents, avec le cortège habituel des rêves plus ou moins agréables, qui ne troublent point la douce béatitude du dormeur.

Par contre, supposons que le seuil normal de cette vagotonie hypnique s'élève, pour une cause prédisposante quelconque, d'ordre physique ou psychique (parasites intestinaux, appendicite, etc), nous verrons alors l'émotivité vagale apparaître et, avec elle, le paroxysme anxieux qui caractérise le cauchemar. La vagotonie arrivée alors au point culminant de son acuité déclenche subitement et par contre à coup sur les neurones toniques du faisceau extra-pyramidal *un réflexe d'immobilisation*, pareil à celui de certains animaux, qui à l'approche d'un danger imminent se replient sur eux-mêmes et s'immobilisent sur place (manifestation irrésistible de l'instinct de conservation).

Aussi, au moment des grandes secousses émotives, qui

ébranlent profondément notre psychisme, nous sentons les jambes fléchir sous le poids de notre corps, ce qui arrive particulièrement aux sujets vagotoniques.

Rappelons-nous de Virgile chantant les exploits et les malheurs de son héros !

« *Ex templo, Aeneae solvuntur frigore membra* ! » Cette impotence motrice, résultat immédiat de l'abolition subite du tonus musculaire, à la suite d'une forte émotion, représente l'opposé des réaction hyperkinétiques, qui apparaissent dans les mêmes conditions chez les émotionnés. Les tremblements, les états de rigidité catatonique, les fugues panophobiques, etc., en représentent l'autre aspect des effets de l'émotion, chez les sympathicotoniques particulièrement.

Ceci posé, il nous reste maintenant à savoir, par suite de quelles causes déterminantes apparaît cette hypertonie vagale, qui joue un si grand rôle, dans le déclenchement du réflexe d'immobilisation, point de départ des phénomènes ultérieurs. Toute cause qui influe sur le pneumogastrique est du même coup capable de servir de point d'appel au phénomène du cauchemar. Depuis longtemps on en incriminait les troubles gastriques et les repas copieux. L'excitation mécanique du nerf d'une part et la libération des ions Na alcalinisants de l'autre contribuent, pour une large part, à exciter le tonus vagal. C'est de même pour toute autre cause mécanique ou inflammatoire siégeant sur le territoire innervé par le pneumogastrique.

Les causes psychiques ne sont pas à négliger.

En premier lieu nous plaçons les représentations mentales, qu'on a eues pendant le jour et surtout celles, qui sont chargées de contenu émotif précis, reviennent pendant le sommeil et comme elles se déforment sous l'influence des mécanismes subconscients, elles n'atteignent la conscience du dormeur, que sous la forme hallucinatoire, produisant ainsi des effets émotionnels puissants et aptes à réaliser le relâchement brutal de la tonicité à savoir le réflexe d'immobilisation.

En deuxième lieu viennent les complexes psychanalytiques refoulés, de nature, pour la plupart, incestueuse, œdipienne ou simplement immorale, qui, échappant à la surveillance de la censure et plus ou moins déguisés, arrivent à franchir le seuil de la conscience et à provoquer à son contact des effets émotionnels, aux conséquences univoques sur le tonus.

Enfin, citons, les tendances à tropisme destructeur et criminel qui, d'après Steckel, remplissent les profondeurs du psychisme instinctif de l'homme civilisé et qui produisent des effets analogues, grâce à l'intervention du même processus censural, qui préside aux élaborations subconscientes.

Voilà donc, grosso modo, l'ensemble des causes prédisposantes du cauchemar et le mécanisme de leur action. Il est possible, qu'il y en ait également d'autres, que nous ne faisons que citer, du fait de leur importance secondaire, comme, par exemple les soucis, les ennuis de toute sorte, les difficultés de l'existence, les déceptions et les désillusions. Leur mécanisme est cependant le même et on ne doit les envisager qu'en tant que génératrices de l'hypertonie vagale.

En ce qui concerne la localisation des centres nerveux, qui président à toutes ces manifestations psycho-organiques, dont l'aboutissant est le cauchemar, qu'il nous soit permis de penser que les noyaux gris du mésencéphale doivent y jouer le principal rôle et que le cerveau végétatif — appelé ainsi non sans raison — doit être considéré, du point de vue qui nous occupe, comme le relais central de l'interaction de tous les neurones participants, dans la genèse des accidents susdits.

En résumé : le cauchemar est pour nous le résultat médiat ou immédiat proche ou éloigné de l'abolition de la tonicité musculaire au cours du sommeil. Cette abolition comparable dans ses effets au réflexe d'immobilisation des animaux tire son origine de l'hypertonie vagale, déclenchée à son tour par toute cause psychique ou organique, élevant le tonus de ce nerf.

L'angoisse, la grande angoisse du cauchemar résulte de la répercussion cénesthésique de l'abolition du tonus sur la conscience obnubilée du dormeur. Par une sorte de réaction adaptative de cette dernière le contenu idéique et représentatif du cauchemar apparaît, comme pour justifier le sentiment étrange de l'immobilité, qu'éprouve le dormeur.

***

Le mécanisme pathogénique du cauchemar que nous venons de défendre tire son importance des nombreux arguments biologiques et psychologiques, qu'on nous permettra bien de passer succinctement en revue.

L'anxiété vagotonique étant le stade prémonitoire, indispensable du cauchemar, il nous reste à prouver si elle repose sur des faits connus et pouvant être compris dans la constitution du sommeil normal.

1) L'élément essentiel des rêves n'est pas l'idéique, mais bien l'émotif. Ainsi que C.-L. Herrick le fait remarquer, si nous voulons nous rappeler, les yeux fermés, des détails d'un rêve, nous verrons que le rêve est presque entièrement dépourvu de contenu représentatif. R.-Mac Dougall pense de même : le rêve est surtout constitué par une succession rapide d'états émotifs, que traversent à peine quelques images mentales.

Pour Graace Andrew les émotions, qu'on éprouve pendant le sommeil sont bien plus vives, que celles de la vie réelle et P. Meunier admet, comme substratum fondamental des rêves, l'émotion.

Enfin Vaschide, dont on connait les beaux travaux sur le sommeil et les rêves, s'exprime à peu près ainsi : « Nos rêves ne sont jamais précis. Ils n'existent, qu'en tant que l'élément émotif, qui les colore. »

L'extériorisation de ces désordres émotionnels s'effectue, soit sous la forme hyperkinétique caractérisée par l'apparition subite des troubles moteurs divers, secousses, tremblements, grimaces, fugues, comme chez les sympathicotoniques, soit sous la forme inhibitrice que caractérise l'abolition brutale de la tonicité. Cette dernière éventualité, plus fréquente chez les vagotoniques (Codet), s'observe justement chez les derniers, qui plus facilement que les autres présentent le phénomène du cauchemar, d'après nos observations.

2) Parmi les causes adjuvantes de la vagotonie hypnique, nous plaçons toute excitation de nature plus ou moins désagréable : c'est ainsi, que les bruits provoqueront, chez le dormeur, des images oniriques correspondantes à caractère souvent déprimant ou bien angoissant. Le bruit d'orage sera perçu comme un coup de canon, le chant du coq comme un râle anxieux de moribond, le craquement, à peine perceptible de la porte, fera naître l'image de voleurs ayant assailli la maison.

Si nos jambes se découvrent, nous aurons aussitôt la sensation d'un bain froid et si nos bras pendent nus dans le vide nous ressentirons l'épouvante de l'abîme béant.

On connaît, depuis longtemps d'ailleurs, le coup d'épée, dont nous parle Descartes.

La déformation des excitations, comme source d'images oniriques, est également évidente, dans le domaine des perturbations cénesthésiques.

Déjà, Aristote admettait que le rêve peut traduire le début d'une maladie latente, dont le dormeur ne se doute point. Et il attribuait la possibilité de cette révélation à l'acuité spéciale des sensations internes au cours du sommeil.

Il suffit d'être couché sur le côté gauche, nous dit Lemoine et gêner, tant soit peu, le rythme cardiaque et respiratoire, pour avoir le sommeil troublé par des cauchemars et des rêves terrifiants. Cela n'est pas pour nous étonner, si l'on songe que pendant le jour la sensibilité, tant générale que spéciale, déploie toute son activité dans ses relations avec le monde extérieur. Par contre, pendant le sommeil, la sensibilité est émoussée et par conséquent les troubles cénesthésiques peuvent atteindre directement la conscience et donner ainsi lieu à des produits synthétiques d'élaboration, pour la plupart sous la forme hallucinatoire ou symbolique (Laignel-Lavastine).

Parmi les facteurs somatiques de la vagotonie nocturne nous citons, ainsi que nous le disions plus haut, la surcharge de l'estomac, l'alcalinité du sang, enfin la tuméfaction de l'amygdale, du voile du palais (J.-H. Rauch, West), qui, en raison de son siège et de son importance fonctionnelle dans la respiration, devient facilement le point d'appel à des manifestations anxieuses bruyantes.

3. Nous n'insisterons pas trop sur l'importance des représentations mentales pénibles de la journée, ayant précédé l'ap-

◆◆◆

parition des rêves. Il est évident, que les chocs émotifs, à point de départ surtout visuel, y jouent le principal rôle. C'est de même pour ce qui concerne les fables et légendes, dont est nourrie l'imagination des enfants. « Les événements qui nous touchent, ainsi que toute chose ayant produit en nous une impression durable, constituent les éléments habituels de nos rêves », dit Wund.

4) Voyons maintenant l'importance de la conception psychanalytique.

Les facteurs déterminants du cauchemar doivent être recherchés, d'après Freud, dans le subconscient, lieu de refoulement des complexes libidineux, de nature immorale et incestueuse.

L'explication psychanalytique ne nous satisfait pas entièrement. Nous l'avons déjà dit, il y a dans le cauchemar des signes neurologiques, des manifestations objectives, dont on ne saurait pas méconnaître l'importance. D'ailleurs, on s'expliquerait mal l'origine purement psychique de toutes ses manifestations. Pour notre part les facteurs psychanalytiques sont de valeur égale aux facteurs psychiques de n'importe quelle nature et nous ne pouvons leur attribuer de l'importance, qu'en tant qu'ils contribuent dans la genèse de l'anxiété vagotonique. Loin d'être des causes déterminantes exclusives, ce ne sont que des facteurs adjuvants, secondaires, n'ayant de rapport pathogénique avec le cauchemar, que par l'intermédiaire de l'angoisse, qu'ils sont capables de provoquer.

Sur la question, qui nous occupe, déjà Cabanis (1) a fait des remarques judicieuses que nous ne pouvons pas résister au plaisir de citer : « Les gens de lettres, les penseurs, les artistes en un mot, tous les hommes, dont les nerfs et le cerveau reçoivent beaucoup d'impressions ou combinent beaucoup d'idées, sont très sujets à des pertes nocturnes, très énervantes pour eux. Cet accident se lie presque toujours à des rêves, et quelquefois *ces rêves prennent le caractère du cauchemar*, avant de produire leur dernier effet. J'ai traité plusieurs malades de ce genre ; car il n'est pas rare que leur état devienne une vraie maladie. J'en ai rencontré deux, chez lesquels l'événement était précédé par un rêve long et détaillé : ils voyaient une femme, ils l'entendaient approcher de leur lit, ils la sentaient s'appuyer du poids de tout son corps sur leur poitrine : et c'était après avoir essuyé pendant plusieurs minutes les angoisses d'un véritable cauchemar, que les organes de la génération se trouvant excités par la présence de cet objet imaginaire, la catastrophe du rêve amenait ordinairement la fin du sommeil. Plusieurs autres médecins ont observé le même fait avec peu de variétés dans les circonstances ».

Des rapports intimes unissent, du reste, l'angoisse avec l'excitation génésique : Nous rapportons pour preuve l'expression : « Fais-moi peur pour que je sente » ».

Sans qu'il soit nécessaire de recourir à la méthode abyssale de Freud, il nous est actuellement facile de saisir le mécanisme de cette relation, en apparence scabreuse. Le parasympathique pelvien n'est qu'un annexe du parasympathique cervical. Si celui-ci fut nommé par Brissaud « nerf de l'angoisse » sa portion pelvienne est bien le nerf de l'orgasme et de la volupté génésique (Laignel-Lavastine). Dès lors nous comprenons aisément que ces deux systèmes puissent s'influencer mutuellement en vertu de la loi de diffusion qui préside aux réactions végétatives (2).

Et Cabanis, bien avant les découvertes sur le domaine psychanalytique, admettait aussi que les impressions peuvent se transmettre d'un secteur nerveux à un autre « par voie de sympathie » et provoquer ainsi des effets à distance.

En somme, nous dirons que les complexes psychanalytiques, sans jouer directement aucun rôle déterminant dans la genèse du cauchemar, contribuent, néanmoins, à l'élévation du tonus vagal et, par conséquent, à favoriser la production des phénomènes ultérieurs, qui mènent au cauchemar.

5) Nous attribuons également presque le même rôle aux tendances antisociales et criminelles, qui, d'après les conceptions de Steckel, se trouvent refoulées dans le psychisme inconscient de l'homme civilisé. La réalisation pendant le sommeil de ces tendances antisociales, qui d'après le déterminisme psychologique de la nouvelle école, tendent à franchir le seuil de la conscience, devient facteur important d'anxiété.

Ce paroxysme émotif est d'autant plus fort que le refoulement de ces tendances fut plus efficace, ce que l'on observe chez des personnes d'une conduite morale irréprochable.

Chez les enfants la chose est encore plus évidente.

Les enfants souhaitent la mort, la disparition des personnes conventionnellement aimées et en particulier de leurs frères. Leur instinct affectif sait que le voisinage des frères et des sœurs compromet leur suprématie, leurs intérêts affectifs à l'égard des parents, dont ils désirent instinctivement attirer toute l'intention soucieuse.

L'égoïsme des enfants veut donc canaliser l'affection des parents à son unique profit, ce qui ne se fait pas sans jalousie ni sans protestations.

Le complexe œdipien devient le pivot autour duquel gravite le complexus affectif de la personnalité infantile.

Ces préoccupations instinctives, à jamais refoulées chez l'adulte, peuvent néanmoins réapparaître plus tard sous une forme plus ou moins déguisée et symbolique et provoquer ainsi des troubles anxieux. Les représentations mentales idéatives, qui en résultent, sont pénibles, désagréables, ce qui nous explique le caractère souvent cauchemaresque du phénomène.

Si nous voulons maintenant saisir les rapports intimes, qui unissent l'anxiété, provoquée par la résurrection de ces tendances criminelles et le contenu idéique auquel elles donnent lieu, nous verrons, que le rapport classique est inversé.

Ce ne sont point les images, qui, en l'occurence appellent l'anxiété, mais bien l'anxiété qui appelle les images. Le sujet se trouve dans des conditions psychologiques toutes particulières et, obligé de comprendre ou mieux de justifier le comment et le pourquoi de cette anxiété subite, s'imagine, que des crimes épouvantables, qu'il a commis, viennent troubler sa mémoire. Ainsi, nous dirons que le rêve criminel, résultat des complexes affectifs antisociaux et des troubles cénesthésiques représente en réalité l'effort mental de justification logique, tout comme la chaleur exagérée pendant le sommeil peut donner naissance, d'après Hables, à des impulsions coléreuses, vu que cet état émotif s'accompagne de manifestations vasomotrices intenses. Ainsi, nous avons peur non pas du fait d'avoir commis un crime, mais nous nous imaginons avoir commis un crime parce que nous avons peur, symbolisme onirique bien connu depuis longtemps (H. Ellis).

Cette simple exquisse psychologique nous montre, que le contenu idéique du cauchemar, auquel on attribuait jadis le rôle primordial et que l'on considérait comme le fait même essentiel du cauchemar, n'est en réalité, qu'une superstructure idéative, qu'une réaction adaptative des facultés syllogistiques aux prises avec les troubles profonds de l'affectivité.

Cela nous aide à comprendre l'origine mécanique de certaines manifestations subjectives et du point de vue psychologie générale le mécanisme automatique des processus idéo-affectifs, par la mise en marche des ressorts pré-établis. Cette conception fut magistralement défendue par G. de Clerambault, dans ses travaux sur l'automatisme mental.

6) Quels rapports unissent l'anxiété avec le tonus musculaire ? Ils sont nombreux. Des observations précises en font foi. Le réflexe d'immobilisation, que déclenche toute forte émotion permet à l'animal de se tenir sur place et donner l'apparence de la mort, à l'approche d'un péril imminent. On dirait que l'immobilisation subite de l'animal soit plus apte à lui sauver la vie et lui permette une adaptation meilleure aux circonstances créées par la présence d'un danger imprévu.

Lorsque la fuite est incapable d'assurer la mise hors de dan-

(1) Cabanis. — Rapports du physique et du moral de l'homme, 4e éd. 1924, tome premier, page 156-7.

(2) L'un de nous (Kourétas : Les psychoses dans le théâtre grec), s'exprime à peu près ainsi sur la psychologie des empoisonneuses et en particulier de Médée, dont on connaît la légende immortalisée par Euripide « L'impulsion criminelle des empoisonneuses n'est pas seulement commandée par leurs désirs pervers et homicides, mais encore et peut-être davantage, par la sensation voluptueuse et presque génésique, qu'elles en éprouvent, au cours de leurs machinations infernales.

L'émotion et l'attente anxieuse que comporte l'entreprise d'un tel acte en sont, croyons-nous, la raison majeure » C'est à la même origine que l'on doit rapporter aussi les sensations voluptueuses déclenchées par l'angoisse : les querelles entre époux, trouvent ainsi leur vraie justification.

BIBLIOGRAPHIE

La Phrénicectomie, par L. BÉRARD, F. DUMAREST et DESJACQUES. Un volume de 114 pages avec 19 figures et 17 planches hors texte avec schémas, 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les publications parues depuis dix ans sur la « Phrénicectomie » dans le monde entier sont très nombreuses, et l'emploi de cette technique s'est vite généralisée dans le traitement de la plupart des formes de la tuberculose pulmonaire. C'est d'après une expérience de près 700 cas que les auteurs apprécient la valeur de l'exérèse du nerf phrénique dans le traitement des affections du poumon (chapitres II et III : Bases anatomiques, bases physiologiques de la phrénicectomie.) ; ils discutent aussi de la valeur de l'alcoolisation de l'écrasement du nerf, décrivant les techniques et précisant les indications. (Chapitres, IV, V, et VI : Technique, accidents, incidents, complications.)

Sans prétendre diminuer la valeur de la phrénicectomie, les auteurs considèrent qu'on doit en préciser les indications et qu'on ne doit pas juger l'intervention d'après quelques cas isolés suivis pendant trop peu de temps. (Chapitre VIII : Indications.)

Ils mettent en garde également sur la rapidité avec laquelle une guérison peut être obtenue.

Si la phrénicectomie offre sur le pneumothorax l'avantage qu'on peut en suivre les effets sans être contraint de les attendre pendant un temps dont on est embarrassé de fixer la durée, on ne peut pas plus conclure, pour la phrénicectomie que pour le pneumothorax, à la guérison clinique avant un délai de trois ans, et même davantage. Dans la hiérarchie des ressources thérapeutiques dont nous disposons, le traitement général garde toujours la première place. (Chapitres VIII et IX) : Indications et résultats.)

Diabète et Insulinémie, par Jean LA BARRE. Préface du professeur E. ZUNZ. Un volume de 281 pages, avec 45 figures, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage est un exposé critique de nos connaissances actuelles relatives aux variations physiologiques et pathologiques de l'insulinémie. On y trouvera les notions expérimentales qui font de l'étude des variations de l'insulino-sécrétion la base de la thérapeutique aanti-diabétique.

Ce livre est basé sur les travaux personnels de l'auteur, sur ceux de nombreux laboratoires de physiologie et de pharmacologie, ainsi que sur les données importantes recueillies par la clinique. Une documentation aussi complète n'avait pas été encore groupée en une revue d'ensemble.

La compréhension du mécanisme physiologique régulateur de l'insulinémie permet de mieux connaître l'étiologie et la pathogénie du diabète. L'auteur est ainsi conduit à envisager les relations entre les états diabétiques et les modifications de l'insulinémie, et à émettre des suggestions au point de vue du diagnostic et du traitement des syndromes hyperglycémiques.

Une partie importante de cet ouvrage tend à développer l'emploi judicieux de l'insuline, dont l'utilisation dans les cas les plus divers fut parfois contestable, ne reposant pas sur des bases expérimentales et cliniques suffisamment solides.

Hygiène scolaire (3e édition revue, corrigée et augmentée), par le Docteur L. DUFESTEL. Préface du Professeur TANON. Un vol. in-8° de 138 pages avec 129 figures dans le texte, 50 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La deuxième édition de l'*Hygiène scolaire* du Docteur L. Dufestel est parue en 1914. Une troisième édition s'imposait pour permettre à l'auteur d'exposer les progrès réalisés pendant ces dernières années dans la construction, l'aménagement des bâtiments scolaires, et les règlements édictés dans les divers pays pour l'hygiène de l'écolier.

L'ouvrage est divisé en cinq parties.

La première est consacrée à l'école. La construction du bâtiment, l'aménagement de la classe, l'éclairage, le chauffage, la ventilation et le nettoyage sont minutieusement décrits.

Un chapitre spécial expose les règles qui doivent présider à la construction du mobilier scolaire.

L'étude de l'écolier, de sa croissance, de son hygiène physique, intellectuelle et morale est faite dans la deuxième partie. Elle est terminée par l'examen physique et psychique de l'enfant et par l'établissement de la fiche sanitaire.

Dans la troisième partie sont exposés les règlements concernant la prophylaxie des maladies contagieuses, les diverses vaccinations et les procédés de désinfection.

Les œuvres de préservation scolaire, si nombreuses aujourd'hui, sont décrites dans la partie suivante. Les cantines scolaires, les colonies de vacances, les classes et les écoles de plein air en constituent les principaux chapitres.

La dernière partie est consacrée à l'inspection médicale des écoles et au rôle du médecin scolaire et de l'assistante d'hygiène scolaire.

A PROPOS DES VENINS

La récente communication de MM. Laignel-Lavastine et Koressios à la Société Médicale des Hôpitaux (24 Février 1933) a attiré l'attention du corps médical sur les propriétés des venins.

Ces auteurs ont utilisé leur pouvoir analgésique contre les algies cancéreuses et employé le venin de Cobra en injection sous-cutanée à la dose d'un dixième de milligr. par injection, assurément élevée pour un produit d'une telle activité. Ils ont obtenu les remarquables résultats que l'on connaît, accompagnés parfois de troubles secondaires légers, facilement évitables en diminuant les doses.

Cette entrée des venins dans la thérapeutique courante par la grande porte de la Société Médicale des Hôpitaux rappelle l'attention sur une autre utilisation des venins lesquels, comme tant d'autres médicaments héroïques, l'opium par exemple, connaissent des indications multiples.

Il y a une dizaine d'années, le venin du **Trigonocéphalus-Lachésis** fut, par le docteur Mendel, présenté au corps médical français en raison de sa remarquable efficacité contre les troubles variés de la Ménopause naturelle ou chirurgicale, efficacité reconnue dès 1828 par les expériences de Heryng aux Etats-Unis, vérifiée par la pratique d'un siècle mais dont l'utilisation était restée, regrettablement pour l'intérêt général, aux mains des médecins homéopathes.

La forme pharmaceutique choisie pour la **Lachésine** (nom plus commode donné au médicament) fut celle de très petits comprimés administrés *per os* (de 2 à 4 par jour en dehors des repas).

Ici, les doses employées sont beaucoup plus faibles et cependant très efficaces, les réactions secondaires nulles. Le médicament, toujours actif, reste toujours innoffensif.

La " **Lachésine** " est prescrite par de nombreux médecins mais elle mérite d'être plus largement diffusée. Il est donc souhaitable que les deux utilisations que nous avons signalées de cette classe de médicaments, les fassent entrer davantage dans la pratique journalière.

LE SULFARSÉNOL

LE ZINC-SULFARSÉNOL

DU DOCTEUR LEHNHOFF WYLD

Produits adoptés par les Hôpitaux.

Traitement de choix des nourrissons des enfants, des femmes enceintes

Dans l'infection puerpérale du Post Partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 1° ctgr., ou dans les cas plus graves 18 ctgr (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la Blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 ctgr.). guérison en peu de jours sans récidive.

Dans le Paludisme : Traitement par doses progressives de 6 à 42 centigrammes.

Dans la Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la langue). V. Profr Jeanneney, Congrès Médical de Madrid 1927.

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/...

DOSES :	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	5 millig.	1 ctgr.	1 ctgr. 1/2	2 ctgr.	3 ctgr.	6 ctgr.	12 ctgr.	18 ctgr.	24 ctgr.	30 ctgr.	36 ctgr.	42 ctgr.	48 ctgr.	54 ctgr.	60 ctgr.	72 ctgr.	84 ctgr.	96 ctg

ARSÉNOS-SOLVANT

Pour injections intra-musculaires ou sous-cutanées d'arsénobenzènes — indolores
(Sérum glucosé avec addition de gaïacol et de chloretone) — Présentation : Boîtes de 1 — 6 — 12 ampoules



Le **Ced-Roc** remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité ; il ne provoque pas de maux d'estomac, ni de congestion des reins.

Dose : 10 à 12 capsules par jour.

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsinique, glycérophosphate et strychnine

PARFAITEMENT STABLE ET INDOLORE :-: **INJECTIONS SOUS-CUTANÉES**

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesse.

Indications : Anémies (simple, chlorose, anémie des jeunes filles, des convalescents), Endométrites, Retour d'âge, Neurasthénie, Chorée, Névralgies chroniques, etc...

Présentation : Boîte de 6 et de 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MEDICALE — Ch. DESGREZ *Docteur en Pharmacie*
19-21 rue Van-Loo — Paris XVIe — Téléphone : Auteuil 26-62 — 04-30.

LABORATOIRE LANCELOT, 100 ter, Avenue de St-Mandé, PARIS (12e)

Téléphone : DIDEROT 49-04



ASTHME - EMPHYSÈME

ASTHME DES FOINS — TOUX SPASMODIQUE
CORYZA SPASMODIQUE — GAZÉS DE GUERRE

Suppression des Crises, Soulagement immédiat

PAR LE

SPECIFIQUE LANCELOT

L'usage de l'APPAREIL et du SPÉCIFIQUE LANCELOT est, en somme, une modification avantageuse de l'inhalation de la fumée des poudres anti-asthmatiques. Le malade inhale une buée produite par l'appareil et contenant les mêmes principes calmants, on a donc tous les avantages sans aucun des inconvénients que les asthmatiques connaissent bien. Le SPÉCIFIQUE contient, en outre, un principe qui traite les muqueuses et les rend moins sensibles aux actions nuisibles extérieures (vent, poussières, etc.)

BON pour un appareil et spécifique LANCELOT (contre l'asthme)
à prix spécial pour premier essai.

Spécifique (15 fr.), **à titre gracieux.**
Appareil (42 fr.) 25 % net : **31.50 fr.**
(Au lieu de 57 fr. au total)

Ce bon n'est offert qu'une fois.

Signature et Adresse du médecin

Franco contre remboursement ou mandat à la lettre de commande en France
8 fr. en sus pour l'Etranger (paiement préalable).

ger l'impulsion instinctive de l'animal le pousse à prendre des attitudes, qui lui permettent de passer inaperçu.

Les chasseurs connaissent bien l'attitude étonnée du gibier, surpris brutalement au milieu de ses agresseurs. Des lièvres aussi se laissent écraser, pour des causes identiques, sous les roues d'une voiture automobile, après avoir été cloués sur place, par la lumière aveuglante des phares.

Ces faits sont connus. Il est inutile d'insister davantage. Rappelons seulement que des observations analogues, ont été faites pendant la guerre.

A la suite des grands bombardements, des surprises de nuit, on a vu des hommes cloués sur place, dans une attitude hébétée, absolument incapables de réaliser le moindre mouvement. (Pinel, Vide, etc).

Prayer a appelé cet état d'inhibition psychomotrice du nom de « cataplexie »..

7) En ce qui concerne enfin les facteurs psychologiques profonds, qui ont joué un rôle dans notre cas de cauchemar, une nouvelle interprétation, d'ordre psychogénétique, peut être envisagée, si l'on veut faire appel à l'« individual psychologie », d'Adler. D'après cette théorie, dont nous regrettons ne pas pouvoir résumer ici les grandes lignes, nous pouvons admettre, que le cauchemar de notre malade, aux premiers temps de sa vie serait la conséquence de la frayeur qu'il ressentirait, au contact de sa grand'mère, paranoïaque. Notre malade en effet avait l'habitude de coucher, quand il était encore enfant, dans le même lit que sa grand'mère.

D'après la théorie adlérienne nous supposons que la grand' mère ferait figure pour notre petit malade, d'animal sauvage et fauve, contre lequel on doit se protéger.

Le cauchemar résulterait donc de cette frayeur et son caractère principal, à savoir l'immobilité, serait la réalisation d'un réflexe de défense, une sorte de mort apparente destinée à tromper la vigilance de l'animal agresseur.

En ce qui concerne l'explication psychologique que l'on doit attribuer à la pollution, nous dirions, que la pollution représenterait un moyen efficace de possession de l'animal-femme.

D'ailleurs, disons tout de suite, que notre malade avait un phimosis, ce qui représentait dans son esprit une infériorité organique manifeste (1). Sans vouloir prendre parti pour ou contre cette théorie, nous nous contenterons de signaler, en dernier lieu, que notre petit malade n'avait jamais de cauchemars lorsqu'il couchait avec son père.

***

Arrivés au terme de notre essai pathogénique sur le cauchemar, nous ne pouvons pas nous empêcher de procéder à une sorte de différenciation clinique avec d'autres syndromes, avoisinants, ayant pour caractère propre des troubles communs de la fonction tonique des muscles. Cela nous permettra une meilleure délimitation de notre sujet et des considérations cliniques en rapport avec la parenté probable qui existe entre le cauchemar et tous ces syndromes, basés sur les modifications du tonus musculaire.

Au point de vue du diagnostic différentiel la symptomatologie du cauchemar ainsi qu'elle fut exposée plus haut s'apparente à la paralysie périodique de Westphal, maladie de la fonction tonique des muscles. Familiale et héréditaire la paralysie périodique de Westphal apparait à l'enfance.

Elle est caractérisée par l'abolition de la tonicité musculaire des muscles statiques et de ceux de la volonté ; elle n'atteint le diaphragme et les muscles intercostaux, que dans ses formes graves. Le malade immobilisé, cloué littéralement sur place, ne peut émettre que quelques bruits inarticulés, avec grognements. Les réflexes tendineux sont abolis. Les sphincters fonctionnent normalement.

(1) La théorie d'Adler n'est pas inconnue en Grèce, surtout parmi les pédagogues. Un d'eux, M. Moraïtis en a montré l'importance dans l'enseignement et l'éducation.

Les idées que nous venons d'exposer plus haut résultent, en grandes lignes, des travaux de M. Moraïtis, qui s'est fait de cette théorie le défenseur autorisé, par la publication d'une revue mensuelle et d'un livre sur « La psychologie individuelle ».

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

La conscience du malade n'est pas obnubilée. Elle conserve parcontre toute sa lucidité désirable. Holtzapple a constaté la conservation de la conscience chez un malade mourant d'un accès de paralysie périodique.

L'accès dure de quelques heures jusqu'à quelques jours Les muscles premièrement paralysés sont ceux qui reviennent ensuite à leur état normal.

On a signalé quelques cas de mort. Ils sont rares. La mort est due, pour la plupart, à la paralysie du muscle cardiaque.

Le cauchemar s'apparente encore davantage à l'astasie de Gléineau, qui, en raison des graves perturbations toniques qu'elle comporte, modifie profondément l'équilibre statique de l'organisme.

Ce syndrome curieux, bien connu actuellement sous des titres différents, suivant les préférences des auteurs : inhibition cataplectique de Redlich, inhibition tonique de Henneberg, ou bien astasie de Gélineau, qui fut le premier à l'identifier, est essentiellement caractérisé par des accès subits d'abolition de la tonicité musculaire. Le malade à l'air de dormir, tellement il est hypotonique.

Il lui est aussi impossible de réaliser le moindre mouvement, tout en gardant une parfaite lucidité d'esprit. Les conditions étiologiques et pathogéniques de ce syndrome sont encore à l'étude.

La cataplexie est souvent concomitante avec la narcolepsie L'un de nous a observé chez un narcoleptique des véritables accès de cataplexie, survenant toutes les fois que le malade entendait de la musique d'opéra. De nombreux cas analogues sont d'ailleurs rapportés par Wilson.

Trois malades de cet auteur présentaient des accès cataplectiques, toutes les fois « qu'ils riaient de bon cœur ». Chez un autre malade de Wilson l'accès cataplectique survenait de préférence la nuit et, à l'occasion de rêves terrifiants. Le plus fort accès, qu'il a eu dura un quart d'heure, et dans des conditions suivantes : « Un soir il a rêvé, qu'il avait commis un homicide. Réveillé, par l'émotion, il constate alors, avec une surprise désagréable, qu'il lui était absolument impossible de se mouvoir et, malgré se efforts, il ne parvenait pas à remuer les bras. Cet état de choses dura 15 minutes et le malade, terrifié, attendait anxieusement la fin de son supplice ».

Comme le fait remarquer, très judicieusement Wilson, tous ceux qui se sont occupés de la narcolepsie, ne font que de vagues allusions à la paralysie ou parésie nocturne, question troublante à laquelle Weir-Mitschell a consacré autrefois une étude intéressante. « Je l'ai observée, nous dit Wilson, chez quelques sujets normaux et je suis sur le point de croire, que ce n'est là qu'un trouble presque physiologique. Elle apparaît de préférence le matin, peu avant le réveil, et il suffit d'exciter légèrement le patient, pour voir sa crise disparaître ».

Après Wilson la question fut reprise par Lhermitte et Dupont. Ces auteurs ont étudié la cataplexie du réveil. Mais ce n'est là qu'un aspect du problème, et la question du cauchemar n'est même pas effleurée dans leur travail.

Pour revenir à notre sujet, nous nous croyons en droit de signaler, que personne, parmi les auteurs cités dans ce travail ne fait allusion aux troubles de la tonicité pendant le cauchemar.

Par ces considérations générales il nous est facile de voir l'étendue et l'importance du cauchemar, dans le cadre encore imprécis des troubles toniques. D'ores et déjà nous pouvons nous rendre compte de l'importance de ces questions contingentes, qu'une étude approfondie est nécessaire pour démontrer le mécanisme encore obscur de la physiologie pathologique des fonctions toniques et ses conséquences sur les rouages compliqués du psychisme.

En résumé : Nous dirons que le cauchemar est un état particulier d'inhibition tonique déclenchée par la vagotonie du sommeil, qui devient plus intense, chez quelques sujets à la suite des causes efficientes diverses d'ordre psychique ou physique. L'anxiété qui en résulte détermine le relâchement tonique et, du même coup, le réveil angoissé du dormeur.

BIBLIOGRAPHIE.

(1) ANDREW. *American Journal of psychologie*, 1900.

(2) BARUK et MEIGNANT. La paralysie périodique. *Encéphale*, mai 1929.
(3) BRUNET. Le rêve. Stock, 1924.
(4) BERGRON, H. L'énergie spirituelle.
(5) BENON. L'alcoolisme cérébral, p. 213, 1924.
(6) Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre.
(7) DOUGALL (Mac). *Psychological Review*, 5.
(8) DEVIC et MORIN. La région du ventricule moyen et le sommeil. *Journal Méd. Lyon*, 1927.
(9) GABRIGUES. Les terreurs du sommeil chez les enfants. *Monde Médical*, 1923.
(10) GELINEAU. De la narcolepsie. *Gazette des Hôpitaux*, 1880.
(11) GALLAVARDIN. Les malaises du premier sommeil. *Lyon Médical*, 1926.
(12) GARÇON et VINCHON. Le diable, p. 172, 1926.
(13) GOIFFON. *Presse Médicale*, 3 oct. 1925.
(14) ELLIS (Havelocke). Le monde des rêves.
(15) HENNEBERG. *Uber genuine Narckolepsie. New. Centr.* 1916
(16) HOBLES. Leviathan, 1, 2.
(17) KOURÉTAS, D. La psychologie du rêve, 1928. La psychanalyse, 1927. Les psychonévroses à la lumière des réflexes conditionnels (*Iatrika chronika*, juillet 1931).
(18) KOURÉTAS et SCOURAS. Sur un trouble particulier du sommeil : le Cauchemar. *Encéphale*, juillet 1932.
(19) KOURÉTAS et SCOURAS. Le Cauchemar : Symptomatologie et pathogénie (en grec). *Iatricos typos*, décembre 1932.
(20) LAIGNEL-LAVASTINE. Séméiologie du rêve. *Gazette des Hôp.* 1910 et *Journal Méd. fr.* nov. 1926.
(21) LEMOINE. Du sommeil au point de vue physiologique et psychologique. 1925.
(22) LUCIEN. Ovsicov.
(23) MEUNIER. Des rêves stéréotypes. *Journal psych. nor. et path.* sept. oct. 1905.
(24) MONHARDT. Les facteurs psychiques et émotifs dans les affections organiques. *Pres. Méd.* févr. 1928.
(25) RAUCH, J.-H. Caze of nightmare causer by élengation of the uvula. *Am. journ. Med*, 1852, XXIII, p. 135.
(26) RADLICH. Ueber narcolepsie. *Zeit. New. Psych.* 1925.
(27) ROGER, H. Les troubles du sommeil. Masson, 1932.
(28) SCOURAS, Ph. Le suicide dans l'armée *Encéphale*, juillet 1931. Sur les fonctions alternantes du pneumogastrique et les états psychiques concomitants, (en grec). *Helliniki Iatriki*, janvier 1932.
(29) SCHENCK (J.). Observatiorum medicorum rariorum. Lyon, 1644.
(30) SALMON. Fonction du sommeil.
(31) STECKEL. Les états d'angoisse nerveux. Payot 1910.
(32) TISSIÉ. Les rêves, 1930.
(33) VASCHIDE. Sommeil et rêves.
(34) Von ECONOMO. Der Schlaf. Un vol. 1929.
(35) WEST. Cauchemar occasionné par un prolongement excessif de la luette. *Arch. bel. de Med. milit.* Bruxelles, 1850.
(36) WILSON (Kinier). The Narkolepsie. Brain, 1928.

« Oserons-nous rappeler qu'il y avait en France, au 31 juillet 1913, 41.109 étudiants inscrits dans les Facultés, dont 16.743 pour le droit, 8.247 pour la médecine et 1.312 pour la pharmacie, et que l'on se plaignait déjà hautement de l'encombrement des carrières dites libérales ?

Or, au 31 juillet 1932, ces chiffres sont devenus 82.655 pour l'ensemble des étudiants, 22.982 pour les futurs avocats et 25.020 pour les futurs médecins et pharmaciens !) (Charles DELVERT. — L'Ecole unique « fabrique d'explosifs sociaux ». *L'Echo de Paris*, 16 avril 1933.)

« Les jeunes bourgeois d'avant 1914 se mariaient en général entre vingt-six et trente-cinq ans, leurs études achevées et munis d'une position bien assise. Aujourd'hui, dans tous les milieux et notamment parmi les étudiants, les mariages précoces deviennent presque la règle. La plupart se marient entre vingt et vingt-trois ans, avant d'avoir conquis leurs diplômes et sans s'être assuré un établissement. Qu'en adviendra-t-il ? Dans l'ensemble ces jeunes gens sont plus sérieux que leurs devanciers. Beaucoup les louent de créer dès leur jeunesse de nouveaux foyers. D'autres, pessimistes, redoutent le démon de midi. Une expérience s'institue. Suivons-la avec toute la sympathie qu'elle mérite. Mais les résultats réels, nous ne commencerons à les entrevoir que dans une dizaine d'années ». (Paul-Emile CADILHAC. Les cités universitaires de France. *L'Illustration*, 21 janvier 1933.)

Equilibre vago-sympathique et obésité

Par Y. **KERMORGANT** (de Brides-les-Bains).

Nous avons insisté dans d'autres notes sur le rôle de la rétention hydrique et sur celui des glandes à sécrétions internes dans l'obésité. Nous voulons montrer aujourd'hui celui du système neuro-végétatif.

Le rôle de certaines glandes à sécrétion interne s'est tellement imposé à l'esprit des cliniciens qu'il s'est traduit par une sorte d'équation thérapeutique : syndrome de dysfonctionnement glandulaire = opothérapie de remplacement. Or, on oublie trop souvent que si les glandes à sécrétions internes sont constituées par un tissu glandulaire où s'élaborent les produits de sécrétions de ces glandes, celles-ci sont en relations étroites avec le système neuro-végétatif.

A l'heure actuelle en présence d'un dysfonctionnement glandulaire, nous nous efforçons toujours de faire la discrimination entre les troubles glandulaires sécrétoires et les altérations de l'équilibre vago-sympathique pouvant retentir secondairement sur le fonctionnement de ces glandes.

Voici par exemple une curieuse observation d'obésité par déséquilibre vago-sympathique : Mlle G...., âgée de 22 ans, mesure 1 m. 48 et pesait en août 1931, 47 kilogr. A la suite de bains de mer froids, elle voit ses règles s'arrêter brusquement. Les divers médecins qu'elle consulte mettent en œuvre toute la thérapeutique opothérapique ovarienne — tant et si bien qu'au bout de 8 mois les règles redeviennent normales. Elle a engraissé pendant ces 8 mois de 8 kilogr. par hypo-ovarie. Le retour des règles n'amène pas une diminution de poids, elle engraisse sans arrêt, malgré un régime alimentaire très sévère ; on recherche la valeur de son métabolisme de base, il est normal ; malgré cet examen, malgré l'absence de signes cliniques on soumet cette jeune fille à un traitement par la thyroxine, elle engraisse naturellement de 4 kilogr., soit au total 12 kilogr. en 10 mois, dans ce second stade elle a engraissé par hyperthyroïdie thérapeutique.

Lorsque cette jeune fille vint me voir, elle n'avait que deux signes en dehors de son embonpoint, un métabolisme très légèrement abaissé et un réflexe oculo cardiaque inversé Il suffit de faire prendre à cette jeune malade quelques bains salés, et de lui faire absorber de la passiflorine, d'augmenter par la cure de Brides son fonctionnement hépatique, pour lui voir perdre 6 kilogr. en 3 semaines. En régularisant le fonctionnement de son sympathique, on a calmé son système glandulaire et un régime bien équilibré a suffi très rapidement à mettre sur la bonne voie cette pseudo glandulaire qui était avant tout atteinte de déséquilibre nerveux.

Voici encore une autre observation du même type, c'est une femme de 20 ans, mesurant 1 m. 61 et pesant 79 kgr. 950, ayant abusé sans direction médicale de la médication thyroïdienne et sans obtenir d'ailleurs d'autre résultat qu'un engraissement progressif. Le métabolisme basal est normal, le réflexe oculo-cardiaque inversé. Nous appliquons le même traitement : balnéation, médication sédative ; à partir du jour où le réflexe oculo-cardiaque est devenu normal, la malade a commencé à maigrir, elle a perdu 7 kilogr. et demi en 4 semaines ; c'était une femme bien réglée mangeant fort peu, ne présentant aucun signe d'insuffisance glandulaire, ayant simplement abusé du traitement opothérapique et devenue hyper-sympathicotonique.

Troisième observation : Une femme récemment hystérectomisée, ancienne Basedow, vient nous voir, parce qu'elle augmente de poids : 5 kilogr. depuis son opération bien qu'elle ait suivi un traitement ovarien en apparence très judicieusenent établi. Cette malade ne présente au-

cun signe clinique en dehors d'un réflexe oculo-cardiaque anormal et d'un métabolisme de 22 % supérieur à la normale. Nous proposons à cette femme de suspendre momentanément tout traitement ovarien, de se contenter de balnéation à Salins, d'un sédatif nerveux et d'un régime alimentaire modéré (environ 1800 calories par jour). Elle perd du poids et maigrit, elle perd les 5 kilogr. pris depuis son opération. Quand elle nous quitte, nous la mettons en garde contre toute reprise prématurée de traitement opothérapique ; tant qu'elle a pu résister à la tentation du traitement glandulaire, cette femme s'est maintenue à son poids ; du jour où elle a recommencé à prendre ses extraits glandulaires, elle a engraissé. Son hyperthyroïdisme latent suffit à la garantir de tout engraissement. A cause de l'affection pour laquelle on l'a hystérectomisée, il y a bien longtemps que son ovaire ne devait plus fonctionner activement et le fait de lui donner de l'extrait ovarien a eu pour résultat d'agir sur son sympathique (l'inversion de son réflexe oculo-cardiaque en est le témoin clinique). Dès qu'on supprime l'extrait ovarien le réflexe oculo-cardiaque devient normal et la malade maigrit.

Ces faits de déséquilibre vago-sympathique au cours de l'obésité ne sont pas extrêmement fréquents, sans être cependant exceptionnels. Feuilletant 500 observations avec étude du métabolisme, nous les avons observés dans 4 % des cas. Ces cas méritent cependant d'être connus et analysés car ce sont des sujets soi-disant difficiles et « qui ne peuvent maigrir ».

Nous avons cru utile également d'insister sur ces faits pour essayer de lutter contre la tendance actuelle trop fâcheuse, en matière de thérapeutique chez les obèses, de tout rapporter à l'opothérapie, dans l'intérêt même de cette excellente méthode de traitement, lorsqu'elle est judicieusement dosée, donnée à propos et controlée par l'épreuve du métabolisme basal.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Les chiffres de la tension artérielle ne peuvent avoir de valeur réelle que si la technique employée est exposée en détail. — Il faut indiquer l'appareillage, la position du malade, les critères de lecture, etc... Sans cela, on crée la confusion dans l'esprit des praticiens et on discrédite la valeur de la tension artérielle en clinique.

Avec l'appareil de Pachon, à brassard unique, antibrachial de 8 cm. de large, le sujet étant assis et son avant-bras se trouvant sur le même plan horizontal que le cœur, les chiffres de la tension artérielle normale chez l'adulte (après 19 ans et si l'on néglige les valeurs extrêmes, rarement notées) oscillent entre 14 et 18 pour la maxima, 10 et 11 pour la moyenne et 7 et 8 pour la minima.

Les auteurs ne considèrent pas comme un signe de suspicion obligatoire des chiffres de 18 et 19 pour la maxima, de 11 pour la moyenne ; ils considèrent que ce n'est qu'à partir de 12 que cette dernière est anormale.

(Chazal et Deguy. Les chiffres normaux de la tension artérielle. *La Presse Médicale*, 15 avril 1933.)

Il existe un œdème pulmonaire d'origine nerveuse, dans la pathogénie duquel n'interviennent, ni lésions cardiaques, ni lésions vasculaires, ni lésions rénales.

Cet œdème peut être dû à une altération de la moelle, du sympathique ou de l'encéphale.

Il peut aussi relever de facteurs psychiques ou dysneurotoniques. Il est vraisemblable qu'interviennent souvent alors des troubles endocrino-sympathiques et. peut-être aussi, des lésions pleuro-pulmonaires latentes qui exagèrent localement le déséquilibre vaso-moteur.

(Ch. Gernez et Marchandise, de Lille. Les œdèmes aigus du poumon d'origine nerveuse. *Gazette des Hôpitaux*, 1er avril 1933.)

Le rôle de l'électricité atmosphérique comme facteur déchainant des crises d'asthme est étudié par Kopacewski à propos de sept observations personnelles. Voici les conclusions de l'auteur :

« Les crises d'asthme peuvent être déclenchées par les charges électriques des dispersions fines de particules d'eau qui naissent au moment de la condensation des vapeurs d'eau par suite, soit du refroidissement atmosphérique, soit d'un choc de gouttes d'eau sur le sol (pluie d'orage), soit au cours de fortes chutes d'eau. Arrivées au contact des alvéoles pulmonaires, ces charges électriques amènent une perturbation profonde dans l'équilibre électrique des humeurs déjà labilisées. Un choc colloïdal s'ensuit.

Pour cette raison, une respiration nasale réglée, en mettant au contact des conduits sinueux nasaux les dispersions aqueuses électrisées, ce qui leur fait perdre en partie leur charge, conduit souvent à une amélioration de la crise d'asthme.

Pour cette raison aussi, une thérapeutique appropriée, tendant à équilibrer cet apport de charges perturbatrices, notamment l'introduction intrahumorale d'ions à charge électrique forte polyvalente, peut, parfois, donner des résultats positifs nets.

(W. Kopaczewski. L'asthme et l'électricité atmosphérique. *Paris Médical*, 8 avril 1933.)

Il est dangereux d'envoyer un tuberculeux à la campagne, dit M. Perrin. « Nous ne voulons pas dire que la campagne ne soit pas utile au tuberculeux, mais nous avons vu cent fois un malade revenir en piteux état de la campagne où on l'avait envoyé se reposer plusieurs mois « le plus longtemps qu'il pourra » et où il était resté sans surveillance jusqu'à en être chassé par une poussée évolutive, se refusant décidément à guérir toute seule « au bon air ». Etant donnée l'efficacité de la thérapeutique active de la tuberculose il est maintenant préférable d'être étroitement surveillé par un bon technicien dans un climat médiocre que d'être abandonné à soi-même dans le meilleur climat. C'est dire que notre condamnation ne s'étend pas au sanatorium, du moins à ceux qui comportent, comme il se doit, des techniciens avertis et convenablement outillés ».

(P. Perrin, de Nantes. Aphorismes sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire. *L'Hôpital*, avril 1932, A.)

Appareil digestif

Nombreux sont les cas de familles de digestifs et d'hépatiques, où des manifestations, uniformes ou diverses, s'observent à chaque génération.

Le plus souvent, et le plus typiquement, la transmission héréditaire est homologue ; à l'ulcère gastrique ou duodénal succède l'ulcère ; au cancer gastrique ou rectal, le cancer similaire ; à la polypose rectale, la polypose.

Mais d'autres fois, la transmission héréditaire est hétérologue et les affections transmises sont différentes les unes des autres : l'achylie ou le cancer alternent avec l'ulcus ; la cirrhose biliaire avec la lithiase ; l'appendicite avec l'angiocholite.

Ces caractères homologues ou hétérologues font la preuve d'une fragilité limitée à ce seul organe, étendue à tout le tube digestif, à tous les tissus dérivés de l'endoderme primitif ou même à tous les tissus, morphologiquement et fonctionnellement similaires.

Il y a lieu d'autre part d'en déduire l'importance des caractères cellulaires transmis par les lois de l'hérédité, importance qui est évidente, et qui s'étend à titre prédisposant, même à des affections d'origine infectieuse, parasitaire ou néoplasique.

De ces prédispositions familiales et héréditaires, il y a lieu de tirer des enseignements pour le diagnostic et aussi pour la thérapeutique préventive de beaucoup d'affections digestives.

Parmi les exemples de maladies familiales digestives rapportés par l'auteur, retenons en un : *le cancer gastrique*.

« Le cancer gastrique est souvent d'origine familiale et de très remarquables exemples ont été publiés. On a notamment étudié l'hérédité du cancer dans la famille de Bonaparte (on sait que l'Empereur mourut d'un cancer gastrique).

Wegele rapporte le cas d'une famille dans laquelle la mère et les enfants furent atteints de carcinome de l'estomac.

Pel vit, dans une famille, cinq descendants sur six succomber à un cancer de l'estomac.

« Nous rapportons, notamment, un tableau généalogique, très

impressionnant, de Warthen où un homme mort à soixante-dix ans mourut de cancer d'estomac.

« A la deuxième génération, son fils mourut à soixante ans de cancer de l'estomac. De son union avec une femme, qui elle aussi mourut à cinquante ans de cancer mammaire, naquirent six enfants, tous morts de cancer.

« Dans cette troisième génération à double hérédité cancéreuse, une fille mourut à quatre vingts ans de cancer mammaire, une deuxième à soixante ans de cancer mammaire, une troisième à soixante ans de cancer du rectum ; un fils mourut à soixante-quinze ans de cancer de l'estomac ; un autre fils mourut vraisemblablement de la même affection ; un autre mourut à quarante ans de cancer de l'estomac.

« De l'union du dernier avec une femme saine naquit un fils (quatrième génération) qui mourut à trente-six ans de cancer de l'estomac.

« Dans un autre tableau, d'après Bauer, le père, la mère et six enfants sur sept moururent de cancer de l'estomac (le septième n'avait encore que vingt-huit ans et il était indemne jusque-là, mais n'avait pas atteint l'âge du cancer).

« Dans un autre tableau, d'après Poulsen, un homme qui mourut de cancer de l'estomac avait épousé une femme qui fut plus tard amputée pour tumeur de la jambe.

« A la deuxième génération, leur fils fut opéré pour cancer de l'estomac ; il avait épousé une femme qui mourut à quarante et un ans de cancer de l'estomac ; parmi leurs cinq enfants (troisième génération), un mourut à trente-deux ans de cirrhose (il souffrait de l'estomac) ; un deuxième mourut à vingt-cinq ans de cancer de l'estomac ; un troisième à vingt-cinq ans de cancer de l'estomac ; deux autres étaient encore sains, mais n'avaient encore que trente et un et vingt-deux ans.

« Une malade, que nous avons présentée à une de nos dernières cliniques de l'Hôtel-Dieu actuellement salle Sainte Madeleine, avait perdu sa grand'mère paternelle d'un cancer à l'estomac. Elle a présenté, elle-même, des tumeurs multiples : tumeur du sein opérée il y a douze ans, tumeur des ovaires opérée il y a deux ans ; enfin, tumeur épiploïque : la question de l'unicité ou de la pluralité d'origine des tumeurs restées en suspens chez cette femme à lourde hérédité néoplasique ».

(Professeur Carnot. Les maladies digestives familiales. *Paris Médical*, 1er avril 1933.)

— **Le médecin appelé à traiter un hépatique ne négligera jamais l'examen de la bouche et des dents** : outre les indications qu'il peut en retirer du point de vue diagnostique il peut y trouver d'utiles conseils pour le traitement.

Il évitera, si la dentition est le moins du monde suspecte, les boissons trop chaudes que la thérapeutique hépatique pourrait suggérer, et les aliments acides généralement prohibés, parfois admis cependant, comme le citron que recommandent certains auteurs dans les maladies du foie.

Il s'appliquera à prévenir les infections buccales par un brossage des dents au savon neutre après chaque repas, par des bains de bouche et des gargarisations avec un verre d'eau chaude additionnée de quelques gouttes de :

Formol	5 gr.
Menthol	1 gr. 50
Teinture de benjoin	q. s.
Alcool à 90°	100 c. c.

et surtout il conseillera une surveillance bucco-dentaire étroite.

Dans les prescriptions relatives à l'alimentation, il spécifiera bien qu'un régime de restrictions utile et même indispensable au début d'un traitement ne doit pas être prolongé, que si les graisses animales sont nocives, le beurre fait partie intégrante du régime de l'hépato-biliaire, car il est bien supporté et représente un apport en vitamines indispensable à la vie.

Que si le pain doit être assez longtemps écarté, il faut le remplacer par des extraits de céréales et des céréales elles-mêmes. Enfin, il s'assurera qu'une dose de calcium suffisante est chaque jour fournie. Au besoin une petite quantité de chlorure de calcium aura le double avantage de cet apport calcique et d'une activation des ferments digestifs.

Enfin on ne négligera pas l'intervention possible des phénomènes d'anaphylaxie du système nerveux végétatif, des glandes à sécrétion interne.

— *Quant au stomatologiste* il s'appliquera chez tous ses patients, mais en particulier chez ceux dont le teint, les yeux, les confidences, accusent un état hépato-biliaire, à faire des pansements bien occlusifs. Il s'agit d'éviter toutes filtrations, toute libération des substances toxiques ou caustiques utilisées.

Aux obturations à l'amalgame seront préférés le ciment et l'aurification.

A cause de l'exagération habituelle de la sensibilité chez ces malades, la plus grande douceur sera de règle. On lui sacrifiera au besoin la rapidité du traitement.

Au besoin on recourra aux anesthésiques en recherchant les moins toxiques, en évitant l'anesthésie locale par injection sous-gingivale : chaque fois qu'une hémorragie peut être à redouter, on la remplacera, si possible, par l'anesthésie locale (réfrigération) au chlorure d'éthyle ou mieux encore pas l'anesthésie régionale ; si une anesthésie générale est indispensable, ce qui est rare, utiliser de préférence le kélène ou le protoxyde d'azote à l'éther et surtout au chloroforme.

En cas d'avulsion nécessaire, on devra se méfier des hémorragies et, suivant les conseils de P. Emile-Weil :

a) Faire injecter préalablement à l'opération (vingt-quatre heures auparavant) 20 c. c. de sérum sanguin ou 20 c. c. de sang du malade ou d'un autre sujet, sous la peau.

Et en cas de troubles hémogéniques importants, recourir à une transfusion intraveineuse de 100 à 200 c. c.

b) N'opérer une hémophile qu'en maison de santé et le garder plusieurs jours au lit.

c) Ne pas enlever plusieurs dents à la fois, n'employer que des méthodes peu traumatisantes.

d) Si l'hémorragie se produit l'arrêter non par des pointes de feu, mais par un pansement compressif imbibé de sérum appliqué sur des tissus très nettoyés par un lavage au sérum physiologique ; et s'il est nécessaire, une transfusion sanguine préviendra le retour de l'accident et réparera l'anémie.

(G. Parturier et A. Pont. Foie et lésions gingivo-dentaires. *La Presse Médicale*, 15 avril 1933.)

Obstétrique

Une femme au régime déchloruré et même hypochloruré accouche rapidement et avec moins de douleurs. « C'est une constatation indéniable et à gros intérêt pratique. Nous ne pouvons ériger un système avec les vingt observations que nous présentons. C'est insuffisant. Mais nous tenons à montrer l'intérêt de la méthode, qui malgré son mécanisme d'action complexe est capable dès à présent de rendre des services certains aux femmes qui ne veulent pas trop souffrir et qui sont suffisamment énergiques pour se soumettre à un régime sans sel. D'autant plus qu'avec ce régime des accidents de toxémie de la seconde moitié de la grossesse peuvent facilement être évités. »

(Israël. Accouchements après régime déchloruré ou hypochloruré. *Gazette des Hôpitaux*, 22 avril 1933.)

Y a-t il un traitement obstétrical de l'œdème aigu du poumon au cours de la puerpéralité ? « Nous ne le pensons pas, dit M. Th. Laennec. Nous ne croyons pas d'avantage à la nécessité de l'interruption de la grossesse chez une femme ayant présenté antérieurement des crises d'œdème pulmonaire, qu'à la nécessité de cette interruption devant la crise récente d'œdème. Il ne faut pas oublier que ces malades sont en état d'équilibre instable, et que les manœuvres obstétricales les plus anodines, l'inhalation de quelques bouffées d'anesthésique sont capables de provoquer une crise comme nous avons eu l'occasion de l'observer. Le seul traitement obstétrical indiqué est de hâter la terminaison de l'accouchement par une extraction fœtale à dilatation complète, pour éviter les efforts expulsifs. La saignée suivie de l'injection de morphine, constitue donc la seule sanction thérapeutique de l'œdème pulmonaire au cours de la puerpéralité et elle permettra de sauver des malades dans la grande majorité des cas.

(Th. Laennec. L'œdème aigu du poumon au cours de la puerpéralité. *La Médecine*, avril 1933.)

Quelques conseils au sujet de l'habillement de la femme enceinte. — Le corset étant rejeté par la mode actuelle, il est inutile de faire son procès. Quant à la gaine élastique, il est inutile, avant le cinquième mois de la grossesse, de conseiller à la femme enceinte autre chose que cette gaine qu'elle porte déjà ou que toute autre ceinture dont elle fait usage.

Passé le quatrième mois, il est bon de faire porter une ceinture de grossesse.

Les premiers jours elle entraînera bien un peu d'incommodité, mais elle sera très rapidement, non seulement acceptée, mais reconnu comme utile et même nécessaire.

Le port d'une ceinture bien adaptée donne en effet aux femmes qui la portent une impression de confort, dont il est rare qu'elles veuillent se passer lorsqu'elles l'ont ressentie.

Ce mot de ceinture de grossesse ne doit pas être une cause d'effarouchement pour la femme habituée à sa gaine, surtout pour celle qui jusqu'alors n'avait subi aucune contrainte.

« Il ne s'agit, en effet pas d'autre chose que d'une gaine légèrement modifiée ; gaine légèrement enveloppante au niveau des hanches, mais surtout descendant en avant assez bas, au niveau des poils du pubis ; cette gaine sera légèrement soutenue sur la ligne médiane, et de chaque côté en dehors de la ligne médiane, de façon que le tissu ne roule pas et que la paroi de l'abdomen soit bien soutenue ; le principe va être en effet, non de comprimer l'utérus d'avant en arrière, mais de le soutenir en quelque sorte dans sa tendance à pencher en avant ; pour ce faire, est indispensable le soutien dont nous venons de parler et, en outre, un laçage bilatéral réalisant de chaque côté un angle ouvert en haut ; le laçage très serré en bas où il n'est pas nécessaire que la coupure intéresse le bord inférieur de la ceinture, ira en devenant de plus en plus lâche vers le haut, de façon que dans son ensemble la ceinture étant étroitement appliquée dans ses parties basses le soit à peine dans ses parties hautes. Le mieux est d'adjoindre un troisième laçage dans le dos, dont la tension n'aura à être changée que chaque fois que le jeu des laçages latéraux commencera à se montrer insuffisant.

Pour convaincre la femme de l'utilité de porter une telle ceinture, on pourra recourir à l'argument théorique suivant : l'utérus, dans la station verticale, tendant à pencher en avant du fait même de son poids, il est inutile de demander à la paroi abdominale un effort supplémentaire pour lequel, si musclée soit-elle, elle va bientôt à force d'être distendue, se montrer insuffisante.

Les phénomènes douloureux, par tiraillement des ligaments, qui accompagnent la chute de l'utérus en avant, seront certainement plus convaincants.

Pour les femmes qui en dehors d'état de grossesse ont déjà l'habitude de porter un soutien-gorge, rien à changer à cette habitude. A celles dont les seins sont menus ou de bonne tenue, on conseillera le port d'un soutien-gorge chaque fois que l'hypertrophie de la glande deviendra une menace au point de vue esthétique, chaque fois qu'elle s'accompagnera de sensations de tension douloureuse et quand il se produira au niveau des bouts de seins des écoulements colostraux capables de tacher le linge (maintien d'une compresse par le soutien-gorge). La ceinture de grossesse et le soutien-gorge ne sont d'aucune utilité pour prévenir l'apparition des vergetures.

Faut-il supprimer les talons hauts pendant la grossesse ? M. Cleisz tout en donnant le conseil de réduire la hauteur des talons par trop hauts et trop pointus, pense qu'on doit à peu près laisser les femmes porter pendant leur grossesse les chaussures de leur choix, sous réserve bien entendu que ce choix ne soit pas trop excentrique. Le désavantage que présentent les talons hauts (cambrure des reins accentuant la chute du ventre en avant ainsi que la bascule en avant de l'utérus) est compensé par l'intérêt qu'il y a à ne pas modifier l'habitude d'équilibre en station debout et en marche que chaque femme s'est créée avec la sorte de chaussure qui lui est familière. Il y a intérêt également à ne pas modifier l'équilibre de circulation au niveau des membres inférieurs (apparition possible de phénomènes douloureux, lorsqu'une femme passe, de l'usage des talons hauts à celui des talons plats) et inversement.

Une femme enceinte doit être chaudement habillée. Il n'y a aucun inconvénient à leur faire porter de la flanelle — la très fine flanelle n'ayant rien d'inélégant. Quant à celles qui ont de l'albumine, ou peuvent en avoir, en ayant déjà eu, il faut les engager à porter de la flanelle.

(Louis Cleisz. Hygiène de l'habillement de la femme enceinte. *Le Bulletin Médical*, 11 mars 1933.)

Syphilis

Une confiance aveugle dans le « diktat » du laboratoire peut conduire à de grosses erreurs de diagnostic, comme le montre la petite histoire clinique suivante. Un homme de 35 ans, faisant un séjour sur la Côte d'Azur, s'aperçoit qu'il a une « bosse » dans l'aine. Il consulte un médecin qui lui demande s'il a remarqué quelque lésions sur la verge.

Le malade répond qu'il n'a eu que des « boutons » d'herpès sur le méat. Le médecin craignant, dit le malade, une suppuration, fait procéder à l'exérèse du ganglion, lequel est envoyé à un laboratoire aux fins d'examen histologique.

Conclusions du laboratoire : « Il s'agit d'une réticulose dont les caractères histologiques font penser à la possibilité d'une lymphogranulomatose (maladie de Hodgkin) ». Apparition d'un nouveau ganglion dans le cou et d'une éruption discrète. Le malade inquiet quitte la Côte d'Azur pour une propriété voisine d'une grande ville. Un Wassermann avait été fait et s'était montré négatif. Un deuxième médecin consulté, s'appuyant sur l'examen histologique, sur l'amaigrissement et sans doute sur la négativité de la réaction de Wassermann, porte le diagnostic ferme de maladie de Hodgkin et en institue le traitement. Et cependant le malade se plaint de la gorge, ses cheveux tombent, les rougeurs de la peau s'accentuent. Il rentre à Paris et consulte le Docteur Emery qui constate « une éruption de syphilides papuleuses confluentes sur le front et sur le visage. Tronc et dos envahis par des syphilides folliculaires des plus caractéristiques. Réactions de Wassermann et Hecht fortement positives ». Conclusion : Eviter d'être hanté par le diagnostic exceptionnel, suivre les conseils du bons sens et ne pas avoir une confiance aveugle dans le laboratoire.

Un autre exemple de ce fâcheux état d'esprit c'est la facilité avec laquelle on fait, depuis un an ou deux, le diagnostic de maladie de Nicolas Favre, en s'appuyant sur une simple réaction biologique : la réaction de Frei. On rapporte à la maladie de Nicolas Favre non seulement une quantité de bubons, mais aussi tous les états éléphantiasiques ano-vulvaires et même des cas de périmétrite, sans bubon préalable.

« La description de Nicolas Favre date d'avant-guerre, on l'oublie trop. Pendant près de quinze ans, on n'en signalait que des cas isolés. C'est maintenant une véritable épidémie. Je crois savoir que Nicolas et Favre, qui avaient pris assez philosophiquement l'indifférence du début, sont un peu effarés maintenant de l'extension que prend leur maladie. Pourquoi ? A cause de la réaction de Frei. Il y a là un postulat : il faut d'abord savoir si cette réaction est spécifique. J'ai voulu me faire une opinion personnelle et j'ai obtenu, sur des prostituées il est vrai, un pourcentage important de réactions positives alors que rien ne pouvait faire penser à l'existence d'une lymphogranulomatose vénérienne. Ravaut m'a répondu que la spécificité de la réaction était hors de doute, mais qu'il fallait avoir un antigène éprouvé, que la plupart des antigènes ne convenaient pas. C'est la condamnation, au point de vue pratique, de la méthode. Pour ma part, je m'étais servi d'un antigène mis aimablement à ma disposition par Levaditi. Quelle garantie plus haute peut-on demander ? »

(Clément Simon. A propos d'un bubon ou des inconvénients d'être trop savant. Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. *Le Bulletin Médical*, 1er avril 1933.)

L'apparition d'un syndrome méningé, chez un enfant de syphilis congénitale avérée ou chez un enfant qu'on découvre être syphilitique, pose des problèmes de diagnostic.

1° *S'agit-il d'un état méningé ou d'une méningite chez un syphilitique ?*

Il faut rechercher les modalités étiologiques de ces affections : la méningite tuberculeuse, la méningite à méningocoques, la maladie de Heine-Médin, etc...

2° *Y a-t il réveil d'un processus syphilitique méningo-encéphalitique sous l'influence d'un processus aigu ?*

3° *S'agit-il d'un processus méningo-encéphalique purement syphilitique ?*

Le diagnostic différentiel est toujours difficile.

L'existence certaine de la syphilis, démontrée par des signes cliniques et des réactions de Bordet Wassermann positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, ne sont pas la preuve que le processus encéphalique soit syphilitique. Par exemple, une méningite tuberculeuse peut survenir chez un syphilitique.

L'examen attentif des cellules contenues dans le liquide céphalo-rachidien, peut fournir des éléments ; M. P. Ravaut a montré la valeur des cellules plasmatiques, reconnues par la coloration vitale.

Les effets favorables du traitement spécifique ne sont pas probants.

Il peut s'agir simplement d'une coïncidence et non d'une conséquence. Quelquefois l'amélioration est vraiment trop rapide, pour pouvoir être attribuée au traitement ; par exemple, le Bordet-Wassermann devient négatif en quelques jours dans le liquide céphalo rachidien.

Il y a des cas où il faut penser à la syphilis cérébrale : lorsque le malade apyrétique, lorsque « la physionomie méningitique » est peu caractérisée, surtout lorsqu'on découvre des symptômes diffus de l'atteinte de l'encéphale, témoignant d'un processus de vascularite et de périvascularite. A cet égard, l'enseignement de Fournier garde toute sa valeur.

Etant donné que le diagnostic est toujours incertain, il faut quand l'enfant est syphilitique prescrire un traitement spécifique. On emploie le mercure : frictions et injections de biiodure ou de cyanure, l'arsenic, le bismuth, l'iode.

(Leçon clinique du Professeur Nobécourt. Syphilis et syndromes méningés aigus dans la moyenne et la grande enfance. *Journal des praticiens*, 15 avril 1933.)

Ophtalmologie

La brûlure de l'œil par un acide est le plus souvent plus douloureuse dès les premiers instants que la brûlure par les bases. — Le réflexe qui pousse la victime de l'accident à laver ses yeux à grande eau évite le plus souvent les accidents graves lorsqu'il s'agit d'une brûlure de l'œil par un acide : ces ablutions, en diluant l'acide, rendent rapidement celui-ci inoffensif.

Il n'en est pas de même, semble-t-il, lorsqu'il s'agit d'une base, et l'action de celle-ci continue malgré les grands lavages à l'aide d'une solution d'acide étendu. Cette action destructrice s'étend en profondeur.

A gravité de brûlure égale, la brûlure par acide guérit plus rapidement que la brûlure par base.

En présence d'une brûlure par base, le pronostic doit toujours être réservé : les complications peuvent surgir à une date relativement éloignée de l'accident ; d'autre part, les lésions s'aggravant pendant un temps malgré les soins, on ne peut savoir d'emblée quelle sera en définitive la valeur fonctionnelle de l'œil après consolidation de la blessure.

(A. Gally. Brûlures oculaires par bases et par acides. *Paris Médical*, 22 avril 1933.)

Varia

Il résulte des travaux modernes que le cancer n'est pas dû à un agent animé, comparable à celui des maladies infectieuses, ni à un virus cytotrope, et que rien ne permet de le considérer comme une maladie contagieuse. Le cancer apparaît au contraire à la lueur des recherches les plus récentes, comme une maladie cellulaire, peut-être même nucléaire, qui résulte d'un trouble intrinsèque de la cellule, dont la cause première nous échappe encore, mais dont le mécanisme est de mieux en mieux connu.

(Professeur Roussy. A propos des soi-disant maisons à cancer. *Journal Médical français*, mars 1933.)

***

Le régime des malades ne doit pas seulement comprendre la liste des aliments qu'il peut absorber, mais surtout la quantité qui ne doit pas être dépassée.

(H. Gaehlinger. Les exagérations de la notion de masse dans le régime de la constipation. *Concours Médical*, 15 avril 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mai 1933

M. Mouchet, président, fait part du décès du Professeur ***Juvara*** et prononce son éloge.

Corps étrangers articulaires. — ***M. Cadenat*** propose une voie d'abord postéro-latérale pour l'abord des corps étrangers du genou. Elle permet un résultat fonctionnel parfait.

Gastrectomie. — ***M. Finsterer*** (de Vienne) expose ses procédés de gastrectomie et ses remarquables résultats obtenus sous anesthésie localisée. Cette communication importante traite de la question des gastrectomies dans l'ulcère et le cancer.

Diverticule de l'appendice à forme tumorale. — ***M. Grégoire*** rapporte une observation de ***MM. Mosinger*** et ***Imbert*** (de Marseille).

Sténose intestinale tuberculeuse au cours d'une myélite syphilitique. — ***M. Grégoire*** rapporte cette observation de ***M. Mourched-Khater*** (de Damas).

Dilatation des cancers de l'œsophage. — ***M. Proust*** rapporte ce travail de ***M. Lœwy*** (de Paris).

Il s'agit là d'un procédé déjà utilisé par Mayo ; dans plus de 50 cas, la dilatation a permis une reprise de l'alimentation.

Kyste dermoïde du médiastin. — ***M. Lambret*** (de Lille) donne deux observations personnelles. Il préconise la sternotomie médiane ou la large incision intercostale, et il montre que dans certains cas, le drainage est obligatoire.

M. Sorrel a opéré un cas analogue et a utilisé une voie d'abord intercostale.

Calculs intrapancréatiques. — ***M. Jean Quénu*** montre une pièce d'autopsie. Les calculs étaient formés de carbonate de chaux et étaient bien intracanaliculaires.

Emploi du clou à ailettes dans les fractures du col du fémur. — ***M. Boppe***.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mai 1933

Trois observations de gastro-entérologie. — ***MM. Maurice Delort*** et ***André Rihardière*** rapportent les observations suivantes faites dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Michel : 1° un ulcère qui fait ses preuves contre le cancer, malgré une série d'apparences ; 2° vérification de l'absence d'ulcère gastrique dans un cas qui a paru faire hésiter ; 3° histoire d'une occlusion biliaire exceptionnellement sévère qui est principalement démonstrative à propos du tubage duodénal pré-opératoire comme mode de traitement.

Quelques précisions nouvelles sur l'acupuncture dans les arthrites rhumatismales. — ***M. Ferreyrolles*** apporte les résultats des travaux qu'il a poursuivis sur le traitement des arthrites rhumatismales et d'algies diverses : sciatique, lumbago, torticolis, névralgies cervico-brachiales, etc., par l'acupuncture. Tous ces troubles très douloureux et d'étiologie mal définie s'étaient montrés rebelles à toute thérapeutique et ont guéri par l'acupuncture. Il insiste sur l'intérêt d'une méthode inoffensive et souvent très efficace, et donne la topographie des points qui permettent par une simple piqûre d'aiguille d'obtenir des résultats rapides et souvent inespérés. Plusieurs séances de traitement sont parfois nécessaires, ce mode de traitement est curatif, mais ne serait-il que palliatif, il permet en tout cas au malade d'attendre sans douleur et dans les meilleurs conditions le résultat d'un traitement interne.

Le rein colonial. — ***M. T. Schneider*** montre que l'expression « rein colonial » mérite autant d'importance en nosologie des maladies des pays chauds que l'expression « foie colonial », quoique les anciens auteurs y aient peu prêté d'attention. Il y a un retentissement sur l'arbre urinaire des affections contractées dans les colonies qui peuvent être divisées en trois grandes classes ; 1° les néphrites aiguës et chroniques des maladies coloniales : 2° les infections urinaires aux colonies ; 3° le parasitisme rénal et vésical des coloniaux. Les néphrites aiguës peuvent se rencontrer dans toutes les affections des pays chauds et se comportent comme celles de nos climats. Mais il est nécessaire de faire une place spéciale à la néphrite azotémique par grosses chaleurs survenant chez les coloniaux déshydratés au maximum par la transpiration et la perspiration. Les infections urinaires sont d'une fréquence extrême dans tous les pays exotiques, elles dépendent de l'entérocoque ou du colibacille. Quant au parasitisme rénal et vésical des coloniaux, de nombreux organismes peuvent le provoquer. De tous le plus connu est le bilharziose dont les complications peuvent parfois être extrêmement graves.

Importance des pseudo-gonocoques en urologie. — ***M. Barbellion*** étudie les pseudo-gonocoques, germes divers qui ressemblent aux gonocoques, mais ne sont pas des gonocoques. Ces germes peuvent se rencontrer dans les sécrétions urétrales ou cervicales, dans l'urine. Mais c'est surtout dans les cultures et les spermo-cultures que les pseudo-gonocoques peuvent donner de fréquentes erreurs, déterminant, si l'on n'y prend garde, un nombre énorme de résultats positifs, amenant à tort à penser que la blennorragie est inguérissable. L'affirmation de pseudo-gonocoques reposera sur des preuves bactériologiques et devra s'appuyer en outre sur des arguments cliniques et sérologiques (gono-réaction).

Tumeur à myéloplaxes de l'angle du maxillaire inférieur. Du rôle de la crase sanguine dans la pathogénie de ces tumeurs. — ***M. Decharme*** rapporte l'observation d'une malade chez laquelle le développement d'une tumeur à myéloplaxes a coïncidé avec l'évolution d'une anémie marquée. Un traitement chirurgical conservateur complété par une thérapeutique antianémique a assuré à cette malade une guérison qui se maintient depuis plus de deux ans.

LUQUET.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Les meilleurs souvenirs de la vie d'étudiant. — *M. J.-M. Nozière a demandé à un certain nombre de personnalités quel était le meilleur souvenir de leur vie d'étudiant. Voici quelques-unes des réponses qui ont paru dans* LILLE-UNIVERSITÉ (février-mars-avril 1933).

Réponse du Professeur René Le Fort, chirurgien de l'hôpital Saint-Sauveur.

« Le meilleur souvenir de ma vie d'étudiant ? C'est peut-être celui de ma première nuit de garde à l'hôpital, ou plutôt de la première moitié de cette nuit.

Dès la première inscription de médecine, j'avais assidûment suivi le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Sauveur. Depuis quelques mois, j'assumais les fonctions d'externe bénévole. Un camarade plus âgé, un interne, un véritable interne, me fit l'honneur de me proposer de prendre sa garde. Je n'avais pas 18 ans. J'hésitai d'abord, mais les arguments étaient pressants : « tu ne peux pas être embarrassé : pour les entrées en médecine la sœur sait toujours ce qu'il faut faire et il n'y a guère d'urgences ; à la peau, il n'y en a pas ; en chirurgie, tu es assez au courant pour faire le nécessaire ou juger s'il faut appeler le chirurgien ». Il y avait là une part de vérité, et puis, l'envie était si grande d'accepter, je cédai.

Alors, le soir, resté seul dans le grand hôpital, dans cette antique salle de garde dont mon père interne en son temps avait décoré les murs, secoué tous les quarts d'heure par le glas des énormes cloches de l'église toute proche et que l'incendie a détruite depuis avec le vieil internat, respirant les émanations de la salle d'autopsie immédiatement sous-jacente que j'apercevais à travers les fentes du plancher disjoint et dont les tuyaux d'aération traversaient la chambre, écartant les souris qui, sans vergogne et conscientes de la force du nombre, se promenaient sur ma table de travail, j'eus une des émotions les plus fortes de ma vie : toute la responsabilité du soin des malades reposait sur ma seule personne : j'avais pleine conscience de l'importance des fonctions que j'assumais ; pour la première fois, je faisais vraiment figure de médecin ; le rêve de toute mon enfance était réalisé. Oui, c'est bien là, je le pense, je meilleur souvenir de ma vie d'étudiant.

La joie fut courte. A deux heures du matin, toc, toc : « On vous demande à Saint-Côme ». Une urgence à Saint-Côme, chez les filles publiques ! La petite sœur, surveillante des filles de joie m'attendait : « Il y a une syphilitique qui fait une perte ». Avorter, ce n'est pas de jeu. Il n'y a pas de maternité à Saint-Sauveur ; je n'ai jamais vu d'accouchement et j'ignore tout de l'obstétrique réservée aux étudiants de 4e année. Mais une femme est là, troussée jusqu'à la ceinture, avec un petit fœtus entre les jambes : une ficelle part du fœtus et plonge dans des profondeurs insoupçonnées. Je regarde la sœur, elle ne sait pas ; je regarde la femme, elle geint. Que faire ? Je fais appeler le Docteur X... Il arrive enfin et a tôt fait. A peine entré, car le lavage des mains ne prenait guère de temps à cette époque et il n'y avait pas de gants, il extrait ou plutôt ramasse au bord de la vulve un placenta entièrement détaché, puis me regarde, comprend, ne me fait aucun reproche, me serre la main et part, m'ayant donné sans ouvrir la bouche une double leçon : une leçon d'obstétrique et une leçon d'indulgence ; les événements m'avaient donné celles de prudence et de modestie.

Réponse de M. Herriot.

« Le meilleur souvenir de ma vie d'étudiant, c'est mon séjour de trois années au couvent de l'École Normale Supérieure : nourri, logé, pas d'argent et des livres à profusion, j'ai compris la règle de Saint-Benoit.

Réponse de M. Paul-Boncour.

« Le meilleur souvenir de ma vie d'étudiant, c'est quand je l'ai commencée. C'était si beau cette liberté, après huit années d'internat, cette ivresse intellectuelle, dont on dit que pressées hélas ! par les duretés de l'heure présente, vos générations ne la connaissent plus, aussi libre et fantaisiste qu'elle se déployait alors. »

Réponse de Me Henri-Robert.

« Le meilleur souvenir de ma vie d'étudiant est celui du jour où je l'ai quitté en passant avec succès mon dernier examen.

J'ai toujours eu la terreur de ces redoutables épreuves où le hasard joue un rôle souvent plus grand que la valeur du candidat.

J'ai d'ailleurs retrouvé les mêmes copains au Palais, car la vie d'avocat est un perpétuel examen qui se renouvelle à chaque plaidoirie ».

Réponse de Me Campinchi.

« Le meilleur souvenir de ma vie d'étudiant n'est peut-être pas pour les « *petites filles qui mangent leur pain en tartines* ».

Mais je n'ai pas de *meilleur* souvenir de ma vie d'étudiant qui est un bon souvenir. Comme dit un personnage de comédie : « *c'était le bon temps on était malheureux* », et nous n'avons jamais été plus contents de vivre, qu'à cette époque déjà lointaine où, le gousset légèrement garni, nous découvrions le monde de la pensée et du sentiment.

J'en aurais trop à raconter. Je préfère m'arrêter et vous dire, à vous et à vos camarades : « Jouissez de votre jeunesse lorsqu'il est temps encore. La vie est bonne, le début de la vie est meilleur ».

Réponse de M. Henri Barbusse

« Dans les souvenirs de la vie scolaire, il faut distinguer entre ceux qui résultent simplement des divers bienfaits de la jeunesse et ceux qui peuvent se rapporter à la vie scolaire elle-même. En plaçant la question sur ce plan, les souvenirs qu'il me plairait d'évoquer sont surtout, je dois le dire, relatifs à l'opposition que j'ai plus d'une fois nourrie contre certains abus de l'enseignement officiel. Je me souviens notamment de la satisfaction que plusieurs de mes amis et moi avons éprouvé lorsque, étant étudiants en Sorbonne, nous avons organisé une juste et saine obstruction à un cours de M. Brunetière lequel s'attachait, ce jour-là, à déconsidérer par une lourde et obtuse argumentation traditionnaliste, la grande figure de Baudelaire. »

Réponse de M. André Lichtenberger

« Le meilleur souvenir de ma vie d'étudiant ? Hélas ! Tous me furent gelés par l'obsession de l'examen. C'est seulement lorsque, reçu à vingt ans deuxième à l'agrégation d'histoire (promotion de Goyau et de Madelin), je cessai proprement d'être un étudiant, que je pensai, devenu libre, connaître vraiment la joie de l'étude. Mais déjà la vie était là, avec ses batailles encore plus dures. Je crois bien que seul le retraité peut connaître dans sa plénitude la joie d'apprendre. Mais il la découvre un peu tard. »

Ce que devrait être un enseignement supérieur de l'Education physique. — *Tel est le titre d'un article du Docteur Pierre Nadal, de Bordeaux, article paru dans l'*EDUCATION PHYSIQUE. *En voici un extrait :*

.... Du jour au lendemain, on confie l'éducation physique à un clan de pédagogues, devant le haut mérite desquels il nous faut souvent nous incliner, mais qui ne se sont jamais occupés que d'éducation intellectuelle, et encore dans des domaines très spéciaux.

Aussi ne conçoivent-ils la supériorité physique que coiffée d'un panache pseudo-scientifique.

Naïvement, ils prennent leur propre personne comme étalon de cette supériorité.

Pour des raisons psychologiques, sur lesquelles j'ai insisté ailleurs, incapables de s'engager dans le domaine de l'éducation physique, qui est pour eux une brousse impraticable, ils convoquent l'éducation physique chez eux ; que dis-je ? ils la somment de s'inclure dans leur domaine.

Impatients de rendre service au pays, ils aimeraient bien que l'éducation physique leur échût de droit ; et chacun de décréter qu'elle consiste essentiellement dans la branche qu'il illustre : physiologie appliquée, chimie appliquée, anatomie appliquée, etc....

Ils pourront ainsi jouer les oracles à bon compte et c'est bien plus simple qu'un effort d'adaptation.

Habiles et puissants, d'une faconde sans rivale, ils arrivent à orienter l'opinion publique vers cette conception en cul-de-sac, mais ils lui préparent et ils se préparent: des désenchantements dont les premiers symptômes apparaissent déjà.

Parlons physiologie appliquée, dit le physiologiste, vous allez voir comme nous y sommes supérieurs et comme nos savantes conférences ressemblent peu à l'éducation physique des vulgaires empiriques.

Parlons coléoptères, pourrait dire tout aussi valablement un collectionneur d'insectes pince-sans-rire, et vous verrez combien mon éducation physique coléoptérique plane hors de la portée du commun des mortels.

De là est né le « périphérisme », c'est-à-dire la substitution à l'éducation physique supérieure authentique de la kyrielle des sciences ou des arts qui peuvent avoir avec elle un point de contact si minime soit-il.

Les mieux intentionnés ont créé l'œuvre de la « portion de science ». Ils débitent sur le comptoir des Instituts l'Elixir précieux par doses quelconques. Sur la tête du primaire farci de préoccupations gymnastiques pratiques, tombe tout à coup une leçon sur les attitudes posturales ou sur les déformations des vertèbres ou sur le régime de l'athlète au retour d'âge, ou sur les instabilités endocriniennes.

Si dans ces Instituts entrent des gens très savants en éducation physique, ils risquent d'en sortir très savants.

Car, sans être taxé de flagornerie, on peut bien affirmer que, grâce à l'enseignement de maîtres éminents, ils arrivent à ne pas désapprendre ce qu'ils savent : tout au plus l'embrouillent-ils un peu.

Les sécrétions de la cortico-surrénale voisineront dans leur mémoire avec les pressions tangentielles, le mécanisme d'un saut à la perche avec la figure radiologique de l'estomac.

Pour des cerveaux primaires, dont rien n'a préparé la réceptivité, ces bols de science glissent comme gouttes de pluie sur le plumage d'un pélican.

....

D'autres zélateurs nous donneraient des maîtres de gymnastique aptes à tout, capables de faire les entendus devant une fracture ou d'en saboter la coaptation en attendant le chirurgien ; capables, s'il le fallait, d'accoucher une parturiente dans le tramway, ou d'analyser les urines du boxeur fatigué pour expliquer son déclin, de faire une conférence sociologique, un cours de soudure autogène, etc.... Leur devise est « Tout cela peut servir ».

C'est ainsi que la médecine et l'éducation physique se font des gracieusetés ; la médecine ouvre ses salons à l'éducation physique pour justifier une cordiale réciprocité.

De même que tous les médecins seront compétents en éducation physique, tous les éducateurs deviendront des pseudo-médecins.

Tout cela peut servir. Mais croyez-vous que s'ils savaient réparer une carabine de précision, ou un chronomètre, établir une toiture sur un préau de gymnastique, relier eux-mêmes leurs notes de cours, empailler un chien crevé, déchiffrer un cryptogramme ou greffer des rosiers, il ne se trouverait pas telle ou telle circonstance de leur vie où cela pourrait leur servir ?

Nous apprendrons aux professeurs d'éducation physique la traumatologie, pour qu'il puissent porter secours en cas d'accident.

Cela part d'un bon naturel et je vois d'ici bien d'autres applications urgentes de cet esprit de prévoyance.

Ne serait-il pas souhaitable que la concierge d'un immeuble possédât un bagage médical suffisant pour donner les soins d'urgence à ses locataires. Quand la midinette du cinquième étage affectée d'un désespoir amoureux allume un réchaud, quand un visiteur se fait une entorse dans l'escalier, quand une ménagère s'échaude en procédant à sa lessive, ne serait-il pas souhaitable que la loge pût être transformée en poste de secours bien organisé et la pipelette en chirurgienne ?

Le devoir médical est assimilable au devoir militaire, il incombe à tous les citoyens, sans distinction de profession, de sexe ni d'âge. A quand la conscription médicale ?

Quos vult perdere Jupiter dementat.

. . . .

Par esprit de conciliation, j'accueille comme partie inhérente du bagage de l'éducation physique toutes les sciences annexes que l'on me proposera et même d'autres encore ; mais qu'on donne à ce bric-à-brac un coefficient précis et global de l'ordre de grandeur de un dixième par rapport à celui de la pratique technique et pédagogique.

C'est à peu près ce qui se passe en médecine, où les « bases » ne sont point dédaignées, mais situées à leur ordre de préséance légitime. Nous faire accepter les bases comme constituant l'éducation physique intégrale et nous présenter les spécialistes de ces bases comme les sauveurs de l'éducation physique mondiale, c'est un tour de prestidigitation audacieux et effronté. Il faut à tout prix se défaire de ce pernicieux état d'esprit qui ne permet pas de concevoir une éducation physique supérieure autrement qu'en délaissant l'éducation physique proprement dite pour passer en éducation intellectuelle. Le degré de culture intellectuelle conditionne, dans une certaine mesure, les degrés de l'éducation physique, mais les deux ordres de supériorité restent bien distincts.

. . . .

La pédagogie de l'éducation physique n'a pas à se prosterner devant les tabernacles de la science. Sublimes, certes, les griseries magiques de la pensée conquérante, sublime la lutte dans le recueillement des laboratoires et dans le secret des cerveaux contre l'hydre sans cesse renaissante de l'inconnu, de l'ignoré, de l'incompréhensible. Le creuset de la science est bien vraiment le *chaos incandescent où bout une genèse*. Que sur des olympes inaccessibles au vulgaire en son œuvre quasi divine, la science nous prépare d'éblouissants lendemains.

C'est dans des zones plus basses, moins proches des cieux, et aussi moins chaotiques, que doit évoluer l'éducation physique. Dans la plaine, dans le terre-à-terre de la vie pratique, elle organise l'action immédiate, prosaïquement nécessaire, à la vie des peuples, l'action urgente, en retard déjà, en retard toujours. Effort immense et non sans gloire ! Il lui suffit, mais elle le revendique jalousement.

« Tout Français croit connaître le freudisme sans doute pas autant que l'Anglo-saxon, qui en est fanatique et qui n'a pas besoin de médecin pour interpréter les rêves ou appliquer les rêves, mais, en France, nous en arriverons également au même point si un contrôle n'est pas exercé sur les psychanalystes amateurs, et la meilleure preuve que je puisse en donner c'est que, le 3 avril 1933, à la Chambre des députés, M. de Monzie, ministre de l'Education nationale signalait qu'un blâme venait d'être prononcé contre un instituteur, qui avait expliqué les théories freudiennes aux élèves de son école primaire ». (J. CASTAIGNE. Psychanalyse. *Journal médical français*, avril 1933.)

On peut le répéter avec Moland : « Mettez toute son œuvre (RABELAIS) sous le pressoir, vous n'en exprimerez pas une goutte de mélancolie ». (Prof. Paul DELMAS. La vie laborieuse de Maître François. *La Science médicale pratique*, 15 avril 1933.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 22 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 3 JUIN 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
C. P. Paris 357-81 · R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 22 mai. M. MACÉ. Traitement du pied bot paralytique. — Mlle SACHWALD. Traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson.

24 mai. — M. BOUTEILLE. La diathèse cholestéro-précipitante et le foie dans l'asthme. — M. BORIN. Contribution à l'étude des biles de cholécystostomies. — Mlle BENSIDOUN. Education physique et sportive de la femme. Les méthodes et les résultats. — M. MIRONOFF. Etude sur l'huître, aliment et agent thérapeutique.

Conférences-promenades. — La quatrième conférence-promenade du professeur Laignel-Lavastine aura lieu le dimanche 11 juin, à 10 h. 1/2 : hospice de la Salpêtrière (docteur Crouzon). Réunion dans la salle des conférences, école des infirmières.

Concours de l'internat. — Liste alphabétique des candidats admissibles :

Mlle Abadi, MM. Adle, Adrianopoulous, Aliker, Amphoux, Aschkenasy,

Barbier, Barcat, Bardery, Basset, Batail, Baudouin, Beauchef (René), Bénassy, Bernard, Bibas, Blau, Boissonnat, (Pierre), Boissonnet, Bonhomme, Bonnel, Mlle Bonnenfant, MM. Boquet (Henri), Borgida, Boros, Botton (de), Bouchacourt, Bour, Bourée, Bouteau, Boutron, Bouvrain, Bouwens-Van der Boyen, Boyé (Joseph), Boyer (Jean), Brault, Broutman, Brumpt, Brunhes,

Carniol, Carrez, Castany, Catinat, Cernéa, Charousset, Chatain (Jean), Chenebault, Cler (René), Cochemé, Coldefy, Corcos, Cordebar, Mlles Cottin, Courrier,

MM. Daum, Debidour, Debray, Delaître, Delort, Demartial, Derieux, Desrosiers, Domart, Dormay, Douay, Drain, Dreyfus, Dubois (Pierre), Duflo, Duperrat, Dupuy, Duval,

Epelbaum, Mlle Epstein, MM. Escarré,

Faliu, Fasquelle, Faulong, Fauvet, Mlle Ferrieu, MM. Filhoulaud, Flori, Flourens, Forget, Mme Forget, MM. Fulconis,

Gaquière, Gaube, Gautier, Genty, Gérard, Gerbeaux, Gillot, Girard (Emile), Giraud (Georges), Mlle Giret, MM. Gisselbrecht, Golse, Gout, Goutner, Goyer, Graciansky (de), Grépinet, Grasse, Gross, Grossiord, Gruner, Grupper, Guenin, Guillemin,

Haguier, Mlle Hahn, MM. Hanoun, Hector, Hertz, Herrenschmidt, Hofmann, Horeau, Huchet, Mlle Huguet,

MM. Jacquot, Jaïch, Jannette-Wallen, Jouanneau, Jouffroy, Joüon,

Kipfer, Krug,

Mlle Ladet, MM. Laigle, Lanthier, Laumonnier, Mlle Lautmann, MM. Le Beau, Le Cœur, Leconte, Ledoux-Lebard, Lefebvre (Jacques), Léger (Lucien), Legry, Le Picard, Le Roy (François), Lesobre, Lévy (Jean), L'Hirondel, Lignières (de), Mlle Lipschutz, MM. Logeais, Longuet, Mlles Lorain, Lyon,

MM. Malartic, Malinsky, Mallet, Mande, Mlle Marcelot, MM. Marchak, Marcy, Marre, Martel (Eric), Martel (Jean), Martinot, Martrou, Maruelle, Mathivat, Maulmont (de), Maury (Jacques), Maury (Pierre), Maynadier, Mazingarbe, Ménétrier, Meyer (Jean), Meyer (Louis), Mignot, Minc, Monsaingeon, Mlle Morel, MM. Moreno, Morichau-Beauchant, Morin (Marcel), Mouchotte (Maurice), Mouchotte (Robert), Moulinier,

Nabert, Netter, Neyraud, Nouaille,

Mlle Oehmichen, MM. Offret, Olivier (Marcel), Orinstein, Orsoni,

Parrot, Pêcher, Perret (Robert), Perrot (Raoul), Mlle Philippe, MM. Picquart (Albert), Picquart (Antony), Pierra, Piraud, Poncet, Porge, Pottier (Marcel),

Rambert, Raymond, Rendu, Robert, Rogé (Raymond), Rossier, Rossignol, Rotenstein, Rouchy, Rouvet, Rouyer, Rouzand, Roy (André), Rozée Belle-Isle, Rudaux, Rymer,

Sacquépée, Saïe, Mlles Sainton, Salembiez, MM. Salleron, Salvanet, Sarradin, Sautter, Sauvain, Scémama, Scheid, Séguin, Sénéchal, Seringe, Sifflet, Siguier, Simon, Soulard, Suiré,

Tallet, Tanret, Taveau, Temerson, Thieffry, Tilicheeff, Tissot, Tribalet, Trombert, Trorot,

Ullmann,

Varay, Vautier (Jean), Vignalou, Vildé, Vincent (Jean),

Wattez, Wolinetz,

Yglésias-y-Betancourt,

Zarachovitch.

Cinquième croisière de l'Association Guillaume Budé (7-29 septembre 1933.) — Cette croisière sera essentiellement une visite des îles grecques de la mer Egée, avec escales en Grèce et en Asie Mineure.

En effet, pour prendre connaissance de la civilisation de la Grèce antique, il importe avant tout de voyager par mer, de rester dans l'ambiance de la mer, et de prendre en quelque sorte des habitudes de navigation dans les eaux grecques par excellence, c'est-à-dire la mer Egée.

Les îles, surtout en septembre, ont pour le visiteur un charme des plus varié. Très pittoresques, riches de souvenirs que les siècles y ont accumulés de la préhistoire à nos jours, présentant chacune un caractère différent, elles ont conservé peut-être plus qu'ailleurs dans le monde grec, des traditions, des coutumes, qui relient directement le présent au passé. Aussi la Grèce contemporaine sera-t-elle, à certains moments, l'attrait principal de cette croisière. Un accueil particulièrement cordial sera réservé à l'Association, dont la venue est escomptée avec enthousiasme.

La croisière sera dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé ; M. Eugène Albertini, professeur au Collège de France, et M. André Boulanger, professeur à l'Université de Strasbourg, l'accompagneront au titre de conférenciers.

Demander le programme détaillé à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris.

Service de santé. — *Mutations.* — Les médecins commandants : Bressot, de l'hôpital militaire de Constantine, à l'hôpital militaire de Nantes ; Tronyo, rappelé à l'activité et affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans ; Petit, de la commission consultative médicale de Paris, à la section technique du Service de santé.

Les médecins capitaines : Marvier, du 71e d'inf., au 19e dragons ; Rousse, du 19e dragons, à la commission consultative médicale ; Muffang, du 6e génie, au 1er hussards, à Angers ; Bedos, du 402e de défense contre aéronef, au centre de réforme de Lille ; Dupuy, des territoires du Sud algérien, au 71e d'inf.

Amphithéâtre d'anatomie (17, rue du Fer-à-Moulin). — Mardi 15 juin, à 16 heures, Docteur MAURER : Phrénicectomie.

— Mercredi 14 juin, à 16 heures, Docteur MAURER : Thoracoplasties paravertébrales. — Vendredi 16 juin, à 16 heures, Docteur PROUST : Apicolyse. — Samedi 17 juin, à 16 heures, Docteur MAURER : Thoracoplasties élargies.

Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. — Confrères, retenez vos places à la Revue « Arrhes et Médecine », composée et jouée par le groupe des Revuistes médecins, le vendredi 9 juin, à 8 h.45, salle Adyar, 4, square Rapp, au profit du Secours d'urgence de la F. E. M.

Principaux tableaux : Sous le signe de Sainte-Anne ; Les Evadés de la médecine ; Il y a concours... et concours ! ! ! ; Un vrai client sérieux ; Hippocrate à Paris ; Nos violons d'Ingres, etc..

Prix : 25 francs ; étudiants, 15 francs. S'adresser Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi, de 14 à 19 heures. Littré 48-12.

Nécrologie. — Docteur Auguste BAUMEVIEILLE, de Valence, (Drôme), médecin lieutenant-colonel en retraite, décédé dans sa 66e année. — Docteur Auguste BÉCART, de Paris, 24, boulevard Saint-Germain. — Docteur Allyre CHASSEVANT, d'Alger, professeur à la Faculté de médecine. — Docteur Camille WABANT, médecin de l'Assistance médicale indigène, mort victime du devoir professionnel le 26 novembre 1932, cité à l'Ordre de la Nation. — Professeur LAGOVSKI, de Moscou, oto-rhino-laryngologiste. — Docteur S. ORNSTEIN, de Genève. — Docteur J. FISHER, président de la Société d'ophtalmologie de Grande-Bretagne, décédé à l'âge de 66 ans. — Docteur Allan Ogier WARD, de Londres, décédé à l'âge de 81 ans. — Docteur Honoré DERASSE, de Tournai, décédé à l'âge de 90 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Les Belles-Lettres. — *Dernières nouveautés.* Collection des universités de France sous le patronage de l'Association Guillaume Budé.

PLATON. Tome IV (3e partie) : Phèdre. Texte établi et traduit, avec une introduction de 185 pages, par L. Robin : 30 francs.

Un des plus célèbres dialogues de Platon. « Brillant programme du bel amour et du beau langage », il complète *le Banquet*, mais avec un art nuancé et parfait précise l'idéale conception platonicienne de l'amour philosophique.

Une introduction complète donne l'état actuel de la science sur les questions et les problèmes multiples que soulèvent le texte de ce dialogue, sa traduction française et l'intelligence même de l'œuvre.

CICÉRON. *Traité du destin.* Texte établi et traduit, avec une introduction de 64 pages, par A. Yon : 12 francs.

Un des plus importants traités de l'œuvre philosophique de Cicéron. Il traite notamment des rapports de l'homme avec la Providence divine.

Cette édition est absolument nouvelle. Depuis longtemps, en effet, il n'existait plus de texte ni de traduction à jour du *De Fato*. C'est l'œuvre accomplie par M. Yon, qui l'a commentée dans une large et complète introduction.

Les textes français. — MÉRIMÉE. *Chronique du règne de Charles IX.* Texte établi et présenté, avec une introduction, par G. DULONG. Un volume in-8° écu, 300 pages : 21 francs.

Les *Textes français* poursuivent la publication de l'œuvre de Mérimée. M. Pierre Martino leur a procuré l'édition (qui vient d'être réimprimée) du *Théâtre de Clara Gazul* et M. Maurice Parturier, celle, plus récente, de *Carmen, Arsène Guillot, l'abbé Aubain.*

Il était indispensable de donner enfin de la *Chronique du règne de Charles IX* une édition correcte. C'est aujourd'hui chose faite grâce à M. Dulong qui ne s'est pas borné à établir le texte, mais qui dans une magistrale introduction a replacé la Chronique dans le développement de l'histoire littéraire.

Relire dans cette édition la *Chronique du règne de Charles IX*, chef-d'œuvre du roman historique à l'époque du romantisme, est un plaisir renouvelé.

Collection Shakespeare. — LE ROI HENRI IV. Traduction de F. SAUVAGE, 2 volumes, chacun : 12 francs.

Ces deux volumes, précédés d'une importante introduction historique et littéraire, comprennent le texte anglais avec la traduction française en regard.

Ce drame, divisé en deux parties, forme avec *Henri V* une trilogie. Dans cette pièce, où la puissance tragique est mêlée d'une truculente verve comique grâce au personnage de Falstaff, Shakespeare a donné la pleine mesure de son génie créateur dans le domaine du drame historique.

M. Sauvage, qui a déjà donné dans cette Collection Shakespeare *Le soir des Rois* et *Le Roi Jean*, présente une édition scientifique et littéraire faite pour la lecture comme pour le théâtre et qui comble une lacune de l'édition française.

Richelieu (1585-1642), par Hilaire BELLOC. Traduction de Théo Varlet, Préface de Pierre Lorson. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 5 croquis et 4 gravures hors texte : 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Une très originale et très intéressante biographie du Cardinal Richelieu paraît aujourd'hui dans la *Bibliothèque Historique*. Elle est due au grand écrivain de langue anglaise Hilaire Belloc, et M. Pierre Lorson (le critique réputé des lettres étrangères à la revue *Les Etudes*) la présente au public français dans une importante préface : « M. Hilaire Belloc est du nombre, plus grand qu'on ne croit, de ces Français ou demi-Français qui expatriés pour une raison ou pour une autre ont écrit dans une autre langue avec un esprit, un cœur, un goût français, faisant rayonner ainsi d'une manière cachée, mais d'autant plus efficace, notre conception de la vie et de l'art... Son œuvre historique, très considérable, est consacrée surtout à son pays d'origine et son pays d'adoption, à la Révolution française et à l'Angleterre. Sa science inépuisable et précise, parfaitement maîtrisée, son talent tout français d'ordonnateur lumineux, celui de coloriste prestigieux, ses idées personnelles qui animent tout ce qu'il touche, ajoutés à l'intérêt prodigieux du sujet, font du *Richelieu* que voici un grand et beau livre.

« C'est en fortifiant et en magnifiant l'idée de Monarchie et de Nation que le grand Cardinal fit reculer à l'arrière-plan celle de Chrétienté universelle et unie. Il introduisit un nouvel absolu dans le monde, à savoir le Nationalisme. Et à ce nouveau dieu il fait d'étranges sacrifices. Il subordonne la politique religieuse à la politique nationale, faisant de celle-là un moyen pour promouvoir celle-ci. Ainsi à l'intérieur, après avoir soumis politiquement les puissants seigneurs huguenots qui menaçaient le roi et le royaume, il se contenta volontairement de la tolérance religieuse au lieu d'une unification complète.

« La raison de ce choix était toute nationale ; l'union politique suffisait à la grandeur du pays, tandis que la poursuite acharnée de l'union religieuse aurait pu, par une longue résistance, la compromettre. De même à l'extérieur. Le ministre de Louis XIII aime mieux maintenir et soutenir le particularisme protestant allemand dans sa lutte contre la maison de Habsbourg plutôt que de permettre à celle-ci, rivale puissante de la France, d'unifier religieusement les Allemagnes et de restaurer ainsi la chrétienté médiévale. On voit la portée singulière de cette opinion.

« Elle donne à l'œuvre du cardinal ministre une ampleur et une actualité singulières. Au reste M. Belloc replace l'action dans les circonstances

concrètes qui la rendent moins monstrueuse à des yeux catholiques et il fait la part de ces conséquences imprévues qui sortent de causes animées d'un dynamisme puissant.

« Si cette perspective européenne fait de ce *Richelieu* une œuvre neuve, hardie de philosophie politique, elle n'en offre pas moins le récit savoureux des principaux épisodes qui ont marqué la vie du cardinal. Le caractère si discuté de l'homme d'Etat est décrit avec sympathie, courage, clairvoyance, nuances, et toute une galerie pittoresque de portraits — allant de Marie de Médicis au Père Joseph — entoure le buste central ».

Alexandre Le Grand, par Ulrich WILCKEN.. Préface de Victor Martin, Traduction de Robert Bouvier. Un vol. in-8 de la *Bibliotèque historique*, avec 8 gravures hors texte et une carte : 25 francs. Payot, 106, boulevard Siaint-Germain, Paris.

Cette nouvelle biographie d'Alexandre le Grand est un ouvrage monumental qui deviendra classique et a sa place dès maintenant dans toutes les bibliothèques. Elle est due au plus grand historien allemand pour tout ce qui concerne les relations entre l'Orient et l'Occident dans l'antiquité. Pour récrire l'histoire d'Alexandre en mettant à profit les lumières nouvelles de la science la plus récente, nul n'était mieux préparé que le Professeur Ulrich Wilcken, le maître incontesté de la papyrologie, et sans doute le seul savant au monde qui ait pris connaissance de tous les papyrus grecs publiés jusqu'ici et dont le nombre dépasse dix mille. Après une longue carrière consacrée à réunir à confronter, à interpréter les débris innombrables de la civilisation hellénique, M. Wilcken a voulu composer un ouvrage d'ensemble sur l'homme de génie dont le nom inaugure et domine cette phase de l'histoire du monde.

« Alexandre le Grand, écrit le Professeur Wilcken dans sa préface, appartient à la petite minorité d'hommes qui ont inauguré une période nouvelle de l'histoire universelle. Peut-être même est-il le seul qui ait imprimé au monde la marque de sa volonté personnelle avec une force telle que l'évolution de l'humanité est demeurée plusieurs siècles sous son influence, phénomène d'autant plus étonnant qu'Alexandre est mort avant 33 ans. Ce qui, en lui, a le plus frappé l'imagination des peuples, c'est le conquérant héroïque qui, en une fabuleuse marche à la victoire, a soumis tout l'Orient jusqu'à l'Inde, terre des merveilles. Et la légende, qui n'a pas tardé à se répandre, au Levant comme au Couchant, l'a mené de plus en plus loin, jusqu'aux confins du monde alors connu, et jusqu'aux portes mêmes du paradis. Son passage sur cette terre a laissé pourtant quelque chose de plus durable que l'Empire qu'il a conquis par le fer et par le sang : l'épanouissement de la civilisation grecque en civilisation mondiale, dont il a été l'initiateur. Voilà ce qui a fait époque dans l'histoire de l'humanité, voilà l'exploit dont les répercussions lointaines se font sentir jusqu'aujourd'hui ».

Le décor du tissu, Soieries, Broderies, Tapisseries, Tapis, par Henri-Marcel MAGNE, Un vol. 17 × 24, 142 illustrations. Broché 25 francs. H. Laurens, éditeur, 46, rue de Tournon, Paris VIe.

Voici le neuvième et dernier volume de la collection *L'Art appliqué aux métiers* créée par Lucien Magne et continuée par son fils Henri-Marcel Magne, son successeur à la chaire du Conservatoire des Arts et Métiers.

Ce volume comprend deux parties. Dans la première partie l'auteur étudie la technique manuelle et mécanique. Il insiste sur les divers métiers : mécanique jacquard, métiers à lacets, métiers de bonneterie ; pochoir, batik. Dans la seconde, l'auteur s'occupe du tissu aux différentes époques et s'arrête en 1932.

Cent quarante-deux gravures nous donnent les exemples les plus typiques et sont comme un vivant et instructif commentaire du texte.

Ce neuvième volume clôt cette collection qui embrassant tous les métiers, forme, avec ses 1.300 gravures, un véritable musée d'Art appliqué.

Soyez optimiste, par le Docteur VICTOR-PAUCHET. Un volume sur alfa, broché : 10 francs. Editions J. Oliven, 65, avenue de La Bourdonnais, Paris (7e).

Le monde entier connaît déjà, grâce aux nombreuses traductions qui en ont été faites, les livres que sont : *Le Chemin du Bonheur*, *Restez Jeunes*, *L'Enfant*, *L'Automne de la Vie*.

Sous le titre de : *Soyez Optimiste*, l'éminent chirurgien nous donne aujourd'hui un nouvel ouvrage dans lequel, avec ce ton persuasif qui naît de la conviction ardente, il nous a fait part de la méthode, de la règle de vie, qui l'ont conduit ainsi que beaucoup d'autres à connaître le succès et la joie de vivre.

C'est par la confiance en soi-même, par l'amour de son métier, par une certaine manière d'accueillir les événements, par le souci d'écarter de son esprit la crainte, le regret et les sentiments négatifs, ainsi que par l'art de découvrir le beau et le bien autour de soi et de les pratiquer, que l'auteur nous dévoile le moyen de nous créer une âme libre et heureuse et nous incite à savourer les bienfaits et les joies de l'optimisme créateur.

A ceux qui ont une tendance à se lamenter et qui ne savent pas réagir contre les coups du sort lorsqu'ils les atteignent, ce grand animateur insuffle une énergie nouvelle en leur apprenant à utiliser les forces insoupçonnées qui dorment en eux.

Ce livre est écrit dans un style alerte et précis à travers lequel on retrouve aisément l'attitude personnelle de l'auteur. C'est un livre que l'on est heureux d'avoir lu et que l'on désire relire, jusqu'à le vivre.

La dissolution d'un empire, huit ans à l'Ambassade d'Angleterre à Saint-Pétersbourg (1910-1918), par Mériel Buchanan. Traduit de l'anglais par G. Léon, Préface de Sir George Arthur. Un vol, in-8 de la Collection de Mémoires, Etudes et Documents pour servir à l'Histoire de la Guerre mondiale : 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il y a quelques années ont été publiés dans la même collection les souvenirs de Sir George Buchanan qui fut ambassadeur de Grande-Bretagne en Russie pendant la guerre mondiale et la Révolution.

Cet ouvrage a suscité énormément de commentaires, comme en avait suscité le rôle de premier plan joué par Sir George Buchanan durant les

huit années de son séjour en Russie, les huit années les plus tragiques dans l'histoire de ce pays. Mais, lié par le secret diplomatique, l'Ambassadeur ne pouvait tout dire.

Aussi aujourd'hui, plusieurs années après la mort de Sir George, Meriel Buchanan, sa fille, publie-t-elle, à son tour, des souvenirs qui ont en Angleterre un retentissement très grand.

Meriel Buchanan dit dans son avertissement : « Je voudrais jeter un jour nouveau sur certains événements politiques et internationaux importants auxquels j'ai été étroitement mêlée et défendre aussi mon père contre les attaques faites contre lui. » Cette tâche qu'elle s'était fixée, la fille de l'Ambassadeur l'a remplie avec une franchise et un courage qui font de ses mémoires un document qu'on peut qualifier de sensationnel.

Un des chapitres les plus intéressants et que la presse anglaise et allemande a beaucoup commenté est celui consacré au malheureux sort de la famille impériale russe. Les circonstances de son tragique destin et la part de responsabilité de chacun restent encore obscures et discutées. Le livre de Meriel Buchanan apporte de nouvelles précisions sur cet événement historique si important. Elle révèle aussi de curieux détails sur l'attitude de Raspoutine et son influence sur le tsar au moment de la déclaration de la guerre.

Traité pratique de la caricature et du dessin humoristique par Henri Avelot. Un vol. in-8° (17 × 26), illustré de 104 gravures. Broché : 12 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VIe.

Tous ceux qui s'intéressent à la Caricature voudront lire cet ouvrage si riche en enseignement et en analyse.

Cent illustrations empruntées à nos meilleurs artistes et à l'œuvre de l'auteur lui-même, forment comme un vivant commentaire du texte.

Aliments. Régimes. Indications. Contre-indications par P. Lassablière. Préface du Professeur Ch. Richet. 1 vol. in-8° de 698 pages, avec figures dans le texte : 75 francs. Gaston Doin et Cie éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'auteur dans une langue claire, a condensé les nombreuses découvertes qui ont vu le jour au cours de ces dernières années. Parmi les innombrables travaux, il a retenu ceux dont les conclusions sont indiscutées. La science d'aujourd'hui a trop de partisans qui oublient l'œuvre d'hier, et trop de théories nouvelles sont établies sur des faits discutables, et sur des expériences hâtives, douteuses. On saura gré à P. Lassablière d'avoir su faire un choix dans la masse des matériaux qui encombrent les sociétés savantes.

Dans la *première partie*, on trouvera un exposé des besoins alimentaires (énergie, matières, vitamines) dont la conclusion conduit naturellement aux moyens pratiques pour établir correctement une ration.

Dans la *deuxième partie*, l'auteur étudie les aliments d'origine animale : la composition, les propriétés diététiques des viandes, leurs préparations et les accidents qu'elles peuvent causer. Le lait est l'objet d'une étude approfondie, où l'auteur expose ses propres travaux sur le lait de femme et celui des animaux. La production du lait, ses altérations, ses sophistications, ses procédés de conservation y sont décrits avec tous les détails que nécessite leur importance. Il en est de même de l'étude du beurre, des fromages et des œufs.

Dans la *troisième partie*, la nécessité et le rôle des boissons apparaît clairement, on y trouvera un exposé complet des maladies attribuables aux eaux de boissons, et les moyens de les éviter par l'épuration et la stérilisation des eaux. L'auteur insiste ensuite sur les dangers de l'alcool et des liqueurs, mais par contre, il s'étend longuement sur les avantages du vin pris à dose modérée, et décrit avec détails sa composition, ses falsifications ainsi que celles de la bière, du cidre et du poiré.

La *quatrième partie* concerne les aliments d'origine végétale : le pain est l'objet de développements utiles (grain de blé, fabrication des farines, panification, pains de régimes, etc...). Suivent la composition et la valeur alimentaire des légumineuses, des bourgeons et bulbes, des graisses végétales et des différents fruits. Le chapitre se termine par l'étude du café, du thé, du cacao, du chocolat, du miel et du sel marin dont la nécessité et les différents rôles sont bien mis en relief.

La *cinquième partie* comporte les régimes chez les individus sains et chez les malades. Après un préambule sur l'hygiène des repas, la ration alimentaire est longuement étudiée, scientifiquement et cliniquement chez la femme, chez l'homme et surtout chez l'enfant sain.

Les régimes chez les malades sont précédés d'une introduction sur les erreurs communes en matière de diététique et on y trouvera des règles pratiques pour établir un régime.

Les régimes types dont l'importance est de plus en plus considérable sont minutieusement décrits (régimes restrictifs et régimes exclusifs, régimes hypercarnés, végétariens et fruitariens).

Enfin, à propos de chaque malade, l'auteur donne les raisons qui contre-indiquent ou qui permettent tels ou tels aliments.

En somme, comme le dit le Professeur Ch. RICHET, l'auteur a écrit un bel ouvrage qui sera utile à tous. Son livre s'adresse particulièrement aux médecins et à tous ceux qui s'intéressent à la protection de la santé publique, et qui approchent de près ou de loin des malades.

Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. *Conditions de leur polymorphisme anatomo-clinique*, par le Professeur Emile SERGENT. Un volume de 228 pages avec 27 planches hors texte : 34 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre groupe les publications personnelles de l'auteur qui marquent les étapes successives de la conception qu'un physiologue peut se faire aujourd'hui de l'évolution clinique générale de la tuberculose et des conditions qui régissent la pathogénie et les processus anatomo-cliniques des réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte.

Le oplymorphisme anatomo-clinique de la tuberculose implique la complexité des conditions étiologiques et pathogéniques qui régissent l'éclosion et le mode évolutif de la tuberculose. Il a son expression la plus variée chez le sujet adulte, chez qui, nous le savons, la tuberculose est un réveil d'une inoculation qui s'est produite pendant l'enfance et qui, insuffisamment forte ou virulente pour provoquer la mort, a laissé une empreinte définitive : le *terrain vierge* est devenu le *terrain tuberculisé*.

Lorsque ce réveil se produit, il se traduit par les manifestations anatomo-cliniques les plus diverses, dont la nature univoque n'est attestée que par la présence et la constatation du germe spécifique. Comment ce germe, à lui seul, peut-il provoquer, lorsqu'il colonise sur un terrain déjà tuberculisé, de si variables processus anatomo-cliniques ? Si d'autres conditions doivent exercer leur action, il convient d'abord de les chercher dans la variabilité probable du *germe* et du *terrain*, mais aussi dans la variabilité de la *voie de pénétration* et de *propagation du germe envahisseur*.

D'autre part, l'observation clinique permet de constater que très souvent les *réveils* de tuberculose apparaissent sans qu'aucune cause de contamination nouvelle intervienne, le sujet trouvant en soi même, les sources de la réinfection. Ces sources proviennent d'anciens foyers en sommeil pendant l'enfance et se réveillant à l'occasion d'une circonstance quelconque exerçant son action sur la résistance du terrain.

Cette notion *de la réactivation des foyers tuberculeux latents* est, pour le professeur Sergent, le pilier fondamental de l'explication des « réveils de la tuberculose chez l'adulte ».

Le *premier chapitre* est, en réalité, une introduction et contient l'exposé général et fondamental des idées et des faits réunis dans les chapitres suivants :

Le *second chapitre* : *La notion de la réactivation* est, en fait, la définition des bases fondamentales du travail : il a pour objet de définir et de démontrer la notion de réactivation des foyers tuberculeux anciens et de préciser la signification respective de la tuberculose active et de la tuberculose évolutive.

Dans les *trois chapitres qui suivent* : *Rôle du terrain, rôle du bacille, rôle de la voie de pénétration et de propagation du microbe*, sont réunis les travaux qui se réfèrent particulièrement à chacune de ces trois principales conditions étiologiques et pathogéniques.

Le rôle social et familial de la sage-femme, par A. LEMAIRE. Un volume in-8 couronne (12 × 19) de 144 pages, 7 fr. 50. Editions Mariage et Famille, 86, rue de Gegovie, Paris (14e).

Ce petit traité n'est pas seulement le manuel de la sage-femme, capable de lui donner, sous une forme claire et agréable, les conseils techniques indispensables pour remplir ses devoirs professionnels et ses devoirs envers l'accouchée et sa famille.

C'est aussi la défense et l'illustration d'une grande profession, jusqu'alors trop méconnue : certaines pages s'élèvent à des vues très générales et très belles sur la mission éducatrice et morale de la sage-femme, sur « son service social » dans notre monde si gravement atteint par des doctrines malsaines et des pratiques antinaturelles.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de vingt-sept cas de traumatismes craniens graves traités par la ponction lombaire

Par

M. PATEL
Professeur à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

et

F. LECLERC
Interne des hôpitaux

Au moment où la question des traumatismes craniens revient à l'ordre du jour, il est utile que chacun apporte ses statistiques et expose ses méthodes de traitement. Peu de questions ont été autant controversées, d'autant plus que les auteurs ne s'entendent pas toujours sur la gravité des cas auxquels ils appliquent leur traitement. La tendance, qui voulait que tout traumatisme cranien grave relève de la trépanation commence à disparaître ; toutefois dans un assez grand nombre de cas, en face d'un blessé du crâne, aujourd'hui comme autrefois, deux méthodes thérapeutiques s'affrontent : la trépanation et la ponction lombaire.

En 1908, pour la première fois Cushing appliquait aux fractures du crâne, la trépanation systématique sous-temporale qui lui avait été inspirée par le traitement des tumeurs cérébrales. Elle avait déjà été pratiquée depuis longtemps, dans les contusions craniennes en dehors des indications classiques que fournissent les épanchements sanguins, en particulier Jaboulay dès 1892, puis Albertin pratiquèrent la trépanation pariétale avec ouverture de la dure-mère.

Jaboulay pensait déjà au traitement de l'hypertension par le drainage du liquide grâce à l'ouverture de la méninge et écrivait que « la filtration du liquide s'opérerait ainsi de l'intérieur à l'extérieur, le trop plein s'écoulant à travers la plaie dure-mérienne ». C'est ce qu'il appelait la cicatrice filtrante. Enfin Albertin, bien avant Cushing, pratiqua la trépanation bilatérale. Mais, c'est le chirurgien américain qui proposa le premier la trépanation systématique et immédiate de tous les traumatisés craniens, par la voie sous-temporale.

En fait cette intervention uni ou bi-temporale destinée à prévenir tous les accidents et toutes les complications que peuvent présenter ces blessés a été assez peu pratiquée et l'on n'a pas encore de résultats d'ensemble. La trépanation primitive commandée par les symptômes quelque temps après l'accident a été faite beaucoup plus souvent (Alamartine, Y. Bourdres).

Cushing s'appuyait pour préconiser sa méthode sur certaines considérations. Selon lui la trépanation sous-temporale combat l'hypertension intracranienne et l'œdème cérébral inhérent à tout traumatisme encéphalique. De plus elle permet de découvrir un traumatisme extra-dural s'il existe ou de drainer une hémorragie sous-durale ; enfin sa technique particulièrement simple est peu choquante et évite les hernies cérébrales.

En résumé, exceptant les indications fournies par les épanchements sanguins où pour tous les auteurs, dès qu'on en perçoit les signes l'intervention s'impose, la trépanation systématique préventive est un mode de traitement de l'hypertension quelle qu'en soit sa nature. Elle agit en faisant baisser la tension du liquide céphalo-rachidien, le drainant dans le tissu cellulaire de la fosse temporale. Pour Vincent, la trépanation accompagnée de drainages des espaces sous-arachnoïdiens préviendrait de plus les complications méningo-encéphaliques.

En réalité ces accidents ne sont pas les seuls facteurs de gravité dans les traumatismes craniens et il existe d'ailleurs d'autres méthodes pour les éviter et les combattre. Le drainage du liquide céphalo-rachidien dans le tissu de la fosse temporale semble bien être illusoire, car rapidement il se forme des adhérences qui l'empêchent d'être effectif. Expérimentalement le liquide colorant injecté par la voie rachidienne ne se retrouve pas dans la région temporale (J. Patel). Cette trépanation qui doit donc abaisser l'hypertension ne la fera donc diminuer que momentanément et effectivement. J. Patel dans sa thèse montre qu'après une chute initiale elle remonte progressivement. L'intervention chirurgicale ne peut rien sur les lésions destructives, sur la contusion cérébrale en particulier qui échappe à toute thérapeutique. La méthode de Crémieux et Arnaud ne s'adressant qu'à des cas où l'on connaît le siège exact du foyer de contusion est sans effet si ceux-ci sont disséminés et ne peut être employée dans la pratique. Enfin trépaner pour prévenir la méningo-encéphalite c'est intervenir pour protéger d'une complication bien hypothétique. A côté de la trépanation uni ou bi-temporale avec ouverture de la dure-mère faite préventivement ou précocement, l'on trouve un autre procédé plus simple moins choquant : la trépanation simple sans ouverture de la méninge. Cette méthode ne vise elle aussi, qu'à traiter l'hypertension, mais comme l'ont montré les expériences de Barre et Morin elle n'abaisse la tension du liquide, ni rapidement ni d'une façon définitive.

Quels sont les résultats publiés par les chirurgiens interventionnistes

J. Patel dans sa thèse trouve onze cas de trépanations préventives dans les documents publiés, avec six guérisons et cinq morts. Pour les opérations précoces l'on trouve également des chiffres élevés de mortalité ; J. Patel a deux morts sur trois cas ; Y. Bourdres donne une mortalité de 45 % des cas ; Custer de 47 %. Ces chiffres ne tiennent compte d'ailleurs que des résultats précoces et ne donnent aucun aperçu sur les suites éloignées.

Cushing prétendait que l'intervention précoce prévenait les accidents tardifs ; sur ce point les chirurgiens sont loin d'être d'accord. Lecène, Auvray le nient et l'observation classique de Jacob est en contradiction avec l'affirmation de Cushing.

Quels sont les résultats et les avantages de la ponction lombaire ?

En dehors des épanchements sanguins intra ou extra dure-mériens ; si le péril est avant tout l'hypertension intracranienne ; il n'y a pas de méthode plus sûre pour la faire baisser que la ponction. La chute de pression qui suit la ponction est immédiate, elle est sans doute moins forte que celle que procure la trépanation et dure peu ; mais la ponction a l'immense avantage de pouvoir se répéter autant qu'il est nécessaire. Elle est simple à pratiquer, mais il faut savoir qu'on doit le faire dans le décubitus latéral, contrôlant la pression par la manomètre de Claude au début et à la fin de l'opération et ne soustrayant de liquide que la quantité nécessaire pour ramener cette pression à la normale.

Les arguments théoriques pour la défendre ne manquent point. Elle lutte contre l'hypertension ; comme nous l'avons

vu elle combat l'œdème cérébral, comme l'écrit Lecène, à moins de frais que la trépanation, elle enlève le sang des espaces sous-arachnoïdiens où il irrite les plexus choroïdes; elle combat enfin l'intoxication hématique (Muret). Au choc traumatique, elle n'ajoute pas de choc opératoire. On a voulu représenter les ponctions répétées comme une torture pour le malade, cela est certainement très exagéré; ou le malade est obnubilé et il ne la sent point, ou grâce à la ponction il reprend peu à peu connaissance et il la subit sans appréhension car elle le soulage et diminue ses maux de tête. Dans un article paru en 1929, l'un de nous publiant sa statistique des années précédentes montrait les excellents résultats obtenus par des ponctions en séries. Les vingt-huit observations publiées se divisaient en deux groupes : un premier comprenant neuf trépanations avec six guérisons et trois morts ; un deuxième avec dix-huit ponctions lombaires et quinze résultats excellents. Depuis cette époque nous avons pratiqué systématiquement la ponction chez tous nos traumatismes craniens, réservant la trépanation à des indications bien précises. Voici les résultats de cette manière de faire ; notre statistique compte vingt-sept cas choisis uniquement parmi les contusions craniennes graves soignées dans notre service.

Observations

OBSERVATION N° 1. — L. Claudius, 25 ans (7 novembre 1929). Accident de moto datant de 48 heures ; obnubilation complète, pouls 52, sang coagulé dans les oreilles, pas de paralysie oculaire, ni dans les membres. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension 21. Le 9 novembre 1929, ponction lombaire sanglante. Tension 45. Les jours suivants disparition des symptômes. Sort du service guéri.

OBSERVATION N° 2. — B..., 24 ans (18 novembre 1929). Chute du premier étage, arrive très choqué, complètement obnubilé. Pouls ralenti, pas de paralysie, pas de signes oculaires. Ponction lombaire, liquide clair. Tension 30. Le pouls s'accélère. Le 19 nouvelle ponction lombaire, le malade sort du coma. Les jours suivants ponction lombaire quotidienne, disparition des symptômes. Le malade sort guéri du service.

OBSERVATION N° 3. — B..., Félix, 45 ans (6 janvier 1930). Chute de trois mètres de haut. Arrive sans connaissance. Plaie temporo-pariétale gauche. Ecchymoses palpébrales et conjonctivales gauches. Pas de paralysie ni oculaire ni segmentaire. Ponction lombaire, liquide sanglant hypertendu. Le lendemain nouvelle ponction lombaire, le malade sort du coma. Ponction lombaire quotidienne, disparition des symptômes. Sort du service guéri.

Malade revu le 26 janvier 1930. Excellent état général, a repris ses occupations. Activité normale. Etat mental : pas de perte de mémoire. Les réflexes aux membres supérieurs et inférieurs sont normaux. Les réflexes oculaires également. Pas de troubles des sens. En somme guérison complète.

OBSERVATION N° 4. — T..., Frédéric, 27 ans (3 novembre 1930). Chute de moto 48 heures auparavant, malade dans le coma. Pouls 76, otorragie gauche. Pas de paralysie ni de la face, ni des membres. Ponction lombaire, liquide sanglant, hypertendu; le lendemain malade resté dans le coma, apparition de raideur de la nuque, de céphalées et du signe de Kernig. Ponctions lombaires quotidiennes. Le malade sort peu à peu du coma, disparition des céphalées, guérison complète. Séquelle, légère surdité.

Revu le 21 janvier 1932. Excellent état général, pas de troubles du psychisme, ni de réflexes.

OBSERVATION N° 5. — P..., 21 ans (17 août 1930). Accident de moto, arrive dans le coma, otorragie droite, plaie pariéto-occipitale. Pouls à 50. Pas de paralysie, ni oculaire, ni segmentaire. Ponction lombaire, liquide très sanglant hypertendu. Les jours suivants, ponctions lombaires quotidiennes. Le malade reprend connaissance, quelques jours après tous les symptômes ont disparu et il sort du service sans séquelles.

OBSERVATION N° 6. — D..., 29 ans (16 novembre 1930). Accident de moto, arrive sans connaissance; otorragie droite, plaie occipitale. Pouls 90. Hématémèse. Le 17 novembre 1930, ponction lombaire, liquide sanglant hypertendu ; la température est à 38°. L'otorragie persiste le 18 novembre 1930. Pouls à 80, agitation . Ponction lombaire, liquide très rouge. Le 21 le malade va mieux mais liquide toujours sanglant. Le 29, le malade subit des ponctions lombaires répétées, on les cesse car tous les symptômes ont disparu. Rentre chez lui sans séquelles.

OBSERVATION N° 7. — C..., 46 ans (21 février 1931). Accident d'auto. Pas de perte de connaissance, plaie frontale. Ecchymoses conjonctivales. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension 20. Queckenstedt libre ; ponctions le lendemain ; liquide sanglant. Sort guéri au bout de quelques jours.

OBSERVATION N° 8. — S... Léon, 59 ans (8 avril 1931). Malade dans le coma. Pas de renseignements sur l'accident. Plaie sous orbitaire droite avec légère fissure. Ecchymoses palpébrales. Pas de troubles oculaires, pas de paralysie. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension au Claude 6 avec deux appareils différents. Queckenstedt libre. Eau distillée intraveineuse. Le lendemain la tension a remonté ; les jours suivants le malade sort du coma et sort guéri du service le 4 mai 1932.

OBSERVATION N° 9. — B..., 27 ans (12 août 1932). Chute dans un escalier. Otorragie, pas de paralysie, pas de signes oculaires. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension 30. Le 13 août, le pouls est à 60. Température 38°6 ; pas de signes de localisation. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension 25, les signes disparaissent. Le 14, nouvelle ponction lombaire. Tension 20. Sort guéri.

OBSERVATION N° 10. — C..., Jules. Violent traumatisme. Malade très obnubilé. Pas de signes de localisation. Paralysie du moteur oculaire externe. Ponction lombaire, liquide sanglant, hypertendu. Ponctions lombaires répétées, sort guéri.

OBSERVATION N° 11. — C.-S..., Charles, 34 ans (22 août 1932). Chute de moto, arrive dans le coma. Paralysie du moteur oculaire externe. Pas de paralysies des membres. Pouls 80. Ponction lombaire, liquide sanglant hypertendu. Ponctions lombaires en séries, les signes disparaissent. Le malade sort du service en se plaignant de céphalées qui persistent quelque temps.

Le 22 janvier 1933. Les céphalées ont complètement disparu. L'état du malade est excellent. Psychisme normal. La paralysie du moteur oculaire droit externe persiste.

OBSERVATION N° 12. — H..., Louis, 33 ans, (30 septembre 1931). Accident de moto. Arrive dans le coma. Otorragie. Paralysie faciale. Pas de paralysie des membres. Ponction lombaire, liquide sanglant, hypertendu. Ponctions lombaires en séries sort guéri. Le 23 janvier 1933 malade en excellent état, la paralysie a disparu. Psychisme normal. Le malade a repris ses occupations.

OBSERVATION N° 13. — C..., Henri (30 octobre 1931). Tentative de suicide. Malade sans connaissance, otorragie. Ecchymoses palpébrales. Pas de signes oculaires. Pas de paralysie. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension au Claude en position habituelle 80. Le 2 novembre 1932, ponction lombaire, liquide sanglant. Tension 45. Séries de ponctions lombaires le malade sort guéri. Le 23 janvier 1933, bon état général. Pas de séquelles autre qu'une légère diminution de mémoire accusée par le malade. A repris son métier de charpentier.

OBSERVATION N° 14. — G..., Dominico, 68 ans (5 janvier 1932). Tentative de suicide. Blessé très agité. Plaies superficielles. Ecchymoses palpébrales sous-conjonctivales, mastoïdienne. Pas de paralysie. Pas de signes oculaires. Pouls 70. Ponction lombaire, liquide sanglant, hypertendu. Ponctions lombaires en séries jusqu'au 13 janvier 1932, le liquide est normal ainsi que la tension. Sort guéri.

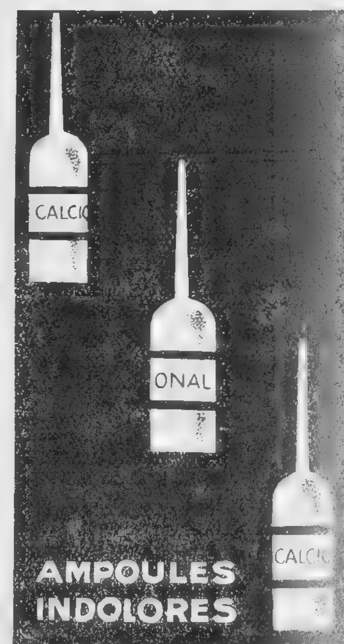
OBSERVATION N° 15. — N..., 19 ans (12 juillet 1932). Accident de moto. Malade dans le coma. Pas de paralysies. Pas de signes oculaires. Ponction lombaire, liquide sanglant. Après la première ponction le blessé sort peu à peu du coma. Deuxième ponction lombaire, liquide sanglant. Le 14 juillet, le pouls qui était normal se ralentit à 58, un peu de Kernig. Ponction lombaire sanglante. Le 20 juillet ponction lombaire normale. Le malade rentre chez lui guéri.

Malade revu le 26 janvier 1933, se plaint de quelques maux de tête. Excellent état général. A repris ses occupations.

OBSERVATION N° 16. — G..., Henri, 30 ans (13 septembre 1932). Accident de moto. Arrive dans le coma. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension 20. Pas de paralysies. Pas de signes oculaires. Pouls 70. Le 15, pouls à 52. Ecchymoses mastoïdiennes bilatérales. Malade somnolent. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension 20. Queckenstedt libre. Le 17, ponction lombaire, liquide clair. Tension 18. Le malade va beaucoup mieux. Le 20, ponction lombaire, liquide clair. Tension 20. Sort guéri du service.

OBSERVATION N° 17. — C..., 60 ans. Renversé par une auto. Pouls à 70. Le malade a sa connaissance, il ne présente pas de


CALCIONAL
CALCIONAL
CALCIONAL
COMPRIMÉS SANS GOUT


CALCIO
ONAL
CALCIO
AMPOULES INDOLORES

signes oculaires, ni de paralysies. Ponction lombaire, liquide sanglant, hypertendu. Ponctions lombaires répétées. Amélioration. Sort guéri.

Observation n° 18. — S..., Maria, 50 ans. Renversée par une auto le 7 juin 1930. Arrive sans connaissance. Ecchymose conjonctivale gauche. Pas de paralysies, ni de signes oculaires. Fracture du coude. Ponction lombaire, liquide sanglant, hypertendu. Malade reprend peu à peu connaissance. Ponctions lombaires en séries. Sort guérie.

Observation n° 19. — V..., Marie, 53 ans. Accident d'auto (6 février 1930). Arrive dans le coma. Contusions multiples. Ecchymoses conjonctivales droites. Pas de paralysies. Pas de signes oculaires. Pouls à 100. Ponction lombaire, liquide sanglant, hypertendu. Le 7 février, la ponction lombaire fait sortir la malade de sa torpeur. Sort guérie du service après une série de ponctions lombaires.

Observation n° 20. — H..., Jeanne, 26 ans, le 15 juillet 1931 accident d'auto. Arrive dans le coma. Pas de paralysie ni oculaire ni périphérique. Ponction lombaire, liquide hémorragique hypertendu. Le 16, liquide plus clair, hypertendu. Amélioration de l'état de la malade. Le 17, liquide ambré. Sort guérie.

Observation n° 21. — V..., Marguerite, 15 ans 1/2 (9 décembre 1931). Accident d'auto. Arrive dans le coma. Ponction lombaire sanglante. Reprend connaissance à la suite de ponction. Le 10, légère torpeur. Otorragie droite. Pas de signes de paralysie. Ponction lombaire, liquide sanglant, hypertendu. Le 12, ponction lombaire sanglante encore. Le 15 décembre 1931, liquide ambré. Tension 25. Sort guérie du service le 4 janvier 1932.

Observation n° 22. — B..., 31 ans. Accident d'auto. Relevé sans connaissance. Ponction lombaire, liquide sanglant. Le 27, le malade est toujours dans le coma. Pas de signes de paralysie. Pouls à 120. Température 38°. Ecchymoses temporales. Ponction lombaire, liquide sanglant le 27 ; le malade toujours obnubilé. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension : 35 ; le 4 juillet 1929, le malade va mieux ; mais ponction lombaire montre une tension à 38. Ponctions lombaires en séries ; sort guéri du service.

Observation n° 23. — C..., 22 ans (19 janvier 1931). Le malade reçoit un coup de poing dans la région mastoïdienne. Un mois après entre dans le service, avec des vomissements et des maux de tête. L'examen ne montre pas de signes de paralysie, pas de troubles oculaires, le pouls est à 58. Ponction lombaire, liquide clair. Tension 12. l'épreuve de Queckenstedt n'amène pas d'élévation de la pression au manomètre. Examen du liquide. Présence de quelques hématies. Séries de ponctions lombaires le 27 janvier 1931. Apparition de signes méningés (Kernig), disparition des réflexes. Pouls à 60. Ponction lombaire, liquide jaune. Tension 35, Queckenstedt libre. Le 28, grosse amélioration des signes. Le 29, les signes méningés disparaissent. Le 31, l'état s'aggrave à nouveau. Céphalées. Tension 28. Le 4 février 1931, tension 22. Le 8 février 1931, tension 25. Le 11, nouvelle poussée d'hypertension. Tension 35. Les jours suivants, tension redevient normale. Le 6 mars 1931, le malade sort guéri. Revu le 29 *janvier* 1933, deux ans après. Etat de santé excellent, a repris ses occupations ; le malade ressent une « légère sensation » de gêne après un gros effort. Les maux de tête ont disparu complètement. L'état psychique est normal. Les réflexes sont normaux.

Observation n° 24. — C..., Eugène, 58 ans (16 janvier 1933). Malade arrive dans le coma. Température 38°5. Pouls à 75. Pas de paralysie, cependant réflexes rotuliens absents. Ptosis de la paupière gauche. Pas de signes oculaires, de plus on note de la raideur de la nuque et du Kernig. Ponction lombaire, liquide sanglant. Le 18, tension 27. Queckenstedt libre. Le 21, tension 30. Le 23, tension 35, liquide toujours sanglant. Le 25, tension à 23, liquide légèrement jaune ; le malade va nettement beaucoup mieux, s'exprime facilement, les signes ont disparu. Le 28, tension 23. Le malade va tout à fait bien. Le 15 février 1932, malade va très bien. Etat général excellent, pas de séquelles.

Observation n° 25. — D... 26 ans (7 avril 1930). Chute de moto, malade très obnubilé, souffre énormément de la tête. Pouls à 80. Vomit plusieurs fois, examen négatif ; pas de signes de localisation. Ponction lombaire, liquide sanglant, hypertendu. Ponctions lombaires répétées, le coma augmente. Mort le 12 avril 1930. Autopsie impossible.

Observation n° 26. — C..., (8 décembre 1931). Malade amené dans le coma. Plaie fronto-pariétale gauche légère ; pupilles dilatées des deux côtés, pas d'otorragie. Ponction lombaire, liquide sanglant. Le 9, ponction lombaire sanglante. Tension 12. Queckenstedt libre. Eau intraveineuse. Le 11, décès sans avoir repris connaissance. L'autopsie montre : 1° hémorragie méningée ; 2° à gauche hématome au-dessous du bord tranchant du sphénoïde ; 3° une fissure allant de la région temporale gauche à la selle turcique et une deuxième fissure allant de la région temporale au plancher orbitaire parallèle à la première ; à droite rien. La coupe du cerveau montre que toute la substance blanche est recouverte au niveau des deux lobes frontaux d'un piqueté hémorragique intense.

Observation n° 27. — M..., 47 ans (13 mars 1931.) Arrive dans le coma après un grand traumatisme. Le pouls est à 60. Pas de paralysie ; réflexes normaux : mydriase droite. Ponction lombaire, liquide rouge, hypertendu. La radiographie montre un trait de fracture à la base vers la fosse temporale gauche et vers la bosse frontale droite. Le 15, le malade est dans un état très grave. Coma-stertor, température à 40. Membres flasques. Aréflexie complète des membres inférieurs. *Le 16, intervention* ; on n'intervient sur les indications que fournit l'état du malade plus que sur les signes de localisation. Trépanation sous-temporale. L'on trouve un hématome extra-dure-mérien que l'on évacue. Le 17, mort dans le coma, avec respiration type Cheyne-Stokes. Autopsie. L'on trouve un hématome occupant la zone de décollement correspondant au sinus longitudinal supérieur. Sous la dure-mère hémorragie méningée très abondante occupant la face convexe de l'hémisphère droit de la région rolandique et de la scissure sylvienne. Contusion cérébrale intense à la coupe du cerveau.

Observation n° 28. — L..., André, 23 ans. Tombé d'un deuxième étage. Arrive dans le coma. Ecchymoses palpébrales et sous-conjonctivales gauches. Ecchymoses temporales. Pas de paralysie. Pouls à 70. Ecoulement de sérosités sanguinolentes par le nez. Ponction lombaire, liquide sanglant. Tension 22 normale. L'examen révèle encore une fracture de la jambe gauche au tiers inférieur et une fracture du radius droit. Ponction lombaire ; malade meurt sans avoir repris connaissance deux jours après son entrée.

L'on remarque en premier lieu dans cette statistique que sur 28 blessés un seul a été opéré, celui de l'observation n° 27. Il ne présentait aucun signe de localisation, mais devant l'aggravation de l'état général, l'augmentation du coma qui devenait plus profond et de la température qui montait à 40° on décida l'intervention. L'intervention permit de découvrir un hématome extra-dural que l'on évacua, mais les symptômes ne disparurent pas et le lendemain le malade mourait. L'autopsie montra que les lésions étaient beaucoup plus complexes qu'un simple épanchement sanguin et que pour être traitées chirurgicalement, elles auraient nécessité une intervention telle qu'elle n'aurait pas été supportée par un blessé dans le coma. Les vingt-sept autres malades ont été traités par les ponctions lombaires répétées associées ou non à une médication hypo-ou hypertensive, sous le contrôle constant de la tension du liquide prise au Claude dans le décubitus latéral. Vingt-trois sont sortis guéris ; malgré nos efforts pour revoir les blessés nous n'avons pu en examiner que sept d'entre eux. Tous présentaient un excellent état général, avaient repris leurs occupations sans aucune gêne comme le montre leur observation.

Cependant toutes ces observations appartiennent à des traumatisés du crâne, amenés dans le service dans un état grave ; certains d'entre eux se présentaient dans un état très alarmant : coma complet, stertor, température élevée (Observations, n°s 1, 4, 14, 15, 21, 22, 23) ; dans tous les cas les ponctions lombaires ont amélioré les symptômes dans un premier temps, diminuant l'obnubilation et les maux de tête, augmentant la rapidité du pouls et ultérieurement, elles les ont atténués puis fait complètement disparaître.

Il nous reste à examiner les observations n°s 24, 25 et 27, ces trois blessés étant morts en effet malgré les ponctions lombaires. Le n° 24 est arrivé dans notre service dans un état de choc intense, le traumatisme avait été violent (chute de moto), il est mort rapidement malgré le traitement ; l'autopsie ne put être faite.

Le malade n° 25 mort au troisième jour sans avoir repris connaissance put être autopsié. La vérification montra

◆◆◆

des désordres anatomiques au-dessus des ressources de la chirurgie, contusion cérébrale intense, hémorragie méningée, hématome localisé.

Quant au no 26 le traumatisme avait été si violent qu'il occasionnait non seulement une fracture du crâne mais une fracture de la jambe et une fracture du radius. Dans les deux derniers cas, il nous semble bien que ni la ponction lombaire ni la trépanation uni-ou bilatérale ne pouvaient sauver les malades.

En résumé, sur vingt-huit traumatismes nous trouvons vingt-trois guérisons uniquement dues à la ponction, soit 85 % de résultats favorables, chiffre très impressionnant qui vient renforcer ceux que nous avons donnés en 1929.

Auvray rapporte dans sa statistique récente des chiffres qui sont également très démonstratifs, quarante-sept traumatismes craniens avec onze morts et trente-quatre guérisons; parmi ces onze morts sept d'entre eux ne pouvaient être sauvés ni par la trépanation ni par la ponction. Il insiste sur ce fait que dix-sept des trente-quatre traumatismes guéris étaient des cas particulièrement graves.

L'on voit donc que si l'on excepte les enfoncements, les hématomes extra-ou intra-duraux où l'indication opératoire est formelle, les indications d'intervenir sont peu précises et discutables.

L'œdème cérébral avec hypotension rachidienne et hypertension cranienne est-il une indication opératoire ?

Nous apportons une observation (Obs. no 22) où la ponction guérit l'œdème et Lecène, comme nous l'avons déjà écrit, pense qu'on peut le combattre à moins de frais qu'avec une trépanation. Lorsque la ponction lombaire semble inefficace, que malgré les ponctions répétées le coma se prolonge trois ou quatre jours après le traumatisme, que l'état s'aggrave en dehors de tous signes de localisation, la conduite à tenir est beaucoup plus difficile à définir. Presque tous les auteurs pensent que c'est là une indication opératoire et nous l'avons suivie dans le cas de notre malade de l'observation no 26. En réalité, il semble que dans ces cas ni la ponction, ni la trépanation ne sont susceptibles à elles seules d'améliorer le malade. Leur gravité dépend le plus souvent avant tout de la contusion cérébrale, selon qu'elle est plus ou moins intense le blessé peut guérir ou non, mais, en tout cas nous restons parfaitement désarmés devant elle.

BIBLIOGRAPHIE

Alamartine. Trépanation décompressive précoce et traumatisme cranio-encéphalique fermé. *Lyon Chirurgical* no 5, sept.-oct. 1921.

Arnaud et Crémieux. A propos de quelques traumatismes fermés du crâne. Peut-on localiser la contusion encéphalique en foyer ? *Revue de neurologie*, juin 1929.

Auvray. Maladie du crâne et de l'encéphale. Traité Delbet, 1931.

Auvray. Remarques à propos de 51 cas personnels de traumatismes craniens, fractures et contusions cérébrales. *Gazette des hôpitaux*, nov. 1927.

Barré et Morin. Modification de pression du liquide céphalo-rachidien pendant la décompression. *Revue de neurologie*, 1922, no 3.

Y. Bourdes. Traitement des traumatismes craniens fermés. *Marseille Médical*, 1925.

Bressot. L'heure de la trépanation dans les traumatismes craniens fermés. *Progrès Médical*, 1930.

Cushing. Opération décompressive sous-temporale pour les complications intra craniennes associées aux fractures graves du crâne. *Annales of Surgery*, no 5, mai 1908.

Jobelin. Mortalité dans les fractures de la base du crâne. Thèse de Lyon, 1920.

Laroyenne et Treppoz. Valeur de la trépanation simple contre les accidents diffus des traumatismes craniens. *Lyon Médical*, juillet 1928.

De Martel. Diagnostic du syndrome d'hypertension intracranienne et traitement. *Journal Médical français*, 15 mai 1924.

Patel M. Fracture du crâne (étage moyen) déchirure de l'artère méningée moyenne. Intervention, guérison. *Lyon Médical* 1910.

M. Patel et Carcassonne. A propos de 28 cas de traumatismes craniens. *Progrès Médical*, 1929.

J. Patel. Les accidents précoces des traumatismes cranio-encéphaliques fermés. Thèse, Paris, 1931.

Raud et Nielsen. Fractures du crâne. Analyse de 171 cas. Diagnostic et des traitements des lésions cérébrales associées. *Archives of Sugery*, sept. 1926.

Roux-Berger. Quatre cas de traumatismes craniens traités par la trépanation sous-temporale, méthode de Cushing (*Bulletin et Mém. de la Société de chirurgie de Paris*, 1921, p. 221) et discussion.

Savy. La ponction lombaire dans les traumatismes craniens. *Lyon Chirurgical*, mai 1909.

Vincent et de Martel. Diagnostic et traitement du syndrome d'hypertension intra cranienne. *Presse Médicale*, 1925.

Yodice. Trépanation décompressive de Cushing dans les fractures du crâne et les contusions cérébrales intenses. *Semaine Médicale*, décembre 1926.

Forme pseudo-épidydimaire des tumeurs du testicule

Par MM. **BRÉCHOT** et **REINHOLD**

Le diagnostic des tumeurs des testicules, sur lequel tout récemment encore M. Chevassu a attiré l'attention, présente quelquefois des difficultés dues à l'évolution morphologique de la tumeur. Et c'est un de ces cas que nous allons relater ici :

L. J..., 34 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 décembre 1932 pour une tumeur des bourses. Le début de la maladie remonte au mois d'août 1932. Le malade se rendit compte que depuis ce moment son testicule droit augmentait de volume. Il sentait une gêne légère, sans éprouver à la vérité de douleur réelle. Il n'attachait pas autrement d'importance à ce fait ; mais ses loisirs de chômeur actuel lui laissent la large disposition d'un temps qu'il utilise à se soigner.

L'examen de ce malade montre l'existence au niveau de la moitié droite des bourses d'une tumeur irrégulière, ovalaire, à grand axe vertical (15 centimètres environ), à petit axe antéro-postérieur (de 6 centimètres). L'aspect du tégument est normal sauf l'état de légère distension qui déplisse la peau scrotale. Cette tumeur occupe la région scrotale droite mais remonte dans la région funiculaire vers le canal inguinal. Son aspect irrégulier rappelle, à l'inspection seulement, déjà, un aspect particulier. En bas et en avant on devine une masse régulièrement ovalaire tandis qu'un fuseau apparaît en arrière qui se continue avec le prolongement que nous avons signalé au niveau de la région funiculaire. La peau du scrotum n'est pas modifiée. Elle se laisse plisser facilement quoique tendue par le développement de la tumeur. Au-dessous d'elle on plisse la vaginale. L'exploration de la masse permet de reconnaître une grosse masse principale antéro-inférieure, dure, quoique un peu élastique, régulière et de surface lisse. En arrière d'elle et au-dessus se trouve, la coiffant véritablement en cimier de casque, une masse secondaire dont l'extrémité supérieure remonte vers le cordon.

Un sillon profond sépare nettement ces deux masses et l'ensemble se présente comme un gros testicule coiffé d'un plus gros épididyme véritablement monstrueux. La consistance de cette masse postérieure est rénitente Il n'existe aucune douleur à la palpation. Le cordon est sensiblement normal, à peine un peu plus fourni par la dilatation veineuse. Il n'est pas infiltré. L'artère funiculaire ne bat pas plus qu'à l'ordinaire. La masse est opaque à la lumière. Il n'existe pas d'épanchement dans la vaginale. Il n'y a pas de chaleur locale.

L'exploration du cordon dans sa continuité avec le testicule montre l'existence d'un petit fuseau plaqué contre la face postérieure de la masse speudo épidydimaire. Cependant même par la manœuvre de Chevassu on ne peut pas percevoir une saillie qui puisse être considérée comme étant la tête de l'épididyme.

Le testicule du côté opposé est normal.

Le toucher rectal ne révèle aucune anomalie. La prostate et les vésicules sont de volume et de consistance normales. L'exploration de l'abdomen ne révèle pas de tumeur lombaire. L'expression de la verge, non plus que le massage de la prostate ne font soudre d'exsudat uréthral.

L'examen général du malade ne révèle aucune tare importante. Pas de syphilis, pas de tuberculose. Le malade n'a pas de fièvre.

En présence de ces signes quel diagnostic poser ? Evidemment la première idée serait de parler d'épididymite anormalement développée véritablement monstrueuse, et de rattacher ensuite cette lésion à la tuberculose, syphilis ou blennorrhagie ne prêtent guère à cette erreur. La blennorrhagie ne peut être retenue étant donnés l'indolence absolue, l'aspect froid de la lésion, et l'anamnèse, ainsi que les résultats de l'exploration uréthroprostatique.



Aspect clinique

La syphilis atteint en général le testicule plutôt que l'épididyme. Il existe bien une forme épydydimaire de la syphilis décrite par Dron. Cette forme n'atteint que rarement l'épididyme dans sa totalité et le processus scléreux y provoque des indurations plus ou moins confluentes. C'est un accident secondaire survenant environ quatre mois après le chancre. Ce diagnostic ne pouvait être admis cliniquement et de plus aucun signe de spécificité n'existait.

Les autres possibilités d'épididymites infectieuses aiguës ou subaiguës n'étaient pas même à retenir.

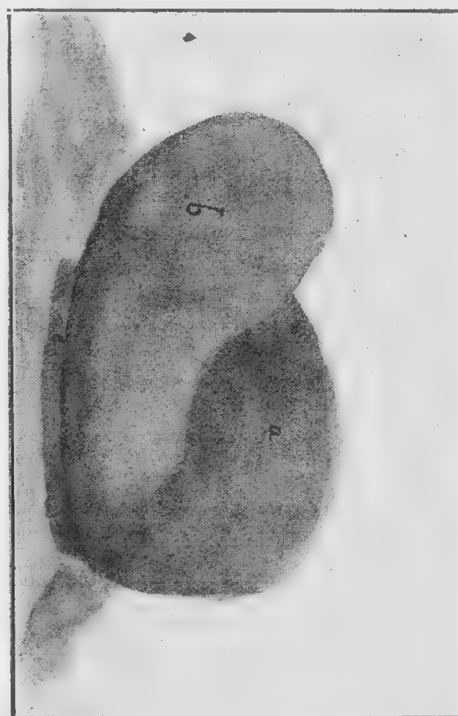
La tuberculose ne laisserait pas, au cours de l'évolution d'une telle lésion épididymaire, un cordon aussi souple, une prostate et des vésicules séminales en aussi parfait état.

Il fallait donc analyser à nouveau les signes observés et en faire la critique serrée.

Etait-on vraiment en présence d'une épididymite ? Le sillon qui séparait les deux masses était très net en avant, mais en arrière il était plus estompé et même effacé vers le milieu. Par ailleurs le cordon arrivait à l'extrémité du testicule et de la masse postérieure, et là, s'épanouissait sur cette masse sans que l'on puisse cependant dire qu'il se continuait vraiment avec elle. Il n'y avait aucune réaction au niveau du cordon ou de la vaginale. C'est un signe important des tumeurs des testicules. Nous avions souvenir en outre d'un cas analogue présenté par Chevassu à la Société de Chirurgie et qui était un cancer du testicule dont le développement irrégulier lui donnait l'apparence d'un testicule subnormal coiffé d'un monstrueux épididyme. C'est le diagnostic de tumeur néoplasique du testicule que nous avons retenu et l'intervention nous en donna confirmation.

Compte rendu opératoire

Anesthésie à l'éther. Il existe une très minime quantité de liquide dans la vaginale. La tumeur est facilement extériorisée et reconnue comme étant formée uniquement par le testicule. On retrouve du reste l'épididyme en arrière, étalé contre la tumeur, un peu atrophié, mais non inflammatoire et de consistance normale. On pratique une castration totale mais sans dissection étendue le long du pédicule.



Aspect macroscopique du néoplasme

Examen de la pièce. On voit en (a) la masse qui semble être le testicule et en (b) celle qui semblait être l'épididyme, en (c) l'étalement du cordon sur la face postérieure de la tumeur. L'épididyme était méconnaissable et très atrophié.

Examen microscopique : épithélioma seminifère.

Nous pensons qu'il est utile d'appeler l'attention sur ces formes pseudo-épididymaires du néoplasme du testicule qui s'écartent du tableau clinique habituel.

« Au Maroc, la lutte contre les maladies sociales (syphilis, blennorragie, surtout) que les indigènes acceptent presque comme un bienfait des cieux, puisqu'ils sont allés jusqu'à les appeler : syphilis = «graine de fleurs » et blennorragie — « purification », a été très dure . . . En 1930, il a été fait 298.120 injections dont les quatre cinquièmes sont des injections de sels arsenicaux : 98 kilogr. de novarsénobenzol ont été consommés, cette même année ». (M. PÉRIALE. — La protection de la Santé publique au Maroc. *Paris Médical*, 11 mars 1933.)

L'état actuel de la chimie de la digitale

Par M. RAYMOND-HAMET

(2e article)

I GLYCOSIDES DES GRAINES DE DIGITALIS PURPUREA

1o Glycosides à action cardiotonique

1. Digitalinum verum ou Digitaliverine

Isolé d'abord à l'état amorphe et quelque peu impur par Schmiedeberg (1) qui le désigna sous le nom de *digitaline*, le principe actif essentiel des graines de *Digitalis purpurea* a été préparé à l'état pur mais cependant non cristallisé par Kiliani (2) qui lui conserva tout d'abord son nom de digitaline mais admit bientôt, pour éviter des confusions, que ce nom soit précisé par une épithète : la digitaline de Schmiedeberg devint ainsi le *digitalinum verum* de Kiliani.

D'après Windaus (3), le digitalinum verum a pour formule $C^{36} H^{56} O^{14}$. Traité par les acides, il se dédouble, d'une part en deux molécules de sucre, une de glycose et une de digitalose, d'autre part en une molécule d'une aglycone qui, dans les conditions du dédoublement, se transforme aussitôt en un dianhydro-dérivé qui est la digitaligénine : $C^{23} H^{30} O^{3}$.

2. Digitaléine des graines

Schmiedeberg (1) a désigné, sous le nom de *digitaléine*, une substance amorphe et impure agissant sur le cœur comme sa digitaline (c'est-à-dire comme le digitalinum verum) mais se distinguant de cette substance par sa grande solubilité dans l'eau.

Après avoir considéré l'existence de la digitaléine comme très discutable (4), Kiliani a réussi, en collaboration avec Windaus (5), à extraire, de la digitaline allemande préalablement débarrassée de son digitalinum verum et de sa digitonine, une très faible quantité d'une substance amorphe hydrosoluble, physiologiquement active, qui lui a paru être une digitaléine au sens de Schmiedeberg.

On doit cependant reconnaître que l'existence de la digitaléine des graines, en tant qu'espèce chimique, n'est nullement démontrée.

2o Glycosides saponiniques

1. Digitonine

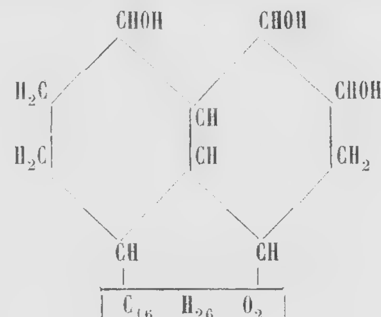
Préparée d'abord à l'état amorphe et impur par Schmiedeberg (1), la *digitonine* a pu être obtenue à l'état cristallisé par Kiliani (6) qui lui a consacré de très nombreux travaux (7). Toutefois Windaus (8) a montré que cette digitonine cristallisée était encore souillée de gitonine et d'autres saponines, ce que Kiliani (9) reconnut exact.

(1) SCHMIEDEBERG. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 3, 1874, p. 16.
(2) KILIANI. — *Archiv. d. Pharmazie*, t. 230, 1892, p. 250, t. 233, 1895, p. 299 et 698, t. 252, 1914, p. 26. *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 31, 1898, p. 2454 et t. 34, 1901, p. 3561.
(3) A. WINDAUS. — *Nachricht. d. Gesellsch. d. Wissensch. zu Göttingen, Math. Phys. Klasse*, 1927, p. 422.
(4) H. KILIANI. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 233, 1895, p. 299.
(5) H. KILIANI et WINDAUS. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 237, 1899, p. 458.
(6) KILIANI. — *Ber. d. deutsche. chem. Gesellsch.*, t. 23, 1890, p. 1555.
(7) KILIANI et WINDAUS. — *Ibid.*, t. 32, 1899, p. 2201, et *Arch. d. Pharmazie*, t. 237, 1989, p. 466. KILIANI. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 231, 1893, p. 460 et *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 43, 1910, p. 3562.
(8) A. WINDAUS et A. SCHNECKENBURGER. — *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 46, 1913, p. 2628.
(9) H. KILIANI. — *Berichte d. deutsche. chem. Gesellsch.*, t: 49, 1916, p. 701 et *Arch. d. Pharmazie*, t. 254, 1916, p. 255.

D'après Windaus et Weil (1), la digitonine pure aurait pour formule $C^{55} H^{90} O^{29}$. Quand on la traite par les acides, elle se dédoublerait suivant le schéma suivant :



Toutefois Windaus (2) reconnut que la digitonine forme avec la gitonine des cristaux mixtes et qu'il est presque impossible de l'obtenir à l'état absolument pur. Il (3) a pu toutefois préparer une digitogénine parfaitement pure dont la formule serait



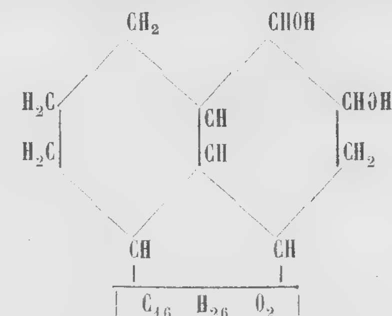
2. Gitonine

Cette saponine a été séparée de la digitonine par Windaus et Schneckenburger (4) qui l'ont obtenue à l'état pur mais amorphe. Elle se dédoublerait par les acides suivant le schéma que voici :



Kiliani (5) a réussi à obtenir la gitonine à l'état cristallisé.

Enfin, d'après Windaus et Linsert (6), la gitogénine ne différerait de la digitogénine que parce qu'elle posséderait deux groupes alcool secondaire au lieu de trois :



3. Saponine innommée de Kiliani

De la digitaline allemande, Kiliani (7) a pu extraire, outre la digitonine et la gitonine, une troisième saponine qu'il a obtenue sous forme de grains fondant entre 225 et 230o. Cette saponine paraît être un complexe car Windaus et Willerding (8) ont pu s'assurer que la digitonine brute contient 70 à 80 % de digitonine, 10 à 20 % de gitonine et 5 à 15% d'autres saponines qu'ils n'ont pas pu obtenir à l'état pur.

(1) WINDAUS et K. WEIL. — *Hoppe Seyler's Zeitschr. f. physiolog. Chemie*, t. 121, 1922, p. 62.
(2) A. WINDAUS. — *Hoppe Seyler's Zeitschr., f. physiolog., Chemie*, t. 150, 1925, p. 205.
(3) A. WINDAUS et WILLERDING. — *Ibid.*, t. 143, 1925, p. 33.
(4) A. WINDAUS et A. SCHNECKENBURGER. — *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 46, 1913, p. 2628.
(5) KILIANI. — *Berichte d. deustch. chem. Gesellsch.*, t. 49, 1916, p. 701 et *Arch. d. Pharmazie*, t. 254, 1916, p. 255.
(6) A. WINDAUS et O. LINSERT. — *Hoppe Seyler's Zeitschr. f. physiolog. Chemie*, t. 147, 1925, p. 275.
(7) KILIANI. — *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 49, 1916, p. 701 et *Arch. d. Pharmazie*, t. 254, 1916, p. 273.
(8) WINDAUS et VILLERDING. — *Hoppe Seyler's Zeitschr. f. physiolog Chemie*, t. 150, p. 205.

II. GLYCOSIDES DES FEUILLES SÈCHES DE DIGITALIS PURPUREA

1° Glycosides à action cardiotonique

1. Digitaline cristallisée de Nativelle (Digitoxine de Schmiedeberg. α Digitoxine et β Digitoxine de Kiliani. Digitophylline de Kiliani. Digitoxine purissime de Cloetta)

Nous avons fait la preuve, au début de cet article, de l'antériorité de la découverte de Nativelle et de la nécessité de conserver, au corps découvert par lui, la dénomination qu'il lui avait attribuée. Ce droit de priorité qui appartient incontestablement au chimiste français, Adolf Windaus (1) le lui a d'ailleurs très loyalement reconnu : « Il existe, dans les feuilles de digitale — a-t-il écrit en 1927 — une substance toxique bien cristallisée... que Nativelle a nommée digitaline cristallisée et que Schmiedeberg et Kiliani ont appelée digitoxine ».

Dès 1889, d'ailleurs, Arnaud, (2) l'éminent professeur de chimie au Muséum qui, le premier, réussit à extraire, de l'*Acokanthera Ouabaïo*, l'ouabaïne universellement connue aujourd'hui, avait affirmé que, par le procédé de Nativelle, il avait pu obtenir une digitaline cristallisée absolument pure qu'il considère comme « une espèce chimique parfaitement définie ».

Quoiqu'il en soit, Schmiedeberg ayant — pour les raisons que nous avons rappelées précédemment — substitué, au nom de digitaline, celui de digitoxine, avait prétendu que ce corps n'est pas un glycoside.

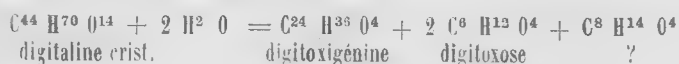
C'est pourquoi, lorsqu'il eut isolé, des feuilles de digitale, une substance cristallisée qui ressemblait beaucoup à la digitoxine, mais qui était indubitablement un glycoside, Kiliani (3) la désigna provisoirement sous le nom de β-digitoxine afin de ne pas la confondre avec l'α-digitoxine ou digitoxine de Schmiedeberg qui, d'après cet auteur, ne serait pas un glycoside,

Dès l'année suivante, Kiliani (4) admit l'identité de l'α-digitoxine et de la β-digitoxine, identité dont il fournit bientôt les preuves (5).

En 1897, Kiliani (6) décrivit un nouveau glycoside des feuilles de digitale, la *digitophylline*, qui lui paraissait identique à la digitaline cristallisée de Nativelle, mais dont il justifiait la nouvelle dénomination par l'abus qui avait été fait des mots : digitaline cristallisée. L'industrie pharmaceutique allemande, en effet, avait alors coutume — absolument sans raison — de désigner ainsi la digitonine cristallisée extraite des graines de digitale (7).

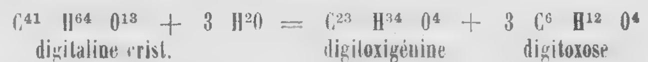
D'après Cloetta (8), la digitoxine pure se dédoublerait, quand on la traite par les acides, d'une part en une aglycone, la digitoxigénine déjà préparée par Kiliani, d'autre part en un sucre le digitoxose obtenu antérieurement à l'état cristallisé par Kiliani, enfin en une substance huileuse qui ne serait pas un sucre bien qu'elle possédât les réactions colorées du digitoxose.

D'après Cloetta, le schéma du dédoublement de la digitoxine pourrait s'exprimer ainsi :



Mais Windaus et Freese (9) ont pu démontrer que le mystérieux produit huileux qui, d'après Cloetta, prendrait naissance dans le dédoublement de la digitoxine, est simplement un produit de transformation du digitoxose.

Puis, en 1927, Windaus (1) a schématisé comme suit le dédoublement de la digitoxine :



et a démontré que la digitoxigénine est une dyoxylactone mono-non-saturée.

Plus récemment, après avoir pratiqué, avec la scrupuleuse exactitude qu'on se plaît à lui reconnaître, un nombre considérable de micro-combustions, d'une part de la digitaline cristallisée Nativelle, d'autre part de sa génine : la digitoxigénine, M. Hasenfratz (2) a affirmé que les valeurs analytiques qu'il avait obtenues s'accordaient parfaitement avec les formules proposées par Windaus.

2. Anhydrogitaline de Kraft (Gitoxine de Windaus. — Digitaline de Cloetta)

De l'extrait aqueux de feuilles de digitale, Kraft (3) a isolé une substance amorphe facilement soluble dans l'eau et dans le chloroforme qu'il a désignée sous le nom de *gitaline*. Si on dissout cette gitaline dans l'acétone ou si on soumet à l'ébullition sa solution aqueuse ou obtient un précipité dont une partie se dissout dans le chloroforme cependant qu'une autre partie est insoluble dans ce solvant. Cette fraction insoluble, qui est primitivement amorphe mais qu'on peut faire cristalliser dans l'alcool bouillant, est regardée par Kraft comme un produit de décomposition de la gitaline qu'il désigne sous le nom d'*anhydrogitaline*. Traitée par les acides, cette anhydrogitaline se dédouble en un sucre, le digitoxose, et en une aglycone, l'*anhydrogitaligénine* qui peut être cristallisée dans l'alcool.

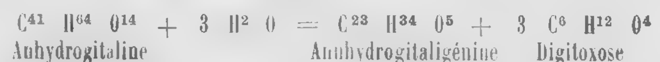
Mais Kiliani (4) a pu démontrer que la gitaline de Kraft n'est pas une espèce chimique mais un complexe. L'anhydrogitaline, en effet, n'est pas un produit de décomposition de la gitaline mais un individu chimique qui s'y trouve préformé. Pour Kiliani, le nom de gitaline doit être rayé momentanément de la nomenclature chimique où on ne devra l'admettre que quand on aura réussi à la préparer sous forme d'un corps pur. Quant au corps désigné par Kraft sous le nom d'anhydrogitaline, le chimiste allemand pense qu'on peut lui conserver cette dénomination bien qu'il ne dérive pas de la gitaline par perte d'eau.

Ultérieurement Kaliani (5) ayant préparé l'anhydrogitaline dans un état de très grande pureté, continua à la désigner sous ce nom.

Mais Windaus et Schwarte (6), considérant que le nom d'anhydrogitaline était impropre, lui substituèrent celui de *gitoxine*.

Puis, l'année suivante, Cloetta (7), ayant réussi à préparer de l'anhydrogitaline à partir de la gitaline brute, lui attribua le nom de *bigitaline* parce que sa génine serait constituée, d'après lui, par deux molécules de la génine de la gitaline.

Mais, plus récemment, Windaus, Westphal et Stein (8) ont repris l'étude de leur gitoxine et montré qu'en réalité la génine de cette substance a pour formule $C^{23}H^{34}O^5$ et est une trioxylactone mono-non-saturée. Le schéma du dédoublement de la gitoxine par les acides doit, d'après eux, s'exprimer comme suit :



(1) WINDAUS. — *Nachricht. d. Gesellsch. d. Wissensch. zu Göttingen, Math. Phys. Klasse*, 1927.
(2) ARNAUD. — *Comptes rendus de l'Acad. d. Sc.*, t. 109, 1889, p. 679 et 701.
(3) H. KILIANI. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 233, 1895, p. 311.
(4) H. KILIANI. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 234, 1896, p. 273.
(5) H. KALIANI. — *Ibid.*, t. 234, 1896, p. 481.
(6) H. KILIANI. — *Ibid.*, t. 235, 1897, p. 425.
(7) MERCK's *Index*, 3e édition, Darmtadt, 1910, p. 95.
(8) CLOETTA. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 88, 1920, p. 113.
(9) WINDAUS et FREESE. — *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 58, 1925, p. 2503.

(1) WINDAUS. — *Nachricht. d. Gesellsch. d. Wissensch. zu Göttingen, Math. Phys. Klasse*, 1927.
(2) V. HASENFRATZ. — *Comptes rendus de l'Acad. d. Sc.*, t. 192, 1931, p. 366.
(3) F. KRAFT. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 250, 1912, p. 118.
(4) KILIANI. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 252, 1914, p. 13.
(5) KILIANI. — *Ibid.*, t. 254, 1916, p. 255.
(6) WINDAUS et SCHWARTE. — *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 58, 1925, p. 1515.
(7) CLOETTA. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol*, t. 112, 1926, p. 261.
(8) A. WINDAUS, K. WESTPHAL et G. STEIN. — *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 61, 1928, p. 1847.

Enfin Windaus (1) a, de nouveau, prétendu que le glycoside qui nous intéresse doit être désigné sous le nom de gitonine car les termes d'anhydrogitaline et de bigitaline sont basés sur des hypothèses qui se sont révélées inexactes.

L'identité de l'anhydrogitaline, de la gitoxine et de la bigitaline étant aujourd'hui incontestée, quel est de ces trois noms celui qui doit être conservé ? Evidemment le plus ancien, c'est-à-dire celui d'anhydrogitaline. Vainement prétendrait-on que ce nom est basé sur une hypothèse inexacte. Un nom n'est qu'un ensemble de sons destinés à désigner un objet et point n'est besoin qu'il exprime un caractère réel de celui-ci. Conçoit-on la tâche du Conseil d'Etat s'il lui fallait autoriser la modification du patronyme de tous les individus qui se trouvent improprement désignés, les archondroplastes qui se nomment M. Lelong, les acromégales qui s'appellent M. Petit ? D'ailleurs les règles strictement codifiées de la nomenclature botanique, dans laquelle la fixité des vocables s'avère essentielle, décident que « nul n'est autorisé à rejeter, changer ou modifier un nom, sous prétexte qu'il est mal choisi, qu'il n'est pas agréable, qu'un autre est meilleur ou plus connu » (2).

On remarquera, d'ailleurs, que Kiliani, qui avait découvert l'inexactitude de l'hypothèse à laquelle correspond le nom d'anhydrogitaline, avait cependant et fort judicieusement conservé cette dénomination. Cloetta était d'autant moins fondé à lui substituer celle de bigitaline que ce mot consacre une hypothèse qui s'est révélée plus grossièrement inexacte que celle qu'exprimait le terme d'anhydrogitaline.

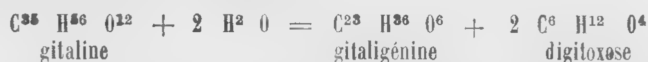
Le glycoside découvert par Kraft et préparé par lui à l'état cristallisé doit donc être désigné sous le nom que ce pharmacien lui a donné, c'est-à-dire sous celui d'anhydrogitaline.

3. Gitaline de Cloetta (Gitaline de Kraft pro parte)

La gitaline de Kraft (3) était — comme nous l'avons vu — un complexe et non une espèce chimique définie. De ce complexe, Cloetta (4) est parvenu à isoler, à l'état pur et cristallisé, un glycoside qui représente environ 60 % de la gitaline brute de Kraft et auquel pour cette raison il a conservé le nom de *gitaline*. La gitaline pure aurait pour formule $C^{17} H^{28} O^6$ et se dédoublerait en une molécule de gitaligénine $C^{11} H^{18} O^3$ et en une molécule de digitoxose.

Mais, si l'on en croit Windaus (5), la gitaline se dédouble en réalité en deux molécules de digitoxose et en une molécule de gitaligénine $C^{23} H^{36} O^6$ qui serait un hydrate d'anhydrogitaligénine.

Par la suite, Windaus (6) a schématisé comme suit le dédoublement de la gitaline :



$$\underset{\text{gitaline}}{C^{35} H^{56} O^{12}} + 2\ H^2 O = \underset{\text{gitaligénine}}{C^{23} H^{36} O^6} + \underset{\text{digitoxose}}{2\ C^6 H^{12} O^4}$$

et a affirmé, de nouveau, que la gitaligénine était un hydrate d'anhydrogitaligénine, de telle sorte que, si l'hypothèse émise par Kraft sur les rapports de l'anhydrogitaline et de la gitaline est fausse pour ces deux glycosides, elle est vraie pour leurs génines.

1° bis. Aglycones des glycosides à action tonicardiaque

I. — Gitaligénine

Cloetta (7) a pu démontrer la présence de la génine de la gitaline, dans les feuilles sèches de la digitale pourprée.

(1) A. Windaus. — *Nachricht. d. Gesellsch. d. Wissensch. zu Göttingen Math. Phys. Klasse*, 1928.
(2) J. Briquet. — *Règles internationales de la nomenclature botanique adoptées par le Congrès international de botanique de Vienne*, Jena 1912, article 50.
(3) F. Kraft. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 250, 1912, p. 118.
(4) Cloetta. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 112, 1926, p. 261.
(5) Windaus. — *Nachricht. d. Ges. d. Wissensch. zu Göttingen, Math. Phys. Klasse*, 1928, p. 65.
(6) A. Windaus. — *Arch. f. exp. Pathol., u. Pharmakol.*, t. 135, 1928, p. 253.
(7) Cloetta. — *Ibid.*, t. 112, 1926, p. 260.

Ajoutons qu'il a constaté aussi l'existence, dans ces feuilles, d'un dérivé sucré huileux donnant avec le réactif de Keller la réaction colorée du digitoxose.

2° Glycosides saponiniques

I. Digitine

La digitine, isolée à l'état cristallisé par Nativelle (1), a été préparée de nouveau par Böhm et Görz (2) qui ont signalé que c'était un glycoside.

Kraft qui, beaucoup plus tard, a retrouvé ce corps dans l'extrait alcoolique de feuilles de digitale, l'a tout d'abord identifié à la digitonine cristallisée (3) puis l'a considéré comme une espèce chimique particulière que, sans aucun motif, il a désignée sous le nom nouveau de *gitine* (4). D'après Kraft, cette saponine, dont il n'a pas cru pouvoir fixer la formule, se dédouble, quand on la traite par les acides, d'une part en digitogénine, d'autre part en un sucre qui diffère de celui que donne la digitonine quand on la soumet à ce traitement.

2. Digitaléine cristallisée de Houdas (Digitaléine amorphe de Nativelle pro parte. Digitsaponine amorphe de Kraft).

Nativelle (5) avait extrait, par le tanin, de la fraction hydrosoluble de l'extrait alcoolique de feuilles de digitale, une substance ternaire amorphe très soluble dans l'eau, ayant une action sur le cœur, substance à laquelle il avait donné le nom de *digitaléine*.

Görz et Böhm (6) qui, par la méthode de Nativelle, ont extrait de la digitaléine, des feuilles de digitale, ont constaté que cette substance amorphe, très soluble dans l'eau et l'alcool, peu soluble dans le chloroforme, insoluble dans l'éther, est un glycoside physiologiquement très actif pour la grenouille.

Dans une note, dont l'importance n'a pas été jusqu'ici appréciée à sa valeur, Houdas (7) a démontré que la fraction hydrosoluble obtenue dans le traitement des feuilles de digitale — c'est-à-dire la digitaléine de Nativelle — est constituée presque exclusivement par une substance qui forme avec l'alcool amylique une combinaison cristallisée. Cette substance, qu'il a pu ainsi obtenir à l'état pur, serait, d'après lui, identique à la digitonine de Schmiedeberg dont le nom devrait s'effacer devant celui de digitaléine. Houdas signala, en même temps, que, dans la digitaléine de Codex, il avait trouvé, en outre, un glycoside cristallisé se rapprochant chimiquement de l'ouabaïne et de la strophanthine.

Kiliani (8) a protesté contre les conclusions de Houdas. La digitaléine de Nativelle étant un complexe dont la digitonine ne constitue qu'une partie, le chimiste allemand prétend que le nom de digitaléine doit disparaître et que celui de digitonine, qui s'applique à une entité chimique, doit seul être conservé.

D'après Kiliani et Windaus (9), quand on extrait les feuilles de digitale par l'eau bouillante ou, quand après avoir par le chloroforme éliminé la digitoxine d'un extrait alcoolique de ces feuilles, on reprend cet extrait par l'eau, on obtient par évaporation de ces solutions aqueuses, une substance hydrosoluble active physiologique mais qui n'a pu être purifiée : c'est, d'après eux, la digitaléine des feuilles.

Si l'on en croit Kraft (10), c'est lui qui aurait, le premier, réussi à préparer la digitaléine à l'état pur : au corps qu'il considérait comme tel et dont il prétend avoir obtenu l'hydrate sous la forme cristallisée, il a donné le nom de

(1) Nativelle. — *Mém. de l'Acad. de médecine*, 3e sér., t. 30, 1871, p. 212.
(2) R. Böhm et N. Görz. — *Arch. f. exp. Pathol., Pharmakol.*, t. 2, 1874, p. 123.
(3) F. Kraft. — *Schweizer. Wochenschr. f. Chemie u. Pharmazie*, t. 49, 1911, p. 175.
(4) F. Kraft. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 250, 1912 p. 118.
(5) Nativelle. — *Loco citato.*
(6) Görz et Böhm. — *Loco citato.*
(7) J. Houdas. — *Comptes rendus de l'Acad. d. Sc.*, t. 113, 1891, p. 648.
(8) Kiliani. — *Berichte d. deutsch. chem. Gesellsch.*, t. 24, 1891, p. 3951.
(9) Kiliani et Windaus. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 237, 1899, p. 458.
(10) F. Kraft. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 250, 1912, p. 118.


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 2-3 cuil. à dessert par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
R.C. 18.000
Roger Dacosta

gitaline. Mais, comme nous l'avons vu, cette substance qui est. d'ailleurs, un complexe n'a rien de commun avec la digitaléine cristallisée de Houdas.

Ajoutons que, dans l'extrait aqueux de feuilles de digitale, Kraft a trouvé trois saponines amorphes, les *digitsaponines* α, β et γ, qui, traitées par les acides, donnent naissance aux mêmes produits de clivage : une digitsapogénine et un sucre. Kraft pense qu'elles ne sont que des modifications d'un même corps.

3. Saponine complexe de Jacobs et Flack.

Jacobs et Flacks (1) ont extrait, des feuilles de digitale, une fraction saponinique cristallisable dans l'alcool à 50 p. 100, qui, soumise à l'hydrolyse acide, leur a donné deux aglycones : l'une déjà connue, la gitogénine, l'autre nouvelle la *tigogénine*, dont la formule serait $C^{26} H^{42} O^3$.

On doit donc en conclure que la fraction saponinique extraite par Jacobs et Flack contient deux saponines encore inconnues capables de donner naissance par hydrolyse à de la gitogénine et à de la tigogénine.

En réalité, la question des saponines des feuilles de digitale demeure très obscure et on ne peut encore affirmer définitivement qu'elles sont différentes de celles qu'on trouve dans les graines. Il convient cependant de rappeler que Kobert (2) a affirmé que les saponines des graines possèdent une action hémolytique alors que celles des feuilles en sont dépourvues. D'après ce pharmacologiste, la décoction de graines de digitale produirait l'hémolyse à la dilution de 1/2.000, la digitonine de Schmiedeberg, à celle de 1/80.000. Au contraire, les décoctions de feuilles de digitale, même quand elles sont débarrassées par l'éther de leurs phytostérines, n'ont, même à la dilution de 5 p. 100, qu'une action hémolytique quasi-nulle. Mais, quand, par le traitement à chaud d'une telle décoction par l'acide sulfurique dilué, on a transformé les saponines qu'elle contenait en sapogénines, on obtient une hémolyse même à la dilution de 1/500.

2° bis. Génines des glycosides saponiniques

I. Gitogénine

La maison Merck avait décrit, sans le nommer, un corps cristallisé extrait des feuilles de digitale (3). Windaus et Bruken (4) ont démontré que ce produit n'est autre que leur gitogénine et ont admis que la *digine* cristallisée isolée par Tambach (5) est également identique à cette génine.

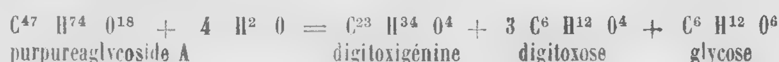
C'est également à ce groupe qu'appartiennent très vraisemblablement les deux corps cristallisés que Cloetta a désignés sous les noms de *Préparations* 1 et 2 (6). Notons, en effet, que ces substances sont lévogyres, alors que les génines des glycosides tonicardiaques de la digitale sont dextrogyres. C'est là un caractère qui nous paraît fort important car ce ne sont pas seulement les génines saponiniques des feuilles de digitale qui dévient à gauche la lumière polarisée, mais encore les saponines dont elles dérivent.

III. GLYCOSIDES DES FEUILLES FRAICHES DE DIGITALIS PURPUREA

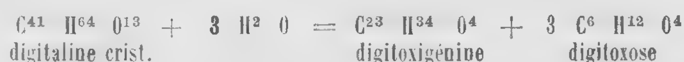
Dans un mémoire récent, qui unit au sien le nom du Docteur Bourcet et le nôtre, le professeur Perrot (7) s'est exprimé comme suit sur le principe actif des feuilles fraîches de la Digitale pourprée :

« Nous avons acquis la conviction que si l'activité de cette plante est réellement très différente suivant les conditions de végétation, sa composition est cependant moins compliquée que ne le font supposer les innombrables publications dont elle a fait l'objet. La cause principale des divergences est l'instabilité du complexe glycosidique actif qui, au cours de la dessication, dès qu'apparaît le déséquilibre de la mort, se fragmente inégalement en molécules variables aussi bien dans leur nature intime que dans la quantité des produits ayant ainsi pris naissance. Le choix des solvants et réactifs, la température même à laquelle on agit, produisent des variations qui expliquent bon nombre des résultats différents obtenus par les auteurs dont la valeur scientifique n'est pas discutable... On peut obtenir un « totum digitalique » exempt de saponines, poudre amorphe blanchâtre ne renfermant pas de digitaline cristallisée... libre, pas plus que la plante fraîche, ou stabilisée et représentant l'activité totale de la digitale ».

De l'exactitude de ces assertions du Maître incontesté de la Matière médicale française, Stoll a pu récemment s'assurer et, après le Prof. Perrot (1), il a affirmé que « la digitoxine (c'est-à-dire la digitaline cristallisée) n'est pas un glycoside primitif... mais seulement un produit secondaire qui prend naissance par un processus enzymatique ». Ses recherches lui ont permis, en effet, de constater que la feuille fraîche de la Digitale pourprée contient un glycoside particulier, le *purpureaglycoside* A et une enzyme, la *digipurpidase* qui est capable de transformer *in vitro* le purpureaglycoside A en digitaline cristallisée. Le purpuregalycoside A ne différerait de la digitaline cristallisée que par la présence supplémentaire d'une molécule de glycose ; traité par les acides il se dédoublerait suivant le schéma suivant :



alors que, comme nous l'avons dit plus haut, la digitaline cristallisée ne donne naissance dans les mêmes conditions expérimentales qu'à du digitoxose et à de la digitoxigénine :



Autant qu'on puisse en juger par ce qu'on sait de l'activité physiologique de la feuille fraîche de digitale et des préparations galéniques qui en dérivent, ainsi que du glycoside qui en a été extrait par le Professeur Perrot et le Docteur Bourcet, il est permis de penser que la présence, dans le glycoside de la feuille fraîche, d'une molécule supplémentaire de glycose, en diminue beaucoup l'activité physiologique.

IV. GLYCOSIDES DES FEUILLES DE DIGITALIS LANATA (2)

Les recherches de Dafert, en collaboration d'abord avec English (3) puis avec Lasch (4), ainsi que celles plus récentes de Graaf (5), ont montré qu'une digitale de l'Europe centrale, le *Digitalis lanata* Ehrh., a une activité physiologique supérieure à celle du *Digitalis purpurea*. Sans citer ses

(1) W.-A. JACOBS et E.-E. FLACK. — *Journ. of. biolog. chem.*, t. 88, 1930, p. 545.
(2) R. KOBERT. — *Berichte d. deutsch. pharmazeut. Gesllsch.*, t. 22. 1912. p. 232.
(3) MERCK'S *Jahresbericht*, t. 36, 1922, p. 86.
(4) WINDAUS et BRUKEN. — *Hoppe Seyler's Zeitschr. f. physiolog. Chemie*, t. 145, 1925, p. 37.
(5) TAMBACH. — *Pharm. Centralh.*, 1912, p. 392.
(6) CLOETTA. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 112, 1926, p. 261.
(7) Prof. PERROT, BOURCET et RAYMOND-HAMET. — *Travaux des Laboratoires de Matière médicale et de Pharmacie galénique de la Faculté de pharmacie de Paris*, t. 21, 1930, 1re partie, pp. 3 et 4.

(1) A. STOLL. — *Ein Gang durch biochemische Forschungsarbeiten*, Berlin Springer 1933.
(2) Ayant, par des méthodes assez saugrenues, extrait du *Digitalis lanata*, des complexes indéfinissables, HOEKSTRA (R. A. HOEKSTRA. — *Meded. Rijkinst. pharmacoth rap. Onderz.*, Nr. 20, 1930, p. 484 et alibi) leur a attribué les noms de lanatoxine, lanogène et lanataline, tout comme s'il s'était agi d'espèces chimiques caractérisées. L'extrême jeunesse de cet Hollandais lui est une excuse suffisante et on peut penser que la sévère leçon que GUGGENHEIM, FROMHERZ, et KARRER (*in Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 165, 1932, p. 412) lui ont déjà infligée a dû calmer sa juvénile présomption.
(3) O. DAFERT et K. ENGLISH. — *Heil-und Gewürz-Pflanzen*, t. 8, 1925-1926, p. 176.
(4) O. DAFERT et F. LASCH. — *Pharmaceutica Acta Helvetica*, t. 1. 1926, p. 79.
(5) W.-C. GRAAF. — *Verslag over 1928 van het Proefvald voor genees kruiden van de nerderlandsche Vereenigung geneeskuidentuinen*, 1928.

devanciers, l'anglais Wokes (1) a abouti, après eux, aux mêmes conclusions. Aussi l'étude chimique de cette digitale a-t-elle été entreprise simultanément dans plusieurs laboratoires.

Smith (2), le premier, a réussi à en extraire un glycoside cristallisé la *digoxine* qui fond à 265° et dont le pouvoir rotatoire dans la pyridine est de $[\alpha] = + 13°3$. Traitée par les acides, la digoxine se dédouble en une génine particulière, la digoxigénine et en trois molécules de digitoxose, suivant le schéma suivant :



$$C^{41}H^{64}O^{14} + 3\ H^2O = C^{23}H^{34}O^5 + 3\ C^6H^{12}O^4$$

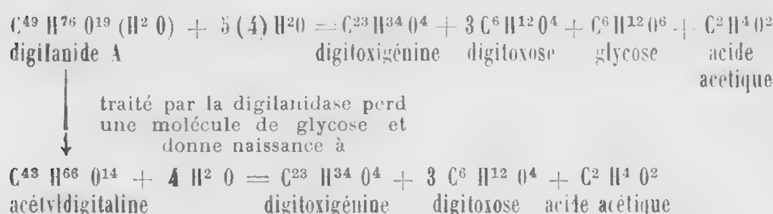
digoxine — digoxigénine — digitoxose

De cette même digitale, Mannich (3) a extrait quatre glycosides : le premier, la *digilanine*, qui fond entre 2?0 et 250° et qui lui a paru particulièrement intéressant, a été, comme nous allons voir, l'objet de plusieurs études physiologiques et mêmes d'essais thérapeutiques ; le second serait formé, à en croire le chimiste allemand, « d'une combinaison moléculaire ou de cristaux mixtes de lanadigine et d'un autre glycoside de propriétés analogues à celles de la lanadigine ». Le troisième serait identique au digitalinum verum, extrait des graines de *Digitalis purpurea*. Enfin le quatrième serait peu actif physiologiquement.

Par la suite, Smith (4) a signalé que le *Digitalis lanata* renferme, non seulement de la digoxine, mais encore plusieurs autres glycosides dont l'un lui a paru identique à l'anhydrogitaline.

Plus récemment, le Prof. Perrot a, en collaboration avec le Docteur Bourcet (5), extrait, du *Digitalis lanata*, un glycoside cristallisé fondant à 182° qui paraît différent des corps isolés précédemment par Smith et par Mannich, et qui semble n'exister que dans la plante sèche et ne pas se trouver dans la plante fraîche. « Dans le *Digitalis lanata* stabilisé (c'est-à-dire dans la plante dont les enzymes ont été détruits par la méthode des Professeurs Perrot et Goris), la dilanine ne semble pas exister, écrivait en 1930 le Prof. Perrot. Ce fait est concordant avec ce qui se passe dans le *D. purpurea* chez qui la feuille stabilisée ou l'intrait ne contient pas de digitaline cristallisée. »

Tout récemment, le grand phyto-chimiste suisse Stoll (6) a montré qu'en effet les feuilles de *Digitalis lanata* ne contiennent pas les mêmes glycosides quand elles sont fraîches et quand elles sont desséchées. D'après lui, cette digitale contient à l'état frais trois glycosides qui, traités par l'enzyme qui les accompagne, se dédoublent en une molécule de glycose et en trois glycosides particuliers. La plante fraîche contient, en effet, le *digilanide* A, le *digilanide* B et le *digilanide* C qui, traités par la digilanidase, perdent une molécule de glycose et donnent naissance à l'*acétyldigitaline*, à l'*acétylanhydrogitaline* et à l'*acétyldigoxine* suivant les schémas suivants :



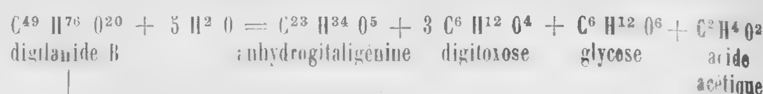
$$C^{49}H^{76}O^{19}(H^2O) + 5(4)\ H^2O = C^{23}H^{34}O^4 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^6H^{12}O^6 + C^2H^4O^2$$

digilanide A — digitoxigénine — digitoxose — glycose — acide acétique

traité par la digilanidase perd une molécule de glycose et donne naissance à

$$C^{43}H^{66}O^{14} + 4\ H^2O = C^{23}H^{34}O^4 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^2H^4O^2$$

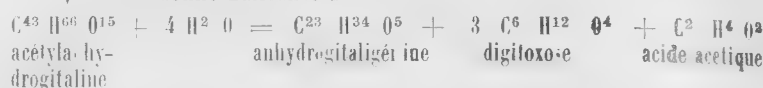
acétyldigitaline — digitoxigénine — digitoxose — acide acétique



$$C^{49}H^{76}O^{20} + 5\ H^2O = C^{23}H^{34}O^5 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^6H^{12}O^6 + C^2H^4O^2$$

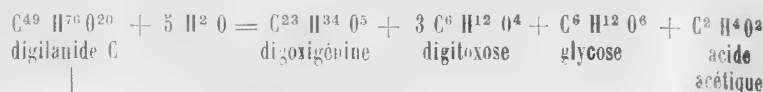
digilanide B — anhydrogitaligénine — digitoxose — glycose — acide acétique

traité par la digilanidase perd une molécule de glycose et donne naissance à



$$C^{43}H^{66}O^{15} + 4\ H^2O = C^{23}H^{34}O^5 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^2H^4O^2$$

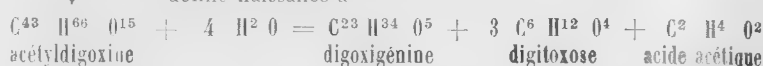
acétylanhydrogitaline — anhydrogitaligénine — digitoxose — acide acétique



$$C^{49}H^{76}O^{20} + 5\ H^2O = C^{23}H^{34}O^5 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^6H^{12}O^6 + C^2H^4O^2$$

digilanide C — digoxigénine — digitoxose — glycose — acide acétique

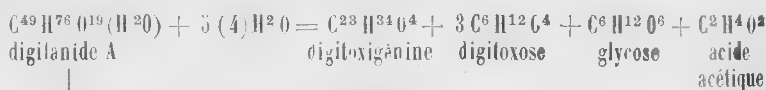
traité par la digilanidase perd une molécule de glycose et donne naissance à



$$C^{43}H^{66}O^{15} + 4\ H^2O = C^{23}H^{34}O^5 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^2H^4O^2$$

acétyldigoxine — digoxigénine — digitoxose — acide acétique

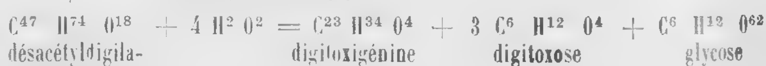
En outre, les glycosides du *Digitalis lanata*, aussi bien ceux de la plante fraîche que ceux de la plante sèche, contiennent une molécule d'acide acétique dont on peut les débarrasser par l'hydrolyse alcaline. On obtient alors des glycosides identiques à ceux du *Digitalis purpurea* ou tout au moins très voisins de ceux-ci. Le digilanide A donne ainsi naissance au désacétyldigilanide A qui paraît identique au purpurea glycoside A et donne, comme lui, naissance, quand on le traite par la digipurpidase, à de la digitaline cristallisée. Le digilanide B donnerait, dans les mêmes conditions expérimentales, un désacétyldigilanide B ne différant de l'anhydrogitaline que par la présence d'une molécule supplémentaire de glycose. Enfin le digilanide C donnerait naissance au désacétyldigilanide C qui ne se distingue de la digoxine que par la présence d'une molécule supplémentaire de glycose :



$$C^{49}H^{76}O^{19}(H^2O) + 5(4)\ H^2O = C^{23}H^{34}O^4 + 3\ C^6H^{12}C^4 + C^6H^{12}O^6 + C^2H^4O^2$$

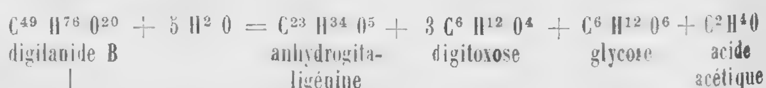
digilanide A — digitoxigénine — digitoxose — glycose — acide acétique

par hydrolyse alcaline perd une molécule d'acide acétique et donne naissance à



$$C^{47}H^{74}O^{18} + 4\ H^2O^2 = C^{23}H^{34}O^4 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^6H^{12}O^{62}$$

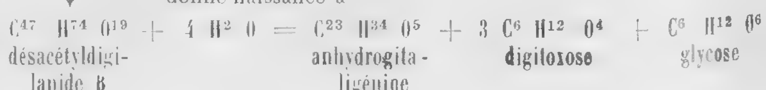
désacétyldigilanide A (ou purpurea glycoside A) — digitoxigénine — digitoxose — glycose



$$C^{49}H^{76}O^{20} + 5\ H^2O = C^{23}H^{34}O^5 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^6H^{12}O^6 + C^2H^4O$$

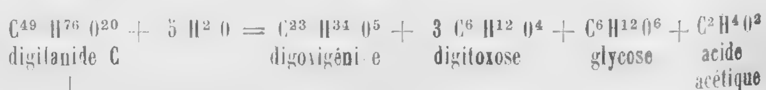
digilanide B — anhydrogitaligénine — digitoxose — glycose — acide acétique

par hydrolyse alcaline perd une molécule d'acide acétique et donne naissance à



$$C^{47}H^{74}O^{19} + 4\ H^2O = C^{23}H^{34}O^5 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^6H^{12}O^6$$

désacétyldigilanide B — anhydrogitaligénine — digitoxose — glycose



$$C^{49}H^{76}O^{20} + 5\ H^2O = C^{23}H^{34}O^5 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^6H^{12}O^6 + C^2H^4O^2$$

digilanide C — digoxigénine — digitoxose — glycose — acide acétique

par hydrolyse acide perd une molécule d'acide acétique et donne naissance à



$$C^{47}H^{74}O^{19} + 4\ H^2O = C^{23}H^{34}O^5 + 3\ C^6H^{12}O^4 + C^6H^{12}O^6$$

désacétyldigilanide C — digoxigénine — digitoxose — glycose

Enfin si on soumet à l'hydrolyse alcaline, qui leur fait perdre leur molécule d'acide acétique, les trois glycosides qui, par perte d'une molécule de glycose consécutive à l'action de la digilanidase, dérivent des trois glycosides initiaux du *Digitalis lanata*, on obtient pour l'acétyldigitaline la digitaline cristallisée, pour l'acétylanhydrogitaline l'anhydrogitaline, enfin pour l'acétyldigoxine la digoxine suivant les schémas suivants :

(1) F. Wokes. — *Quarterly journ. of pharmacy a. pharmacol.*, t. 2, 1929, p. 292.

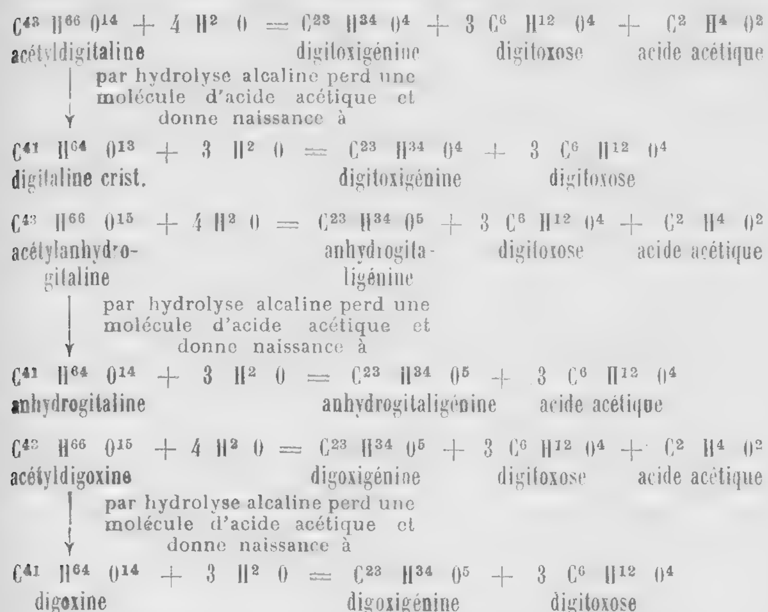
(2) S. Smith. — *Journ. of the chem. soc.*, t. 133, 1930, p. 508 et p. 2478.

(3) C. Mannich. — *Pharmazeut. Zentralhalle*, t. 71, 1930, p. 615. — C. Mannich, P. Mohs et W. Mauss. — *Arch. d. Pharmazie*, t. 268, 1930, p. 453. — W. Mauss. — *Ueber die Glycoside von Digitalis lanata* Ehrh., *Inaugural Dissertation*, Berlin 1930.

(4) S. Smith. — *Journ. of the chem. soc.*, 1931, p. 23.

(5) E. Perrot, P. Bourcet et Raymond-Hamet. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. 104, 1930, p.

(6) A. Stoll et W. Kreis. — *Verhandl. d. schweizer. Naturforschend. Gesellsch. Thun*, 1932, p. 453. — A. Stoll. — *Ein Gang durch biochemische Forschungsarbeiten*, Berlin Springer 1933 (Avec le commentaire rectificatif publié plus tard).



Il est difficile de juger, dès à présent, de la valeur thérapeutique des glycosides du *Digitalis lanata*, mais, si on fait état des travaux physiologiques qui ont été consacrés à celui qui, sous le nom de *Pandigal*, a seul jusqu'ici été utilisé chez l'homme (1), on est en droit d'admettre que l'action de ces glycosides diffère beaucoup de celle de la digitaline cristallisée et se rapproche de celle des glycosides ouabaïniques.

Certes la toxicité de la lanadigine paraît très voisine de celle de la digitaline cristallisée. D'une part, en effet, Merz (2) a, en utilisant la méthode sans limite de temps sur *Rana temporaria* fixé la dose léthale de lanadigine à 0 mg. 0045 par gramme de grenouille alors que d'après Fromherz et Welsh (3) la dose léthale de digitaline cristallisée purissime serait de 0 mg. 0044 par gramme du même animal (4).

D'autre part Schwiegk (5) a pu constater que, quand on la détermine par la méthode d'injection lente, la dose léthale de lanadigine est, chez le chat, très voisine de celle de la digitaline cristallisée.

Mais les caractères essentiels de la digitaline cristallisée sont, d'une part la quasi-irréversibilité de l'arrêt systolique du cœur de grenouille qui a été soumis à son action, d'autre part les effets cumulatifs de ce glycoside, effets qui se traduisent par une très longue persistance du toxique dans les tissus de l'animal empoisonné.

Or les expériences de Merz ont montré que l'arrêt systolique du cœur de grenouille provoqué par la lanadigine est très facilement réversible.

D'autre part Schwiegk a constaté que tandis que, après quatre jours, la teneur de l'organisme en digitaline cristallisée est encore de près de 90 % de la dose administrée, elle n'est plus que de 22 % de la dose de lanadigine injectée. Après six jours, cette teneur n'est plus que de 10 % pour la lanadigine alors qu'elle est encore de plus de 80 % pour la digitaline cristallisée.

Les résultats expérimentaux de Schwiegk s'accordent d'ailleurs parfaitement avec ceux que Esveld (6) avait antérieurement obtenus avec les préparations galéniques de *Digitalis lanata*. D'après cet auteur, en effet, l'infusion et la teinture de *Digitalis lanata* n'ont qu'une action cumulative insignifiante quand on la compare à celle des préparations correspondantes de *Digitalis purpurea*.

Certes, dans l'étude pharmacologique préliminaire qu'il a faite des glycosides du *Digitalis lanata* préparés par Stoll, l'excellent pharmacologiste qu'est notre ami le Docteur Rothlin (1) a prétendu que l'arrêt du cœur de grenouille provoqué par le lanataglycoside C est beaucoup plus difficilement réversible que celui que produisent les lanataglycosides A et B et se comporte à ce point de vue comme celui qui résulte de l'action de la digitaline cristallisée, mais il a reconnu que l'action cumulative des lanataglycosides, chez le chat, — action dont l'appréciation lui paraît difficile — est inférieure mais de peu à celle de la digitaline cristallisée.

Si l'on veut faire état de ce que le lanataglycoside C se rapproche beaucoup de la digoxine et que, comme elle, il donne naissance, par l'hydrolyse acide, à cette aglycone particulière qu'est la digoxigénine, on peut considérer que les résultats expérimentaux de Rothlin s'accordent avec ceux que nous avions obtenus avec la digoxine. Par la méthode que nous avons mise au point et qui permet de fixer de façon précise la dose léthale intraveineuse et la dose léthale *per os* d'un digitalique déterminé, nous avons en effet constaté (2) que, pour la digitaline cristallisée, ces deux doses sont identiques tandis que, avec la digoxine, la dose léthale intraveineuse est un peu plus faible que la dose léthale *per os*, en d'autres termes que, tandis que la digitaline est également toxique par la veine et par la bouche, la digoxine est un peu moins toxique quand l'animal l'absorbe par la voie œsophagienne que quand il la reçoit directement dans les veines.

(1) J. Seide. — *Therapie d. Gegenwart*, t. 72, 1931, p. 392. — E. Katz. — *Münch. med. Wochenschrift*, 1931, p. 2157.
(2) K.-W. Merz. — *Arch. f. exp. Pathol. u. Pathol. u. Pharmakol.*, t. 156, 1930, p. 277.
(3) K. Fromherz et H. Welsch. — *Ibidem.*, t. 161, 1931, p. 266.
(4) Dans un récent mémoire (Raymond-Hamet, in *Revue de pharmacol. et de thérap. expériment.*, t. 2, 1933, p. 268-308), nous avons montré combien est difficile l'estimation de la dose de digitaline cristallisée qui est léthale pour la grenouille. Cette estimation ne nous a paru possible que si, après avoir intoxiqué un très grand nombre de grenouilles, on construit, d'après les résultats de ces intoxications, une courbe de mortalité permettant de fixer exactement la dose qui tue 50 % des animaux intoxiqués, dose qu'on choisit comme dose léthale.
(5) H. Schwiegk. — *Arch. f. exp. Pathol, u. Pharmakol.*, t. 162, 1931, p. 56.
(6) L.-W. Esveld. — *Ibidem.* t. 160, 1931, p. 375.

(1) E. Rothlin. — *Verhandlungen d. schweiz. naturforschend. Gesellsch. Thun*, 1932, p. 437.
(2) Raymond-Hamet. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, t. 109, 1932, p. 279.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1933

La déclaration des maladies contagieuses. — L'Académie adopte les conclusions de la commission, rapportées par M. Léon Bernard.

Myopathie primitive. — *M. Levaditi* apporte au nom de *MM. Scriban* et *Paulian* une étude anatomo-pathologique sur un nouveau cas de myopathie primitive.

Prix Albert de Monaco. — Le prix Albert de Monaco (de 100.000 francs) a été attribué à *M. Héricourt*.

Séance du 23 mai 1933

Amygdalites et hématuries. — *M.* le Professeur *Moure* (Bordeaux). — La sensibilité des reins signalée par Castaigne est des plus manifestes et le Professeur Moure rapporte une observation très concluante à ce point de vue. Il rapporte en effet l'observation d'un jeune homme de 19 ans, qui, à l'occasion de chaque poussée inflammatoire du côté des amygdales, voyait se produire des hématuries qui disparaissent avec l'angine.

Après examen de l'appareil génito-urinaire, le Professeur Marion, consulté, conseilla la suppression des glandes suspectes. Bien qu'elles ne fussent pas chroniquement infectées et seulement hypertrophiées, M. Moure pratiqua l'amygdalectomie totale, à la suite de laquelle apparut un peu de sang dans

les urines durant quelques heures seulement. Depuis cette époque (novembre dernier), plus d'amygdalites, plus d'hématuries.

Le fait est intéressant à noter, car il confirme la notion déjà connue du rapport des amygdales avec les reins.

Les érythèmes interthérapeutiques du neuvième jour. — *M. Milian.* — Ces érythèmes ne sont pas toxiques. Ils sont produits par des médicaments nombreux et variés. Ils ne reproduisent pas la physionomie réellement toxique due à un médicament déterminé. Ils cessent enfin après une ou deux récidives légères.

Les érythèmes infectieux déclanchés par des médicaments sont des érythèmes biotropes. Ils revêtent des types divers. A chaque variété d'érythème du neuvième jour correspond un cortège fébrile et fonctionnel analogue quoique en moins accentué, à la maladie éruptive elle-même.

Cette date du neuvième jour d'une cure médicamenteuse est également celle où l'on voit survenir, indépendamment de tout érythème, des accidents infectieux tels que angine, coryza, rhumatisme aigu, etc... Les érythèmes peuvent congestionner et donner rougeole et scarlatine.

Au point de vue pratique, il faut continuer le traitement avec le même médicament chez le même malade. On doit innocenter un produit qui pourrait être rendu responsable d'accidents ne relevant pas de lui.

Au point de vue biologique, ces érythèmes montrent dans l'organisme humain la fréquence d'un microbisme latent. Il est possible de lutter contre eux, en employant, non l'antidote, mais les médications infectieuses spécifiques, tel le salicylate de soude dans une arthropathie rhumatismale aiguë.

Sur une méthode simple et efficace de prévention des accidents sériques au moyen de l'ingestion d'éphédrine. — *M. Pierre Paul Lévy.* — Les reactions qui succèdent aux injections de sérum, rares autrefois, sont aujourd'hui de règle (80 à 95 % si l'on tient compte des incidents les plus minimes).

Le meilleur agent de traitement est l'adrénaline, mais son action ne s'exerce qu'en injection parentérale, action brutale et de courte durée.

Il existe un médicament de constitution moléculaire analogue, l'éphédrine, très efficace dans la prévention de la crise d'asthme.

Pour retirer de bons résultats de son emploi, il faut l'administrer en comprimés de la manière suivante :

Donner le premier comprimé une heure avant la première injection. Ensuite, un comprimé semblable toutes les 8 heures très régulièrement et cela pendant quatorze jours.

Les doses chez l'enfant sont de un à trois centigrammes par comprimé, suivant l'âge.

Si les règles d'administration sont bien observées et si les enfants n'ont pas déjà reçu une injection antérieure de sérum, les accidents sont supprimés dans une proportion qui peut atteindre 85 % des cas. Quant aux éruptions qui se produisent malgré la médication, elles sont d'intensité extrêmement réduite.

La vitamine B dans le traitement du diabète. — *MM. Labbé, Nepveux* et *Gringoire.*

Séance du 30 mai 1933

Changements climatiques et inadaptés urbains. — *M. Georges Mouriquand* (de Lyon) apporte des faits nouveaux et de nouvelles considérations concernant les « Inadaptés urbains ».

Il montre combien la séméiologie de leurs troubles est variée (intolérance alimentaire, troubles digestifs, hépatiques, nerveux, albumine, glycosurie, etc.

Ces troubles cèdent pour la plupart du fait du changement climatique, mais si certains inadaptés urbains s'améliorent grâce à n'importe quel changement, d'autres réclament plus spécialement soit la campagne, soit la montagne, soit la mer.

Quelques-uns présentent une véritable intolérance pour certains climats (mer, montagne). Chez eux le tâtonnement climatique « permet seul de préciser le séjour extra urbain optimum ».

L'action du changement est rapide chez les uns, lente chez les autres. Elle peut être entravée par l'alimentation inadéquate de certains hôtels (dystrophies hôtelières), par les jeux excessifs de l'enfant qui précipitent la désassimilation et l'amaigrissement. Pour certains sujets la « stagnation nutritive » s'observe au bout de quelques semaines. Il faut alors changer de climat.

Le retour à la ville permet d'apprécier l'action plus ou moins profonde et durable du changement climatique. On observe des actions de retardement, l'enfant ne s'améliore qu'après son retour à la maison.

Un problème diététique est lié au problème climatique. Parfois le changement agit malgré le régime, d'autres fois il aide seulement l'action de celui-ci qui reste indispensable.

A côté des grands inadaptés pour qui un important et souvent un lointain changement climatique est indiqué, existent de *petits inadaptés*, qu'améliorent le simple régime, l'aération dans la banlieue des villes, l'école de plein air.

Ces faits « climatiques » éclairent le problème plus général des syndromes d'inassimilation et des facteurs d'assimilation chez l'enfant, précédemment étudiés par l'auteur.

La fréquence de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant par rapport à l'âge et au sexe. — *P Armand-Delille, Ch. Lestocquoy* et *W. Bayle.* — L'augmentation de la fréquence de la tuberculose à partir de la quinzième année est due exclusivement aux filles.

Cette prédominance du sexe féminin est certainement en rapport avec la période de la puberté, qui s'accompagne chez la fille d'une croissance très rapide, avec diminution des réserves (elles sont indiscutables pour le calcium et le fer [chloro-anémie de la puberté]) et par conséquent indiqent une diminution de résistance de l'organisme.

Chez le garçon, chez lequel la croissance est plus tardive, la puberté plus progressive, c'est au contraire de seize à dix-huit ans que se montre avec plus de fréquence l'apparition de la tuberculose pulmonaire.

La cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement dans la tuberculose pulmonaire. — *M. Sergent.*

La vaccination contre les virus filtrants. — *M. Lignières.*

La fréquence de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant par rapport à l'âge et au sexe. — *MM. A. Delille, Lestocquoy* et *Bayle.*

Sur la création de deux mille débits nouveaux de boissons spiritueuses dans les communes de France. — *M. Cazeneuve* saisit l'Académie de medecine de la mesure fâcheuse, au point de vue de l'hygiène, prise par les pouvoirs publics, d'autoriser la création, malgré la loi limitative de 1913, de 2 000 nouveaux débits de boissons spiritueuses dans les communes du territoire.

Le prétexte invoqué de l'absence de salle de réunion pour se reposer, causer, jouer à la belotte (!) couvre mal les raisons financières liées à la surproduction vinicole.

Ces créations nouvelles ne peuvent que favoriser les progrès de l'alcoolisme dont souffre gravement notre pays.

M. Cazeneuve regrette que l'hygiène soit ainsi fâcheusement sacrifiée à des intérêts fiscaux ou économiques.

Election d'un membre titulaire dans la première section (medecine). Classement des candidats : En première ligne : M. Loeper. En seconde ligne, ex-quo et par ordre alphabétique : MM. Clerc, Crouzon, Laignel-Lavastine, Laubry, Villaret.

Adjoints par l'Académie : MM. Milian, Ribadeau-Dumas, Sézary.

M. Loeper est élu par 51 voix.

Ont obtenu : M. Laubry, 13 voix ; M. Clerc, 3 ; M. Laignel-Lavastine, 3 ; M. Ribadeau-Dumas, 1.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai 1933

Myosite syphilitique. — *M. Chastenet de Géry* a pu rectifier une fois le diagnostic de sarcome et guérir le malade par un traitement spécifique.

Perforation d'ulcère de l'estomac. — *M. Desplas* rapporte une série de 56 cas de perforation d'ulcère (40 gastriques et 16 duodénaux) et montre que la suture simple donne une mortalité moindre que la gastrectomie.

Parathyroïdectomie. — *MM. Grégoire* et *Lyonnet* ont fait des études expérimentales de cette opération. L'intervention chez le chien, qu'elle soit uni ou bilatérale amène toujours dans la demi-heure qui suit, une baisse considérable du calcium sanguin. Mais les auteurs ont aussi eu le même résultat par la résection des artères thyroïdiennes et par une sympathectomie périfémorale.

Abcès des muscles. — *M. Okinczyc* rapporte une observation de *M. Vassitch* (de Belgrade). Il existait des abcès multiples à gonocoques dans les deux quadriceps de la cuisse, dans un muscle grand droit, dans le grand dorsal.

Invagination intestinale et typhlite. — *M. Bréchot* rapporte un travail de *M. Lafitte* (de Niort). La typhlite peut être cause d'invagination chez l'adulte.

Fracture de la base du crâne. — *M. Lenormant* fait un rapport sur un travail de *M. Arnaud* (de Marseille). Il tente de préciser les indications thérapeutiques précoces. Les accidents paraissent être causés très souvent par le blocage ventriculaire, et l'auteur s'efforce d'en donner les symptômes. Ce blocage est dû quelquefois à une hemorragie intraventriculaire. L'oblitération par œdème cérébral au niveau de l'aqueduc de Sylvius lui paraît être la cause la plus fréquente du blocage. Il conclut a une trépanation temporaire ostéoplastique avec ponction ventriculaire. M. Lenormant pense lui plutôt à la ponction ventriculaire sans trépanation large, ou alors à l'opération sous-occipitale d'Ody.

M. de Martel croit toutes ces idées exactes et pense que la trepano-ponction est probablement la therapeutique de l'avenir.

M. Métivet ne croit pas que l'opération de Cushing soit à éliminer si complètement.

Iléocoloplastie. — *M. J. Quénu* indique le principe de cette opération qui consiste à utiliser un segment d'intestin grêle à la place d'un segment colique réséqué. Il l'a faite une fois après opération d'Hartmann, avec un résultat parfait.

Présentation de radiographies. — *M. Mouchet* montre les radiographies d'une luxation de la hanche avec fracture du cotyle chez un vieillard de 79 ans.

M. Mouchet présente une lésion qui ressemble à l'épicondylite, mais située au niveau de la styloïde radiale.

M. Mathieu présente une malade avec un thorax en entonnoir qu'il a opéré.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 mai 1933

Mal de Pott mélitococcique. — *MM. L. Rimbaud* et *P. Lamarque* rapportent le cas d'un sujet atteint de fièvre de Malte démontrée par les conditions étiologiques, la courbe thermique et la séro-agglutination, chez lequel survient au décours de la maladie un syndrome vertébral douloureux. L'examen radiologique permet de découvrir d'importantes lésions ostéo-articulaires des IIe et IIIe lombaires : écrasement et disparition du disque intervertébral, ostéite des corps vertébraux. Ces lésions rappellent absolument celles du mal de Pott tuberculeux La guérison en quelques semaines sans immobilisation rapprochée de l'histoire clinique permet de rapporter à la fièvre de Malte cette ostéoarthrite vertébrale, véritable mal de Pott mélitococcique.

Maladie de Dercum. Etude anatomique et biologique. — *MM. Pr. Merklen, E. Aron,* et *L. Israël* et *A. Jacob* rapportent deux observations de syndrome de Dercum dont la première suivie d'autopsie immédiate. Celle-ci a montré, entre autres, des altérations thyro-ovariennes comme il est fréquent en pareil cas : hypertrophie diffuse du corps thyroïde et atrophie kystique des deux ovaires. En outre, l'hypophyse donnait l'impression d'un hyperfonctionnement de son lobe antérieur grâce à la prédominance des cellules acidophiles, surtout groupées en petites masses lobulées entre de nombreux capillaires endothéliaux. Les auteurs ont dosé l'hormone préhypophysaire dans les urines selon la méthode de Max Arón. Ils ont ainsi confirmé l'hyperpituitarisme. L'injection durant trois jours consécutifs de 5 c. c. d'urine fraîche à des cobayes jeunes, à thyroïdes donc encore inactives, a provoqué une élévation pondérale de ces glandes avec manifestations histologiques d'activité sécrétoire, d'où il faut conclure à un excès de thyréostimuline dans la prehypophyse. Cette déduction demande toutefois à être tempérée par la notion d'équilibre entre les diverses hormones dans le milieu intérieur La thyréostimuline ne pouvait en effet être neutralisée, comme à l'état normal, par la folliculine chez la malade atteinte de dégénérescence ovarienne. d'où nécessité de n'en pas attribuer l'excès à la seule surproduction glandulaire.

Deux cas de syndrome cortico-surrénal. — *MM. C.-I. Urechia, Traian Popovici* et *Mme Retzeann* (Cluj).

Syphilis cérébelleuse. Difficulté de diagnostic. — *MM. C. I. Urechia* et *N. Elekes* (Cluj).

Polyarthrite infectieuse et anémie grave. Infection focale dentaire par un streptocoque hémolytique. Guérison après stérilisation du foyer septique. — *MM. Claude Gautier, Michel Dechaume* et *Léo Alparn* rapportent l'histoire d'un homme atteint d'arthrite aiguë des articulations radio carpienne et métacarpophalangienne de la main droite, avec état infectieux grave, et ultérieurement anémie globulaire accentuée et rapidement progressive. Existence de granulomes dentaires peri-apicaux. Présence dans l'un d'entre eux d'un streptocoque hémolytique en culture pure, et dans les autres de streptococcus viridaus.

Curetage et stérilisation des foyers septiques suivis de guérison complete.

Un nouveau succes de la diathermie dans le traitement de l'ascite cirrhotique. — *MM. M. Duvoir, L. Pollet, R. Couder* et *Jean Bernard* rapportent l'observation d'une femme atteinte de cirrhose hypertrophique avec grosse splénomégalie douloureuse, ascite importante et mauvais état général. Après un essai de traitement par le cyanure de mercure qui dut être interrompu dès la quatrième injection intraveineuse, il fut fait douze séances de diathermie abdominale au rythme de trois par semaine. Dès la troisième séance, l'amélioration était manifeste. Après la douzième, la malade se considérant comme guérie, demanda à quitter l'hôpital.

L'ascite avait disparu ; le foie avait repris ses dimensions normales ; l'état général était satisfaisant. Seule persistait la splénomégalie devenue d'ailleurs indolore. Il s'agit, en définitive, d'une observation absolument superposable à celles déjà publiées à la Société médicale par M. Pagniez et par M. d'Œlsnitz. Elle porte à cinq les cas de succès de la diathermie et confirme que cette méthode, préconisée par M. Pagniez est susceptible de donner parfois de remarquables résultats dans le traitement de l'ascite cirrhotique.

A propos du traitement du psoriasis par les injections de lait. — *M. Jausion* ne nie pas les bons effets, d'ailleurs très irréguliers, qu'ont, sur les psoriasiques, les injections d'une protéine sans spécificité, et la fièvre qu'elles entraînent ; mais il conteste la validité des conclusions de MM. Tzanck et Cord, et se refuse à toute assimilation entre protéinothérapie et traitement par la clasine mycosique, car ce lysat sulfurique ne contient plus trace d'albumine et vaccine à froid. En outre la thèse de l'origine allergique du psoriasis, qui paraît être, souvent, mais non toujours, la séquelle stérile d'une mycose, s'appuie sur d'autres arguments que l'épreuve thérapeutique, et tout spécialement sur des considérations cliniques et immunologiques.

Il existe, sans doute aussi, bien qu'en nombre limité, des psoriasis streptococciques et corynébactériens. Or, à chaque origine éruptive, correspond une clasine différente. Ces vaccins ne sauraient être interchangeables ; pas plus que l'on ne pourrait injecter aux psoriasiques, sans les réactiver, une clasine staphylococcique, néfaste pour tous. Trop d'arguments militent en faveur du psoriasis, réaction seconde, et, le plus souvent, de nature mycosique, pour que MM. Tzanck et Cord, forts de blanchiments obtenus par le choc, dénient toute valeur à une vaccinothérapie qui ne choque pas. Ils devraient, dès lors, s'en prendre pareillement à tous les médicaments microbiens les mieux établis, et, cela, d'autant plus, que vaccino et sérothérapeutes n'ont guère eu pour souci, jusqu'à ce jour, la désalbumination de leurs produits.

Opacification des cavités droites du cœur en systole et en diastole chez le chien. — *MM. A. Ravina* et *A. Cottenot.*

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

« J'en suis convaincu, mes chers collègues, le problème hospitalier est aussi urgent à la campagne qu'à la ville. J'ai été impressionné, comme mes collègues médecins le sont, par les difficultés que nous rencontrons pour les soins à donner aux malades et aux blessés quand ces soins présentent un caractère d'urgence. Impossibilité de gagner rapidement la ville voisine souvent à 30, 40 ou 50 kilomètres, malgré les ressources en automobiles nouvelles. Une intervention immédiate serait nécessaire, elle est impossible. Je suis édifié par ce que j'ai souvent constaté dans une région que je connais bien : je suis convaincu de l'utilité des petits hôpitaux de campagne, vrais centres sanitaires médico-chirurgicaux. » (Docteur Fernand MERLIN, Sénat. Séance du 8 mai 1933.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Pourquoi les jeunes s'éloignent-ils aujourd'hui des laboratoires de recherche ? — *Passage détaché du discours prononcé par M. le Professeur Guillain, à Rabat, à l'ouverture du Congrès des médecins neurologistes et aliénistes de France et des Pays de langue française, discours publié par la* GAZETTE DES HÔPITAUX (10 mai 1933) *et intitulé* : LA NÉCESSITÉ DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES POUR LE PROGRÈS DE LA NEUROPSYCHIATRIE. LA CRISE DE LA FORMATION DES ÉLITES.

Les jeunes générations médicales ont une tendance manifeste à abandonner de plus en plus les recherches de science pure pour des recherches ayant un but pratique. Je vis en contact journalier avec les jeunes, je me suis bien souvent entretenu avec eux, je connais leur mentalité. Ces jeunes gens sont instruits, travailleurs, ils examinent avec conscience leurs malades, sont d'excellents cliniciens, étudient toutes les questions de thérapeutique, mais le travail scientifique de laboratoire n'intéresse pas la plupart d'entre eux, ou plutôt la plupart d'entre eux ne fréquentent pas les laboratoires. Je ne voudrais pas que les jeunes interprètent mes paroles avec un sens péjoratif, je ne leur fais aucun reproche, car je connais trop bien les raisons qui les éloignent des recherches scientifiques, raisons qui dépendent des fautes de la collectivité.

On peut comprendre les causes qui éloignent les générations médicales nouvelles de la recherche scientifique ; les mettre en relief est faire, je crois, œuvre utile.

Les facteurs de l'arrêt possible de la science pure sont multiples ; je les vois dans la tendance de la littérature à exalter les activités pratiques, dans l'évolution de la médecine actuelle vers des réalisations purement utilitaires, dans l'indifférence de la société vis-à-vis du savant et de ses recherches, aussi dans la carence des peuples et de leurs gouvernements pour favoriser le recrutement des élites. Je voudrais en quelques mots développer ces idées.

Des moralistes modernes, souvent par pur dilettantisme, reprennent les reproches de Nietzche contre l'homme de cabinet, ils approuvent les idées de Sorel critiquant les sociétés qui donnent une place privilégiée à ceux qui s'occupent de l'intelligence. Des littérateurs comme Jules Lemaitre, Ferdinand Brunetière, Maurice Barrès considèrent les intellectuels comme un type d'humanité inférieure à l'homme d'action. Comme le dit Julien Benda dans « La trahison des Clercs », on cherche à humilier les valeurs de connaissance devant les valeurs d'action, on enseigne que l'activité intellectuelle est digne d'estime dans la mesure où elle est pratique et uniquement dans cette mesure.

Une autre cause de la difficulté de la recherche scientifique pure provient de l'évolution de la médecine actuelle qui accapare toutes les valeurs humaines vers des réalisations pratiques et sociales. Il est loin de moi de ne pas considérer comme un bienfait cette tendance des pouvoirs publics à favoriser le développement de l'hygiène dans la collectivité, et il suffirait de venir au Maroc pour admirer les résultats acquis pour la prévention des épidémies, le développement des œuvres sociales. Ce qui intéresse la Société, c'est la défense contre la tuberculose, le péril vénérien, le cancer, la mortalité infantile. Il faut certes s'incliner et très bas devant les conquêtes de l'esprit social moderne, favoriser toutes les ligues contre les différents périls sociaux, toutes les constructions de sanatoria, de dispensaires, de crèches, favoriser toutes les œuvres de prophylaxie mentale, l'assistance aux aliénés et aux infirmes ; mais la Société a tort quand elle dédaigne le savant de laboratoire, quand elle ne lui donne pas les moyens de travailler et de vivre, quand elle ne comprend pas que la découverte scientifique qu'elle empêche aurait peut-être demain des conséquences pratiques incalculables. Si je ne voulais paraître dire des mots de pure utopie, j'ajouterais que le savant qui, dans son laboratoire, pourra connaître les origines et les modalités de l'énergie nerveuse, ses modes de transmission et de dérivation, les conditions de la pensée et de ses troubles, qui, ailleurs, pourra isoler les virus de certaines maladies infectieuses du système nerveux et décou-

vrir leurs possibilités de traitement, fera une œuvre de prophylaxie d'une utilité éminemment pratique.

Faut-il ajouter encore le peu de considération qu'a la Société actuelle pour l'homme de laboratoire, pour le savant qui s'occupe de science pure ; la foule témoigne beaucoup plus d'intérêt pour la vedette de cinéma, pour le littérateur médiocre à gros tirage, pour le champion sportif. Le Professeur Charles Nicolle a déjà stigmatisé le défaut d'échelle des valeurs que réalise la Société souvent injurieuse pour le savant ; il montre qu'elle arrête l'évolution de la science, car les laboratoires, dit-il, n'attirent plus la jeunesse, et il ajoute qu'il ne faut pas croire qu'un arrêt, même court, dans l'évolution de la science dans un pays soit réparable. Ce dédain pour la science pure se retrouve souvent dans les familles. Cette mentalité spéciale se caractérise bien par cette phrase d'un étudiant américain, disant au Professeur Ostwald : « Chez nous, si un jeune homme dit à son père qu'il veut devenir un savant, le père l'envoie au médecin de la famille pour faire examiner son état mental ».

Il est une dernière question que je suis forcé d'aborder pour expliquer les difficultés du recrutement des élites, elle peut paraître bien terre-à-terre et je m'en excuse : c'est la question d'argent. Des hommes d'une haute autorité n'ont d'ailleurs pas hésité à soulever ce problème. Les conditions de la Société se sont modifiées depuis la guerre mondiale. Bien des peuples font encore illusion au point de vue de la création scientifique par les générations d'avant-guerre. Les jeunes gens, qui ont fait la guerre, ont perdu, et on le comprend très bien, l'enthousiasme pour la recherche et ceux qui ont atteint l'âge adulte après la guerre sont tous pauvres ou du moins insuffisamment fortunés pour consacrer leur activité à la science pure. Renan pensait qu'il pouvait être utile à un savant d'être pauvre, mais à condition, ajoutait-il, que ce savant pauvre puisse vivre. Dans notre époque déséquilibrée, je crois que, parmi les chercheurs, il en est qui ne peuvent plus vivre, qui ne peuvent assurer l'existence d'un foyer. Le Professeur Weiss, parlant de tels hommes, disait il y a peu d'années à l'Académie de médecine : « Ils sont martyrs de leur dévouement, mais le goût du martyre se fait de plus en plus rare. » Le Doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg ajoutait, non sans mélancolie : « Le mal est profond, il s'aggrave chaque jour avec une vitesse qui m'effraie... Vous n'aurez plus d'instructeurs scientifiques, qui formera les élèves qui fera de la recherche ? De quelles écoles sortiront les nouveaux maîtres ? »

C'est ailleurs le Professeur Ostwald qui écrit dans les mêmes termes : « Je suis forcé de dire que la production scientifique rétrograde partout où il n'existe pas de forme de vie mettant le savant à l'abri des soucis quotidiens ». Et le chimiste allemand insiste sur la rapidité extrême avec laquelle peut disparaître dans un Etat une supériorité scientifique, cette supériorité qui a une importance prédominante dans le jugement international de la valeur d'un peuple.

Quand je vois ce que sont pour nos internes et nos assistants les difficultés de la vie, quand je vois de jeunes intelligences actives, capables de travailler, de créer, et que ces jeunes gens désertent les laboratoires parce qu'ils doivent nourrir leur femme et leurs enfants, je constate qu'il y a une profonde injustice et que la société ne comprend ni son rôle, ni son intérêt. Les Grecs de l'Ecole d'Alexandrie avaient une meilleure compréhension du recrutement des élites, car, pour les classes pauvres ils avaient créé des places laissant à leur titulaire le temps et la possibilité du travail scientifique libre.

La phrase de Pasteur mérite d'être toujours rappelée : « La vraie démocratie est celle qui permet à chaque individu de donner un maximum d'effort dans le Monde. Pourquoi faut-il qu'à côté de cette démocratie féconde, il en soit une autre stérile et dangereuse, qui, sous je ne sais quel prétexte d'égalité chimérique, rêve d'absorber et d'anéantir l'individu dans l'Etat ? » Un disciple de Pasteur, le Professeur Charles Nicolle, du Collège de France, constatant cette carence de la Société, écrit aussi : « L'évolution actuelle de notre civilisation, semble tourner ses destins contre ce qu'elle porte d'original en elle. Si cette évolution se poursuit, notre culture perdrait son caractère essentiel. Ce serait pour elle le suicide... La mort, le sucide de notre civilisation ne serait nullement la disparition de notre vie sociale. Ce serait le renforcement du caractère social, utilitaire de cette vie aux dépens, mieux par perte de l'esprit individuel, de l'effort désintéressé. »

A côté des savants, voici ce qu'écrit un littérateur, Julien Benda : « Le vrai mal à déplorer de nos jours n'est peut-être pas la trahison des clercs, mais la disparition des clercs, l'impossibilite de mener dans le monde actuel une existence de clerc. Ce sera une des grandes responsabilités de l'Etat moderne de n'avoir pas maintenu une classe d'hommes, dont l'unique fonction eût été d'entretenir le foyer des valeurs non pratiques. »

Au pays du Soleil levant, on comprend l'utilité du recrutement des élites et on veut le favoriser. Le Professeur Ostwald

raconte dans un volume qu'il a écrit sur « Les grands Hommes » qu'un étudiant japonais lui demanda un jour, de la part du ministre de l'Instruction publique de son pays, comment on peut reconnaître de bonne heure les jeunes individus qui se distingueront plus tard. Le gouvernement du Japon avait l'intention de consacrer des sommes importantes à développer les individus pris spécialement dans les classes pauvres et dont on pouvait attendre plus tard des travaux importants, utiles pour leur pays. Je crois que si, dans nos Universités, une semblable question nous était posée, l'on pourrait éviter de voir déserter nos laboratoires de science pure, pour faire de la pratique médicale banale ou de la médecine standardisée de compagnies diverses, des jeunes gens de haute culture, aimant la recherche doués de qualités d'invention et d'intuition. J'ai connu personnellement de ces cerveaux d'élite qui ne sont pas arrivés aux situations officielles, parce qu'ils n'ont pu se plier aux exigences de cette sélection déplorable par les concours stérilisants et qui, manquant de ce minimum d'argent nécessaire à la vie quotidienne, ont été perdus pour la science. Les élites doivent être sélectionnées jeunes ; l'histoire des sciences montre que les meilleurs travaux, les plus originaux, sont en général produits par les jeunes avant quarante ans. Il est absolument erroné de croire que les facultés de production augmentent avec l'âge ; pour créer il faut de l'énergie nerveuse et un coefficient élevé de capacité de transformation de cette énergie ; cette énergie diminue progressivement. Or, je trouve profondément navrant que les jeunes gens les mieux doués soient actuellement, à cause des difficultés de la vie, enlevés à la science pure par la médecine pratique ou administrative ou par des collectivités anonymes. Une nation devrait donner à tous ses enfants la possibilité d'utiliser leurs capacités de travail et de création, ce serait son intérêt le plus évident.

La neuro-psychiatrie. — *Extrait du discours prononcé par M. le Professeur Guillain, à Rabat, à l'ouverture du Congrès des médecins neurologistes et aliénistes de France et des Pays de langue française, discours publié par la* GAZETTE DES HÔPITAUX (10 mai 1933) :

..... Je dis neuro-psychiatrie, non pas parce que j'ai l'honneur de présider le Congrès des médecins neurologistes et aliénistes, mais parce que j'ai la conviction absolue que l'on ne peut isoler comme souvent on le pense et on l'écrit, ces deux branches artificiellement séparées de la pathologie du système nerveux ; elles doivent avoir les mêmes méthodes d'étude, procéder des mêmes disciplines. Beaucoup d'autres, parmi ceux qui m'ont précédé à cette tribune, ont soutenu cette opinion, mais toujours avec des réticences, des correctifs, je serais tenté de dire des excuses, qui ne me paraissent pas justifiées. Je ne puis comprendre ces discussions entre des savants éminents revendiquant l'un pour la neurologie, l'autre pour la psychiatrie, l'étude des émotions, ni cette conception d'un des plus notables aliénistes, M. H. Colin, réclamant au Congrès de Besançon, en 1923, le droit pour les psychiatres seuls d'étudier les psychoses et les délires : « Nous demandons qu'on veuille bien nous laisser ce domaine, car nous sommes les seuls à l'avoir exploré, les seuls à en connaître l'étendue et les aspects infiniment variés ». Charcot avait pleinement raison de dire que la neuro-pathologie et la psychiatrie étaient « deux parties d'une même science séparées par des nécessités pratiques, mais devant philosophiquement rester unies l'une à l'autre par les liens indissolubles ». Je suis aussi en complète communion d'idées avec le Professeur Anglade qui, dans son remarquable discours à votre Congrès de Paris, en 1925, sur « L'interdépendance des grandes fonctions du système nerveux et de la médecine neuro-psychiatrique », protestait contre toute tendance séparatiste et montrait l'influence des médecins aliénistes de jadis, tels que Foville, Esquirol, Bayle, Calmeil, Delasiauve, sur l'anatomie pathologique du système nerveux.

Le cœur de Vauban dans une mangeoire. (*Journal des Débats*). — Le corps et le cœur de Vauban, enfermés séparément dans des cercueils de plomb, avaient été envoyés, après le service funèbre, dans la chapelle de Bazoches, dont il avait acquis le château en 1675. Ces restes étaient destinés aux aventures. Fouché, commissaire de la Nièvre, donna ordre à la municipalité de Bazoches de livrer les cloches de l'église et les deux cercueils ensevelis dans l'église pour qu'on en fît des balles. On trouva bien celui qui contenait le corps de Vauban, mais le coffret qui contenait le cœur ayant été placé sous les marches de l'autel, ne fut pas retrouvé. Le hasard le fit découvrir en 1804 et l'empereur, informé, décida aussitôt son transfert aux Invalides. M. La Ramel procéda à l'exhumation en présence de plusieurs magistrats du lieu et de deux sous-préfets, l'un représentant le village où était né Vauban, l'autre celui où il reposait, et les dispositions furent prises pour le transport à Paris. Les habitants de Bazoches ne montrèrent d'ailleurs aucune émotion à l'annonce de ce départ parce qu'on leur expliqua que Vauban était, dans leur commune, « enseveli dans l'oubli » et qu'aux Invalides « il serait entouré d'un culte pieux et incessant ».

Le coffret de plomb fut confié à un brigadier de gendarmerie, Raubat, qui le porta d'abord au château de Vauban où le propriétaire M. La Ramel, avait offert un déjeuner à ceux qui venaient de prendre part à la cérémonie. Il en eut les reliefs. Puis La Ramel, suivi du brigadier, prit la route de Vézelay où un délégué du ministre devait prendre livraison de la relique ; soudain le gendarme s'aperçut que le coffret n'était plus


HÉMOPAUSINE
TROUBLES de la CIRCULATION DU SANG
DU DOCTEUR BARRIER
HÉMORROÏDES
PHLÉBITES



dans les fontes de sa selle ! Ses recherches sont vaines : alors, il refait en sens inverse le chemin parcouru depuis Vézelay, fouillant des yeux la route ; il retourne au logis dans lequel on a festoyé et ne retrouve rien jusqu'au moment où il voit le coffret dans la mangeoire du cheval qui l'avait amené !

Arrivé à Paris, le cœur de Vauban fut déposé au ministère de la Guerre par un arrière-petits-fils de Vauban, Lepeletier d'Aunay, sous un buste en marbre du maréchal par Coysevox. Il fallut quatre ans avant qu'on le transportât aux Invalides (26 mai 1808).

Ce que M. Julien Benda appelle l'esprit scientifique. — *Universalisme et littérature.* LES NOUVELLES LITTÉRAIRES (6 mai 1933.)

.... Et d'abord, qu'est-ce que j'appelle l'esprit scientifique ? J'appelle ainsi l'esprit dont le ressort essentiel est la recherche de l'exactitude et de la vérité. C'est dire que beaucoup de littérateurs ont l'esprit scientifique, et plus parfois que bien des savants. La juste observation des mœurs ou des caractères, la peinture exacte des passions humaines sont des œuvres de science. Shakespeare, Montaigne, Racine, Molière, La Bruyère, Stendhal, Proust sont des savants. Ce que j'oppose ici au savant, c'est ce que j'appellerais le *littérateur pur*, je veux dire celui qui ne s'emploie qu'à dire sa sensibilité, dans ce qu'elle a de plus attaché à elle seule, de plus indifférent à toute vérité extérieure, de plus subjectif. Au fond, c'est le romantique.

J'entends la leçon : « Croyez-vous par hasard que les peintres exacts que vous venez de citer n'ont pas mêlé à leur peinture leur tempérament personnel, leur subjectif ? » Je le crois si peu que je constate ce tempérament jusque chez les savants proprement dits. Il faut n'avoir jamais mis le nez dans un mémoire de Lagrange ou de Fresnel pour s'imaginer que leur personnalité ne s'y fasse pas sentir, ne serait-ce que par leur style. Seulement elle s'y fait sentir beaucoup moins que chez Chateaubriand ou Victor Hugo. Est surtout elle ne cherche pas à s'y faire sentir.

Renan, recevant Claude Bernard à l'Académie, a admirablement formulé cette loi qui vaut pour un Racine ou un Gœthe autant que pour un Lamarck ou un Pasteur : « La règle des ouvrages de l'esprit est toujours la même : être égal à la vérité, ne pas l'affaiblir en s'y mêlant, se mettre tout entier à son service, s'immoler à elle pour la montrer seule dans sa haute et sereine beauté ». C'est là évidemment un idéal qu'aucun être terrestre n'a totalement réalisé ; toutefois, certains s'en rapprochent considérablement, alors que d'autres sont fermement résolus à s'en éloigner le plus possible. J'appelle les premiers des hommes de science, même s'ils sont de grands artistes ; les seconds des littérateurs.

Le bruit à Rome. — *De M. Louis Gillet, dans* LA REVUE HEBDOMADAIRE, (4 mars 1933). *La Rome de Mussolini. Conférence de la « Société des conférences ».*

La première chose qui frappe, quand on n'est pas retourné à Rome depuis sept ou huit ans, c'est le bruit : le bruit des autos naturellement. Dans ces dernières années, six à huit mille voitures de plus à chaque recensement. L'infernale petite machine de fer aura, en quelques années, transformé Rome, et l'aura retournée comme les grosses charrues motrices labourent un champ. Dans les étroites rues sans trottoirs de la vieille ville pontificale, qui circulent autour du Panthéon et du Palais Farnèse, camions et autobus s'engouffrent avec fracas et prennent des virages impétueux à grands cris de cornes et de klaxons. Ce vacarme déchire la nuit où s'égouttait jadis la flûte liquide des fontaines. Sur les murs de l'Aventin, entre les vieilles murailles champêtres et claustrales qui montent à Sainte-Sabine, des monstres bruyants, lancés à l'assaut du silence s'ouvrent un passage brutal et font trembler la route, remplissant l'espace après eux de l'écroulement d'une voûte magique de cristal pulvérisé. Rome a tué le sommeil. Rome est devenue une des villes les plus bruyantes du monde.

Ce changement d'allure et de rythme, cette vitesse, cet accroissement de volume de la circulation, sont une des choses qui surprennent le plus le voyageur qui se souvient du ralenti et de l'aimable laisser-aller de l'ancienne vie romaine.

P. L. M.

Inutile de vous déranger pour expédier vos colis sur le P. L. M. au départ de Paris

Vous pouvez vous libérer de tout souci pour l'expédition au départ de Paris de vos bagages ou de vos envois de grande ou de petite vitesse sur le P. L. M.. Téléphonez à Diderot 85-10. Vos colis seront enlevés très rapidement à votre domicile et acheminés sur leur destination sans que vous ayez à vous en préoccuper. Les frais de transport eux-mêmes seront encaissés au moment de l'enlèvement, si vous le désirez.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET

FONDÉ EN 1873. — N° 23 LE NUMÉRO 50 Centimes 10 JUIN 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 30 mai. — M. Brami. Sclérodermie et traumatisme. — M. Lortat-Jacob. Para-kératoses et streptococcies cutanées. — M. Piérola. De l'hypertrichose et son traitement par la diathermo-coagulation. — M. Beyrand. De la prophylaxie de la paralysie générale. — M. Liber. Troubles de la mémoire de fixation chez les déments. — M. Durrbach. Les sutures intestinales en chirurgie digestive.

31 mai. — M. Dupuy. Appendicite mésocœliaque. — M. Kahane. Considérations sur la diphtérie trachéo-bronchique. — M. Libman. Prophylaxie du trachome.

3 juin. — M. Bardaud. Contribution à l'étude des anévrysmes latents de la crosse de l'aorte. — M. Aubert. Contribution à l'hyperphorie thyroïdienne. — M. Truche. Modifications biologiques du sang, des urines, du liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme aigu et chronique. — M. Moro. Intérêt du lavement baryté dans le diagnostic et le traitement de l'invagination intestinale.

1er juin. (Thèse vétérinaire). — M. Vebret. De l'élevage en Vojuodina (Yougoslavie).

2 juin. — M. Coürtin. Accidents para- et pseudo-vitulaires observés chez la vache.

Troisième Congrès international de pédiatrie. — Le troisième Congrès international de pédiatrie, devant avoir lieu à Londres les jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 juillet, se tiendra à la « British Medical Association House ».

Les membres de toute Société médicale reconnue sont qualifiés pour être membres du Congrès, mais ils doivent être inscrits par l'entremise de leur propre Comité national.

Cotisations des membres du Congrès. — La cotisation pour les docteurs en médecine (membres actifs) assistant au Congrès est de deux livres sterling (ou bien deux livres et dix shillings pour avoir droit aux comptes rendus).

La cotisation pour les personnes ne faisant pas partie du Corps médical (membres associés) et accompagnant les membres actifs est de une livre sterling. Toutes les cotisations sont payables d'avance au trésorier : Docteur Hugh Thursfield, 84, Wimpole Street, London, W. I.

Médaille du Docteur Paul Alglave. — A l'occasion du départ des hôpitaux du Docteur Paul Alglave, professeur agrégé à la Faculté, un groupe de ses amis et élèves a décidé de lui offrir une médaille. L'exécution en a été confiée au maître médailler Baudichon.

La remise de la médaille sera faite dans l'intimité et sa date sera fixée ultérieurement.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Prière de s'inscrire et d'envoyer les fonds au Docteur Guimbellot, chargé de les centraliser (2, rue de Sontay, Paris, XVIe, compte de chèques postaux n° 1673.11 Paris).

Légion d'honneur. — Guerre (Réserve). Sont inscrits pour *chevalier* :

MM. Charbonnel, Benon, Lemoine, Cros, Morlat, Crauste, Battesti, Rolland, Viel, Reynal, Guiot, Kœnig, Lœwenhard, Vernon, Laine, Clermonthe, Sari, André, Testart, Merleau-Ponty, Beauchesne, Voutier, Morin, Gaume, Fayard, Beniaya, Raynaud, Compayre, Masseret, Reynaud, Ort, Goublot, Martin, Vignier, Richard, Saintot, Poncin, Violet, Secret, Hausmann, Gy, Dubois, Bayard, Robert, Caillaud, Dhéry, Bonnet, Chenel, Boisseuil, Béclère, Rhenter, Féraud, Mairesse, Josephson, Sauveglane, Vieux-Pernon, Parsat, Manet, Guinoiseau, Vinchon, Chavelet, de Verbizier, Deumié, Martin, Aillet, Nespoulous, Ferry, Cleisz, Fenard, Armaing, Imbaud, Boucaut, Vicq, Even, Fronty, Monnier, Duvillier, Leques, Senger, Greffier, Mausse, Limouzi, Le Pannetier de Roissay, Perochon, Codvelle, Massié, Collet, Wertz, Jacquot, Laporte, Lavoine, Hilaire, Scherb, Goldsmith, Collet, Affichard, Debar, Matel, Bourhis, Fourrière, Béra, Colanéri, Escalier, Créange, Pujade, Montet, Evrard, Thuriot, Girard, Feutrie, Rabut, Boutin, Gilles, Derancourt, Saxe, Fourcard, Houard, Herbreteau, Carras, Torlay, Guéméné, Maurel, Fataccioli, Gaillard, Parès, Michard, Dubuisson, Zivre, Bocquillon, Train, Lemoine, Valette, Piquemal, Petitot, Tarin, Perrin, Gérard, Mahieu, Palafer, Barbé, Laplane, Saada, Giraud, Odinet, Borianne, Lacroix, Jaillet, Kocher, Dossin, Baudin, Boularan, Beynes, Bocca, Roumainges, Hériard, Goubert, Roux, Bujadoux, Poinsignon, Agnel, Rateau, Massié, Cavaro, Bach, Faure, Orsini, Despin, Leneutre, Petit, Gamaleia, Lafay, Lamy, Sénèque, Valat, Peltier, Decressac, Wertheimer, Boudry, Nicolas, Lafue, Lemaire, Denéchau, Barthe, Lévi, Labrue, Bertoin, Chandebois, Bernard, Bousquet, Auger, Jazey, Moret, Devaux, de Lambert, Grellety, Cachera, Fatou, Célice, Français, Reverdy, Huguenin, Franquet, Valiadis, Deschamps, Siméon, Chevallier, Tambareau, Ardoin, Maritoux, Vaulet, Léonet, Ebert, Mériadec, Narboni, Davy, Guibal, Le Gac, Joanny, Benoit, Fourest, Swynghedauw, Cléret, Raiga, Munier Leroux, Boiffin Grivet, Mullet, Kleinpeter, La Tour de Brie Vaslin, Casalonga, Chassagne, Michaud, Alzieu, Chazal, Merliac, Agasse, Conte Guiol, Goyau, Emonin, Renard, Toulze, Calvet, Ségala, Soulier, Panis, Dechaume, Stricker, Sourdille.

(Troupes coloniales). MM. Passarini et Comes.

(Officiers rayés des cadres.) MM. Nouvel, Debauge, Borst, Antonelli, Xemard, Avinier, d'Halluin.

Société française d'histoire de la médecine. — La réunion mensuelle de la Société aura lieu le samedi 10 juin 1933, à 17 heures, à la Faculté de médecine (foyer des professeurs).

Ordre du jour. — Candidatures. — Communications : M. le Docteur Saint-Jacques : Histoire médicale de Montréal-Canada, Ville Marie sous le régime français (1642-1760) ; M. le Docteur Olivier : Le programme d'un cours d'hygiène en 1829 par le Professeur Trélat.

Chaire de pathologie médicale. (Professeur : M. A. Clerc.) — *Cours complémentaire.* — M. A. Clerc, professeur et MM. Aubertin, Bénard, Brûlé, Cathala, Chabrol, Chevallier, Donzelot, Guy-Laroche, Lian, Moreau, Pasteur Vallery-Radot, agrégés en exercice, médecins des hôpitaux, feront, du 19 juin au 1er juillet prochain, une série de douze leçons sur des sujets d'actualité concernant la pathologie médicale.

Ces leçons auront lieu, tous les jours, à 18 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, selon le programme ci-dessous :

Lundi 19 juin, M. Lian : Les rythmes cardiaques à trois temps (étude clinique et graphique). — Mardi 20 juin, M. Chevallier : Les purpuras inflammatoires primitifs. — Mercredi 21 juin, M. Guy-Laroche : Syphilis gastrique. — Jeudi 22 juin, M. Aubertin : Troubles du rythme cardiaque dans les maladies infectieuses aiguës. — Vendredi 23 juin, M. Brûlé : Polymorphisme des colopathies à trichocéphales et à lamblia.

Samedi 24 juin, M. CATHALA : Syphilis héréditaire larvée. — Lundi 26 juin, M. BÉNARD : Physiopathologie du sinus carotidien. — Mardi 27 juin, M. CHABROL : Les hématémèses d'origine splénique. — Mercredi 28 juin, M. DONZELOT : Formes malignes de l'arythmie complète. — Jeudi 29 juin, PASTEUR VALLERY-RADOT : Hépatonéphrites aiguës. — Vendredi 30 juin, M. MOREAU : Les complications pulmonaires de la grippe d'après les conceptions actuelles. — Samedi 1er juillet, M. CLERC : Le cœur des diabétiques.

Le cours est gratuit.

Réunion plénière de la Société anatomique de Paris. (12 et 13 octobre 1933.) — La Société anatomique de Paris tiendra, cette année, sa réunion plénière les jeudi 12 et vendredi 13 octobre prochain.

Cette réunion est tout particulièrement destinée à réunir les membres correspondants étrangers et français de la Société.

Deux sujets ont été mis à l'ordre du jour : PREMIER SUJET : L'hémorragie cérébrale (séances du jeudi 12, sous la présidence de M. le Professeur G. Guillain (de Paris), à 9 heures du matin, 12, rue de Seine, Paris, 6e).

Ce sujet comportera trois rapports : Premier rapport : *Etude expérimentale.* (M. le Professeur DEELMANN, de Groningue). — Deuxième rapport : *Etude anatomo-pathologique* (M. le Professeur SCHWARTZ, de Francfort-sur-le-Mein). — Troisième rapport : *Etude physio-pathologique* (M. le Professeur agrégé LHERMITTE, de Paris).

DEUXIÈME SUJET : Anatomie médico-chirurgicale des pédicules nerveux de l'appareil viscéral (séances du vendredi 13, sous la présidence de M. le Professeur Célestino da Costa, de Lisbonne).

Ce sujet comportera deux rapports : Premier rapport. *Systématisation macroscopique* (M. le Professeur DELMAS, de Montpellier). — Deuxième rapport : *Etude microscopique* (M. le Professeur KISS, de Szeged).

Les membres de la Société anatomique trouveront dans le numéro de mai des *Annales d'anatomie pathologique* un bulletin d'adhésion. Les congressistes éventuels, qui ne sont pas membres de la Société, sont priés d'envoyer leur acceptation au secrétaire général, Docteur René Huguenin, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe), en notifiant s'ils désirent d'ores et déjà s'inscrire pour la discussion des rapports ou pour une communication sur les sujets à l'ordre du jour.

Tous les adhérents à la réunion plénière recevront, sous quelques jours, une circulaire concernant l'organisation matérielle : demande de réductions sur les chemins de fer français, logement, adhésion au banquet, etc.

Association des médecins de la Seine. — L'Association des médecins de la Seine, créée par Orfila en 1833, célébrera le Centenaire de sa fondation le 14 juin 1933 à dix-sept heures précises dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, en présence de M. le Président de la République et de M. le ministre de la Santé publique, sous la présidence de M. Ducos, sous-secrétaire d'Etat à l'Enseignement technique, assisté de M. Pierre Bazy, membre de l'Institut, président de l'Association.

Nécrologie. — Docteur François BACHIMONT, de Nogent-sur-Seine (Aube). — Docteur Gabriel BÉZIER père, de Laval-Vaiges (Mayenne). — Docteur BOULLET, d'Orléans. — Docteur Jean CHAMBRIN, de Plancoët (Côtes-du-Nord). — Docteur CHOPART, de la Ciotat (Bouches-du-Rhône). — Docteur COLIN, de Saint-Dié (Vosges). — Docteur COLLARD, de Paris. — Docteur Edouard DESCOS, de Meillonnas (Ain), décédé dans sa 46e année. — Docteur Albert DUMONT, de Périgueux (Dordogne). — Docteur JOUFFREY, de Carqueiranne. — Docteur JOLIVEL, de Châteaugiron (Ille-et-Vilaine). — Docteur LÉVÊQUE, de Versailles. — Docteur MANGENOT, de Colmar et Amélie-les-Bains. — Docteur Louis MEIGNANT, d'Angers. — Docteur MUNOT, de Laives (Saône-et-Loire). — Docteur Jean PAPADOPOULOS, de Sainte-Colombe-les-Vienne (Rhône). — Docteur DE SILVERA, de Nantes. — Docteur TRENAUNAY, de Paris, 8, rue des Saints-Pères (VIIe). — Docteur Jean VIALLETON, de Saint-Etienne, O.-R.-L., décédé dans sa 44e année.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie des voies urinaires (*Etudes cliniques*), par C. LEPOUTRE. Un vol. in-8° de 288 pages avec 21 figures dans le texte et 39 planches hors texte : 50 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'auteur a réuni dans cet ouvrage vingt leçons sur divers sujets de chirurgie des voies urinaires.

Dans le palper dans la station debout et la cholécystectomie par voie lombaire, sont décrits des procédés originaux de diagnostic et de technique opératoire.

Les étapes du diagnostic d'une colibacillose chronique, un diagnostic difficile de tuberculose rénale, les néphrites hématuriques, le traitement de la pyélonéphrite de la grossesse, les calculs latents du rein, les complications urinaires de l'appendicite, sont d'un intérêt pratique et immédiat pour le médecin.

Le reflux vésico-urétéral fait l'objet d'une mise au point très précise

qu'avaient préparée les publications antérieures de l'auteur sur ce sujet.
La *pyélographie* rétrograde et la descendante sont étudiées dans diverses applications pratiques (le diagnostic des tumeurs des hypocondres, le diagnostic des calculs du rein).
Diverses anomalies (pseudo-hermaphrodisme gynandroïde ; abouchement de l'uretère dans l'urètre prostatique) sont étudiées avec le souci de présenter des notions pratiques de diagnostic et de traitement.
La lithiase des sujets atteints de maladies des os forme un chapitre intéressant de pathogénie.
Ce livre n'a rien d'un ouvrage didactique. Les sujets étudiés sont présentés sous une forme essentiellement clinique les observations de l'eau teur sont à l'origine et constituent le cadre de chaque article. L'illustration est abondante, ainsi qu'il convient.
Rappelons les précédents ouvrages du Dr Lepoutre : Bactériuries, pyélites et pyélonéphrites (1930) et la pyélographie intraveineuse dans le diagnostic *urologique* en collaboration avec F. STOBBAERTS (1932).

Rééducation des obstrués du nez et du rhino-pharynx, par Georges ROSENTHAL. (Collection de Parrel des Manuels de rééducation). Un vol. in-8° de 128 pages avec 36 figures dans le texte, 28 francs.

Le Docteur Georges Rosenthal, qui, depuis plus de 30 ans, étudie la rééducation respiratoire, terme qui apparaît pour la première fois dans ses articles de 1903, écrit dans la Collection de G. de Parrel, le *Manuel de la Rééducation des obstrués du nez et du rhinopharynx*. *Le point de départ* est le rétablissement du fonctionnement physiologique de la respiration. L'auteur insiste sur le rôle de la peau, origine du besoin de respirer, dès qu'elle est en contact avec l'air.
La libération de la voie anatomique est nécessaire, et l'auteur met bien en valeur l'importance des végétations adénoïdes, le mécanisme de l'habitude vicieuse et la grande fréquence de la glossoptose de P. Robin. *Le diagnostic* est actuellement bien réglé. Le nourrisson présente un *tableau clinique* particulier quand il est obstrué du nez ; l'adolescent est souvent encore pris pour un cardiaque. L'*insuffisance nasale* ouvre la porte à la tuberculose grâce aux foyers d'inertie pulmonaire.
La thérapeutique est complexe. Localement, il faut insister sur la diastolisation de Gautier et sur la méthode eumorphique de P. Robin. La respiration sera éduquée méthodiquement et médicalement. Le système nerveux devra être tonifié.
Ce manuel est illustré de 36 figures qui en facilitent la compréhension.
La physiothérapie est actuellement en pleine vogue. Aucun médecin ne peut ignorer cette science, dont l'auteur fut un des premiers propagateurs.

La Tuberculose du lobe azygos, par B. LE BOURDELLÈS et J. JALET, Un volume de 160 pages avec 70 figures (Bibliothèque de phtisiologie) : 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bien que les divers traités d'anatomie décrivent au poumon normal de l'homme trois lobes à droite, séparés par deux scissures, deux lobes à gauche séparés par une seule scissure, il est classique d'admettre que le mode de segmentation périphérique de cet organe est extrêmement variable ; de sorte que, pour aussi fréquente qu'elle soit, cette division n'a rien d absolu ; on constate très souvent des exceptions à cette règle.
L'étude des lésions des lobes surnuméraires n'avait été l'objet jusqu'à ces dernières années que de rares travaux ; elle se résumait dans un très petit nombre de constats d'autopsie. Le problème a été rénové par les progrès de la radiographie. L'attention s'est trouvée particulièrement attirée sur le lobe surnuméraire de l'apex droit, qu'il faut, avec les auteurs anglais, dénommer le « lobe azygos ». La fréquence assez grande de ce lobe, l'image radiologique bien spéciale qui signale sa présence, en dehors même de toute lésion, les déformations pathologiques enfin de cette image, que la prédilection relative de la tuberculose incipiente pour le lobe supérieur droit rend assez communes, ce sont là autant de raisons qui désignent à nouveau aujourd'hui cette anomalie anatomique à l'attention des phtisiologues.
Ce livre est donc consacré à l'étude du lobe azygos et de ses lésions tuberculeuses ; mais comme d'autres *lobes surnuméraires* sont susceptibles d'avoir, à l'état normal ou pathologique, leurs images particulières, un chapitre de cet ouvrage leur est également consacré.

Pratique hématologique, par J. MONTPELLIER et A. MANCEAUX. Un vol. in-8° de 328 pages avec 90 figures en noir dans le texte et une planche en couleurs hors texte, 60 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre s'adresse spécialement à l'étudiant en médecine et au praticien ; il arrive à son heure et comble une lacune.
Les auteurs se sont appliqués à y rassembler, d'une manière nette, concise — dégagée de toutes compilations par trop « théoriques » et de toutes discussions bibliographiques — l'ensemble des données hématologiques modernes, utiles à la formation d'un médecin complet et à l'exercice de la médecine.
« *Dans un premier livre*, — écrivent les auteurs dans leur Préface, — « nous étudions le sang de *l'individu normal* ; nous passons en revue les « qualités physiques, chimiques, biologiques du liquide sanguin et ses « différents constituants. Nous nous arrêtons assez longuement sur sa « genèse, sa mort, sa rénovation, — sur sa genèse surtout, qui porte en « elle toute la compréhension des modifications cytologiques.
« *Dans un second livre*, nous étudions le sang de *l'homme malade*. Une « première partie passe en revue, *analytiquement*, les différentes altéra- « tions qu'il peut offrir. Une deuxième envisage ces modifications, *synthétiquement*, au cours de grands syndromes anatomo-cliniques, pour « lesquels leur étude est d'importance réelle, sinon fondamentale.
« *Dans un troisième livre*, il nous a paru bon de rassembler les diverses « techniques qui permettent d'étudier pratiquement le liquide sanguin et « d'en identifier les nombreuses modifications. Le but essentiellement « pratique de ce volume explique suffisamment le soin que nous avons « apporté à rédiger cette dernière partie, en pénétrant dans le menu. »
Écrit simplement, dans un but éminemment pratique, ce volume mérite de prendre rang parmi les livres les plus fréquentés des bibliothèques de l'étudiant et du praticien.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les cures thermales en gastro-entérologie

Par le Professeur **Maurice VILLARET**
Médecin de l'Hôpital Necker

Il est peu de groupements morbides qui, à l'égal des maladies du tube digestif, présentent autant d'importance au point de vue de la crénothérapie. Le nombre des affections de l'estomac et de l'intestin ressortissant aux cures thermales est, en effet, considérable. La France occupe, à ce point de vue, une situation tout à fait privilégiée, présentant une gamme très nuancée des différentes variétés d'eaux susceptibles d'intéresser les gastro-entérologues ; c'est pourquoi je me limiterai à leurs indications, n'ayant pas la place nécessaire ici d'envisager les stations étrangères.

C'est pour la même raison que, dans cet exposé, que je désire faire suivant un esprit essentiellement pratique, j'éliminerai systématiquement tout ce qui concerne les recherches scientifiques, en particulier d'hydrologie expérimentale, et, pour ne citer que les dernières, celles que j'ai entreprises avec mes collaborateurs, Lescœur, Justin-Besançon et Mlle Berheim, au laboratoire ou au griffon même des sources, sur l'intestin isolé.

A vrai dire, on doit reconnaître d'emblée qu'il est impossible de séparer complètement la thérapeutique respective des *maladies du tube digestif et de l'appareil hépato-biliaire*, qui sont absolument intriquées. Ce serait être le plus mauvais des gastro-entérologues que de mal connaître la pathologie du foie, et, inversement, on ne saurait guère interpréter clairement les nombreuses affections de l'appareil hépato-biliaire si l'on n'avait pas complètement présentes à l'esprit les différentes agressions qui peuvent le frapper par l'intermédiaire du tube digestif. Il existe de véritables syndromes gastro-entéro-hépatiques que font comprendre les connexions de l'estomac, du duodénum et de l'intestin, d'une part, et du foie d'autre part, c'est-à-dire leur contiguïté anatomique, leurs liaisons lymphatique, péritonéale, nerveuse, sécrétoire et vasculaire. J'ai insisté par ailleurs, à plusieurs reprises, sur l'origine gastro-intestinale de certaines maladies du foie, sur les infections et intoxications qui atteignent cette glande après avoir touché le tube digestif, et, inversement, je rappelle que, bien souvent, les hépato-vésiculaires deviennent, dans la règle, bientôt des gastro-entéropathes, en raison de cette synergie fonctionnelle entre les deux appareils.

De même, il convient de souligner l'*interdépendance des accidents gastro-intestinaux et des troubles des systèmes neuro-végétatif et endocrinien*. On ne saurait sous-estimer la complexité des actions et des réactions vaso-motrices, des phénomènes réflexes, dans lesquels on doit faire la part du vague et du grand sympathique, des synergies et des antagonismes des glandes endocrines, qui sont susceptibles de se manifester au cours des affections du domaine gastro-entérologique. Cette partie de la pathologie du tube digestif n'est pas des moins intéressantes. Il serait trop long d'y insister ici, mais j'aurai l'occasion, à plusieurs reprises, d'y faire allusion pendant ce résumé synthétique et forcément rapide.

***

C'est en partant de ces notions indispensables que seront exposées ici successivement :

1° Quelques notions générales sur les prescriptions et l'organisation des cures thermales en gastro-entérologie ;

2° Les principaux aspects cliniques des maladies du tube digestif ressortissant à ces cures thermales ;

3° Le mécanisme par lequel elles agissent dans les affections du tube digestif ;

4° Enfin, les indications et contre-indications de la crénothérapie chez les gastro-entéropathes.

I. Notions générales sur les prescriptions et l'organisation des cures thermales en gastro-entérologie

Il me paraît indispensable, au début de cet exposé, de faire remarquer qu'un trop grand nombre de malades, qui pourraient bénéficier du traitement hydrominéral pour leur estomac et leur intestin, ne font pas les cures que semble réclamer leur affection. Il existe, en effet, à ce sujet, un certain nombre de préjugés. On a trop souvent tendance à considérer les sources thérapeutiques comme une médication d'exception, et à admettre que les malades, sans se déplacer, peuvent aussi bien absorber l'eau minérale à domicile ; or, il faut savoir que cette cure ne saurait représenter qu'un pis-aller, tout au plus justiciable si des raisons sérieuses empêchent tout déplacement du gastro-entéropathe.

De même qu'une solution saline magistrale ne saurait être comparée à une eau naturelle, de même, une source médicinale transportée n'aura jamais l'action favorable d'une eau minérale prise au griffon.

La radio-activité, des actions catalytiques non toujours définies, la concentration moléculaire à l'émergence, les gaz, et notamment l'acide carbonique dissous, les sels instables associés à doses infinitésimales et qui, après la mise en bouteille, se décomposent et se précipitent, sont parmi les nombreuses raisons qui doivent nous faire préférer les sources vivantes aux eaux mortes.

Mais, pour qu'une cure soit efficace, il faut qu'elle soit bien conduite, et c'est là où intervient le rôle du médecin consultant de la station. A lui appartiendra de préciser la durée du séjour aux eaux, la façon dont doit être dirigée la cure, en particulier en position couchée et par prises fractionnées, pratique sur laquelle j'ai insisté depuis longtemps. C'est lui aussi qui décidera s'il convient d'interrompre le traitement par un repos momentané de quelques jours, en évitant ainsi la crise thermale, qui, si elle était recherchée autrefois, doit être, à mon avis, le plus souvent évitée : prévenir cette crise, en effet, c'est écarter l'excitation vago-sympathique et le surmenage du foie chez le sujet en cure, qui vient justement aux eaux bien souvent pour combattre la congestion hépatique et ses conséquences.

Il convient aussi que, pendant la durée du traitement et en post-cure, le repos des gastro-entéropathes soit conseillé dans la plus large mesure : il sied de convaincre ces malades de la nécessité de la vie à l'écart du bruit et des fatigues, au grand air, à l'abri des distractions souvent trop fatigantes d'une ville trop fréquentée.

C'est pour la même raison que, dans les stations du tube digestif, l'observance des régimes divers doit être particulièrement sévère, et c'est pourquoi, dans ces villes d'eaux, les menus surveillés par le corps médical doivent être imposés aux malades.

II. Principaux aspects cliniques des maladies du tube digestif ressortissant aux cures thermales

Il ne saurait être question ici de rédiger un épitomé de pathologie gastro-intestinale, mais simplement de montrer, dans les désordres viscéraux et leur intrication, ce qui doit inciter à une orientation crénologique.

J'insisterai donc avant tout, non point sur les affections lésionnelles du tube digestif, contre lesquelles,

◆◆

d'une façon générale, la crénothérapie n'est pas indiquée, mais sur les troubles fonctionnels, d'abord de l'estomac puis de l'intestin, ceux qui, ultérieurement, sont susceptibles d'entraîner des altérations graves et irréductibles, mais qui, traités à temps, en particulier par la cure thermale, sont souvent considérablement améliorés.

A. Affections de l'estomac

Les symptômes caractéristiques des maladies de l'estomac présentent une complexité due à ce que les accidents qui les révèlent sont plus souvent subjectifs qu'objectifs, fonctionnels que lésionnels, intriqués avec d'autres troubles organiques que simples.

C'est en me basant sur ces considérations que j'exposerai les indications et les contre-indications des cures thermales dans un certain nombre de réactions gastriques, classées sans doute très schématiquement, mais dans un ordre qui permettra néanmoins au praticien de s'orienter dans ses prescriptions crénologiques.

Nous étudierons donc successivement les troubles de la sécrétion de l'estomac, puis ceux de sa motricité, enfin les altérations lésionnelles de cet organe.

a) Troubles de la sécrétion gastrique

Deux groupes de sujets, à ce point de vue, s'opposent l'un à l'autre : d'une part, les hyperchlorhydriques, d'autre part, les hypochlorhydriques et les anachlorhydriques.

1° Parmi les hyperchlorhydriques, peuvent s'individualiser plusieurs types précis :

L'un d'eux répond essentiellement aux lésions de gastrite, qu'il s'agisse d'intoxications, de troubles liés à l'ingestion de boissons chaudes ou irritantes, ou de lésions infectieuses entretenues, par exemple, par la pyorrhée alvéolo-dentaire. Dans ces cas, les malades se plaignent en général, de douleurs précoces ou demi-tardives avec aigreurs, renvois, en même temps que d'une vague sensibilité épigastrique, tandis que l'examen du chimisme stomacal montre l'augmentation de l'acidité normale.

Ces gastropathes pourront bénéficier d'un traitement par les eaux bicarbonatées sodiques, administrées de telle façon qu'elles soient calmantes et sédatives.

D'autres sujets présentent des crises paroxystiques avec des brûlures violentes ou des crampes à horaire précis, survenant trois ou quatre heures après le repas. Ce syndrome est le fait de l'ulcère ; et nous verrons qu'en général, celui-ci contre-indique une cure thermale.

Très fréquemment, aux syndromes dyspeptiques des gastrites se trouvent associés des troubles hépatiques ; aux brûlures épigastriques s'ajoutent du subictère, de la somnolence prandiale, des alternatives de diarrhée et de constipation, ainsi qu'un gros foie de consistance moyennement accrue, augmentant souvent de volume et de sensibilité après les repas. Chez ces malades, l'hépatomégalie, le subictère, les signes de la petite insuffisance hépatique associés à de légères manifestations d'hypertension portale confirment qu'ils souffrent autant du foie que de l'estomac, et fournissent des indications de régime et de cures thermales toutes particulières.

2° Les insuffisances sécrétoires gastriques constituent le second groupe justiciable de la crénothérapie, qu'il s'agisse *d'hypochlorhydriques ou d'anachlorhydriques*, entre lesquels il est difficile, cliniquement, d'établir une distinction formelle.

Il s'agit de neuro-dyspeptiques familiaux présentant une dysthénie neuro-végétative souvent héréditaire, maigres, hypotoniques, anxieux, et chez lesquels on observe souvent tous les éléments du syndrome sensitivo-moteur d'Albert Mathieu, et notamment de l'aérophagie.

Chez eux, le chimisme gastrique se montre tantôt variable, tantôt constamment au-dessous de la normale, la sensibilité plexiale est développée, et l'examen radiologique objective tous les signes d'une ptose accentuée avec lenteur de l'évacuation stomacale.

Plus que les hyperchlorhydriques, ces sujets bénéficient des cures thermales. Leurs indications sont nombreuses chez eux, soit que l'on s'adresse au facteur nerveux, soit que l'on vise l'élément hyposthénique. On pourra prescrire, dans de tels cas, tantôt les eaux bicarbonatées sodiques chaudes, tantôt les sources radio-actives et résolutives.

b) Troubles de la motricité gastrique

A côté des perturbations sécrétoires, celles de la motricité de l'estomac sont au premier plan des phénomènes dyspeptiques. Nombreux sont les syndromes cliniques sous lesquels elles se présentent.

1° L'hyperkinésie gastrique s'observe avec une fréquence particulière chez les névropathes ; il s'agit ordinairement de sujets tachyphages, dont l'appétit parfois exagéré tombe rapidement, et qui présentent après les repas ce ballonnement et ces troubles vaso-moteurs qui accompagnent l'aérophagie.

Associée à l'hyperchlorhydrie, elle se retrouve aussi dans la plupart des gastrites : les troubles de la motricité s'accompagnent alors fréquemment de douleurs précoces ou semi-tardives ; l'examen radiologique montre une contractilité exagérée de l'estomac.

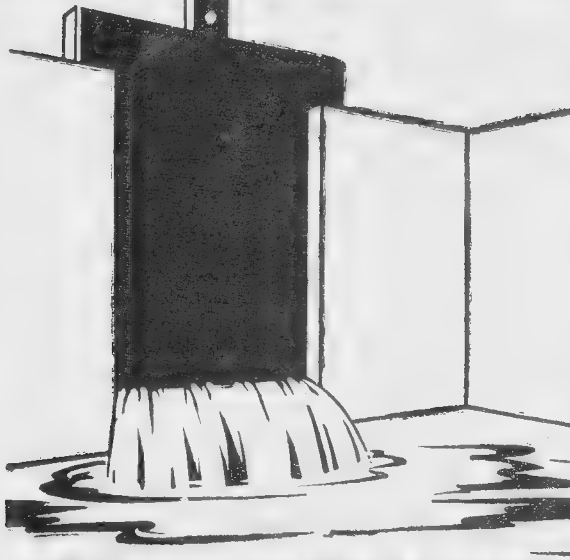
Les hyperkinétiques seront, ulcères en activité exceptés, envoyés aux eaux alcalines chaudes. Celles-ci se montrent, en effet, sédatives, à condition d'être absorbées en petite quantité et, de préférence, à l'horaire des algies semi-tardives ou tardives, c'est-à-dire à la fin de la digestion.

2° Les hypokinésies gastriques se rencontrent, également, chez les dyspeptiques. A l'examen, la gastroptose leur est, en général, associée ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Par contre, des syndromes d'insuffisance glandulaire digestive accompagnent généralement ces déficiences motrices. Bien plus, il est fréquent que ces sujets présentent une hypotonie tissulaire généralisée : leur maigreur, leurs ptoses débordent le domaine des organes digestifs ; une sensibilité solaire et plexi-aortique se décèle souvent à leur examen : ils se plaignent de pesanteurs prandiales ; leur clapotement stomacal descend jusqu'au pubis ; leur évacuation gastrique est souvent lente et irrégulière. L'examen radiologique confirme ces données, et l'évolution clinique montre trop souvent à quel point il est difficile de modifier l'état de ces anorexiques, chez lesquels une insuffisance alimentaire d'origine névropathique est certainement jointe, dans certains cas, à un trouble de l'assimilation.

Les accidents associés sont, du reste, nombreux chez de tels sujets : constipation rebelle par insuffisance biliaire ; déficience hépatique, signée par leur intolérance aux graisses, aux œufs, au vin, au chocolat, au café au lait ; sensibilité aux médicaments ; frilosité ; fatigabilité. De même pour les femmes, la dysménorrhée, l'acrocyanose, le gonflement vasculaire des membres inférieurs montrent la participation des glandes génitales au processus pathologique. Dans l'un et l'autre sexe, se voient des troubles nerveux, soit qu'une hypervagotonie se révèle après les repas par de la somnolence, de la pâleur, des bâillements avec nombreux renvois, soit que la sympathicotonie se manifeste par la dilatation des pupilles, des bouffées vaso-motrices et parfois des palpitations.

Il en résulte, chez la plupart de ces malades, des troubles de l'ordre psychique : certains, découragés, anxieux, incapables de tout effort, gardent le lit ou traînent de chaise longue en fauteuil une existence inutile.

Il va de soi que le traitement crénologique de tous ces sujets est particulièrement complexe et ne saurait se limiter à une simple saison thermale. Ici, les cures de réalimentation et de rééducation digestive et nerveuse, l'isolement surveillé doivent s'associer à la crénothérapie.




OVULES
CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE

Il est certain, cependant, que, dans de tels cas, les eaux carbonatées gazeuses ou bicarbonatées sodiques rendent de réels services en fouettant l'appétit, en stimulant des organes hyposthéniques ou hypotoniques, à condition, toutefois, que l'insuffisance motrice ne soit pas poussée trop loin et que l'estomac ne présente pas une dilatation trop accentuée.

c) Lésions gastriques

L'action crénologique est moins forte, moins caractérisée et d'une efficacité plus douteuse, partant moins indiquée, à l'égard des altérations des muqueuses de l'estomac qu'à l'endroit de ses troubles fonctionnels.

Il ne paraît pas opportun, à l'heure actuelle, de prescrire une cure thermale pour une gastrite ulcéreuse ou un ulcère gastro-duodénal en pleine activité. Tout au plus, peut-être, si celui-ci paraît guéri, ce que l'on ne saurait du reste affirmer, pourrait-on recommander une eau alcaline légère pour régulariser la sécrétion gastrique ; mais cela ne serait encore admissible que s'il n'existait aucune gêne pylorique.

Après la gastro-entérostomie, par contre, les données du problème crénothérapique sont sensiblement différentes. Il n'est pas rare d'observer des opérés, véritables invalides, qui se plaignent de douleurs plus semi-tardives que tardives, brûlures plutôt que crampes, accompagnées de renvois acides, de pesanteurs et d'un malaise continu. A leur examen, on observe tantôt de petits estomacs à évacuation extrêmement rapide, tantôt des organes dont la vidange est lente, dont la stomie fonctionne mal ; ces opérés, en un mot, présentent des signes moins de la persévération d'un ulcère ancien, ou de l'apparition d'un nouvel ulcus, que de gastrite ou mieux de gastro-jéjunite chronique.

Il semble que, dans de tels cas, certaines cures bicarbonatées sodiques pourraient être indiquées, à condition d'être prudemment conduites, avec de très faibles quantités d'eau, cette thérapeutique étant susceptible de contribuer à la sédation des douleurs et à la réduction de l'hypersécrétion et des œdèmes orificiels.

Quant à l'hypervagotonie et à l'hyperchlorhydrie, aux viciations de la motricité, si fréquentes en pareil cas, il semble que la crénothérapie alcaline, véritable cure de rééducation de l'appareil gastro-duodénal, pourrait avec bénéfice leur être opposée, associée à un envoi consécutif aux eaux thermales et radioactives des stations sédatives.

B. Affections de l'intestin

Les réactions intestinales fournissent un contingent considérable de baigneurs aux stations thermales.

Trois groupes de malades se distinguent nettement à ce point de vue, sans qu'il y ait, cependant, de cloisons étanches entre eux. Chez les uns dominent les troubles de la sécrétion ; chez d'autres, des perturbations de la motricité ; les troisièmes présentent surtout des accidents infectieux. Ce sont là, sans doute, des distinctions artificielles mais commodes et que, en conséquence, nous garderons.

a) Troubles de la sécrétion intestinale

Souvent associés aux perturbations motrices de l'intestin, ils conditionnent les exagérations ou les insuffisances sécrétoires, auxquelles il faut joindre le syndrome de la colite muco-membraneuse.

1° Les hypersécrétions

Celles-ci se manifestent tantôt sur l'intestin grêle, tantôt au niveau du côlon.

1. *Sur le grêle*, elles représentent le groupe si confus des diarrhées nerveuses, endocriniennes ou toxiques. Les malades se plaignent de selles quelquefois aqueuses, parfois lientériques, de douleurs coliquatives à siège péri-ombilical, troubles souvent réflexes, déclenchés par les liquides glacés, le refroidissement de l'abdomen, ou survenant d'une façon paroxystique, sans cause apparente ; parmi ces dernières, citons les diarrhées des endocriniens, celles attribuables aux phénomènes anaphylactiques, ou bien, parfois, celles dues à une élimination toxique, souvent à respecter d'ailleurs, comme dans l'azotémie ou l'uricémie.

Les indications thermales différeront ici singulièrement selon les conclusions étiologiques. Lorsque semble intervenir une sensibilité nerveuse anormale, on dirigera le malade sur Plombières. On recommandera Evian ou Vittel aux uricémiques et aux goutteux. Enfin, Vichy se trouvera indiqué dans les accidents anaphylactiques, qui, s'ils ne se résument pas entièrement en un trouble du foie, comportent toujours, cependant, une part d'insuffisance hépatique.

2. *Les diarrhées colitiques* relèvent plus particulièrement de troubles intéressant le sigmoïde ; l'hypersécrétion, purement aqueuse en général, réalise ici le syndrome de la fausse diarrhée.

Dans de tels cas, on prescrira soit les eaux chlorurées magnésiennes du type Châtel-Guyon, soit les eaux sulfatées sodiques.

2° Les insuffisances sécrétoires

Les diarrhées par hyposécrétion représentent un groupe complexe dans lequel intervient en première ligne le déficit hépato-pancréatique.

Il s'agit là de sujets, malades depuis fort longtemps, présentant un nombre relativement peu élevé de selles plus ou moins décolorées. L'analyse y retrouve des fibres musculaires en abondance, de l'amidon mal attaqué, des graisses neutres intactes ; la bilirubine s'y décèle souvent en grande quantité, avec des selles presque blanches, prenant parfois à l'air une coloration rouge brique.

Particulièrement important pour la crénologie est le groupe des diarrhées prandiales ; les unes, de beaucoup les plus fréquentes, s'observent dans les troubles vésiculaires ou au cours de l'hypertension portale ; les autres, plus rares, relèvent de l'insuffisance gastrique.

Il est enfin des diarrhées d'origine cæcale, où prédominent les fermentations, et d'autres avec putréfactions, dans lesquelles s'observent des insuffisances sécrétoires intriquées.

Les indications crénologiques sont évidemment des plus complexes en pareil cas. On se basera, pour orienter sa décision, sur l'analyse des fèces, l'état du foie, de la vésicule, du système porte, du côlon, du système nerveux.

Selon la prédominance des troubles hépatiques, on ordonnera les stations bicarbonatées sodiques, ou, si l'état du côlon le commande, les eaux chlorurées magnésiennes faibles de Châtel-Guyon.

Lorsque le système nerveux abdominal paraîtra particulièrement atteint, quand, en un mot, le syndrome sera celui des entéronévroses, Plombières se trouvera indiqué.

Mais, il va de soi, que, dans ce groupe de diarrhées en particulier, les cures thermales devront être accompagnées d'un régime et d'un traitement, médicamenteux, spécifique ou général, des plus rigoureux.

3° La colite muco-membraneuse

L'entérite muco-membraneuse est moins une maladie qu'un syndrome de colite douloureuse avec constipation. Celle-ci est, en général, spasmodique avec ou sans débâcles de glaires plus ou moins concrétées. Elle s'accompagne souvent de réactions violentes, douloureuses, fébriles, avec vomissements et lypothymies.

On l'observe ordinairement chez des femmes amaigries et constipées de vieille date ; il s'agit là le plus souvent d'un état artificiel provoqué par l'abus des lavements.

Ces malades relèvent essentiellement de Plombières ; mais il convient de ne pas commencer cette cure dans

une période de réaction douloureuse, les eaux radio-actives étant susceptibles, en pareil cas, de déclencher des accidents.

b) Troubles de la motricité intestinale

Les modifications du transit entéro-colique déterminent soit des accélérations, soit des ralentissements de la traversée digestive.

Je n'insisterai pas sur les hyperkinésies, associées, en général, aux diarrhées précédemment étudiées. Je crois devoir surtout m'arrêter sur le ralentissement du transit colique, cause fréquente des différentes variétés de la constipation.

Il est sans doute artificiel de maintenir une distinction entre les stases stériorales atonique et spasmodique, mais c'est là une nécessité didactique à laquelle nous ne saurions échapper.

1° Les hypercolotonies, c'est-à-dire les spasmes du gros intestin, déterminent cette constipation rarement persistante, plus souvent coupée de débâcles, chez les colitiques dont les matières se présentent sous la forme de billes plus ou moins desséchées, souvent revêtues de mucus blanc concrété.

En ce qui concerne la femme, à l'occasion des règles, de fausses diarrhées surviennent alors, qui ne sont que l'expression d'une irritation sigmoïdienne réagissant à la stase fécale.

Il conviendra de dépister, dans ces cas, diverses manifestations associées au spasme colique, en particulier l'existence d'hémorroïdes, qui, contrairement à ce que l'on a soutenu, sont fréquemment la raison, plutôt que la conséquence des constipations spasmodiques ; et, des hémorroïdes, on remontera aux réactions hépatiques qui les conditionnent bien souvent, comme nous l'avons montré avec Gilbert et Lereboullet. On recherchera également ici les affections abdominales à distance retentissant sur le côlon : périviscérites de tout ordre et affections pelviennes, surtout utéro-annexielles.

Que faut-il prescrire en pareil cas ? Selon les malades, Plombières ou Châtel-Guyon, quelquefois les deux stations successivement. On pourra également indiquer des cures sédatives ou laxatives à Néris, à Decize-Saint-Aré, par exemple, ou quelques autres eaux thérapeutiques commandées par la maladie causale ou associée.

2° Les atonies coliques se rencontrent dans la plupart des constipations féminines, chez les obèses aussi bien que chez les maigres. Ici, le côlon est souvent ptosé et présente fréquemment une conformation anormale (dolicho ou mégacolie) ; des insuffisances neuro-endocriniennes se retrouvent chez ces malades en grand nombre, évoquant un trouble généralisé de la fonction musculaire lisse, comme l'a montré Loeper.

En pareil cas, seront indiquées les eaux chlorurées magnésiennes ou sulfatées sodiques, de Châtel-Guyon, de Brides, par exemple.

c) Infections intestinales

Celles-ci peuvent être parasitaires ou microbiennes.

1° Infestations parasitaires

S'il n'était question que de la virulence de l'agent causal, considéré en dehors du milieu où il se développe, il n'y aurait pas lieu d'aborder cette étude qui ne saurait relever de la crénologie ; mais, à côté de l'infestation, il y a l'hôte, c'est-à-dire, le terrain. Or, il semble de plus en plus évident que la parasitose s'acclimate seulement parce que le milieu digestif est modifié, ainsi que je l'ai soutenu, notamment avec Cachera : les perturbations humorales, les altérations hépato-gastro-intestinales se trouvent ici, en fait, primitives et non secondaires.

De toute façon, il va de soi qu'avant tout traitement thermal doivent être mis en œuvre, en pareil cas, les agents spécifiques s'adressant au parasite, ainsi qu'aux milieux digestif et humoral.

Quant aux indications crénothérapiques, elles seront des plus variables selon que nous devrons suppléer aux insuffisances glandulaires, et notamment hépato-pancréatiques, ou suivant que nous viserons les phénomènes moteurs, les diarrhées ou les spasmes, les accidents douloureux ou le déséquilibre vago-sympathique. Toute la gamme des eaux minérales pourra se trouver mise en œuvre en pareils cas, des cures bicarbonatées sodiques aux sources radio-actives, en passant par les chlorurées magnésiennes et les sulfatées calciques.

2° Infections microbiennes

On ne saurait trop insister sur ce que la plupart des constipations ne sont pas des accidents purs, mais que tout état d'irritation prolongée entraîne des modifications de la paroi intestinale, c'est-à dire de la colite. Or, tout trouble colitique suppose une infection, au moins paroxystique.

Il peut exister des agressions microbiennes limitées à l'intestin, et caractérisées surtout par des débâcles diarrhéiques, des poussées fébriles et, d'autre part, des retentissements à distance sur le foie, l'appareil urinaire, les annexes : je ne saurai insister ici sur ces infections secondaires, qu'objective, en particulier, le syndrome entéro-rénal. Dans tous ces cas, les carences glandulaires permettent la pullulation des bactéries et l'exaltation de leur virulence : aussi, trouve-t-on associés aux symptômes intestinaux des signes de troubles hépato-pancréatiques.

On ne saurait s'étonner, en conséquence, que des lésions viscérales diverses viennent s'associer ici à l'entérite. D'où quatre groupes d'indications crénologiques, selon que l'on s'occupera principalement, soit des perturbations de la motricité intestinale, soit des accidents associés, hépatiques ou pelviens, soit de l'infection urinaire, soit, enfin, du déséquilibre endocrino-végétatif. Les malades seront donc dirigés, suivant les circonstances, vers des cures alcalines, des eaux laxatives ou des stations calmantes.

Quant aux séquelles des affections coloniales, selon qu'elles intéressent le foie ou surtout l'intestin, elles seront soignées à Vichy, Châtel-Guyon ou Plombières.

De même, enfin, les cures post-opératoires, notamment celles que recommande l'appendicectomie, pourront être faites tantôt à Vichy, tantôt à Châtel-Guyon.

III. Mécanisme d'action des cures thermales dans les affections du tube digestif

Sans m'attarder à la physiothérapie, qu'il est d'usage fréquemment d'associer à la cure hydrominérale dans les différentes stations, je me contenterai d'exposer ici ce que nous savons du mode d'action de la crénothérapie d'abord chez les gastropathes, puis sur les entéropathes.

A. Mode d'action des cures hydrominérales chez les gastropathes

Nous avons vu que les accidents morbides gastriques essentiels peuvent être moteurs, sensitifs ou sécrétoires.

a) Action sur la motricité et la sensibilité gastriques

Bien qu'il soit difficile de dissocier ces deux éléments, les différents agents thérapeutiques exerçant, en général, un effet commun sur eux, nous les envisagerons successivement :

1°. Action sur l'élément moteur

Parmi les facteurs de la cure hydrominérale, l'*acide carbonique* doit être mis en première ligne. Les expériences de P. Carnot et Koskowski ont montré que ce gaz excite la contractilité stomacale par l'intermédiaire du pneu-

mogastrique. On le trouve particulièrement actif dans les sources de Vichy-Célestins, de Pougues et de Vals.

L'*isotonie de l'eau* est aussi un élément crénothérapique important : elle favorise l'évacuation rapide du liquide ingéré, ainsi que l'ont montré Carnot et Chassevant, Loeper et Esmonet. On la retrouve dans diverses sources, notamment à Vichy et Châtel-Guyon.

Contre les spasmes agissent encore certains *ions terreux*, tels que le calcium.

La *température* des sources, à condition qu'elle ne dépasse pas 36 à 40°, représente, également, un facteur sédatif non négligeable.

L'eau chaude alcaline, en particulier, exerce un effet favorable en saturant les acides par apport du sodium, et en favorisant l'ouverture du pylore par l'action du chlore sécrété.

Prise au repas, elle est surtout sédative ; mais en dehors de ceux-ci, elle peut se révéler excito-motrice et excito-sécrétoire. Le chlorure de sodium est particulièrement efficace à ce point de vue, comme en font foi les eaux de Châtel-Guyon.

Il convient, d'ailleurs, de remarquer que les eaux thermales ne sont pas systématiquement excitantes ou sédatives, mais plutôt régulatrices ; Glénard. Mathieu de Fossey, Manceau l'ont bien montré en recherchant l'action sur la réserve alcaline des sources de Vichy, celles-ci se comportant comme un complexe catalytique tendant à ramener l'équilibre humoral à la normale.

2°. ACTION SUR LES ÉLÉMENTS SENSITIFS

Aux facteurs précédents doit être ajoutée ici la *radio-activité*, qui est un des éléments des plus importants de l'influence crénothérapique sur les troubles sensitifs ; c'est à elle tout particulièrement que l'on doit attribuer les vertus si remarquables des eaux de Plombières.

b) Action sur la sécrétion gastrique

L'effet thérapeutique des alcalins est, en pareil cas, indéniable, mais demeure très controversé quant à son mécanisme : il s'exerce, d'ailleurs, de deux façons : en agissant directement sur les sécrétions viscérales, et à distance sur le pH humoral et la réserve alcaline.

Un certain nombre de points semblent, cependant, empiriquement acquis :

D'abord les sources bicarbonatées sodiques prises peu de temps avant les repas par un estomac normalement évacué sont excito-sécrétoires : absorbées, au contraire, avec les aliments et surtout en fin de digestion, c'est-à-dire, à l'heure des douleurs tardives, elles sont plutôt calmantes.

De même, les eaux froides sont plus stimulantes que les sources chaudes, qui sont plutôt sédatives.

Enfin, les solutions renfermant du chlorure de sodium ou riches en gaz, sont, en général, excitantes.

c) Action modificatrice sur l'altération des tuniques gastriques.

Loeper et Binet ont montré que les eaux bicarbonatées sodiques exercent une influence bienfaisante sur les muqueuses enflammées de l'estomac, et notamment sur les séquelles fibreuses et névritiques de l'ulcère. Nous pensons qu'il en est de même en ce qui concerne les gastro-jéjunites, si fréquentes après la gastro-entérostomie.

d) Action sur les troubles divers conditionnant les réactions gastriques.

Je ne fais que rappeler l'aide importante que les eaux minérales peuvent apporter contre les processus pathologiques associés aux désordres gastriques principaux. Il en est ainsi des cures s'adressant à l'hypertension portale, au déficit antitoxique du foie, à l'insuffisance rénale, au taux anormal de la phosphaturie et de l'ammoniurie, aux auto-intoxications, aux troubles endocriniens, aux modifications pathologiques de l'équilibre acido-basique et du métabolisme, et, enfin, aux désordres nerveux. Je ne saurais insister ici sur ces éléments d'ordre secondaire.

B) Mode d'action des cures hydrominérales chez les entéropathes.

Celui-ci est beaucoup plus complexe que le précédent, parce que les viscères intéressés sont nombreux et qu'à côté des désordres sécrétoires et moteurs, il existe ici des facteurs bactériens surajoutés non négligeables.

a) Action sur la motricité et la sensibilité intestinales.

Là encore, opposées les unes aux autres, il existe des eaux excitantes et des sources sédatives.

Le type de L'EAU EXCITANTE est celle de Châtel-Guyon, riche en magnésium et en chlorure de sodium.

Laborde a montré expérimentalement le rôle des sels de magnésium, qui déterminent des contractions intestinales, par l'intermédiaire, d'ailleurs, d'une hypersécrétion primitive.

Dans des recherches cliniques importantes, Esmonet a signalé l'existence d'un spasme colique thermal survenant en cours de traitement à Châtel Guyon : il explique ainsi la constipation qui survient souvent pendant la cure.

Enfin, Mougeot et Aubertot ont montré, à la suite de nos travaux avec Justin-Besançon, que les cathions légers tels que le sodium et le sulfate de soude augmentent le tonus intestinal.

Plombières est le type de L'EAU SÉDATIVE. Sous la double influence de sa radio-activité et de sa thermalité, les spasmes intestinaux s'apaisent, les douleurs diminuent et l'équilibre vago-sympathique tend à se rétablir.

b) Action sur les sécrétions entéro-pancréatico-biliaires.

Les eaux bicarbonatées sodiques et chlorurées magnésiennes sont excito-sécrétoires en déterminant une augmentation de la cholérèse, qui, secondairement, excite le péristaltisme intestinal, favorise la digestion des graisses, empêche la concentration du mucus et entrave les putréfactions.

L'action sédative des eaux de Plombières s'exerce, au contraire, en diminuant notablement les sécrétions muqueuses, probablement par l'intermédiaire du système neuro-végétatif.

c) Action sur l'infestation intestinale et sur la cicatrisation des lésions.

Nous retrouvons ici la preuve que, selon une règle habituelle, les eaux minérales tendent à ramener l'organisme à l'équilibre, quel qu'ait été le sens de la déviation initiale.

C'est ainsi que Baumann, Martin et Desmarest ont montré que la cure de Châtel-Guyon régularise les fonctions cæcales : les putréfactions diminuent et les fermentations augmentent, ou réciproquement, selon la formule coprologique du malade.

Les eaux chlorurées magnésiennes semblent entraver, de plus, le développement bactérien, et Châtel-Guyon présente, à cet égard, une action analogue à celle que Valette a constatée avec l'eau de la Bourboule.

On sait, du reste, que les sels de magnésium et le sulfate de soude sont, à doses réfractées, des antiseptiques intestinaux. Ces propriétés anti-infectieuses et cytophylactiques ont été utilisées par Aine et Baumann, à Châtel-Guyon, sous forme de goutte à goutte rectal administré dans certains cas de recto-sigmoïdite ulcéreuse.

Quant aux eaux dites savonneuses, silicatées sodiques, de Plombières, elles semblent avoir une action bactéricide analogue.

d) Action sur l'état général.

Sur l'organisme en général, c'est-à-dire, sur les diverses

◆◆◆

synergies fonctionnelles, les eaux thermales à spécification intestinale ont un effet comparable à celui que nous avons rencontré pour l'estomac : en ce qui concerne le foie, action cholérétique et cholagogue, et, secondairement, excito motrice et désinfectante de l'intestin, comme à Châtel Guyon et à Brides ; à l'égard des syndromes gastro-intestinaux, rôle calmant et désinfectant avec Vichy, tonique avec Châtel-Guyon et excitante avec Châtel-Guyon et Pougues.

Je signale à nouveau ici l'intérêt de la crénothérapie en ce qui concerne les *accidents urinaires* secondaires à l'infection gastro-intestinale, en particulier dans le syndrome entéro-rénal.

Enfin, je me vois amené, à ce propos, à rappeler l'action des cures thermales sur le *milieu humoral*, qui est des plus importantes, leur *pouvoir anti anaphylactique* vis-à-vis des protéines sensibilisatrices, de même que l'effet de leur radioactivité sur le *déséquilibre vago-sympathique*.

IV. — Indications et contre-indications des cures thermales en gastro-entérologie.

Les considérations précédentes me permettront d'être très bref sur les indications crénothérapiques dans les affections d'abord de l'estomac, puis de l'intestin.

I. — Cures hydro-minerales des gastropathes

Ici, comme toujours en thérapeutique, ce qu'il faut que le clinicien sache avant tout, c'est ce qu'il ne faut pas faire :

A. — Contre-indications.

Et d'abord, inutile de répéter que toute altération grave de la muqueuse gastrique contre-indique le traitement thermal : le cancer, les gastrites chroniques très accusées, en particulier.

Les lésions organiques en activité, l'ulcère en évolution, surtout douloureux ou saignant, ne doivent pas être envoyés dans une ville d'eau.

L'hypertension artérielle modérée ne constitue pas une contre-indication formelle pour la cure bicarbonatée sodique, mais à la condition qu'on utilise très prudemment certaines sources, sous une direction médicale avertie. Il reste bien entendu que l'on n'enverra pas les grands hypertendus plus ou moins décompensés dans les stations thermales.

B. — Indications

Ces restrictions une fois bien établies, voyons quels sont les malades de l'estomac justiciables de la crénothérapie :

1° Les ptosiques avec hypomotricité et hyposécrétion bénéficieront des cures hydro-minérales stimulantes :

A Vichy, la Grande Grille, est nettement excitante et chaude ; l'Hôpital n'est qu'à 33°, et possède une action intermédiaire ; les Célestins, les eaux de Pougues, sont des sources froides qui réveillent l'appétit et combattent l'atonie de l'estomac ; il en est de même de celles du Boulou.

Nous verrons que Châtel-Guyon a une influence stimulante semblable sur la motricité et la sécrétion gastro-intestinales.

On a préconisé, également, dans ce but, certaines sources bicarbonatées chlorurées sodiques faibles, comme Niederbronn, Royat, Saint-Nectaire, ou des eaux chlorurées sodiques carbogazeuses, comme Kissingen, ces dernières de réaction assez brutale.

2° Les hypersthéniques, souffrant de douleurs gastriques tardives, pourront être envoyés à Vichy (où on utilisera la source Chomel, à 43°6, très sédative), ou bien dans certaines stations comme Pougues et Alet, agissant peut-être par leur bicarbonate de calcium, ou, enfin, vers des eaux calmantes, peu minéralisées et hyperthermales, comme Néris, Luxeuil, Bagnères-de-Bigorre.

On a très justement fait remarquer qu'il était bien difficile, *a priori*, d'expliquer pourquoi certains hypersthéniques étaient ainsi améliorés, et d'autres pas : c'est là question d'espèce, et un peu aussi, il faut bien l'avouer, d'expérience personnelle du malade.

3° Les gastropathes secondaires seront tributaires de stations susceptibles d'améliorer leur affection causale, et qu'il convient d'énumérer rapidement :

On enverra les *lithiasiques biliaires* et cholélithiasiques à Vichy, mais en surveillant avec prudence les réactions de leur vésicule.

Les dyspeptiques obèses, gros mangeurs, suivant mal leur régime, porteurs d'un gros foie, seront adressés à Vichy (Grande Grille), ou bien encore à Pougues, le Boulou, Alet, Barbazan, Brides, Miers.

Les dyspeptiques cholémiques familiaux, ptosiques feront une cure à Vichy (Chomel) ou à Pougues.

Les dyspeptiques entéritiques iront, suivant les cas, à Châtel-Guyon ou à Plombières.

Les dyspeptiques par auto-intoxication rénale seront envoyés à Saint-Nectaire, Evian, Vittel, Contrexéville, en vue d'une cure de diurèse.

Enfin, *les nerveux gastropathes* pourront tirer bénéfice de Pougues, Néris, Luxeuil, Bagnères-de-Bigorre.

II. — Cures hydro-minerales des entéropathes

Ici encore, dès l'abord, les contre-indications, avant d'énumérer les indications.

A. Contre-indications.

Les contre-indications digestives à la crénothérapie comprennent : les entérites infectieuses en période d'activité, les dysenteries aiguës, les appendicites aiguës, la plupart des appendicites chroniques. Certaines typhlocolites sont difficiles à différencier de l'appendicite, elles lui sont parfois associées : pour Baraduc, le traitement thermal serait justement, en pareil cas, la thérapeutique pierre de touche.

Les méga et dolichocôlons nettement caractérisés, les cancers du rectum et du côlon, la tuberculose intestinale seront, bien entendu, éliminés de la crénothérapie.

B. Indications.

a) Il convient de discriminer, tout d'abord, les sujets présentant des troubles intestinaux secondaires, qui seront envoyés à la station de laquelle relève le processus primitif et causal : je n'y reviendrai pas.

b) Les entéritiques proprement dits seront dirigés surtout sur trois stations : Châtel Guyon, Plombières, Brides.

On a opposé Châtel Guyon, réservé aux constipés, et Plombières, destiné aux diarrhéiques. Cette conception, dans sa schématisation trop absolue, me paraît erronée : la question est beaucoup plus complexe ; il s'agit souvent de cas d'espèce, et, d'ailleurs il est parfois utile d'associer les deux cures (Baraduc).

Qu'il me soit permis, cependant, de tenter de préciser mon point de vue sur les indications respectives de ces trois cures bien différentes :

I. Les sources de Châtel-Guyon présentent quatre caractères principaux : ce sont des eaux riches en acide carbonique (1 gr. 112 par litre), renfermant du magnésium (1 gr. 6 de chlorure de ce corps), relativement chaudes (24 à 28°), à minéralisation totale de 8 grammes par litre donc à peu près isotoniques au sérum sanguin).

Ces eaux ne sont pas radio-actives.

Prises surtout en boisson et en goutte à goutte, elles s'adressent principalement, à mon sens, aux *troubles de la motricité intestinale survenant chez les hépato-biliaires*.

Les indications principales en sont donc les suivantes :

1° *Les constipés habituels, atones, ptosiques, distendus, surtout avec gros foie torpide.*

PRESCRIVEZ,

PENDANT LA SAISON CHAUDE LE LAIT GLORIA



Provenant de troupeaux sélectionnés vivant toujours au pâturage en plein cœur du pays normand, le lait non sucré GLORIA est concentré, homogénéisé et stérilisé sur place à CARENTAN (Manche).

LAIT GLORIA, Société Anonyme, 4, Rue Roussel, PARIS (

2° Les constipés avec spasme, quand ils ont de la *stase segmentaire* avec fausse diarrhée, de la stagnation stercorale droite avec phénomènes d'intoxication : en un mot, les cas où l'atonie et le spasme voisinent.

3° *Les entérocolitiques* avec constipation opiniâtre sans trop de sensibilité aux agents médicamenteux ; certaines entérites infectieuses infantiles chroniques ; les *colites coloniales*, qu'il s'agisse de diarrhées chroniques ou des séquelles de la dysenterie.

4° Certains malades atteints de rectosigmoïdite ancienne.

5° Peut-être, enfin, les porteurs de petits mégacôlons, qui seraient parfois améliorés à Châtel-Guyon.

II. Plombières présente des caractères tout différents. Les eaux y sont indéterminées, peu minéralisées, onctueuses, silicatées sodiques, hyperthermales (13 à 14°) et surtout *très radio-actives*.

La cure est ici surtout (mais non exclusivement) externe.

Plombières est la station des *entéritiques douloureux*, de tous les malades souffrant de leur *plexus solaire* ; ses sources calment les douleurs de l'appareil autonome, atténuent le spasme et agissent sur tous les phénomènes réflexes provoqués par l'irritation du système neuro-végétatif.

Il convient, cependant, de faire quelques réserves sur les lavages intestinaux, tels qu'on les a si longtemps pratiqués systématiquement à Plombières : ils doivent être à mon avis, une exception, et présentent, notamment dans les formes spasmodiques des colites, plus d'inconvénients que d'avantages.

Cette restriction mise à part, les eaux de cette excellente station s'adresseront :

1° *Aux constipés*, surtout *spasmodiques et douloureux* ; *aux algiques abdominaux*.

2° *Aux diarrhéiques*, qu'il s'agisse de diarrhées chroniques avec *troubles nerveux*, de *diarrhées des coloniaux* ou d'*anciennes dysenteries*.

3° *Aux entérocolitiques avec douleurs violentes*, multiples et diarrhée profuse ; aux *entéronévroses*.

III. Brides, enfin, sera conseillé plus particulièrement aux insuffisants hépatiques, hypochlorhydriques, *obèses et constipés chroniques*.

Pour conclure, si je pouvais caractériser en une formule forcément un peu schématique ces trois grandes stations françaises de l'intestin, je dirais donc qu'à côté de Vichy, hydropole par excellence du foie et de l'estomac, Châtel-Guyon est celle des entérites avec note surtout hépatique, Plombières, celle du vago-sympathique abdominal et particulièrement intestinal. Brides, enfin, celle des entéropathes insuffisants de la nutrition.

***

J'espère avoir montré dans ce bref exposé que nous disposons en France d'une gamme extrêmement riche de sources nous permettant de doser d'une façon particulièrement variée la thérapeutique hydro-minérale des maladies de l'estomac et de l'intestin. Mais, parmi ces cures Vichy, Châtel-Guyon, Plombières et Brides occupent une place de première importance, et c'est pourquoi, sans avoir omis de faire ressortir l'importance des autres eaux françaises en pareille occurrence, il m'a paru d'un intérêt pratique indiscutable d'insister tout particulièrement sur ces stations.

« Nombre de nos stations françaises se réclament du titre de villes de santé et de convalescence : certaines auraient tout à gagner en se déclarant ouvertement des ville de malades. » (R. Debré et E. Chabrol. La climothérapie infantile. *Revue médico.-soc. de l'enfance*, n° 2, 1933.)

L'exercice considéré comme agent thérapeutique dans les maladies de la nutrition

Par le Dr **Maurice BOIGEY**

Directeur médical de l'Etablissement thermal et de la cure d'exercice de Vittel

En prenant aujourd'hui la parole devant vous, je veux remercier tout d'abord M. le Professeur Loeper de l'honneur qu'il me fait en me permettant, pour la seconde fois, de venir vous entretenir pendant quelques instants d'un problème important de thérapeutique, celui du rôle de l'exercice dans le traitement des maladies de la nutrition.

A la lumière des travaux contemporains sur la vie cellulaire et sur la composition du sang, l'exercice, envisagé du point de vue thérapeutique apparaît comme l'un des plus puissants modificateurs de la nutrition que nous possédions.

Le premier de ses effets et le plus important est d'accroître l'intensité du métabolisme cellulaire. L'exercice *augmente la quantité d'oxygène absorbé et la quantité d'acide carbonique éliminé*. Les échanges respiratoires mesurés selon des techniques, aujourd'hui parfaitement définies, s'intensifient avec le travail. Leur mesure représente, d'ailleurs, le moyen détourné le plus sensible et le plus exact que nous possédions d'apprécier les mutations contemporaines de l'activité musculaire.

L'organisme ne possède aucune réserve d'oxygène. En toute circonstance, il est tenu de se le procurer sur le champ et d'en proportionner l'apport à l'importance de ses besoins. De même l'élimination de l'acide carbonique a lieu sans délai, au fur et à mesure de sa production.

L'accroissement de l'absorption de l'oxygène et de l'élimination de l'acide carbonique, autrement dit, le mécanisme des échanges respiratoires subit les variations les plus grandes sous l'influence de l'exercice.

Depuis une vingtaine d'années, j'ai procédé à de très nombreuses évaluations de ces échanges au repos et au cours des exercices les plus divers.

Pour fixer les idées, je prendrai pour unité et terme de comparaison la quantité d'oxygène absorbée et la quantité d'acide carbonique éliminée dans le repos complet, c'est-à-dire dans la position couchée. La valeur des échanges, respiratoires, pour tout dire, du métabolisme, étant dans cette position, exprimée par l'unité, on constate, en un temps donné, les changements suivants :

Position couchée, échanges respiratoires = 1.
Position assise » = 1,24.
Station debout » = 1,41.
Marche lente (2 kilomètres à l'heure) = 1,87.
Marche à raison de 4 kilomètres à l'heure = 3,06.
Marche en portant un poids représentant le cinquième du poids du corps et à l'allure de 4 kilom. à l'heure : 4,21.
Course au pas gymnastique : 6,27.
Course de vitesse : 9,35.
Course de natation, en compétition, représentant l'exercice qui accroît le plus la dépense physiologique = 14,2.

Ainsi chez un sujet qui, prend de l'exercice, on constate un apport actif de l'oxygène à la cellule et un accroissement concomitant de la respiration intracellulaire : tel est en bref l'effet primordial de l'exercice sur les parenchymes. C'est de ce phénomène que découlent en réalité toutes les conséquences thérapeutiques de l'exercice.

Je n'entrerai pas dans le détail du mécanisme de l'apport de l'oxygène à la cellule. Il est étroitement lié à l'activité circulatoire, laquelle est elle-même proportionnée à l'intensité du mouvement. Krogh a révélé l'existence d'une ouverture et d'une fermeture des capillaires sanguins, commandés par l'excès ou le défaut des déchets du métabolisme cellulaire. Mais je

ne veux signaler qu'en passant ce mécanisme et je reviens au fait fondamental de l'accroissement des oxydations intracellulaires consécutif au mouvement.

Que se passe-t-il sous l'influence de cette espèce de suroxygénation sanguine et tissulaire ? Ce sont les organes glandulaires qui réagissent les premiers à la suroxygénation du sang. Les reins, le foie, la nappe glandulaire intestinale, et le vaste émonctoire cutané paraissent être vivement sollicités. C'est pourquoi l'envie d'uriner et de déféquer, ainsi que la moiteur de la peau suivent de près le début de tout exercice.

Les glandes à sécrétions internes qui jouent un rôle si grand dans la croissance de l'enfant et dans la nutrition de l'adulte ne réagissent pas moins que les précédentes à l'excitation de leurs éléments sécréteurs par leur excitant électif, l'oxygène. Elles sécrètent plus activement leurs hormones. Il en résulte une suractivité fonctionnelle générale, favorable à la marche régulière des grandes fonctions.

Sous l'influence de l'oxygénation du sang, toute la musculature lisse est le siège d'un spasme général qui aboutit à des contractions énergiques. Celles-ci se traduisent par une récupération de la tonicité musculaire des parois gastriques, intestinales et vésicales. Les muscles lisses de tous les réservoirs, participent à l'action tonique de l'oxygène, au même titre que les muscles striés.

L'exercice provoque en somme une stimulation générale de toutes les fonctions motrices indistinctement.

C'est là l'explication de l'amélioration par l'exercice et le mouvement, de tant de troubles dyspeptiques. C'est indirectement que l'exercice agit sur l'estomac, par l'intermédiaire de l'oxygène fixé en surabondance dans le sang. Sous son influence les glandes du tube digestif sécrètent des sucs plus actifs et les fibres des tuniques musculaires retrouvent leur contractilité affaiblie ou perdue. Ainsi s'améliorent à la fois les actes mécaniques et les actes chimiques de la digestion.

Les métamorphoses dont le tractus gastro-intestinal est le théâtre, s'y déroulent plus promptement. La transformation des hydrates de carbone, en sucres assimilables, des graisses en savons absorbables, des protéiques en acides aminés cristallisables et utilisables se fait, plus complètement.

Sous l'influence de l'exercice, la durée de l'épreuve classiques de la glycosurie alimentaire est abrégée d'un tiers, ou d'un quart.

Enfin l'élimination provoquée des substances étrangères par les reins est accélérée.

L'exercice a aussi pour effet d'activer l'élimination de l'eau par l'organisme. C'est ainsi que l'eau pulmonaire passe de 450 à à 700 grammes et davantage, en vingt-quatre heures. La quantité de sueur, de 550 grammes à deux litres et davantage. Par contre, la quantité d'eau qui sort des reins et varie, suivant les sujets, entre 1.100 et 1.600 cent. cubes en moyenne, par vingt-quatre heures, n'est pas sensiblement influencée.

La capacité de digestion, d'absorption et d'élimination du sujet qui s'adonne régulièrement à l'exercice est accrue. L'exercice introduit en surabondance dans l'économie un excitant chimique : l'oxygène. Sous son influence, toutes les mutations se poursuivent avec un redoublement d'intensité.

Par contre, toute cellule à laquelle l'oxygène arrive mal se se remplit de gouttelettes de graisse. La dégénérescence ou la surcharge graisseuse d'une cellule est l'indice d'une mauvaise oxygénation. L'exemple le plus typique de ce fait est la dégénérescence graisseuse du foie, observée chez les tuberculeux, à la période terminale.

***

La suroxygénation des tissus, effet heureux et bienfaisant de l'exercice, a une contre-partie, qu'il faut bien connaître si l'on veut s'expliquer complètement l'action du mouvement musculaire sur la nutrition.

Au début de toute espèce de travail, entrepris sans le moindre ménagement, un véritable flot d'acide carbonique envahit l'organisme. Ce produit d'excrétion est incorporé à l'air expiré. Je dois dire que ce phénomène, très apparent chez un sujet non entraîné aux exercices corporels est beaucoup moins accusé chez l'homme entraîné.

Cette production et cette élimination intenses de CO^2 durent peu, de quelques secondes à 3 ou 4 minutes ; après quoi, s'installe un régime d'élimination proportionné à l'intensité du travail fourni et à l'état de l'entraînement respiratoire du sujet considéré. D'où découle la nécessité d'entreprendre toute espèce d'exercice avec lenteur, pour éviter la montée du flot carbonique qui provoque immédiatement de l'essoufflement et peut entraîner, s'il est exagéré, des troubles réflexes d'inhibition respiratoire et cardiaque.

Ce n'est pas tout, chez les sujets, sédentaires et non entraînés, l'exercice musculaire administré sans précaution provoque le brusque passage dans le sang de produits provenant de la destruction des tissus qui accompagnent toujours l'exercice. Ce passage brutal peut produire un véritable choc hémoclasique et un état transitoire d'acidose avec actéonémie dyspnée toxique prolongée et, chez les azométiques préalables, coma.

D'une manière générale, il se produit toujours, au cours d'une séance d'exercice, une certaine quantité d'urée. Elle quitte rapidement les tissus où elle a été formée pour passer dans le plasma sanguin et parvenir de là au rein qui est à peu près sa seule voie d'excrétion. Pour peu que le rein soit barré par des lésions de néphrite chronique, il se produit une crise de rétention azotée. Nous avons vu un exercice de trois quarts d'heure, plusieurs fois répété, provoquer chez un azotémique peu avancé des accidents graves d'intoxication, comme il en a été observé chez cette même catégorie de malades, à la suite de l'anesthésie chloroformique. Il importe donc de doser l'urée du sang chaque fois que l'on prescrit la cure d'exercice à un sujet chez lequel on soupçonne l'existence d'une lésion rénale.

***

Un troisième ordre de faits sur lequel je désire attirer votre attention, c'est l'influence de l'exercice sur les fonctions d'excrétion et notamment sur la fonction sudorale.

Sécrétée à la surface du corps par une nappe de glandes tubulées et glomérulées à leurs extrémités, la sueur reflète exactement la composition du sang.

On a beaucoup perdu de vue l'importance de son rôle comme émonctoire. Alors que les anciens mettaient constamment à contribution les propriétés dépuratives des glandes sudoripares, alors que, dans la plupart des maladies générales, ils s'appliquaient à provoquer des sueurs abondantes pour favoriser l'évacuation de l'agent morbide que l'on supposait être la cause de la maladie, beaucoup de médecins contemporains paraissent ne considérer la sudation que comme un moyen de traitement accessoire, sinon négligeable.

Cependant, en recourant systématiquement, à la sudation provoquée par le mouvement, on obtient dans le traitement des maladies de la nutrition des résultats décisifs. L'importance des fonctions de la peau dans le maintien et le rétablissement de la santé est primordiale. Bien plus, ces fonctions ont des rapports tellement étroits avec celles de tous les autres organes, qu'on ne peut concevoir un état de nutrition vraiment en équilibre sans la participation incessante de la fonction sudorale.

Composition de la sueur. — La sueur contient, d'après les auteurs classiques (L. Wolf, Funke, Picard), de l'eau, de l'urée, des acides sulfoconjugués, du chlorure de sodium, des sulfates, des phosphates terreux et alcalins, de la cholestérine et des acides gras volatils de la série grasse (caproïque, caprilique, formique, butyrique, etc.) qui lui donnent son odeur variable, selon que tel ou tel mélange d'acides volatils est prédominant. L'odeur est une qualité héréditaire et familiale ; elle est en relation directe avec la composition du milieu intérieur des différents sujets, dans chaque famille.

Le dosage des composants de la sueur démontre que ces composants sont groupés dans des proportions extrêmement variables suivant les circonstances de repos, de travail, de température extérieure, de santé, de maladie, etc...

La nomenclature même de ces composants ne saurait être établie *ne varietur*. Elle est fonction de l'alimentation et des états physiologiques les plus divers.

C'est ainsi, par exemple, que la proportion d'urée de la sueur augmente et devient relativement considérable chaque fois que la fonction rénale est diminué ou suspendue.

J'ai entrepris depuis longtemps des recherches qualitatives

BIBLIOGRAPHIE

Les indications médicales et la technique des rayons ultra-violets, par P. Cottenot et E. Pierron. (*La Pratique Médicale Illustrée.*) Un vol. in-8° de 44 pages avec figures dans le texte, 16 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Après un court résumé des notions de physique indispensables pour comprendre l'utilisation médicale de l'actinothérapie, les auteurs passent en revue les propriétés biologiques des rayons ultra-violets, celles-ci permettant de prévoir les indications thérapeutiques. Le chapitre des indications est en effet particulièrement développé, ces indications sont exposées et discutées dans un esprit critique en insistant sur celles que l'expérience a montré être vraiment intéressantes et qui peuvent être considérées, comme primordiales.

En dehors des indications générales si intéressantes, en particulier en pédiatrie, une large place est faite aux indications particulières dans les différentes spécialités : dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, etc... Pour chacune de ces spécialités il est vrai, les indications de l'ultra-violet sont peu nombreuses, mais certaines présentent un réel intérêt pratique et elles sont, en général, moins connues des médecins que les indications générales sur lesquelles tant de publications ont déjà attiré l'attention.

La technique des traitements est décrite avec tous les détails nécessaires pour permettre de réaliser des applications d'actinothérapie sous la forme soit de traitement général, soit de traitement local. Les différentes réactions qui peuvent se produire au cours du traitement, les incidents ou accidents que l'on doit éviter sont également passés en revue.

Enfin un chapitre est consacré à l'emploi des produits irradiés, ceux-ci ayant en effet pris en thérapeutique une place assez importante. Leur mode d'action et leurs effets sur l'organisme sont exposés et discutés comparativement avec ceux du traitement par l'ultra-violet.

Traitement du rhumatisme chronique des jointures, par F. Coste. (*La Pratique Médicale Illustrée.*) Un vol. in-8° de 76 pages, 20 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

On trouvera dans cet opuscule, non seulement l'indication précise de nombreux traitements médicaux, de petites interventions locales, de moyens physio- ou crénothérapiques, etc., mais l'ordre dans lequel il faut les utiliser dans chaque cas particulier, selon la pratique personnelle de l'auteur. Il est très rare qu'on ne puisse apporter au rhumatisant une amélioration qui va du simple soulagement fonctionnel jusqu'à la guérison véritable. Encore faut-il le traiter *judicieusement, précocement*, et avec *assez de persévérance*. Tels sont les principes thérapeutiques dont l'application détaillée forme la matière de ce nouveau fascicule de la « Pratique médicale illustrée ».

Sécrétion interne et régénérescence (Essais expérimentaux cliniques et chimico-biologiques sur les phénomènes de régénérescence dans des conditions physiologiques (sénilité) et pathologiques). *Thérapia protoformativa multispecifica*, par N. E. Ischlondsky, ex-chef des laboratoires scientifiques de l'Institut « Allenburys » (Moscou), ex-chef du laboratoire « Hormon », de l'Institut « Koholyt » (Berlin). Un vol. in-8° de 350 pages, avec 70 analyses chimico-physiologiques et 72 figures dont 33 radiographies, 24 graphiques, 15 photographies et deux appendices, 90 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le problème de la régénérescence dont Brown-Séquard eut le grand mérite d'inaugurer l'étude scientifique, a été repris depuis par de nombreux auteurs qui, adoptant sa conception, tentèrent, avec des méthodes diverses, d'apporter une solution définitive aux idées du grand physiologiste français.

Les résultats de tous ces essais ne marquèrent pas de progrès sensibles sur ceux de leur inspirateur.

Les recherches expérimentales et cliniques de l'auteur du présent ouvrage, consacrées pendant douze ans à la chimie physiologique de la sécrétion interne embryonnaire, ont permis d'envisager le problème de la régénérescence sous une autre face et d'y apporter une solution nouvelle assurant en même temps son développement ultérieur.

Cette monographie expose les résultats obtenus par l'auteur et comporte trois parties :

La *première* comprend les recherches de laboratoire, chimiques aussi bien que biologiques, s'appuyant sur de nombreuses séries d'expériences systématisées relatives aux phénomènes de régénérescence de l'organisme animal.

La grande importance de cette partie consiste, non seulement en le fait qu'elle fournit une base solide pour la partie centrale de l'ouvrage comprenant les investigations cliniques, mais encore en ce qu'elle donne une description détaillée des méthodes *chimiques* et *biologiques* introduites par l'auteur, et permet ainsi à tous les biologistes de reprendre les recherches dans le domaine de la régénérescence, le plus important de la biologie contemporaine, et de participer activement à son développement ultérieur.

La partie *principale* de l'ouvrage est consacrée à l'étude clinique du problème, basée sur des observations minutieuses, concernant l'action des substances stimulatrices embryonnaires sur l'organisme humain.

Cette partie clinique porte sur 450 cas dont un grand nombre est analysé en détails et accompagné d'une documentation extrêmement riche et complète.

Cette étude systématisée et basée exclusivement sur des méthodes strictement objectives et précises, a permis à l'auteur de tirer des conclusions très importantes pour la thérapeutique pratique et d'introduire des méthodes nouvelles, appelées à remplacer la thérapeutique *symptomatique*, cause de si nombreuses déceptions qui ont engagé plusieurs grands cliniciens à parler d'une « crise dans la médecine ».

La *troisième* partie résume les conclusions biologiques générales résultant des deux parties précédentes, et fait une analyse théorique approfondie du problème de la sénescence et de la régénérescence, en définissant les lois régissant ces phénomènes et en déterminant les perspectives du problème de la lutte contre la sénilité.

Ainsi, cet ouvrage intéressera-t-il directement, aussi bien le biologiste de laboratoire, que le clinicien spécialiste, et le médecin praticien pour lequel les acquisitions de la science biologique présentent une importance non moins grande.

La documentation, très étendue et diverse, comprend de nombreuses

analyses chimico-physiologiques et de multiples séries de diagrammes, de photos et de radiographies réalisés dans plus de vingt instituts et laboratoires.

Ajoutons qu'à cette monographie sont joints deux appendices, dont un reproduit une communication préliminaire de l'auteur publiée en 1929, et dont l'autre représente une communication faite par l'auteur à la Cambridge University Medical Society, le 11 mai 1931.

La Constipation. Comment l'éviter. Comment en guérir (Seconde édition revue et augmentée), par Victor PAUCHET et H. GAEHLINGER. Préface de M. le Professeur P. CARNOT. Un vol. in-8° de 214 pages avec figures dans le texte, 38 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans cette deuxième édition, profondément remaniée, les auteurs ont maintenu leur plan antérieur et la division en constipation simple, banale, et en constipation grave infectée. Ils en étudient la genèse, mettent successivement en évidence, le rôle de l'hérédité, des facteurs de civilisation, des erreurs d'alimentation, des fautes d'hygiène, des négligences et des brutalités, des irritations chimiques, mécaniques ou infectieuses, etc...

Ils insistent plus particulièrement sur l'importance des lésions colitiques qui transforment une rétention jusque là bien tolérée en une stase intestinale septique. Ils montrent par quelles fautes, par quelles transitions, parfois insensibles, le malade passe d'une coprostase ordinaire et même d'une simple dyschésie à une constipation lésionnelle, avec ses altérations de colite et d'entéronévrite, avec ses réactions séreuses de périviscérites, avec ses complications toxiques et infectieuses (colibacilloses, syndromes entéropulmonaire, endocrinien, cutané, etc.).

La thérapeutique, totalement différente suivant la nature de la constipation, ne consistera jamais dans une médication omnibus, mais devra s'inspirer des notions étiologiques fournies par l'examen clinique, radiologique et coprologique.

Médicale, elle est faite de petits détails appropriés à chaque cas particulier et comprend, en dehors de l'hygiène, du régime alimentaire, de la gymnastique abdominale et respiratoire, des prescriptions hydrothérapiques physiothérapiques, et diverses médications qui rétablissent la fonction déficiente, luttent contre l'infection et restaurent la muqueuse irritée.

Hydrologique, elle vise, par l'emploi des eaux minérales, à désintoxiquer l'organisme, à stimuler la motricité intestinale, à cicatriser les lésions colitiques, à restaurer la fonction hépato-biliaire défaillante.

Chirurgicale, elle supprime les foyers d'infection, les brides adhérentielles et, par un court circuit ou plus exceptionnellement par une colectomie, elle fait disparaître les accidents de la stercorémie et permet au traitement médical de repartir sur de nouvelles bases.

La collaboration d'un chirurgien et d'un hydrologue, spécialisés tous deux dans les questions digestives, fait de ce livre essentiellement pratique, un guide précieux pour la pratique médicale journalière.

L'insuffisance nasale respiratoire et ses déterminations pathologiques, par M. BOLOTTE. (*La Pratique Médicale Illustrée*). Un vol. in-8° de 36 pages avec 8 figures dans le texte, 20 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Après un résumé de la physiologie du nez, l'auteur expose les diverses causes d'insuffisance nasale ; puis il étudie les déterminations pathologiques provoquées par celle-ci au niveau des principales fonctions : respiration, phonation, digestion, circulation, reins, organes des sens, psychisme, squelette, manifestations réflexes. Il termine par quelques indications thérapeutiques générales (sans entrer dans la technique) cette esquisse du rôle de l'insuffisance nasale en pathologie, dont la connaissance est fertile, en applications cliniques et thérapeutiques intéressantes.

Tuberculose des organes hématopoïétiques. Le sang dans la tuberculose, par J. RIEUX et B. LE BOURDELLÈS. (Bibliothèque de la tuberculose). Un vol. in-8° de 240 pages avec 11 fig. dans le texte et une planche en couleurs hors texte, 60 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le livre de MM. Rieux et Le Bourdellès vient prendre place parmi les volumes déjà parus de la Bibliothèque de la tuberculose, dont la publication se poursuit sous la direction des Professeurs Collet et Piéry. Dans cette collection, qui a déjà rendu tant de services aux médecins, le nouvel ouvrage traite de deux chapitres particulièrement intéressants de la pathologie tuberculeuse.

Dans la première partie, consacrée aux *Organes hématopoïétiques*, les auteurs se sont attachés surtout à l'étude de la *Tuberculose ganglionnaire*, dont l'importance est si grande dans la pratique médicale. Considérant que la tuberculose est une affection primitive du système lymphatique, ils présentent les données expérimentales récentes à ce sujet, et les diverses modalités réactionnelles du tissu ganglionnaire, aux formes végétatives du bacille de Koch, à ses formes filtrables, au vaccin. A l'exposé des formes cliniques et des localisations diverses de la tuberculose ganglionnaire, fait suite l'étude de son traitement qui a bénéficié largement des acquisitions nouvelles de la physiothérapie et de la chimiothérapie.

Dans les pages réservées à la *rate* et à la *moelle osseuse*, les auteurs, au cours de leur examen des données expérimentales et cliniques, se sont efforcés de mettre en évidence les liens qui unissent, en pathologie, les organes hématopoïétiques, et qui répondent à leur unité histophysiologique.

La question développée dans la deuxième partie de l'ouvrage : *Le sang dans la tuberculose*, a été l'objet, au cours des dernières années, de nombreux travaux, d'un grand intérêt pratique, depuis l'étude des diverses réactions sérologiques, jusqu'aux toutes récentes recherches sur la bacillémie tuberculeuse. On trouvera, exposées dans ce chapitre, les données actuellement bien acquises sur l'état humoral des tuberculeux, aussi bien dans l'ordre biologique que physico-chimique.

sur la composition de la sueur, en particulier chez les malades atteints de goutte et d'insuffisance hépatique ou rénale soumis conjointement à l'exercice et à la cure de boisson par les eaux de Vittel. Dans ce but, je plaçais sous les aisselles de mes malades avant les séances d'exercice, des bourdonnets de coton hydrophile qui s'imprégnaient de sueur et me permettaient de recueillir ainsi les composants divers de la sueur.

Chez onze lithiasiques urinaires âgés de 50 à 55 ans, tous plus ou moins légèrement azotémiques, et soumis à un exercice modéré, l'urée sudorale était si abondante et dans un tel état de concentration qu'elle cristallisait à la surface de la peau des régions axillaire et inguinale et dans les mailles des bourdonnets de coton placés dans l'aisselle.

L'exercice auquel ces malades étaient soumis était proportionné à leurs forces, et dirigé de telle manière qu'à la respiration cutanée qui est insensible à l'état de repos, succédait une moiteur générale des téguments et une transpiration vraie localisée surtout à la paume des mains, à la plante des pieds, à la poitrine, aux avant-bras, à la région inguinale et à la face.

Chez eux, le taux de l'urée sanguine atteignait, au repos, 0,42 à 0,61. Mais lors de la crise sudorale provoquée par l'exercice survenait un accroissement transitoire du taux de l'urée sanguine (0,48 à 0,62), s'élevant même jusqu'à 0,81 pendant une trentaine de minutes environ, chez deux d'entre eux, pour retomber, une heure après la cessation de l'exercice, entre 0,40 et 0,54, c'est-à-dire à un taux inférieur à celui qui était habituellement observé au repos, chez ces malades.

Chez cinq diabétiques ayant de 21 à 110 gr. de sucre par litre d'urine, nous avons vu, chez tous, le glycose éliminé en nature par la sueur à la suite des séances répétées d'exercice modéré, ou de marche à pied. Eu égard à la faible quantité de sueur émise, les proportions relatives de sucre éliminé étaient, dans la sueur, considérables, et sous un taux de concentration relatif bien plus grand que dans les urines.

Chez huit goutteux l'acide urique cristallisé parsemait les bourdonnets de coton hydrophile imprégnés de sueur axillaire.

Deux cystinuriques me remirent, après six séances d'exercice, des chandails de coton, où l'on découvrit, épars, au niveau des emmanchures, quantité de cristaux de cystine.

Chez les jeunes gens, j'avais constaté autrefois, sous l'influence de l'exercice, une importante élimination d'acide lactique. Des recherches plus récentes m'ont permis d'observer que, dans les exercices de courte durée, cet acide lactique passe surtout dans la sueur qui devient alors le grand émonctoire des poisons musculaires.

Au point de vue de la teneur de la sueur en chlore, j'ai constaté de très grandes variations. Alors que, dans la sueur au repos, le chlore se trouve dans la proportion moyenne de 1,45 p. 100, il atteint et peut dépasser 3,27 p. 100 dans la sueur produite au cours de l'exercice (1).

Acide au tournesol, au début de la sécrétion, la sueur change peu à peu de réaction ; elle devient neutre au bout de quelques instants, puis alcaline quand la sudation se prolonge. Elle s'alcalinise très rapidement par ingestion des eaux alcalines (Grande-Grille, Célestins) en servant de voie d'élimination au sel de Vichy.

D'une manière générale, mais avec des variations importantes, la sueur des goutteux contient une quantité élevée d'ammoniaque, de phosphate et d'urée. Les sels ammoniacaux proviennent sans doute de la décomposition de l'urée éliminée en abondance.

Je rappelle que des observations analogues ont été faites autrefois par Anselmino (urée et ammoniaque, dans la sueur des goutteux), Starck (acide urique et sels calcaires), Simon (acide lactique dans la sueur des goutteux et des rhumatisants), Bergeron et Lematte (sucre dans la sueur d'un diabétique), Piutti, d'Elgersburg (phosphate et acétate d'ammoniaque abondants dans la sueur d'un goutteux). Plus récemment, un grand nombre d'observateurs ont fait des constatations analogues.

* * *

La sudation qui se montre à la fin des affections aiguës a été considérée de tout temps comme un phénomène solennel. Elle était regardée par les anciens comme le type des phénomènes critiques favorables à l'évolution de la maladie. Elle correspond à une élimination massive des toxines, allège et complète la tâche des émonctoires viscéraux et ouvre la phase de guérison.

Il en est de même pour les maladies chroniques. Ce sont ces dernières surtout que nous avons en vue ici. Nombreux sont les goutteux, les diabétiques, les rhumatisants chroniques, les malades relevant de troubles nutritifs imputables à l'insuffisance hépato-rénale, qui sont journellement améliorés par la sudation provoquée.

Des quinquagénaires torturés de névralgies tenaces que les médications ne calmaient plus, des congestifs hypertendus souffrant de céphalées migraineuses constantes, des sédentaires réduits à une impotence musculaire relative par une quasi-immobilité prolongée, ont vu leurs accidents s'atténuer et finir par disparaître par le seul fait de sudations provoquées régulièrement chaque jour.

Nos glandes sudoripares représentent un vaste émonctoire réparti en nappe à la surface du corps et que nous négligeons trop de mettre en œuvre.

Mais il faut que l'on sache qu'il y a deux façons de susciter son activité et que les résultats sont bien différents suivant qu'on utilise l'un ou l'autre procédé.

On voit par les cités des hommes généralement gros se hâter périodiquement vers des établissements spéciaux dans lesquels ils se livrent au rite de la transpiration artificielle. Complètement nus, ils demeurent plus ou moins longtemps dans une étuve où la température élevée jusqu'à 55° ou 60° provoque par voie réflexe une sudation abondante. Leur corps ruisselle par tous les pores de la peau. Ils se déshydratent et perdent une partie de l'eau interposée dans leurs tissus.

On voit aussi, dans les mêmes cités, d'autres hommes qui n'ont garde de fréquenter les étuves. Au lieu de s'y enfermer, ils se livrent en plein air à la marche ou à d'autres exercices adaptés à leurs possibilités physiologiques, et à leurs forces parfois fort limitées. Ces exercices s'accompagnent de sueur. Ces malades-ci ont recours au mouvement pour se déshydrater et spolier leur organisme d'une partie de ses liquides d'interposition.

De ces deux pratiques laquelle adopter ?

La seconde, sans conteste.

La sueur n'est pas seulement un moyen de réfrigération pour l'homme obligé de lutter contre la chaleur de l'étuve ou contre l'élévation thermique interne au sein de ses propres muscles en travail. La sueur est aussi un produit toxique ; mais son coefficient sudo-toxique est bien différent suivant qu'elle provient de l'action de l'étuve au repos, ou du travail musculaire.

Arloing, Charrin et Marvrojanis ont démontré que la sueur par l'étuve permet la survie du chien à la dose de 64 c.c. par kilogramme de poids vif. Elle tue au contraire un animal de même espèce à la dose de 10 à 12 c.c. seulement, lorsqu'elle a été sécrétée pendant l'exercice musculaire.

Celle-ci est plus toxique, plus chargée de poisons que celle-là. La composition même des deux échantillons de sueur n'est pas la même. Favre, après de nombreuses analyses, a observé que la sueur obtenue au repos par élévation thermique contenait jusqu'à 995,573 d'eau pour 1.000. D'autre part, Schottin a démontré que celle qui était sécrétée à la suite d'un mouvement musculaire en contenait à peine 975,40 pour 1.000 ; le reste était représenté par les produits divers dissous dans la sueur.

S'il est vrai que l'exercice produit des poisons musculaires, il est certain aussi que, modérément pratiqué, en suscitant la sudation, il libère l'organisme d'une bien plus grande quantité de produits nuisibles que ne saurait le faire la sudation artificielle causée au repos par l'étuve.

Pour tout dire, l'étuve déshydrate, mais l'exercice modéré désintoxique.

Souhaitons que les médecins recourent davantage à ce moyen thérapeutique élémentaire que la nature a mis à leur portée. Il est parmi les plus simples et les plus efficaces qui soient.

* * *

(1) Au XIIIe Congrès de physiologie de Boston (1929), MM. I. Snapper et A. Grunbaum (d'Amsterdam) ont rapporté des observations concordantes relatives à l'élimination de l'acide lactique et du chlore par la sueur.

Le mouvement réglé et dosé apparaît, en définitive, comme le meilleur régulateur de la nutrition, en même temps que l'agent de désintoxication le plus actif. Mais l'emploi de l'exercice considéré comme agent thérapeutique impose des précautions. Lorsque l'on prescrit l'usage du mouvement, on oublie trop souvent de préciser de quel genre de mouvement il s'agit, de sorte que l'on voit couramment des malades d'âges très divers d'aptitude physique différente, accomplir les mêmes exercices et de la même manière, ce qui est proprement un non-sens thérapeutique et un danger.

Il m'a été donné d'être le témoin d'accidents imputables, de toute évidence, à des pratiques gymnastiques mal ordonnées, sinon contre-indiquées.

L'un de ces cas est celui d'un homme de cinquante-sept ans, pléthorique abdominal et hypertendu, qui mourut subitement, à la fin de l'une des séances d'exercice en chambre qu'il faisait chaque matin à son lever, étendu sur sa descente de lit. L'aspect cyanosé du visage incita l'autorité à rechercher les causes de la mort. L'autopsie révéla une congestion intense des gros vaisseaux de la base du cerveau et une hémorragie siégeant au niveau du 3e ventricule gauche.

Il est évident que prescrire des exercices dans le décubitus dorsal à un pléthorique hypertendu de cinquante-sept ans, était, pour le moins, imprudent. La seule élévation des jambes, dans cette position, provoque un véritable coup de bélier sur les vaisseaux intra-cérébraux. Pour peu que leurs parois présentent des points faibles, on peut voir brusquement survenir des accidents redoutables.

Un autre cas est celui d'un homme de cinquante-neuf ans, d'apparence bien portant et de taille svelte, auquel un masseur ignorant avait conseillé de parcourir, chaque matin, dans une prairie quelques centaines de mètres au pas gymnastique, pour « conserver », disait-il, l'allure juvénile et la souplesse des mouvements. Au cours d'une séance de ce genre, notre sujet éprouva tout à coup une sensation d'étouffement, fut contraint de s'arrêter, regagna péniblement sa maison, située à quelque distance, s'étendit sur son lit, et, presque aussitôt mourut, en se plaignant d'une douleur atroce siégeant à la région rétrosternale et précordiale. L'autopsie ne fut pas faite, mais le médecin du défunt m'apprit que celui-ci était atteint d'insuffisance aortique syphilitique, jusqu'alors parfaitement tolérée.

Il est superflu de dire qu'ordonner un exercice de course à un malade atteint d'aortite syphilitique, c'est l'exposer aux pires accidents.

Un autre cas est celui d'un homme de quarante-neuf ans, légèrement pléthorique et hypertendu, habitué jusqu'alors à la pratique quotidienne du tub à l'eau froide. Je lui avais conseillé à son âge de recourir de préférence à l'eau tiède. Il y consentit mais, en été, il prit, malgré ma défense des bains de mer quotidiens avec ses enfants. Au cours du troisième bain, il éprouva une céphalée intense et subite, et regagna non sans peine sa cabine et, les jours suivants, présenta les symptômes d'une hémiplégie droite, ébauchée à la vérité mais cependant indiscutable.

La constriction vasculaire énergique, causée par le froid de l'eau, au moment de l'immersion, provoque une phase momentanée d'hypertension surtout dangereuse chez les sujets touchant à la soixantaine et déjà hypertendus. C'était là le cas du malade auquel je fais allusion.

L'exercice, comme les autres remèdes, a ses indications et ses contre-indications. Il a aussi ses modalités adaptées à chaque cas particulier. Je me suis, depuis longtemps, décidé à proscrire les exercices pratiqués dans la position couchée, chaque fois que se montrent des symptômes d'hypertension, si légers soient-ils. Tous les hypertendus à un titre quelconque, et, en général, tous les sujets ayant dépassé la cinquantaine, doivent s'exercer debout, dans l'attitude normale de veille et de travail musculaire.

Les exercices qui leur conviennent le mieux, sont :

a) Le ballon médical, sphère du cuir lourde de 1, 2, 3, 4 ou même 5 kilogrammes, suivant la force du sujet, et que ce dernier, placé debout, à 2, 3, 4 mètres ou davantage du moniteur, lance à ce dernier en faisant varier de mille manières le geste du lancement.

b) La mobilisation d'un exerciseur à contre-poids, préférable à un exerciseur à brins de caoutchouc, car sa résistance est constante et le travail peut être gradué exactement et à volonté.

c) La manipulation de la machine à godiller qui est l'exerciseur de choix de tous les pléthoriques abdominaux et de tous les hommes de cabinet retenus au logis par leurs occupations. Le sujet étant en station verticale, bien campé sur ses jambes légèrement écartées, mobilise un aviron fixé à une rotule à frottement dur réglable à volonté, dans un bloc d'acier évidé. Il fait décrire au manche de l'appareil les mouvements alternatifs d'oscillation vers la droite et vers la gauche, en forme de huit, comparables à ceux qu'exécute un matelot maniant une godille à l'arrière d'un bateau.

C'est là l'exercice de choix pour les obèses et pour toute personne ayant tendance à grossir, de même pour les constipés. Il provoque un massage profond des viscères abdominaux et contribue beaucoup à maintenir la sveltesse de la taille.

Installé, dans son cabinet de travail, une chamre à coucher, une salle de bains, il permet aux sédentaires, aux malades et aux personnes d'âge mûr de s'exercer en toute sécurité.

d) Le fauteuil exerciseur pivotant, qui permet aux sujets absolument impotents de mobiliser tous leurs muscles, surtout leur sangle abdominale, sans fatigue, sans palpitations et sans essoufflement.

Soutenus de toutes parts, appuyés aux bras de ce fauteuil et supportés par lui, ils peuvent faire fonctionner par un effort très léger leur muscles abdominaux, tous les muscles rotateurs du tronc et tous ceux des membres.

Les plus grands obèses ne supportent aucun autre exercice. Pratiquée pendant quelques minutes chaque jour, la mobilisation pivotante du siège aboutit à une diminution rapide du poids par combustion des graisses abdominales et décongestion de la circulation abdominale et à un assouplissement général remarquable. L'essoufflement et les palpitations disparaissent peu à peu et des malades impotents recouvrent l'usage de la marche et sont réellement métamorphosés.

e) L'exercice de la machine à ramer, bon lui aussi, mais exigeant une certaine surveillance, par suite de l'essoufflement et de l'accélération notable du pouls qu'il provoque et qui n'est pas sans inconvénient chez les hypertendus.

f) L'exercice du ballon de boxe, modérément pratiqué.

g) Le travail de terrassement, qui exerce doucement l'ensemble de la musculature et masse énergiquement les organes profonds par l'intermédiaire des parois abdominales en perpétuelle contraction.

h) Enfin la marche à pied qui, malheureusement, exige des loisirs et beaucoup de temps, pour agir efficacement.

Tous ces exercices sont pratiqués dans une position telle que la tête est toujours dominante par rapport au reste du corps.

C'est une erreur par omission de prescrire l'exercice sans indiquer en même temps ses modalités et son dosage. Sédentaires hypertendus, pléthoriques, quinquagénaires et sexagénaires, cardiopathes latents ou composés sont, pour la plupart, justiciables de cet agent thérapeutique. Il n'est personne à qui l'exercice soit plus salutaire. Mais il doit être bien ordonné et adapté à leurs faibles forces, pour que les intéressés n'en retirent que des bénéfices et ne s'exposent à aucun de ses dangers.

Pas de position congestionnante pour le cerveau et pas d'exercices de vitesse. Voilà les deux indications dont le médecin doit être pénétré en présence des hypertendus ou même de sujets apparemment indemnes mais ayant doublé le cap de la cinquantaine.

***

Envisagé comme agent thérapeutique, l'exercice nous apparaît ainsi comme pouvant jouer un rôle infiniment plus étendu que celui d'agent modificateur de lésions locales, musculaires ou articulaires. La mécanothérapie n'est qu'une très faible partie de la thérapeutique par le mouvement. Elle est la moins importante. C'est à l'égard des maladies générales et des troubles de la nutrition qu'il faut mesurer l'importance du rôle thérapeutique que peut jouer l'exercice.

Il produit sur l'organisme deux effets inverses : d'une part il accélère le mouvement d'assimilation grâce auquel la masse de nos tissus s'accroît ; d'autre part, il précipite le mouvement de

désassimilation qui a pour résultat de détruire certains matériaux et d'activer l'élimination des déchets.

Suivant les modalités de son application qui doivent beaucoup varier selon l'âge, le sexe, le mode habituel de vie, les réactions personnelles, on peut donner la prédominance à l'une ou à l'autre de ces actions, c'est-à-dire faire, par exemple, maigrir un obèse ou, au contraire, fortifier et engraisser un sujet asthénié et amaigri.

Nous avons à l'heure actuelle réuni quelques 350 observations de sujets d'âges très divers, dont la santé a été heureusement influencée par une participation régulière aux exercices physiques médicalement prescrits, surveillés et dosés.

Leurs indications sont plus nombreuses et plus diverses qu'on n'a coutume de l'admettre. Les états organiques déficients particulièrement améliorés par la cure d'exercice sont les suivants :

a) *Etats de la nutrition caractérisés par un excès des fonctions d'épargne.* (Obésité et tendance à l'obésité.)

b) *Etats de la nutrition caractérisés par la tendance à la précipitation. Ce sont les maladies précipitantes du Professeur Loeper, la goutte, le rhumatisme chronique, les lithiases.*

c) *Tous les cas de misère physiologique.*

A ce titre, le pouvoir « oxydant » de l'exercice apparaît comme un facteur indispensable à la réparation des tissus vivants. L'exercice favorise le rétablissement de la santé en introduisant en abondance dans le sang l'oxygène, principe reconstituant par excellence, véritable « excitant gazeux » qui sollicite vivement les actes d'assimilation. Dans cette classe, entrent tous les épuisés, chez lesquels l'augmentation de la désassimilation, provoquée par l'exercice, détermine, par contrecoup, une suractivité remarquable du mouvement d'assimilation.

L'exercice et le mouvement convenablement dosés favorisent la fixation, sur les organes, de plus de substance vivante qu'il n'en est éliminé. Le budget de la nutrition se solde, en fin de compte, par un surcroît de recettes. Le sujet augmente de poids et se tonifie. Les débiles pulmonaires, les anémiques et les chlorotiques entrent dans cette classe à laquelle on se gardera, bien entendu, d'appliquer les exercices qui épuisent.

d) *Troubles digestifs consécutifs à l'atonie et à la ptose gastro-intestinale.* — Congestion hépatique et engorgement du système de la veine porte, sans lésions viscérales, gastro-névrose et dyspepsies, constipation essentielle par parésie gastro-intestinale, telles sont les affections qui se trouvent le plus heureusement modifiées par l'exercice.

Il n'est pas d'atonie gastrique avec ptose et dilatation qui ne cède à une cure d'exercice bien conduite et convenablement surveillée.

e) *Atonie musculaire générale et affections traumatiques anciennes des articulations et des muscles.* — Les déviations essentielles de la taille, non imputables à une lésion inflammatoire aiguë ou chronique du squelette, sont combattues avec succès quand on fortifie par l'exercice les muscles des gouttières vertébrales et ceux du thorax.

f) *Etats de dépression nerveuse, non accompagnés de troubles mentaux.* — L'asthénie générale, les parésies fonctionnelles sans lésion anatomique, la chorée, l'insomnie, les névroses urinaires n'ont pas de meilleur agent curatif que l'exercice.

g) *Séquelles d'affections broncho-pulmonaires avec hypostases.* Dans ce cas l'exercice rend à la respiration une ampleur plus grande et rétablit la perméabilité des lobules pulmonaires.

L'emphysème, la congestion pulmonaire chronique et l'asthme sont justiciables au premier chef de la cure.

h) *Les troubles dus à l'insuffisance des hormones glandulaires notamment les troubles de la croissance et de l'éclosion pubertaire.*

En résumé, la cure d'exercice apparaît à l'heure actuelle comme un complément indispensable du traitement de la plupart des maladies de la nutrition et des maladies chroniques. Enfin, elle est indispensable à tous ceux que leur tendance naturelle à l'inertie, ou que la nature même de leurs occupations, réduisent à la sédentarité et exposent aux accidents qui en sont la conséquence ordinaire.

Il ne s'agit point de se livrer à une gymnastique acrobatique athlétique ou sportive, mais de faire la somme des mouvements simples nécessaires pour accroître lentement le mouvement des échanges et, pour tout dire, le métabolisme, dans chaque cas particulier.

J'en ai terminé. J'ai tenté de ramasser en un raccourci de lignes très simples les notions générales que tout médecin doit posséder sur l'influence thérapeutique de l'exercice. Il ne vous échappera pas d'ailleurs qu'elles eussent comporté de plus grands développements mais avec les indications délibérément sommaires que je vous ai données, il vous sera facile de compléter l'ensemble et d'en tirer les déductions pratiques qui seules comptent et sont comme la substantifique moelle de toute espèce d'enseignement.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

La question des rapports de la tuberculose et des endocardites a été remise à l'ordre du jour par des recherches récentes.

Une évolution paraît se faire dans l'opinion médicale. L'endocardite tuberculeuse, mise en doute par Vaquez, par Laubry, tend à prendre droit de cité en pathologie. Laubry récemment estimait que la tuberculose pouvait jouer un rôle dans certains cas de maladie de Bouillaud.

En effet, il apparaît que le rhumatisme articulaire aigu ne représente pas une véritable entité clinique, d'étiologie spécifique et uniforme, et il y a lieu de réserver une place à l'origine tuberculeuse de certains rhumatismes. Par conséquent, si dans l'étiologie des endocardites le rôle primordial appartient à la maladie de Bouillaud, la tuberculose peut avoir une certaine importance.

On peut se demander également si, pour les cardiopathies chroniques dont on ne retrouve pas la cause, il faut toujours invoquer un rhumatisme passé inaperçu ou une syphilis non prouvée : pourquoi la tuberculose ne serait elle pas aussi une cause possible d'endocardite chronique ?

(Paul Halbron. Tuberculose et endocardites. *Paris Médical*, 6 mai 1933.)

Au cours de l'asystolie l'hypertension veineuse marche de pair avec une notable augmentation de la tension du liquide céphalorachidien. — Toutes deux, inégales chez l'individu sain, vont vers l'égalisation au cours de l'encombrement veineux de l'asystolie. Le traitement digitalique réussit à les ramener respectivement chacune à leur état antérieur.

La compression des jugulaires n'élève que fort peu la tension du liquide céphalo-rachidien chez l'asystolique. Après guérison, elle provoque des variations analogues à celles qu'on observe chez l'homme normal.

(Professeur Merklen, J. Kabaker et J. Warter. Etude de la pression du liquide céphalo rachidien et de la manœuvre de Queckenstedt au cours de l'asystolie. Rapports avec la tension veineuse. Influence du traitement par la digitale.)

La cinquième maladie ou mégalorythème épidémique est encore peu connue en France. — A l'étranger elle est décrite dans presque tous les pays comme une maladie bien autonome classée aux côtés des autres maladies éruptives. Le terme de cinquième maladie a l'inconvenient de laisser supposer qu'il existe une quatrième maladie. Or il n'en est rien. Le terme de mégalorythème a l'avantage d'indiquer deux des caractères importants de la maladie : à savoir, d'une part son épidémicité, et d'autre part son érythème en placards.

On peut cependant lui reprocher d'insister seulement sur un caractère de l'érythème alors qu'il en est deux aussi importants : sa figuration circinée persistante et sa curieuse évolution essentiellement variable d'un moment à l'autre.

Dans les cas types la symptomatologie est très simple. « Schématiquement, en effet, la symptomatologie et l'évolution de la maladie tiennent en quelques caractères. L'incubation étant silencieuse, le premier signe qui apparaît est une rougeur dif-

fuse de la face survenant rapidement. Dans les heures ou jours qui suivent, l'exanthème survient ; il intéresse surtout les membres, particulièrement leurs faces d'extension, et passe par différents stades : *stade maculeux ; stade de confluence* formant une grande plaque rouge ; *stade d'involution* où l'érythème persiste sous forme d'images circinées. A quelque moment que ce soit de l'évolution, ces divers éléments ont un caractère de disparition et de reviviscence très spécial. Par ailleurs, l'évolution est essentiellement bénigne ; elle est apyrétique ou ne s'accompagne que d'une fébricule, et n'entraîne aucune complication. En une à deux semaines l'infection a pris fin. »

(L. Tanon, Cambessédès, Lind. La cinquième maladie ou mégalérythème épidémique. *Paris Médical*, 11 mars 1933.)

L'hémiplégie diphtérique est fort rare : 1 cas sur 1.500. MM. Babonneix et Miget en ont observé un cas et rappellent que Bouchut le premier, en 1865, rapporta l'observation d'un cas d'hémiplégie droite, apparue pendant la convalescence d'une angine diphtérique grave. Dans l'observation publiée par les deux auteurs il s'agissait d'un enfant de 29 mois atteint de diphtérie avec paralysie vélopalatine. Au dix huitième jour apparurent des phénomènes nerveux complexes caractérisés par une hémiplégie gauche avec hypertonie de type pyramidal, puis avec hypotonie et atteinte discrète des quatre membres précédant de peu la mort. En l'absence de toute vérification anatomique il est difficile d interpréter ces troubles nerveux.

A ce sujet on peut émettre trois hypothèses :

1° *L'hémorragie cérébrale* consécutive à la diphtérie. Elle est rarissime ;

2° *Le ramollissement cérébral*. Il paraît répondre à un certain nombre de cas. « L'hypothèse d'un ramollissement par artérite » nous séduit davantage disent les deux auteurs ;

3° La possibilité d'une *encéphalite* est à envisager.

« L'hémiplégie diphtérique apparaît brusquement, parfois insidieusement, au cours d'une angine grave. Sa régression progressive suivie de guérison complète est exceptionnelle. Souvent, l'évolution, pour favorable qu'elle soit, reste entachée de séquelles sérieuses : contractures, crises épileptiformes, athétose, parésies. Dans la règle, la survenue de ces accidents paralytiques est toujours le témoignage d'une forme sévère capable d'entraîner une mort rapide du fait de l'extension des lésions nerveuses ou de l'importance des troubles cardiaques.

Outre sa valeur pronostique, l'hémiplégie diphtérique présente encore un intérêt pathogénique indiscutable et la genèse des accidents nerveux a donné lieu à de nombreuses interprétations. »

(L. Babonneix et A. Miget. *Gazette des hôpitaux*, 5 avril 1933.)

Une sciatique peut être la conséquence d'une flexion forcée du rachis. — Telle est la conclusion à retenir de deux observations publiées par MM. Leclerc et J. Pont.

Ces deux auteurs ont observé, coup sur coup, deux cas tout à fait semblables où un traumatisme qui a consisté en une flexion forcée du rachis, a déterminé — sans qu'il y ait fracture ni du rachis ni du bassin — une sciatique avec abolition du réflexe achilléen et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Il s'agissait de sujets jeunes et bien portants, chez lesquels aucune douleur n'existait avant l'accident.

« La flexion forcée du rachis n'a pu agir qu'en tiraillant et en distendant les racines nerveuses et peut-être en les écrasant sur les saillies osseuses. Cette distension a dû faire sentir ses effets assez haut sur le trajet du nerf, car l'abolition du réflexe achilléen, l'exagération de la douleur dans la toux et surtout les modifications chimiques du liquide céphalo rachidien montrent que les lésions ont eu lieu non loin du canal rachidien »

(G. Leclerc et J. Pont, de Dijon. De la sciatique traumatique. *La Presse Médicale*, 19 avril 1933.)

Tube digestif

L'ulcère duodénal reste pratiquement d'un diagnostic difficile et incertain dans un nombre de cas infiniment plus considérable que certains travaux modernes ne permettraient de le penser. — La concordance d'une histoire clinique bien caractérisée par l'horaire et le rythme douloureux, avec une image radiologique typique, assure d'une façon pour ainsi dire incontestable le diagnostic d'ulcère duodénal.

Mais si l'on exige cette concordance douloureuse, on est exposé à laisser passer un très grand nombre d'ulcères. L histoire clinique et les signes radiologiques sont souvent beaucoup moins caractéristiques et beaucoup plus polymorphes que ne le veulent les descriptions modernes.

En particulier, l'absence de l'image radiologique typique ne peut permettre de rejeter le diagnostic d'ulcus quand un faisceau de signes cliniques et radiologiques crée une présomption suffisante.

Dans le cas douteux, la présomption peut être augmentée — ou diminuée par l'étude trop oubliée de la chlorhydrie gastrique.

« Nous avons l'impression, comme le rappelait récemment Surmont, qu'on a un peu trop négligé l'élément de diagnostic, que, dans les cas de simple présomption, pouvait apporter l'étude du chimisme soit pour renforcer, soit pour affaiblir cette présomption.

« Sans risque de retomber dans les erreurs anciennes, nous ne devons cependant pas oublier qu'au cours des ulcères duodénaux la chlorhydrie est augmentée dans 75 pour 100 des cas en moyenne et qu elle y atteint des taux supérieurs à ceux que donnent les ulcérations gastriques. Cette proportion de trois quarts n'est tout de même pas négligeable et bien des signes plus récents, plus à la mode, n'ont peut-être pas cette constance.

« Lorsqu'on discute sur des clichés la possibilité d'une périviscérite, lorsqu'il s'agit d'une première crise douloureuse ou, comme nous l'avons vu plus haut, d'une forme fruste, une déviation du chimisme vers l'hypo- ou l'anachlorhydrie fera au contraire plutôt pencher pour le diagnostic de cholécystite. L'un de nous avec Bérardier, en ne tenant compte que des faits certains, a trouvé cette hypochlorhydrie dans trois quarts des cas d'atteinte vésiculaire, proportion sensiblement identique aux statistiques étrangères, américaines en particulier. Cette orientation, à opposer à la fréquence de l'hyperchlorhydrie dans l'ulcus du bulbe, ne nous paraît pas devoir être négligée. »

(Ch. Jacquelin et Paul Chêne. Difficultés et incertitudes du diagnostic d ulcère duodénal. *La Presse Médicale*, 18 mars 1933.)

Les accidents gastriques consécutifs à la phrénicectomie gauche sont rares. Le plus souvent ils sont légers, liés à une simple aérophagie due à la distension de l'estomac remonté à la suite de l'ascension du diaphragme.

Dans des cas exceptionnels, dus sans doute à des conditions qui préparent ce mécanisme, l'ascension de l'estomac en détermine la torsion, et un syndrome de volvulus grave se déclare. Il y a donc lieu, avant de procéder à une phrénicectomie gauche, de procéder à un interrogatoire minutieux du malade ainsi qu'à une exploration très complète de l'estomac, y compris l'exploration radiologique, dans le but de dépister une lésion gastrique ou périgastrique latente susceptible de provoquer les déviations mécaniques redoutables de l'organe.

D'après les quelques observations connues, les interventions pratiquées à l'occasion du volvulus de l'estomac, consécutif à la phrénicectomie, sont suivies de résultats peu satisfaisants. Peut-être leur gravité est-elle due pour une part à ce qu'elles sont pratiquées chez des tuberculeux dont la susceptibilité aux opérations graves, surtout abdominales, nous paraît digne d'attention.

(Léon Bernard, Mlle Gauthier-Villars et Thoyer. Les accidents gastriques consécutifs à la phrénicectomie gauche. *La Presse Médicale*, 29 avril 1933).

Obstétrique

Dans la pratique quotidienne, le médecin ne saurait être circonspect quand on lui pose l'inévitable question : « Quand est-ce que j'accoucherai ? » Cette question, il ne peut pas l'éluder. Nous indiquerons que l'accouchement aura lieu environ 280 jours après la fin des dernières règles : par exemple, vers le 8 octobre, si les dernières règles ont fini le 1er janvier C'est à peu près la date qu'indiquent les « calendriers de grossesse » dont nous font hommage certaines firmes pharmaceutiques.

Ceci dit, il convient immédiatement de formuler des réserves prudentes et d indiquer toute l'ampleur que peut avoir la marge des variations : « Mais il se pourrait, ajouterons-nous donc, que votre accouchement ait lieu entre la fin du 9e mois, c'est-à-dire le 1er octobre, et la fin du 10e mois, c'est-à-dire le 1er novembre » Faute de quoi, nous nous exposons à laisser germer dans l'âme de notre cliente des inquiétudes inutiles.

Il faut être très circonspect lorsqu'on indique à une femme la date probable de son accouchement

La grossesse est une épreuve pour la femme ; elle est très particulièrement pénible dans cette société tout de guingois qu'est la civilisation moderne.

La femme aspire donc à être délivrée de son fardeau. Partant de là, un bon nombre prennent leurs désirs pour des réalités et se réjouissent en escomptant une petite avance sur la date fixée.

Le problème se complique chez les femmes à qui nous aurons dû imposer des précautions pour éviter un avortement ou un accouchement prématuré.

Trop souvent ces femmes ne peuvent comprendre qu'après avoir été inquiètes d'atteindre le terme, elles n'aient pas la compensation d'accoucher un peu en avance, et, surtout, elles n'admettent pas l'idée qu'elles puissent accoucher un peu en retard.

Les récriminations, confiantes ou aigres-douces, ne sont pas rares : la menace d'accouchement prématuré ne « vaccine » pas contre l'accouchement tardif, et, justement, parce qu'il y a chez pas mal de ces femmes menacées d'interruption précoce un déséquilibre endocrinien, elles sont plus exposées que les autres à de tels retards.

Naturellement, quand une femme est accouchée avant terme à une première grossesse, il faut beaucoup la prêcher pour qu'elle ne s'affole pas quand elle accouche à terme ou un peu après le terme escompté.

L'impatience de certaines femmes et de leur entourage crée de véritables psychoses. Cette folie de la fin de la grossesse va se renforçant au fur et à mesure que s'écoulent les jours.

Nous ne devons pas prendre cet état d'âme à la légère : il n'est pas indifférent qu'une femme reste 15 jours, vingt jours de plus dans l'anxiété. Cependant, d'autre part, si nous avons quelques raisons d'être inquiets, il ne faut pas que notre doute vienne s'ajouter à l'angoisse de notre cliente. C'est là une situation parfois bien pénible pour le médecin. Les solutions pratiques du problème psychologique sont, d'ailleurs, très variables suivant les cas particuliers.

Mais il n'y a pas que le problème psychologique, il y a aussi le problème obstétrical et l'on peut se demander si, parfois, il ne faut pas interrompre une grossesse indûment prolongée.

(Henri Vignes. La durée de la grossesse et ses anomalies. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 30 avril 1933).

Dermatologie et vénéréologie

Certaines dermatoses ont une origine endocrinienne. C'est là un fait actuellement bien connu. Mais en présence d'un malade, il est souvent difficile de prouver que sa dermatose a une origine endocrinienne ou même de trouver un argument qui rende cette hypothèse vraisemblable. Cependant un examen clinique complet du malade peut nous mettre sur la bonne voie en nous révélant un signe inattendu. C'est ainsi qu'il existe une cataracte généralement juvénile, à caractères biomicroscopiques spéciaux, dont le développement est lié à des troubles endocriniens et dont la coïncidence avec une dermatose doit faire suspecter l'origine glandulaire de cette dernière. Les caractères particuliers de cette cataracte endocrinienne peuvent être facilement révélés en faisant l'examen du cristallin avec la lampe à fente.

Cette lampe permet d'étudier complètement la topographie des opacités cristalliniennes ; grâce à elle, on peut projeter sur les divers milieux oculaires un éclairage focal intensif, diaphragmé en forme de fente droite. On isole ainsi une série de coupes optiques, qu'on examine successivement avec un microscope binoculaire. L'examen à la lampe à fente montre que dans les cataractes endocriniennes, les opacités siègent surtout à la périphérie du cristallin ; elles respectent les parties centrales (noyau fœtal). C'est, au contraire, dans ces dernières qu'elles débutent et se localisent dans les cataractes banales, comme celle du vieillard.

Dans les cataractes endocriniennes, les types suivants sont les plus fréquents. Dans le premier, la cataracte est corticale, l'opacité a des limites arquées, les noyaux centraux sont respectés (tétanie, certains myxœdèmes, virilisme pilaire). Dans un deuxième type, l'opacité cristallinienne siège sur la zone corticale postérieure (tétanie, diabète, certains syndromes hypophysaires). Enfin, la cataracte endocrinienne peut être ponctuée ou floconneuse, le plus souvent au pôle postérieur de l'écorce (myotonie dystrophique, idiotie mongolienne).

Le caractère principal de ces cataractes réside dans la localisation corticale de l'opacité ; cette particularité, lorsqu'il n'y a pas de cause locale, révèle généralement une origine endocrinienne.

Parmi les dermatoses les plus variées, avec lesquelles peut coïncider la cataracte, il faut signaler avant tout la sclérodermie, qu'elle précède ou avec laquelle elle s'installe. Elle atteint généralement les deux cristallins ; le plus souvent, elle survient à quelques mois de la sclérodermie. On doit citer aussi la poïkilodermie, certains cas de télangiectasies simples, l'alopécie totale.

Ainsi la cataracte peut, dans certaines dermatoses, contribuer au diagnostic étiologique. En ces cas, il ne faut pas se borner à examiner les divers phanères, mais explorer le cristallin avec la lampe à fente. Cependant, la constatation d'une cataracte ne permet-elle pas encore de préciser la glande atteinte.

(A. Sézary et H. Mamou. *La Presse Médicale*, 30 novembre 1932).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1933

A propos de la dilatation des cancers de l'œsophage. *M. Worms* préconise l'emploi des bougies.

Traitement des fractures du crâne. — *M. Picot* rapporte trois observations de *M. Folliasson* (de Grenoble). Une fracture de l'étage postérieur a guéri par trépanation décompressive ; une autre fracture de l'étage antérieur s'accompagnait de déchirure du sinus longitudinal supérieur. Le dernier cas s'accompagnait d'une distension ventriculaire.

Arthropathie tabétique de la hanche traitée par arthrodèse. — *M. Cunéo* rapporte cette observation de *M. Oulié* (de Constantine). Malgré la guérison obtenue par cet auteur, M. Cunéo est d'avis qu'une telle opération est hasardee.

Un cas de cholépéritoine. — *M. Brocq* analyse cette observation de *M. Oberthür*. Il s'agit d'un cholepéritoine traumatique enkysté sans lésion appréciable des voies biliaires. Il existait une déchirure du foie au contact du ligament rond.

Acides aminés et ulcère expérimental. — *M. Weiss* (de Strasbourg) rapporte une série d'expériences personnelles ayant pour but d'observer l'influence des injections d'acides aminés dans les suites opératoires des animaux opérés de dérivation duodénale.

Ils ont survécu et à l'autopsie on ne trouvait ni catarrhe muqueux ni ulcération de la muqueuse.

Devant ces résultats, l'auteur a étudié l'action des injections d'acides aminés chez les ulcéreux de l'estomac et a obtenu d'excellents résultats.

M. Petit-Dutaillis rappelle l'évolution cyclique de l'ulcère de l'estomac et montre qu'il faut être prudent dans l'interprétation.

M. P. Duval insiste surtout sur la partie expérimentale de ce travail qui lui paraît très intéressante.

Urétéro-cysto-néostomie. — *M. P. Bazy* montre les excellentes suites éloignées de cette opération.

Réanimation du cœur par inhalation de gaz carbonique. — *M. Delagenière* rapporte cette observation personnelle.

M. Louis Bazy montre que l'emploi de gaz carbonique est très legitime.

M. Monod croit qu'il s'agit plutôt d'une syncope respiratoire.

Résultats éloignés de vingt-neuf fractures du col du fémur. — *M. Auvray* étudie ces résultats de fractures du col du fémur traitées par différentes méthodes. Ils sont dans l'ensemble mauvais : dans vingt et un cas, il y avait persistance de la rotation externe. L'incapacité varie de 20 à 80 %. L'auteur conclut à la nécessité d'une réduction rigoureuse sous anesthésie et immobilisation plâtrée.

M. Mathieu insiste sur les résultats souvent déplorables des fractures cervicales vraies.

M. Rouhier n'est pas aussi pessimiste.

G. Menegaux.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1932

A propos de pneumonies prolongées simulant la tuberculose. — ***M. G. Caussade*** apporte une contribution aux communications de MM. Léon Bernard et Rist. Dans une observation il montre que des pneumonies franches aiguës peuvent s'accompagner d'œdèmes infectieux qui sont les satellites de ces dernières ; parfois ils envahissent l'autre poumon, s'y fixent dans une région déterminée et semblent prolonger la première affection. Une seconde observation concerne une pneumonie prolongée à forme spléno-pneumonie qui dura trois mois et demi ; l'évolution, la fièvre, l'amaigrissement, l'expectoration muco-purulente et la longue durée de l'infection firent penser, à un moment donné, à la tuberculose ; seul le pneumocoque était en cause et sa virulence s'est maintenue pendant deux mois. Mais la tuberculose peut se dévoiler ou apparaître après une phase purement à pneumocoques. A cet égard, l'auteur présente trois observations : dans l'une, on constate deux cortico-pleurites successives, toutes deux nettement à pneumocoques, dont l'une avec herpès, et qui furent suivies, à neuf mois d'intervalle, d'une lobite tuberculeuse siégeant dans le poumon antérieurement atteint ; dans les deux autres, les bacilles tuberculeux ne furent pas décélés pendant l'évolution qui dura six mois (splé-pneumonie-pneumonie batarde) ; mais, dans l'une d'elles, au déclin de l'infection pneumococcique, une polyarthrite rebelle au salicylate de soude, une hémoptysie, une intradermo-réaction positive furent en faveur de la tuberculose. Dans la dernière observation, celle-ci fut soupçonnée à cause de la persistance d'une localisation apicale des signes physiques, longtemps après la convalescence. Nul bacille tuberculeux ne fut jamais trouvé dans les crachats qui contenaient toujours des pneumocoques.

Diabète et syphilome palatin. Frontières de la syphilis occulte. — ***MM. Marcel Pinard*** et ***Tavennec.*** — Les grosses étapes de la vie pathologique de cette malade sont : l'énurésie, la naissance d'un enfant de 13 livre, un diabète, enfin un syphilome palatin. La sérologie est négative. A quelle étape doit-on tracer les frontières de la syphilis occulte ? Les auteurs auraient voulu que ce fut à celle de l'énurésie. Le déclenchement du traitement spécifique à ce moment aurait pu empêcher, d'après eux, l'apparition des autres accidents.

Sur une nouvelle méthode de radiothérapie dans le traitement des leucémies. La téléræntgenthérapie totale. — ***MM. Georges Marchal*** et ***Lucien Mallet*** resument la technique de cette récente application radiothérapique. Les irradiations de tout le corps, homogènes et simultanées, se font grâce à l'éloignement suffisant de la source de rayons X, et avec des doses minimes (50 rayons par séance), dont le total dépasse normalement le 1/20 de la dose érythème.

Ils ont appliqué la méthode à six cas de leucémie chronique.

Dans les différentes variétés de ces leucémies, ils ont obtenu des rémissions aussi complètes et aussi soutenues qu'avec la radiothérapie classique, au prix de moins de risques : Pas de radio-résistance, pas de leucopénie, pas d'apparition de cellules-souches, pas d'anémie sévère. L'inocuité de ces irradiations totales permet le traitement d'attaque, le traitement de chaque récidive et la répétition fréquente de cures d'entretien. Les auteurs signalent la lenteur des résultats dans les premières semaines, sorte de période préparatoire, suivie d'une amélioration progressive et prolongée.

La téléræntgenthérapie totale peut être combinée avec la méthode classique, soit en la précédant, soit en lui succedant.

M. P.-E. Weil a obtenu avec la ræntgenthérapie totale alternant avec l'irradiation localisée des resultats non atteints jusqu'alors par cette seule méthode. Dans les cas qu'il a pu suivre, la rate est redevenue normale ainsi que la formule sanguine. Il lui semble cependant nécessaire d'attendre au moins un an avant de publier ses observations.

Néphrite syphilitique secondaire. — ***MM. Sézary*** et ***Gallot*** rapportent l'observation d'une néphrite œdemateuse chez un syphilitique secondaire. Il ne leur a pas été permis de retrouver les caractéristiques de la néphrose lipoïdique ; il y avait seulement un trouble important du metabolisme des protides, ce qui s'observe chez les syphilitiques secondaires non œdemateuses. Le fonctionnement rénal était légèrement atteint. Les auteurs attribuent les œdèmes énormes dans ce cas à l'association du trouble humoral avec cette petite insuffisance rénale. Une grippe a provoqué une diurèse abondante, fait fondre les œdèmes et disparaître l'albumine. Un traitement ultérieur par le mercure puis par l'arsenic (novarsénobenzol) a été parfaitement toléré.

M. Pinard souligne l'action heureuse du novarsénobenzol dans ces cas. Ce médicament est mieux toléré que le cyanure de mercure.

M. Sézary croit que le seul danger de l'arsenic est dans la réactivation toujours possible des lésions au début du traitement.

C'est pour éviter cet écueil qu'il fait toujours précéder le novar d'une série de cyanure pendant une dizaine de jours.

M. Apert rapproche de cette observation un cas de néphrose lipoïdique chez l'enfant qui fut cliniquement améliorée d'une façon considérable par une rougeole ; il assista à la fonte des œdèmes pendant la période d'incubation de cette maladie infectieuse et fébrile. Ceux-ci ne réapparurent pas au cours d'une diphtérie consécutive.

Sur un nouveau cas de pneumococcémie à forme pseudo-palustre traité par la vaccinothérapie. — ***MM. André Jacquelin*** et ***Duchon*** rapportent l'observation d'une malade de 24 ans, qui, au cours d'une pneumonie droite, à forme ataxo-adynamique avec foyer radiologique d'opacité triangulaire, présenta une lame purulente contenant des streptocoques ; l'hémoculture révela la présence de ce même germe. L'agitation, le délire, l'incontinence sphinctérienne, une allure pseudo palustre de la courbe thermique, avec grands accès précédés de frissons et suivis de sueurs, l'existence de crises épileptiformes subintrantes avec ébauche de syndrome méningé, enfin l'apparition de volumineuses escarres sacrées et talonnières, sont autant de caractéristiques de cette observation et semblaient commander un pronostic fatal. Cette malade guérit cependant rapidement et complètement à la suite de la vaccinothérapie par lysat pneumococcique et polymicrobien. Les auteurs rapprochent ce cas des constatations qu'ils ont anterieurement faites dans le traitemen des pleurésies purulentes.

De la nécessité, pour l'orthodiagraphie du cœur, d'un dispositif de repérage du point d'impact du rayon normal. — ***M. Ed. Doumer*** (de Lille).

Récidive tétanique six mois après le tétanos initial. — ***M. Théodore Dumitresco*** et ***Demètre Dumitresco*** (Bucarest) estiment que cette récidive, six mois après la guérison clinique du tétanos initial, est en relation avec la persistance dans l'organisme de germes tétaniques vivants et demeurent latents, enveloppés dans des capsules imperméables de tissu conjonctif, qui peuvent devenir ulterieurement perméables sous l'influence d'un traumatisme ou de toute autre intervention.

Hernie diaphragmatique. — ***MM. Sergent, Kourilsky*** et ***Robert*** montrent la pièce anatomique d'une ancienne observation de hernie diaphragmatique, ayant provoqué la mort par occlusion gastro-colique, chez un homme de 36 ans qui, un an auparavant, avait été soigné par eux et opéré pour une pleurésie enkystée du côté gauche.

La ventriculographie cardiaque gauche expérimentale. — ***MM. Maurice Racine*** et ***Henri Reboul*** apportent le résultat des travaux qu'ils poursuivent depuis quinze mois sur la ventriculographie cardiaque gauche expérimentale dont ils projettent quelques images radiographiques.

Les premiers résultats expérimentaux de cette méthode n'autorisent qu'une conclusion actuellement : elle permettra de préciser l'étude anatomique et surtout physiologique du cœur et des vaisseaux thoraciques. Son application à la pathologie humaine ne peut être envisagée qu'après avoir déterminé minutieusement le retentissement cardiaque et vasculaire de cette méthode en fonction du siège, du volume, de la pression, de la nature et de la concentration de la solution de contraste.

Michelle Zagdoun-Valentin.

« Je suis en bonne, en très bonne compagnie pour trouver que l'iatro-physique complique la Médecine plus souvent et beaucoup plus qu'elle ne l'éclaire. N'est-ce pas, ô jeunes candidats à l'internat qui m'avez dit ne pouvoir rien comprendre aux arythmies ? Ceux qui ont plein la bouche et la plume de bathmotropie, de dromotropie, d'achnotropie, d'anisotropie, de normo et d'hétérotropie, etc ..., y comprennent-ils mieux que vous ? Je n'oserais l'affirmer ». (Professeur Micheleau, de Bordeaux. Arythmies. *Gazette des Hôpitaux* ; 4 mars 1933.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Considérations sur l'étude de la médecine. — *Communication de M. le Professeur Georges Hayem à l'Académie de médecine* (Séance du 9 mai 1933.)

Nous sommes, en ce qui touche l'étude des sciences médicales, à un moment critique en ce sens que le ministre de l'Instruction publique vient de prendre le parti de faire construire une nouvelle Faculté de médecine.

Le projet imposerait aux contribuables une dépense estimée à 800 millions au moment où de sérieuses économies étaient nécessaires.

Vous pourriez dire que cela ne regarde pas l'Académie de médecine. Mais vous n'en ferez rien, car l'Académie s'est toujours intéressée aux problèmes dont la solution importe au bon renom et à la gloire de la médecine française. Elle a d'ailleurs, à maintes reprises, pris une part active aux discussions relatives à la création d'Instituts médicaux et approuvé les vues que j'ai eu l'occasion de lui exposer.

Il me semble qu'avant de prendre la décision de choisir un emplacement et de faire démolir d'un côté, édifier de l'autre, de grandes constructions, on a dû arrêter un plan d'organisation de l'enseignement et de la culture de la médecine.

Le projet ministériel ne parle pas de réformes à cet égard. Tout est là, cependant.

Il est impossible d'admettre qu'il s'agisse simplement d'avoir de plus vastes locaux : que tout serait pour le mieux si la foule des étudiants, devenue débordante, pouvait trouver la place nécessaire pour assister à certains cours et à certains exercices pratiques.

A mon avis, des réformes considérables, fondamentales s'imposent et on ne doit songer aux dépenses envisagées que lorsqu'on sera d'accord sur la nature de ces réformes.

Il me paraît donc opportun de rappeler le principe fondamental que j'ai formulé au moment de ma retraite et que j'ai déjà eu l'occasion de faire connaître à l'Académie de médecine en juin 1920, à l'occasion du rapport de notre collègue Léon Bernard sur les Instituts médicaux. Ce principe est énoncé de la manière suivante dans ma dernière leçon (novembre 1911), publiée par le *Paris Médical*, p. 37, 1912) :

« La médecine comporte, comme d'ailleurs toutes les sciences analogues, deux sortes distinctes d'enseignement : un enseignement élémentaire professionnel, un enseignement supérieur.

« Le premier a pour objet de former des praticiens, de leur apprendre la technique de leur profession, de leur inculquer les notions classiques, paraissant acquises et, en tout cas, d'une application pratique indéniable.

« Le second se propose de faire progresser les diverses branches des connaissances médicales.

« Ces deux enseignements, ayant des buts différents, doivent être donnés à l'aide de deux organismes distincts, appropriés à leurs fins, Ils réclament deux écoles différenciées...

« Les deux genres d'enseignement étant actuellement confiés aux mêmes hommes, on peut dire que notre organisation pèche par la base et qu'il en sera ainsi, tant qu'on n'aura pas reconnu l'exactitude de cette conception, tant qu'on persistera dans les mêmes errements. »

Ces propositions qui datent de plus de vingt ans sont encore d'actualité. La Faculté de médecine de Paris a cru améliorer son enseignement en multipliant le nombre des chaires. Le but n'est pas atteint.

Les nouveaux professeurs se considèrent tous comme aptes à un enseignement supérieur. Je trouve cela tout naturel puisque j'ai eu les mêmes prétentions qu'eux. A l'époque où j'étais professeur de clinique, on m'envoyait des stagiaires de première année qui ne pouvaient absolument rien comprendre à mon enseignement et mon service n'était pas organisé, en raison de la pénurie de mon personnel et de l'absence de fonds destinés à un enseignement technique élémentaire, pour donner aux élèves le genre d'enseignement qui convenait à des débutants.

Il en est encore de même ou à peu près aujourd'hui. Ce sont les stagiaires de première année qui doivent *obligatoirement* suivre les services des professeurs de clinique.

Je ne crois pas qu'il soit exagéré de dire que les élèves faisant leurs études sans passer par l'externat et même par l'internat ne reçoivent pas l'instruction professionnelle qui serait indispensable pour faire des praticiens d'une certaine valeur.

Et, à ce propos, je vais vous conter un fait qui vous montrera que, de mon temps, les meilleurs élèves pouvaient atteindre le grade de chef de clinique sans avoir une instruction complète.

Peu après ma retraite, un de mes élèves, ayant été mon interne et mon chef de clinique, m'appelle en consultation auprès d'un malade que je lui avait confié. Il m'avoue son embarras en présence d'une éruption accompagnée de fièvre. Il s'agissait simplement d'une rougeole normale, bien caractérisée. Ce brillant médecin n'avait jamais vu de rubéoliques.

Il ne doit plus en être de même aujourd'hui, puisqu'on possède un professeur des maladies infectieuses ayant un service convenablement organisé.

Mais je me demande comment il est possible de faire l'enseignement de ces maladies aux 10.000 étudiants en médecine à peu près que compte actuellement la Faculté de Paris.

Je dis environ 10.000, car pour l'année 1932-1933 il y a 3.500 inscriptions. Les études devant durer cinq ans ,on aurait la cinquième année 17.200 étudiants s'il n'y avait pas de déchet.

En vérité, n'est-ce pas une grande faute que d'admettre un tel nombre d'élèves, précisément à une époque de crise où la situation des médecins devient de jour en jour plus précaire ?

Pour être bref, voici les grandes lignes d'une réforme qui permettrait de relever à la fois la profession médicale et la culture de la médecine :

1° Création, d'une part, d'un enseignement professionnel complet se donnant presque en entier à l'hôpital ; de l'autre, d'un enseignement supérieur pratiqué dans des Instituts ;

2° Admettre comme étudiants en médecine uniquement les jeunes gens ayant passé par la filière suivante :

a) Obtention de deux baccalauréats : lettres, latin, grec et sciences, langues vivantes ;

b) P. C. N. comprenant la physique médicale, la chimie médicale, l'histoire naturelle médicale ; enseignement donné par les professeurs de la Faculté, une fois pour toutes et, par conséquent, débarrassant les étudiants en médecine de l'étude de ces trois branches de connaissances.

Dans ces conditions, on devra conserver la Faculté actuelle dans laquelle se feront les enseignements du P. C. N. et, l'année suivante, ceux de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie, tous les autres enseignements professionnels devant avoir lieu à l'hôpital.

Cela entraînera l'organisation de deux ou trois hôpitaux universitaires empruntés aux établissements de l'Assistance publique et l'utilisation, comme professeurs à divers titres, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, en commençant par les agrégés.

D'autre part, il y aura lieu de créer, sous forme d'instituts, des centres d'enseignement supérieur.

Or, dans ma conception, je considère les cliniques médicales actuellement existantes comme des instituts médicaux.

Ces cliniques devront simplement être aménagées de manière à ce qu'on puisse y faire les recherches spéciales nécessaires à la culture de la science. Une fois spécialisées, elles devront conserver ce caractère, de façon à ce qu'on puisse y éterniser et y perfectionner l'outillage et y faire des collections de divers ordres : livres, dessins, pièces anatomiques, etc.

Il restera à créer, en dehors des hôpitaux, d'autres Instituts. C'est là ce qui nécessitera les plus grosses dépenses. Il est donc intéressant d'examiner quels sont les plus urgents, ceux dont le besoin se fait sentir de la manière la plus impérieuse.

L'Académie sera certainement d'accord avec moi, si j'en juge d'après les avis qu'elle a donnés à diverses reprises, en désignant en tout premier lieu celui d'hygiène qui devra être organisé d'une manière aussi large et aussi complète que possible.

N'ai-je pas par avance l'approbation de notre collègue Léon Bernard qui n'a pas pu réussir malheureusement à doter l'Université de Paris d'un tel organisme civilisateur ?

Le second Institut dont le besoin est également de toute évidence est celui où seront cultivées et enseignées les diverses branches de l'hématologie.

Cette section de nos connaissances, qui se développe chaque jour avec rapidité, comportera divers enseignements, et englobera notamment la bactériologie et l'hématologie chimique. Il faudra faire grand, de façon à pouvoir lutter avec les écoles

étrangères qui font des efforts considérables pour développer cette partie des sciences médicales dont l'intérêt est de tout premier ordre.

L'importance des petits détails en anatomie chirurgicale. — *Extrait de la leçon inaugurale de M. le Professeur Proust* :

Certaines régions bien connues des anatomistes, mais dont l'accès au point de vue opératoire semblait ne présenter qu'un intérêt de second plan, peuvent brusquement passer au premier et il est bon alors que l'enseignement d'anatomie chirurgicale insiste sur de petits détails qui avaient pu rester dans l'ombre.

En voici un exemple :

Quand en ostéologie nous apprenions autrefois — comme préparation à l'étude de la région de la nuque — la disposition de l'arc postérieur de l'atlas, nous croyions faire acte de bons élèves en en retenant les détails, mais nous n'aurions jamais pu supposer qu'un jour viendrait où à cette place, à ce niveau où siège le nœud vital, là où vient s'abattre la hache du bourreau ou tomber le couperet de la guillotine, une opération pourrait être réalisée qui aurait justement pour effet d'arracher *in extremis* un patient à la mort. Eh bien, aujourd'hui, grâce aux recherches d'Ody (de Genève), il est possible dans des cas particulièrement menaçants de traumatismes craniens de venir, par une résection soigneuse de cet arc postérieur de l'atlas, obtenir une décompression immédiate du cerveau et du bulbe menacé.

M. Ody vient d'en publier une observation impressionnante. Une fillette de 8 ans tombe sur la tête, se fracture le crâne, est traitée les premiers jours par des ponctions lombaires qui semblent l'améliorer, mais le troisième jour, dans la soirée, la fillette entre dans le coma et en même temps apparaissent les signes avant-coureurs de la mort. M. Ody la fait porter sur la table d'opération, pratique son incision qui va de la protubérance occipitale externe à l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale ; il écarte les muscles de la nuque, résèque l'arc postérieur de l'atlas. Au moment de l'ouverture il jaillit comme c'est la règle dans cette opération et dans ces cas de compression un flot de liquide sanguinolent sous une extraordinaire pression. Le pouls se stabilise immédiatement et l'enfant guérit parfaitement.

Si je cite ce type de tépanation postérieure, qui est vraiment une des belles conquêtes de la chirurgie, c'est pour montrer que cette région de la nuque prend à ce point de vue un nouvel intérêt chirurgical.

Un autre exemple peut être donné au sujet de certains détails de l'anatomie du thorax.

Depuis les travaux géniaux de Jacobaeus (Stockholm) avec lequel j'avais l'honneur de m'entretenir voici trois jours et qui a imaginé de sectionner par voie intra-pleurale les brides qui, par leur adhérence à la paroi thoracique, empêchent le poumon de se collaber régulièrement et complètement, la pleuroscopie est entrée dans la pratique journalière des services qui s'occupent de lutter contre la tuberculose pulmonaire et de ce fait l'étude de l'anatomie sous-pleurale a pris une importance particulière.

Léon Bernard et Triboulet ont ainsi dans une importante communication à l'Académie de médecine précisé les avantages de la méthode et dénoncé leurs excellents résultats.

L'anatomiste doit là collaborer intimement avec le phtisiologue comme le chirurgien avec le médecin dans l'application de la chirurgie pulmonaire. Au dernier Congrès de médecine, Sergent en a montré un lumineux exemple pour l'abcès du poumon.

A propos des stations climatiques. — *Le Docteur J. Crinon écrit dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL (30 avril 1933) :

Il y a des mots qu'il ne faut pas démonnayer par un usage abusif. Le terme de « climatisme » est de ceux-là......

Va-t-on se laisser aller à distribuer des certificats de climatisme à une multitude de bourgades qui tablent là-dessus pour amener à elles une clientèle qui les enrichira ?

Je sais que des groupements très actifs sont prêts à intervenir ou sont même déjà intervenus pour utiliser ce « filon » du climatisme : syndicats hôteliers, coteries politiques, etc. Mais cela ne suffit pas pour se laisser faire et pour nous couvrir de ridicule, en France, en distribuant à tout venant des brevets

de climatisme qui serviront ensuite de monnaie à un tas d'intrigants au vorace appétit.

A l'heure où l'on veut développer le tourisme, il ne faut pas que j'ajoute un nouveau coup de fusil au tir de mitrailleuse où se complaisent encore tant de stations balnéaires et autres. Il ne faut pas que le voyageur qui aura établi son relais dans une bourgade dont l'emplacement lui aura plu, s'entende réclamer une dîme parce que cette bourgade aura été reconnue comme station climatique. Ce serait le comble de la maladresse et du ridicule. Et pourtant c'est bien à cela qu'on vise avec toutes ces calembredaines qu'on nous débite depuis quelques années sur le climatisme.

Et que viennent faire les médecins dans tout cela ? Ils me font l'effet d'être les auxiliaires aveugles ou salariés des hommes d'affaires et des politiciens locaux. Quand on se sera servi d'eux pour faire reconnaître un bourg comme station climatique, on les priera de rentrer chez eux. Ils n'auront plus à faire entendre leur avis. Seuls auront la liberté de parole et du geste les hôteliers et les marchands de terrain. Est-ce bien cela que recherchent ceux de nos confrères qui nous parlent *ore rotundo* du climatisme français, comme de la huitième merveille du monde ?

Il faut donc être très prudent en pareille matière.

Guy Patin et la valeur diagnostique de l'urine de femme enceinte. — *Extrait de la leçon inaugurale de M. le Professeur Proust* :

Il est du reste curieux et intéressant de voir que la précision déductive avec laquelle on est arrivé à démontrer cette valeur diagnostique de l'urine de la femme enceinte n'est que le tardif aboutissement d'une véritable intuition orientant les recherches dans ce sens.

C'est ainsi que bien avant les recherches d'Abdheralden ou même d'Eguisier ou de Nauche, le 15 *juin* 1626, au début du XVII[e] siècle, quand Guy Patin qui devait devenir doyen de cette Faculté subit ses examens de licence (1), il eut à argumenter ce sujet : Est-il possible de trouver un signe certain de la grossesse dans l'examen de l'urine ?

Daturne certum graviditatis indicium ex urina ?

Il soutint la négative et il fut reçu. Il y a plus de trois cents ans de cela. Aujourd'hui nous serions forcés de lui dire qu'il se trompe, s'il répondait de même.

(1) Je tire ces détails de l'excellent livre du regretté Docteur Coquelle (de Beauvais), consacré à la vie de Guy Patin.

Maladies vénériennes et argent. — *Le Docteur Paul Jourdanet, d'Uriage, écrit dans le* LYON MÉDICAL (7 mai 1933) :

On répète souvent, avec plus d'ardeur que de conviction, que « l'argent ne fait pas le bonheur ». A quoi Gaudissart ne manque pas d'ajouter que, du moins, « il y contribue largement ». Les moralistes ont accoutumé de comparer à cet égard la richesse avec la pauvreté, et beaucoup d'entre nous ont, jadis, traité ce sujet en dissertation philosophique.

A l'actif de la malfaisance de l'argent, je trouve un singulier argument dans un article du Prof. Mathieu, du Val-de-Grâce, publié par le *Lyon Médical* de mars 1883, et intitulé « Maladies vénériennes par armes et par grades ». La fréquence de ces affections est résumée dans le tableau suivant, qui tient compte du grade et de la solde :

Infanterie	49	p. mille	0 fr. 25
Cavalerie	63	—	0 fr. 35
Artillerie	67	—	0 fr. 45
Pompiers	109	—	0 fr. 95
Gendarmerie	120	—	2 fr. 50

Il y a d'honorables exceptions : la garde républicaine, qui a la solde de la gendarmerie, a un pourcentage de 72 pour mille. Le génie, payé comme l'artillerie, 55 au lieu de 67.

Quelles sont les raisons de cette hiérarchie vénéréologique des différentes armes ? Il est difficile de les découvrir.

L'infanterie, on le voit, n'est point reine sur les champs de bataille de l'amour, elle le cède à l'artillerie dont la valeur est hautement proclamée dans les refrains de la Sainte-Barbe. Quant aux pompiers, ils arrivent dans un bon rang, grâce sans doute à la fréquentation des cuisines, favorable aux faveurs ancillaires.

Il faut inscrire au tableau d'honneur, je ne sais pour quelle

raison, la garde republicaine et le génie, qui donnent, au moins relativement, le bon exemple.

Il ressort en tout cas de cette statistique que la morbidité vénérienne croît avec la solde. Le militaire est d'autant plus contaminé qu'il a, pour employer le langage de la bourse, plus de « possibilités ».

Ce tableau, on le voit, ne mentionne pas les officiers dont le traitement est plus élevé que celui de la troupe. Je n'ose pas invoquer ici celui des maréchaux de France !

Je ne sais si en vertu de l'adage « Cedant arma togæ » le civil est supérieur au militaire sur ce très spécial terrain de manœuvre. Toujours est-il que la même loi de l'argent est encore vérifiée dans ce cas. En effet, à la séance de la Société de Dermatologie du 12 janvier 1933, le Professeur Gougerot constate un abaissement du nombre des maladies vénériennes à sa consultation, en raison, dit-il, de la crise de chômage qui restreint la dépense d'argent.

Enfin chacun de nous garde le souvenir de tel camarade de collège, à qui d'abondants subsides familiaux permettaient des incursions dominicales dans les champs de Vénus. Il en rapportait parfois de cuisants souvenirs qui ne faisaient qu'accroître son prestige auprès de ses condisciples. C'est donc à juste titre que médecins, moralistes et poètes s'unissent pour déplorer les « amours vénales » qui sont, en général, les plus meurtrières. Et l'argent, semblable à la langue d'Esope, se montre une fois de plus la pire des choses. En dépit de l'opinion courante, « l'impécuniosité » si souvent alléguée par Rabelais, comporte des avantages. Et la crise actuelle, objet de tant de plaintes, aura du moins à son actif d'avoir, résultat inattendu, restreint un peu le nombre des maladies vénériennes.

Jurisprudence. — *Expertise ; incompétence des magistrats pour contester des conclusions formelles d'experts* (Cour de Rennes, 30 janvier 1933).

Les magistrats ne peuvent dresser leur propre appréciation incompétente contre les conclusions formelles d'experts nombreux, d'une conscience et d'une autorité scientifique incontestées. (Le Quotidien juridique.)

La Cour,

Considérant que si digne d'intérêt et même de pitié que puisse être un demandeur qui prétend à la réparation d'un préjudice, il ne peut être dispensé de la charge d'établir que celui à qui il impute ce préjudice en est d'abord bien l'auteur, et en outre, qu'il a commis une faute.

Considérant que les premiers experts commis par le Tribunal civil de Nantes avaient entièrement exonéré le dentiste Gallian de toute responsabilité relativement aux accidents physiologiques et anatomiques subséquents qui ont atteint la demoiselle Brun.

Considérant que certains points étant demeurés dans l'ombre, la Cour de céans a commis trois nouveaux experts ;

Considérant que leurs conclusions ont été identiques à celles des premiers et que, d'après des examens minutieux et des déductions scientifiques très complètes, ils affirment que Gallian ne peut être tenu comme ayant la moindre part de responsabilité dans l'état de la demoiselle Brun ;

Considérant que leurs conclusions sont :

1° Qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'avulsion de la dent et les accidents postérieurs, qu'ils expliquent par une affection dont cette personne était depuis longtemps atteinte ;

2° Que même si cette avulsion a déclenché lesdits accidents, elle a été faite dans des conditions de rigoureuse sécurité, que le dentiste a opéré de la façon la plus correcte et la plus adroite, comme aurait pu le faire le praticien le plus expérimenté, qu'il a pris, soit d'abord, soit ensuite, toutes les précautions possibles et n'a manqué ni de prévoyance, ni de vigilance ;

Considérant que la Cour ne peut dresser sa propre appréciation incompétente contre les conclusions formelles de six experts, d'une conscience et d'une autorité scientifique incontestées, qu'on est donc contraint de décider que, en dépit des obscurités qui peuvent subsister, la demoiselle Brun n'a rapporté la preuve, ni que les accidents consécutifs à l'opération ont été le résultat de celle-ci, et moins encore que cette opération ait été effectuée dans des conditions présentant le caractère d'une faute quelconque.

Par ces motifs :

Vu l'arrêt avant faire droit du 25 avril 1932, rejette comme

P. L. M.

Le wagon-lit à la portée de toutes les bourses

Des wagons-lits de 3e classe circulent sur le P. L. M. entre Paris et la Côte d'Azur.

Tout comme les voyageurs de 1re classe, les voyageurs de 3e classe ont ainsi la possibilité de se déplacer en wagon-lit. Le supplément pour occuper une place de wagon-lit de 3e classe est des plus réduits.

Vous ne payerez de Paris à Marseille que 75 francs en plus du billet de 3e classe.

Vous arriverez frais et dispos, en possession de tous vos moyens pour vous occuper de vos affaires et vous aurez gagné un jour et économisé une nuit d'hôtel.

Pour des indications plus détaillées, veuillez vous adresser aux gares ou aux agences Wagons-Lits-Cook.

mal fondées ou insuffisamment justifiées, toutes les demandes fins et conclusions de la demoiselle Brun.

La condamne à l'amende et aux dépens de 1re instance et d'appel.

Il y a cent ans. — *Journal des Débats* du vendredi 3 mai 1833.

(Feuille du 2) Paris, 1er mai. — On lit ce matin, dans un journal :

« Samedi dernier, la maison de la rue de Vaugirard no 81 a été le théâtre d'une scène singulière. M. Dumoutier, anatomiste distingué, avait été mandé par M. Orfila, doyen de la Faculté de médecine. Introduit dans une salle où se trouvaient le procureur du Roi, deux prévenus, des médecins, des voisins et des agents de police, le professeur d'anatomie paraissait ne savoir que penser de la compagnie où il se trouvait et de ce qu'on attendait de lui. On lui demanda de déterminer si des os qu'on lui présentait appartenaient tous à un même individu de l'espèce humaine et quels pouvaient être le sexe, l'âge de cet individu, ainsi que l'espace de temps qu'il était demeuré en terre. M. Dumoutier, ayant examiné les débris du squelette, mit de côté quelques ossements d'animaux qui s'y trouvaient mêlés, et, après avoir examiné la tête, jugea qu'elle avait dû appartenir à une femme déjà avancée en âge, inhumée depuis plusieurs années. On peut imaginer l'intérêt que présentait cet examen. La physionomie des prévenus témoignait qu'ils n'y étaient pas indifférents, ces observations tendant à confirmer une accablante identité. Leur surprise fut au comble quand M. Dumontier, continuant ses remarques, commença à parler de la personne dont il tenait la tête et assura qu'elle devait être avare, disposée aux emportements, ajoutant d'autres détails qui tous se trouvèrent d'accord avec ce que l'on connaissait de l'humeur de la veuve Houel. Deux siècles plus tôt, ainsi que le fit observer M. le procureur du Roi, une semblable divination eût conduit son auteur droit à un bûcher. M. Dumoutier n'est pas un magicien, mais tout simplement un élève distingué de Gall. »

— *Journal des Débats* du mercredi 15 mai 1833.

Paris, 14 mai. — On lit, ce matin, dans le *Moniteur* :

« L'an mil huit cent trente-trois, le dix mai, à trois heures et demie du matin, Nous soussignés Thomas-Robert Bugeaud, membre de la Chambre des députés, maréchal de camp, commandant supérieur de Blaye, Charles-François Marchand-Dubreuil, sous-préfet de l'arrondissement de Blaye, Daniel-Théotime Pastoureau, président du tribunal de première instance de Blaye, Pierre Nadaud, procureur du Roi près le même tribunal, Elie Descrambes, curé de Blaye, témoins appelés à la requête du général Bugeaud à l'effet d'assister à l'accouchement de S. A. R. Marie-Caroline, princesse des Deux-Siciles, duchesse de Berry, nous nous sommes transportés dans la citadelle de Blaye et nous avons été introduits dans un salon qui précède une chambre dans laquelle la princesse se trouvait couchée. M. le général Bugeaud est entré demander à Mme la duchesse si elle voulait recevoir les témoins. Elle a répondu : «Oui». Quelques instants après, Mme d'Hautefort s'est présentée dans le salon en invitant de la part de la duchesse les témoins à entrer, et nous sommes entrés.

« Nous avons trouvé la duchesse de Berry couchée dans son lit, ayant un enfant nouveau-né à sa gauche ; au pied de son lit était assise Mme d'Hautefort ; MM. Deneux et Ménière étaient debout à la tête du lit. »

Journal des Débats du jeudi 16 mai 1833.

(Feuille du 15) « M. le Président Pastoureau s'est alors approché de la princesse et lui a adressé à haute voix les questions suivantes :

« — Est-ce à Madame la duchesse de Berry que j'ai l'honneur de parler ?

« — Oui.

« — Vous êtes bien Madame la duchesse de Berry ?

« — Oui, monsieur.

« — L'enfant nouveau-né qui est auprès de vous est-il le vôtre ?

« — Oui, monsieur, cet enfant est de moi.

« — De quel sexe est-il ?

« — Il est du sexe féminin. J'ai d'ailleurs chargé M. Deneux d'en faire la déclaration.

« Et à l'instant, Louis-Charles Deneux, docteur en médecine, membre titulaire de l'Académie royale de médecine, a fait la déclaration suivante :

« Je viens d'accoucher Mme la duchesse de Berry, ici présente, épouse en légitime mariage du comte Hector Lucchesi Palli, des princes de Campo-Franco, gentilhomme de la chambre du roi des Deux-Siciles, domicilié à Palerme. »

« M. le comte de Brissac et Mme la comtesse d'Hautefort, interpellés par nous s'ils signeraient la relation de ce dont ils ont été témoins, ont répondu qu'ils étaient venus ici pour donner leurs soins à la duchesse de Berry comme amis, mais non pour signer un acte quelconque.

« De tout quoi nous avons dressé le présent procès-verbal. »

- *Journal des Débats* du samedi 18 mai 1833.

Paris, 17 mai. — On lit ce matin, dans le *Moniteur*, la pièce suivante :

Extrait des registres de l'église paroissiale de Blaye.

L'an mil huit cent trente-trois et le dix mai, à trois heures et demie du matin, je soussigné curé de Blaye et comme tel chargé par le gouvernement de donner les consolations du saint ministère à S. A. R. Mme la duchesse de Berry depuis le moment de son arrivée à Blaye, certifie que je viens d'être appelé à la citadelle d'après les ordres du gouvernement par M. le général Bugeaud, gouverneur, que je m'y suis rendu immédiatement et qu'admis auprès du lit de Madame, je l'ai trouvée très récemment accouchée d'une fille que S. A. R. a déclarée aux autorités de Blaye réunies être issue de son légitime mariage avec le comte Hector Luchesi Palli, des princes de Campo-Franco, gentilhomme de la chambre du Roi des Deux-Siciles, domicilié à Palerme, que ces formalités civiles ayant été remplies S. A. R. m'a demandé d'ondoyer son enfant nouveau-né ce que j'ai fait en présence de toutes les personnes qui entouraient le lit de Madame, et, notamment, en présence de Mme la comtesse d'Hautefort et de MM. les docteurs Deneux, médecin accoucheur de Madame, et Prosper Menière, médecin qui l'a assisté dans l'accouchement. L'enfant nouveau-né a reçu les prénoms d'Anne-Marie-Rosalie et MM. les docteurs médecins ont signé avec nous le présent acte.

« Deneux, *médecin accoucheur de Madame* ;
« P. Menière, D. M. P. ;
« Descrambes, *curé de Blaye*.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 24 LE NUMÉRO : 50 Centimes 17 JUIN 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Les étrangers dans le Corps médical. — Sur les vingt-deux docteurs en médecine ayant fait enregistrer leur diplôme pendant le mois de mai, sept sont d'origine étrangère : un Bulgare naturalisé, deux Egyptiens, trois Roumains et un Russe naturalisé. (*La Vie Médicale*).

Service de santé. — *Mutations.* — Le médecin commandant Barraux, du 186e d'artillerie, à l'hôpital militaire Michel-Lévy, à Marseille.

Les médecins capitaines : Demimuid, du 8e chasseurs à pied, au 186e d'artillerie à Dijon ; Accoyer, du 18e génie, à l'hôpital militaire de Nancy.

Congrès international du lymphatisme. — *Réactions communes du système lymphatique dans l'enfance* (La Bourboule, juin 1934). — Le bureau du Congrès est composé comme suit : Président d'honneur : M. le Professeur Marfan ; présidents : MM. les Professeurs Nobécourt, Lereboullet et Castaigne ; vice-présidents : MM. les Professeurs Mouriquand, Lemaître et Villaret.

Voici par ordre alphabétique, la liste des rapporteurs : Docteur J. Anglada (La Bourboule), Professeur L. Caussade (Nancy), Professeur agrégé Et. Chabrol (Paris), Professeur R. Cruchet (Bordeaux), Professeur R. Debré (Paris), Professeur agrégé Gaté (Lyon), Professeur V. Gillot (Alger), Professeur G. Giraud (Montpellier), Docteur J. Hallé (Paris), Professeur Et. Leenhardt (Montpellier), Professeur F. Lemaître (Paris), Professeur P. Lereboullet (Paris), Docteur Ed. Lesné (Paris), Professeur A. Marfan (Paris), Professeur agrégé L. Merklen (Nancy), Professeur G. Mouriquand (Lyon), Professeur P. Nobécourt (Paris), Professeur D. Olmer (Marseille), Professeur R. Pierret (Lille), Professeur L. Reverchon (Lille), Professeur P. Rohmer (Strasbourg).

Professeur Cohen (Belgique), Professeur Comba (Italie), Professeur Gorter (Pays-Bas), Professeur Martinez y Vargas (Espagne), Professeur Moro (Allemagne), Professeur Suner (Espagne), Professeur Taillens (Suisse).

Les noms des rapporteurs anglais et roumains seront donnés ultérieurement.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire médical du Congrès : Docteur E. Sauzet, à La Bourboule (Puy-de-Dôme).

Congrès international d'hygiène (XXe Congrès annuel d'hygiène, Paris, Institut Pasteur, les 23, 24 et 25 octobre 1933.) — PROGRAMME PROVISOIRE. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise, cette année comme les années précédentes, un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès tiendra séance les lundi 23, mardi 24 et mercredi 25 octobre 1933, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Docteur G. Dequidt, président de la Société pour 1933.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire, dès que possible, en écrivant à M. Dufaure, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

L'inscription est gratuite ; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement Sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

RAPPORTS. — I. Les grands travaux d'hygiène publique et la crise économique : 1° Les améliorations foncières et la Santé publique ; 2° Les travaux d'assainissement ; 3° Les adductions d'eau potable.

II. La coordination des efforts dans la lutte antituberculeuse : 1° Lutte antituberculeuse et médecins hygiénistes ; 2° Urbanisme et tuberculose ; lutte antituberculeuse et technique sanitaire.

CONFÉRENCE par M. le Professeur Cantacuzène.

VISITES. — Une visite à la Cité sanitaire de Salagnac (Dordogne) est en voie d'organisation.

On a également prévu la visite de la Centrale et des installations de chauffage urbain du réseau de Bercy à Paris.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui parviendront avant le 15 juillet 1933 à l'adresse du secrétaire général de la Société, M. R. Dujarric de la Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (15e).

Le Congrès international des infirmières. — Le Congrès international des infirmières se tiendra à Paris et à Bruxelles, du 9 au 15 juillet, sous la présidence de Mlle Chaptal, présidente de l'Association internationale des infirmières diplômées de l'Etat français et du Conseil international des infirmières.

Il réunira environ 3.000 infirmières de toutes les nations. Les rapports les plus intéressants sur les questions touchant la protection de la Santé publique seront présentés.

Le Comité d'organisation a pu composer, en outre, un magnifique programme de réceptions, d'excursions et de distractions de toutes sortes, dont pourront profiter les infirmières et les visiteuses diplômées de l'Etat français qui s'inscriront au secrétariat, 6, rue François-Ier, Paris (8e), où sont reçues les adhésions contre la somme de 50 francs ou de 75 francs pour les congressistes désirant avoir le volume des comptes rendus.

Marine. — Les concours pour l'obtention du titre de chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes, auront lieu à Brest le 24 juillet 1933.

Tous les jurys d'examen, « admissibilité et admission », seront présidés par le médecin général de 1re classe, inspecteur général du Service de santé.

JURYS DE CONCOURS. — 1° *Chirurgie générale* :

Jury d'admissibilité : membres, MM. Le Berre, médecin en chef de 1re classe, professeur, chirurgien des hôpitaux maritimes ; Ploye, médecin en chef de 1re classe, chirurgien des hôpitaux maritimes ; membre suppléant, M. Canton, médecin principal, chirurgien des hôpitaux maritimes.

Jury d'admission : Le même que pour l'admissibilité.

2° *Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie* :

Jury d'admissibilité : Même composition que pour la chirurgie générale.

Jury d'admission : membres, MM. Le Berre, médecin en chef de 1re classe, professeur, chirurgien des hôpitaux maritimes ; Yver, médecin en chef de 2e classe, professeur spécialiste des hôpitaux maritimes ; membres suppléants, MM. Ploye, médecin en chef de 1re classe, chirurgien des hôpitaux maritimes ; Bondet de la Bernardie, médecin principal, spécialiste des hôpitaux maritimes.

3° *Stomatologie* :

Jury d'admissibilité : Le même que pour la chirurgie générale.

Jury d'admission : membres, MM. Ploye, médecin en chef de 1re classe, chirurgien des hôpitaux maritimes ; Deney, méde-

cin de 1re classe, spécialiste des hôpitaux maritimes : membres suppléants, MM. Canton, médecin principal, chirurgien des hôpitaux maritimes ; Fermond, médecin en chef de 2e classe, spécialiste des hôpitaux maritimes.

Fédération nationale des médecins du front. — Elle s'est émue de la question si controversée : La défense contre le danger aéro-chimique, et elle a obtenu de l'Inspection générale de la défense aérienne du territoire qu'une conférence inédite et faite spécialement pour elle, lui soit donnée. Elle croit de son devoir d'y inviter tous les médecins.

Cette conférence sera faite le mardi 27 juin, à 21 heures, au grand amphithéâtre de l'École pratique, par le Médecin lieutenant-colonel Cot, de l'Etat-Major du Maréchal Pétain, sous la présidence d'honneur du général Duchêne son adjoint.

Nécrologie. — Docteur Beauvillard, décédé à Paris, à l'âge de 68 ans. — Docteur Henri Bresson, de Paris, 19, rue Anjou (VIIIe). — Docteur Louis Chauveaud, décédé à Paris, à l'âge de 72 ans. — Docteur Edmond Garipuy, père, de Toulouse, 38, rue du Tour, ophtalmologiste, décédé dans sa 55e année. — Docteur Paul Jorand, de Guéret (Creuse), décédé dans sa 51e année. — Docteur Gustave Lang, médecin militaire en retraite, décédé dans sa 65e année. — Docteur Ernest Nollet, de Saint-Satur (Cher). — Docteur Poirier, de Vandœuvres (Indre). — Docteur René Ricoux père, de Philippeville (Constantine). — L. Puech, externe au sanatorium Xavier-Arnozan. — Docteur Théodore Percy Hugues, décédé à Birmingham, à l'âge de 61 ans. — Docteur Luis Samengo, de Buenos-Aires, oto-rhino-laryngologiste. — Docteur Owen Copp, médecin aliéniste de Boston, décédé à Séville (Espagne). — Docteur Shannon, de Glasgow, ancien président du Congrès de gynécologie de Glasgow (1931). — Professeur Alfredo Perla, décédé à l'hôpital des Pèlerins de Naples.

BIBLIOGRAPHIE

Colloïdes et Micelloïdes : leur rôle en biologie et en médecine. par Auguste Lumière. Un volume in-8° de 806 pages, avec 33 figures dans le texte et 34 planches hors-textes, en couleurs (d'après autochromes Lumière). Prix : 75 francs. Editions Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Voici le huitième volume (indépendamment d'une centaine de communications aux Sociétés savantes et autres publications) que Auguste Lumière consacre, depuis plus de dix ans, à l'exposé de sa *Théorie colloïdale* et à l'étude des conséquences qui en découlent.

C'est en 1921, on s'en souvient, qu'il révéla, pour la première fois, cette notion, appelée à rénover dans leurs assises fondamentales, les sciences biologiques et médicales : « *l'état colloïdal est l'une des conditions essentielles et indispensables de la vie. La destruction de cet état, c'est-à-dire la floculation, détermine la maladie et la mort* ».

Par un long et patient labeur, par des expériences et des recherches poursuivies avec une constance et une lucidité admirables, l'illustre biologiste lyonnais a démontré, d'une façon irréfutable, le bien-fondé de ses conceptions, aujourd'hui universellement admises et dont nul ne peut plus contester la légitimité. Chaque jour, l'exactitude des idées avancées par lui apparaît plus évidente : chaque jour aussi, ces idées se révèlent comme l'une des acquisitions les plus importantes de la science moderne.

Telle l'œuvre de Pasteur qui, partie de cette notion simple qu'il existe, à l'origine de tout état infectieux, un agent microbien, aboutit, de proche en proche, à la découverte de la plupart de ces agents et des moyens de les combattre, la Théorie colloïdale d'Auguste Lumière, fondée sur la notion, également simple et non moins féconde, de l'état colloïdal et de la floculation, va bien au delà. Elle nous explique le mécanisme intime par lequel, non seulement ces états infectieux, mais, aussi, la plupart des états diathésiques et pathologiques divers, provoquent des désordres dans l'organisme, et, par voie de conséquence, les moyens de prévenir ou de traiter certains d'entre eux.

L'ouvrage qui vient de paraître nous apporte, indépendamment d'une revue rétrospective des notions précédemment exposées, une mise au point très complète du chemin parcouru depuis.

Dans la pathologie moderne, un certain nombre de questions demeurent énigmatiques, sur lesquels l'attention des biologistes ne paraît pas s'être suffisamment arrêtée. Le Professeur Besançon, dans son Discours d'ouverture du XXIIe Congrès français de médecine, a fort judicieusement attiré l'attention des médecins sur deux de ces problèmes, en montrant que certains faits qui les concernent ne s'accordent pas avec la conception erronée que l'on avait jusqu'ici de la notion de spécificité, et, d'une façon générale, de la nature de la maladie.

C'est ainsi que l'on n'a pas expliqué pourquoi les médications les plus disparates sont susceptibles de réussir contre un même syndrome, chez des sujets différents, et pourquoi un moyen thérapeutique déterminé, comme l'autohémothérapie, peut être efficace dans l'asthme, le prurit, la furonculose, certaines dermatoses, l'hémophylie, l'hémoglobinurie paroxystique, le coryza spasmodique, etc ...

Il y a douze ans, Auguste Lumière avait déjà fait ressortir la singularité de ces phénomènes, ainsi que d'autres tout aussi troublants. Pourquoi, par exemples, voyons-nous tout à coup survenir une crise d'asthme, à la suite de l'imprégnation par un antigène, d'un traumatisme, d'une intoxication, d'une infection, d'une dysfonction organique ou endocrinienne, d'un traumatisme, d'une émotion, d'une stase ? Et pourquoi, chez d'autres individus, sous les mêmes influences, va-t on voir surgir de l'urticaire, du prurit, des migraines, des dermatoses chez les uns, des crises d'épilepsie, une maladie de Basedow chez les autres ?

En un mot, pourquoi une cause unique est-elle capable d'engendrer les symptômes les plus divers et pourquoi un syndrome déterminé peut-il avoir des causes multiples, ne paraissant présenter aucun lien entre elles ?

Dans son ouvrage : Colloïdes et micelloïdes, l'auteur, après avoir expliqué les contradictions que l'on relève dans la chimie-physique des colloïdes, donne une solution à ces problèmes capitaux qui sont à la base de la pathologie et que nul n'avait, avant lui, abordés, et encore moins résolus.

Il est matériellement impossible de donner, en un court résumé, une idée, même approximative, d'une œuvre aussi considérable. La nouvelle publication d'Auguste Lumière doit être pour chaque médecin soucieux de son art, un livre de chevet, dont la lecture facile, agrémentée par le style élégant et limpide propre à l'auteur, sera pour tous charme et profit. Ce livre, c'est l'Evangile scientifique de demain. Il est appelé à passionner, au même titre, les apôtres, les néophytes et, s'il en reste, les schismatiques de l'idée.

Après les découvertes mémorables de Pasteur, la Théorie colloïdale d'Auguste Lumière, n'est-elle pas la plus importante des acquisitions qui aient été réalisées dans le domaine de la biologie et de la médecine ?

Les conséquences en sont déjà considérables : la modification des humeurs, leur stabilisation, l'utilisation de méthodes destinées à empêcher les précipitations et floculations humorales et à parer aux perturbations de toutes sortes qui en résultent, telles sont les principales applications pratiques, déjà issues de ces données ; elles forment la base d'une thérapeutique rationnelle qui a fourni les preuves irréfutables de son efficacité contre nombre de maladies chroniques.

Et nous ne sommes qu'à l'aube d'une ère nouvelle, l'*ère colloïdale*, dont nul ne peut encore mesurer toute la portée.


Figues
Raisins


Pasta Palm

Pêle-mêle, regards en moi et autour de moi, par le Docteur Sabouraud. Un volume in-16. Prix : 12 francs. En vente à la Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris-6e, et dans toutes les bonnes librairies.

On sent en lisant ce livre charmant qu'aucun des spectacles de la vie n'a laissé indifférent le Docteur Sabouraud. Ayant longuement observé le monde extérieur il s'est pris aussi à réfléchir sur lui-même et il nous invite à penser avec lui sur la réalité. En effet, il n'est pas de ceux qui pensent que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, il trouve au contraire une joie dans toute chose et surtout un enseignement.

Ce livre se présente comme une suite de soliloques, où, dans de courts chapitres, l'auteur expose ses idées, discute celles des autres, toujours en pleine franchise. On trouvera ainsi de bien jolies méditations sur la fièvre de la découverte ou celle de la création de l'œuvre d'art. On ne saurait oublier, en effet, que le Docteur Sabouraud n'est pas qu'un médecin mais un artiste et qu'il a spécialement consacré son activité à la sculpture.

Ces rêveries comportent également une philosophie. Les idées dominantes sont que le bonheur se crée, que l'imagination toujours en mouvement doit donner un sens à la vie, que rien de grand ne peut se faire sans effort. L'instinct, l'amour, l'observation attentive des bêtes, fournissent au Docteur Sabouraud l'occasion de nous faire pénétrer bien des secrets de l'existence.

En une conclusion de la plus haute tenue morale, l'auteur nous indique tout un art de vivre, toutes les raisons de résister au découragement, à la routine.

C'est l'enthousiasme qui nous guidera, enthousiasme qui n'exclut pas la sagesse. La lecture de telles pages est un précieux réconfort et ce livre un modèle d'énergie raisonnée.

Artistes préhistoriques, par Morin-Jean. Un volume (21, 5 × 15,5), 128 pages, 24 planches hors texte. Broché 12 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VIe.

Dans la collection *Les grands artistes*, M. Morin-Jean fait paraître : Les artistes préhistoriques.

Traitant des origines même de l'Humanité, ce volume attendu condense en quelques pages abondamment illustrées, l'un des sujets les plus actuels et les plus passionnants : l'Art préhistorique, celui des plus vieux maîtres du monde.

Écrit dans une langue claire, dépouillée de tout appareil scientifique, ce livre permettra aux curieux des origines de l'art, de se mettre rapidement et sans effort au courant de connaissances qui appartenaient, il n'y a pas encore longtemps, au domaine d'une des sciences les plus fermées et les plus austères.

En le lisant, on apprendra que, si haut que l'on remonte dans la nuit des temps, on rencontre des sculpteurs, des graveurs et des peintres en possession d'un splendide métier grâce auquel nous pouvons connaître, à travers les siècles, jusqu'aux secrets de leur âme et de leur sensibilité.

Il faut ajouter que l'iconographie de cet ouvrage a été particulièrement soignée. Les matières premières, l'outillage, ainsi que les arts de la parure, ont fait l'objet de plusieurs gravures. Puis défilent les bas-reliefs, les mammouths, les peintures des cavernes et des grottes ; c'est, en vingt-quatre planches, un ensemble d'un haut intérêt.

Guy de Maupassant, par René Dumesnil. Un volume in-16, de la Collection *Ames et Visages* (14,5 × 19,5), XII-254 pages. (Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris-Ve), broché, 20 francs.

Présenter enfin — hors des légendes qui l'ont obscurcie ou déformée — la vraie figure, humaine et littéraire, de Maupassant, tel est, dans ce nouveau livre sur le maître normand, l'objet de M. René Dumesnil, dont le *Flaubert* vient de connaître un si vif succès.

Une documentation abondante, souvent neuve et toujours contrôlée, où l'anecdote piquante se mêle au souvenir ému, où le témoignage des vivants précise les mémoires des morts, permet à l'auteur de suivre pas à pas son personnage, de l'enfance normande aux ministères parisiens, aux débuts littéraires, — sous l'égide de Flaubert et de Zola, — et à cette période de gloire qui, pendant dix années, avant l'atroce fin que l'on sait, plaça Maupassant au premier rang de la littérature et de la société.

Un sens critique aigu, servi par des connaissances médicales approfondies, dresse en même temps M. René Dumesnil contre cette thèse paradoxale qui prétend trouver dans la maladie l'origine du talent de Maupassant. L'unité, l'équilibre, la richesse, la diversité de l'œuvre, l'art très conscient du grand écrivain, autant de caractères, admirablement soulignés par M. Dumesnil, qui démentent une telle opinion. Son originalité, son génie, Maupassant les doit, autant qu'on peut s'expliquer le mystère de toute création, à son travail acharné, aux conseils de Flaubert, surtout à la terre natale. Avec une clairvoyance pénétrante, M. René Dumesnil montre les rapports solides et multiples, physiologiques autant que moraux, qui unissent Maupassant à la Normandie, et il nous promène, sur les pas de son personnage, à travers la province dont l'auteur de *Boule de Suif* s'inspira tant de fois.

Tel est le livre, tout rayonnant de sympathie, de ferveur, que M. René Dumesnil, fondant harmonieusement l'histoire littéraire et l'étude critique, a consacré à Maupassant.

Revue des cours et conférences. Sommaire du numéro du 30 mai 1933 (Boivin, éditeur, 5, rue Palatine, Paris).

A. Siegfrid : Leçon d'ouverture au Collège de France du cours de géographie économique et politique. — H. Tronchon : Lamartine : Le sens probable des « Harmonies » (I) : Avant la publication. — R. Allier : Magie et religion dans la Grèce antique (III) : L'orphisme. — J. Plattard : Montaigne à la Cour. — H. Bornecque : Tite-Live (X) : Les récits. — J. Cabel : Poésie moderne aux Etats-Unis (II) : Emily Dickinson. — A. Forest : L'esprit de la philosophie thomiste (IV) : L'humanisme de Saint-Thomas. — P. Moreau : Les origines littéraires de la France contemporaine (V) : Fin de siècle (*Suite*).

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas d'angine à monocytes

Par MM. **André PHILIBERT** et **RÉMY-NÉRIS**

Nous avons eu l'occasion d'observer une angine à monocytes, dont l'évolution fut presque identique à celle du cas qui fait l'objet de l'observation première de Türck. Bien que connue et vulgarisée en France depuis les travaux très complets de P. Chevallier, qui a fait paraître en 1928 dans la *Revue de pathologie comparée* une remarquable revue générale sur le sujet ; cette affection, que Chevallier préfère dénommer adénolymphoïdite aiguë bénigne, avec hyperleucocytose modérée et forte mononucléose, paraît être souvent méconnue par les cliniciens, et il nous a paru qu'il n'était pas inutile de rapporter le cas que nous avons vu.

OBSERVATION. — Mlle Od. T...., 19 ans, est atteinte d'une grippe banale au commencement de janvier 1933 : début rapide, céphalalgie, courbature, température à 39°, pendant trois jours, du 5 au 7 janvier, puis la température baisse, cependant que s'installent un coryza discret, et une légère trachéobronchite. Le thermomètre a atteint 37°1 le 11 janvier ; la malade se lève, quand le 14 janvier au matin, la température remonte à 38°3, en même temps qu'une amygdalite se déclare. Un prélèvement de l'exsudat est immédiatement fait et envoyé à un laboratoire d'analyses, qui indique l'absence de bacilles diphtériques, et la présence sur le frottis de l'association fuso-spirillaire de Vincent. Cependant la température ne cesse de monter, l'état général est mauvais, les urines renferment 1 gr. d'albumine par litre.

Le 17 janvier, nous sommes appelés à voir la malade ; elle est très apathique, subdélirante, couverte de sueurs, la voix est nasonnée, la parole difficile. A l'examen de la gorge, l'état est le suivant : l'amygdale gauche présente le volume d'une très grosse noix, presque d'une petite mandarine déborde largement la ligne médiane, et plonge derrière la base de la langue, elle est complètement recouverte de fausses membranes épaisses, gris-noirâtre par places. L'amygdale droite, du volume d'une grosse amande, cachée également par des fausses membranes adhérentes à sa surface, entre en contact avec l'amygdale gauche. La luette est intacte, les fausses membranes ne l'ont pas envahie ; les piliers sont rouges, mais non gonflés : il n'y a pas d'abcès sous-jacent. La langue est blanche, recouverte d'un enduit épais, l'odeur de l'haleine est extrêmement fétide.

La réaction ganglionnaire du cou attire spécialement notre attention. Non seulement les ganglions sous-angulo-maxillaires, droit et gauche, sont augmentés de volume, le gauche atteignant le volume d'un gros marron ; mais encore tous les ganglions du cou, en avant et en arrière du sterno-mastoïdien, les ganglions du creux sus-claviculaire, à droite comme à gauche sont hypertrophiés, dessinant une chaîne qui bossèle le cou : leur volume décroît de haut en bas, mais les ganglions sous-claviculaires atteignent encore le volume d'une bille. Ils sont douloureux au palper, surtout au niveau de l'angle de la mâchoire, où il existe un certain degré d'empâtement ; mais pour le reste de la chaîne ganglionnaire, les ganglions sont libres, de consistance ferme, sans périadénite, quelques-uns coalescents, les autres séparés.

L'auscultation du poumon révèle des sibilances diffuses, d'ailleurs discrètes, et dans la zone interscapulo-vertébrale droite, l'existence d'un souffle expiratoire doux, souligné par la présence à ce niveau d'une submatité nette, signes qui manquent à gauche.

Malgré la fragilité de leur signification, ces signes font penser à une tuméfaction des ganglions pré trachéo-bronchiques droits. Il n'existe d'adénopathie ni dans les aisselles, ni dans les aines.

La rate est percutable, sur la ligne de Piorry, mais elle ne déborde pas le rebord costal.

Le pouls est rapide, bat à 120 ; l'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal, hormis la tachycardie ; les urines, quoique albumineuses, sont abondantes ; la diarrhée est profuse.

Devant la gravité de l'état général, nous pensons qu'il y a dans ce syndrome d'angine plus que ce que peut indiquer l'association fuso-spirillaire signalée dans l'analyse. De fait, un frottis pratiqué sur-le-champ et examiné par l'un de nous, montre que l'exsudat est constitué par une véritable purée de microbes de toutes formes et de toutes colorations, les cocci groupés en diplocoques prédominant, parmi lesquels microbes spirilles et bacilles fusiformes ne représentent qu'un faible pourcentage. Une culture de l'exsudat au sérum de bœuf confirme l'absence de bacille de Lœffler.

Malgré l'absence de stomatite proprement dite, nous pensons devant cet état à la possibilité d'une agranulocytose de Schultze et nous faisons immédiatement des frottis de sang par piqûre du doigt en attendant une numération plus complète que nous prions un laboratoire de venir pratiquer dès l'après-midi.

Ces frottis sont colorés immédiatement et nous donnent l'équilibre leucocytaire suivant :

Polynucléaires neutrophiles	25,5	%
Lymphocytes	5	
Grands et moyens mononucléaires	69	
Eosinophiles	0	
Basophiles	0	
Myélocytes	0,5	

Pas de normoblaste, pas d'anisocytose, pas de polychromatophilie. Mononucléaires altérés.

Dès ce moment le diagnostic semble s'orienter : il s'agit d'une angine à monocytes, d'une adénolymphoïdite *bénigne*, avec hyperleucocytose modérée de forte mononucléose de P. Chevallier.

Nous instituons comme traitement des applications répétées de poudre de bleu de méthylène, des gargarismes heure par heure, le régime lacté strict, eu égard à l'albumine, des frictions de collargol, et des injections d'électrargol.

Le résultat fourni par le Laboratoire Carrion sur l'examen du sang confirme l'examen incomplet que nous avions fait, et vient donner des précisions. Les voici :

Globules rouges	5.053.000	
Val. glob. 0,80. Rich. glob	4.000.000	
Glob. blancs	17.500	
Polynucléaires neutrophiles	19	%
Lympho et moyens mono	5,5	
Grands mono	23,5	
Polynucléaireséosinophiles	0,5	
basophiles	0,5	
Myélocytes neutrophiles	1	
Cellules de Turk	0,5	

Il y a donc ici hyperleucocytose modérée et forte mononucléose, et il y a, non pas agranulomatose, mais hypogranulocytose légère car par simple calcul arithmétique on voit qu'il existe environ 3.325 polynucléaires (au lieu de 3.600 à 4.800). Le doute pourtant, concernant l'agranulocytose devait encore deux jours plus tard nous effleurer de nouveau.

Pourtant, dès ce jour, l'amélioration commence. Le 18 la température a baissé à 39°4, le 19 à 39, le 20 à 38,7, et le 21 à 37°2. Elle atteint définitivement la normale. 36 (1), le 24, c'est-à-dire huit jours après. Parallèlement, les amygdales se détergent, les fausses membranes se détachent peu à peu ; au niveau de l'amygdale gauche, qui diminue de volume, on constate qu'il existe encore des fausses membranes à la face postérieure, qui néanmoins finissent aussi par se détacher ; les amygdales apparaissent non ulcérées, mais on y voit des cryptes profondes.

Quoique diminuées de volume, elles gardent un certain degré d'hypertrophie.

Le souffle inter-scapulaire vertébral disparaît ainsi que la matité splénique, mais la chaîne ganglionnaire cervicale et sus-claviculaire ne diminue que très lentement : deux mois après, les ganglions sont encore nettement perceptibles.

L'albuminurie a diminué également.

Bref, en une huitaine la guérison de l'état aigu semble acquise;

(1) P. CHEVALLIER. — *Rev. de path. comparée*, mars, mai, juin, juillet, août et septembre 1928.

(1) Toutes les températures indiquées sur des températures axillaires.

cependant, pendant que la température descend, apparaît une poussée d'aphtes buccaux multiples et récidivants qui survivent encore une huitaine à la défervescence.

Mais la malade conserve des séquelles de valeur diverse, qui indiquent bien que la guérison ne soit qu'apparente : modifications persistantes et très lentes à s'améliorer de la formule sanguine, persistance des adénopathies, persistance de l'albuminurie, persistance de l'hypertrophie des amygdales.

Le sang :

Le 25 janvier la formule est la suivante :

Glob. rouges : 5.022.000. Rich. glob. 3.000.000
Glob. blancs : 13.600. Val. glob. . 0,60

Polynucléaires neutrophiles	6,5	%
Lymphocytes	60	
Grands mononucléaires	30,5	
Eosinophiles	0	
Basophiles	0,5	
Myélocytes neutrophiles	1	
Formes de transition	1,5	

L'hyperleucocytose diminue, mais le nombre des polynucléaires baisse considérablement : l'hypogranulocytose absolue est nette (il y a 884 poly. au lieu de 3.600 à 4.800 ; chiffres normaux). Cet abaissement ne laisse pas de nous inquiéter, et le lendemain nous prélevons nous-mêmes des frottis, qui nous donnent (27 janvier) :

Polynucléaires	13	%
Lymphocytes	11	
Moyens mono	68	
Grands mono	9	
Autres formes	0	

Le chiffre des polynucléaires paraît se relever, après avoir passé par un minimum.

Le 3 février, nous faisons de nouveaux frottis :

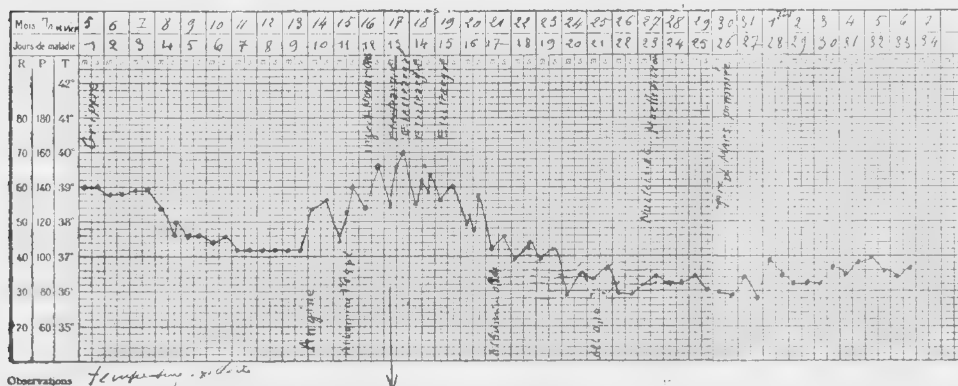
Polynucléaires neutrophiles	48	%
Lymphocytes	10	
Petits mono	5	
Moyens mono	30	
Grands mono	5	
Polynucléaires basophiles	2	
Autres formes	0	

Le chiffre des polynucléaires rejoint la normale lentement.

Le 11 février, le Laboratoire Carrion nous fournit le résultat suivant :

G. R. 5.270.000 Hémogl. 65 %
G. B. 7.000 Rich. glob. 3.250.000
Val. glob. 0,62

Polynucléaires neutrophiles	48,5	%
Lymphocytes	31	
Moyens mono	16	
Grands mono	1	
Eosinophiles	1,5	
Basophiles	0	
Formes transitoires	3	



La malade, partie à Bordeaux en convalescence, a eu une petite rechute d'angine, d'ailleurs bénigne (douleur et fièvre à 38°) pendant quarante huit heures. Mais ensuite un examen de sang pratiqué, qu'elle nous a communiqué, donne les chiffres suivants :

6 mars 1933

G. rouges 4.040.000 Hémogl. 90
G. blancs 3.700 Val. glob. 1,11

Polynucléaires neutrophiles	35	%
Lymphocytes	38	
Grands monocytes	19	
Grands monocytes à noyau polylobé	3	
Eosinophiles	5	
Basophiles	0	

Les *ganglions*. — La persistance des hypertrophies ganglionnaire, bien qu'en voie de régression, est en discordance nette avec la disparition des phénomènes inflammatoires.

L'*albuminurie* paraît ne correspondre qu'à une légère atteinte du rein, car dès la première analyse, on notait l'absence de cylindrurie. L'albumine passe de 1,4, à 0 gr. 34, puis à 0,10. Le 15 et le 16 février, l'albumine ayant disparu complètement, nous cherchons s'il persiste quelque albuminurie résiduelle.

Le 15 l'examen est pratiqué le matin au lit et le soir (la malade ayant été debout toute la journée) ; il est négatif dans les deux cas, il n'y a donc pas d'albuminurie orthostatique. Le 16 l'examen est pratiqué le matin, au lit, et deux heures après le repas de midi.

Seul le second examen révèle 0 gr. 20 d'albuminurie par litre : il existe donc une albuminurie cyclique, intermittente, d'origine digestive.

Malgré un régime sévère prescrit à la malade, celle-ci nous écrit qu'on a trouvé à Bordeaux, le 20 février, 0 gr. 35 ; le 3 mars, 0 gr. 20 ; le 3 mars 0 gr. 05, puis quelques jours après (?) 0 gr. 57. Mais il faut noter que la malade a eu de nouveau un petit retour offensif de l'infection amygdalienne ; cette albuminurie, nous semble-t il, doit être corollaire de l'état infectieux chronique des amygdales et refléter celui-ci.

L'*hypertrophie des amygdales*. — Les amygdales restent hypertrophiées après la guérison apparente.

« Depuis bien longtemps, nous dit la malade, elles n'ont été aussi petites ». C'est qu'en effet, depuis cinq ans, la malade présente des amygdalites à répétition, une ou deux fois l'an. C'est tantôt une angine « pultacée », tantôt une « amygdalite phlegmoneuse », tantôt une autre forme qu'il est difficile de lui faire préciser.

En juillet 1932, à Bordeaux, elle a eu un phlegmon périamygdalien qui a été incisé ; ce serait de ce moment que daterait l'albuminurie, qui n'a pas disparu jusqu'au moment où nous avons soigné la malade. Il semble donc qu'il y ait infection chronique des amygdales, avec des réveils aigus de temps à autre. Depuis que nous l'avons soignée, elle a eu de nouveau, comme nous l'avons dit, une petite poussée inflammatoire heureusement éphémère.

Il nous paraît logique de penser que l'albuminurie dépend de cet état infectieux chronique des amygdales, et nous nous proposons de conseiller à la malade, qui fait sur notre conseil une cure de moelle osseuse de veau, de faire pratiquer l'ablation des amygdales.

Tel est le cas que nous avons voulu rapporter, qui nous paraît intéressant à divers points de vue.

La première question qui se pose est celle du diagnostic ; il ne paraît pas douteux qu'il s'agisse de la maladie de Fürck, de l'adénolymphoïdite aiguë bénigne avec hyperleucocytose modérée et forte mononucléose de P. Chevallier, d'angine à monocytes.

La formule sanguine est typique à ce point de vue, la forme anatomique de la réaction ganglionnaire, la bénignité de l'affection nous paraissent entraîner les convictions.

Nous avons choisi la dénomination d'angine à monocytes, qui dans ce cas répond mieux à la clinique. On sait

en effet que l'adéno-lymphoïdite à monocytes peut exister seule, sans angine, et frapper primitivement d'autres territoires ganglionnaires que ceux de la région cervicale (P. Chevallier),

Dans ce cas la clinique posera le problème du diagnostic différentiel de l'affection avec les adénopathies primitives, la maladie de Nicolas-Favre, avec le bubon chancrelleux, la maladie de Hodgkin, voire même la peste ou la tularémie.

Mais le problème est tout différent lorsque existe une angine, qui prend apparemment la première place. Le diagnostic d'amygdalite est indubitable, et la question qui se pose au praticien est de déterminer la nature de cette angine ? Est-elle diphtérique ? gangreneuse ? cache-t-elle un autre syndrome associé, infectieux, syphilitique, sanguin ? et dans ce cas s'agit-il de la maladie de Schultze, de maladie de Turk ? Nous ne méconnaissons nullement la valeur des arguments de Chevallier, lorsqu'il propose la dénomination d'adénolymphoïdite aiguë, bénigne avec forte mononucléose, et nous croyons même que notre observation vient corroborer ses vues. Notre désignation n'a donc d'autre prétention que de montrer la nature du problème clinique qui se posait dans ce cas.

Peut-on, sans le secours du laboratoire, poser le diagnostic d'adénolymphoïdite ou angine à monocytes ? Il est facile *a posteriori*, de trouver des arguments qui voudraient prouver la possibilité de ce diagnostic. Certes l'aspect anatomique de la réaction ganglionnaire était assez particulier. Mais combien de signes pouvaient aussi faire penser à la diphtérie, à l'agranulocytose ! Il nous semble que, la clinique orientant vers diverses possibilités, il était logique de les vérifier par des examens appropriés.

Nous ne reprendrons pas la discussion, admirablement exposée par Chevallier, de l'étiologie de l'adénolymphoïdite et des rapports de l'angine avec la réaction ganglionnaire et sanguine. Nous nous bornerons à signaler quelques points qui nous paraissent intéressants.

1º C'est tout d'abord l'examen bactériologique du frottis. Comme le fait remarquer Chevallier — qui vient encore de revenir tout récemment sur cette question (1) — la présence de l'association fuso-spirillaire, dans le frottis, ne peut être retenue comme cause de l'angine à monocytes. Dans notre cas, elle était d'ailleurs accessoire, comparativement à la pullulation des autres germes ? Eût-elle été même plus abondante, qu'on ne devait lui donner que la valeur qu'elle peut avoir.

Nous partageons l'opinion de Chevallier à ce point de vue, qui pense que l'association fuso-spirillaire, saprophytaire de la bouche, pullule plus ou moins dans toutes les lésions buccales, d'autre cause (syphilis, agranulocytose, stomatites toxiques, diphtéries même, etc.) et que l'angine de Vincent, en tant que maladie primitive, cache souvent quelque autre cause qu'il appartient au praticien de rechercher, sans oublier cependant que la pratique a montré l'efficacité du bleu de méthylène, contre cette association et même contre beaucoup d'autres microbes.

2º C'est en second lieu les rapports de l'angine et de la formule sanguine. On sait que l'affection, ainsi que l'a montré Chevallier, peut exister sans angine. Celle-ci alors est-elle le fait, comme dans l'agranulocytose, d'une modication de la défense, d'une défaillance de celle-ci, qui permet l'apparition de la réaction de défense locale ? (angine) au point d'élimination des microbes. Hypothèses, sans réponse actuelle.

(1) P. Chevallier. — Sur une prétendue angine primitive appelée angine de Vincent. *Bull. et mém. de la Soc. méd. de l'Elysée*, nº 41, mars 1933, p. 98.

Or on sait que, dans les angines infectieuses ordinaires, la réaction sanguine est normalement une leucocytose polynucléaire.

Dans notre cas, l'épisode aigu que nous avons observé n'est qu'une des phases de l'infection chronique des amygdales. Il serait intéressant de savoir quel fut le sens de la réaction sanguine au cours des épisodes antérieurs, en particulier pendant les phases qui ont abouti à la production d'un phlegmon péri-amygdalien. Malheureusement ce renseignement nous manque, capital cependant pour trancher si l'affection sanguine est chronique, a précédé la phase observée, si elle a pu être masquée par d'autres réactions lors des phases antérieures. En d'autres termes l'angine est-elle indépendante d'un état adéno-hématologique antérieur ou latent ; ou bien a-t-elle créé, grâce à sa nature spéciale et encore inconnue, cet état sanguin ?

3º Enfin, dans ce cas, s'il y a mononucléose, il faut remarquer que la polynucléose, non seulement a été défaillante, mais que même il y a eu lymphogranulocytose absolue à un moment donné : le chiffre absolu est tombé aux alentours de 800. Et pourtant la moelle osseuse ne paraît pas avoir été atteinte dans sa fonction d'élaboration des globules rouges, car il n'y a jamais eu de troubles ni du nombre ni de la forme des érythrocytes.

On a d'ailleurs signalé des hypogranulocytoses vraies au cours de l'évolution de l'adénolymphoïdite, mais cette constatation ne nous renseigne pas sur les rapports de cette maladie, avec les syndromes hypogranulocytaires ou agranulocytaires.

Stercoromes et stercolithes

Leurs différentes manifestations cliniques

Par Ch. ROSENRAUCH,

Ancien interne à l'Hopital Paul-Brousse

Les stercoromes ou fécalomes et les stercolithes ou coprolithes sont de véritables tumeurs constituées par des matières fécales plus ou moins desséchées et situées au niveau du gros intestin, du côlon sigmoïde et du rectum de préférence.

Il y a lieu de faire une distinction très nette entre les stercoromes et les stercolithes. Les stercoromes sont des masses assez volumineuses parfois géantes, dont le caractère principal est d'être de consistance molle et pâteuse, ce qui les distingue des stercolithes qui sont des concrétions dures et pierreuses, résultant d'un desséchement excessif des matières qui les forment. Les stercolithes sont en général moins volumineux que les stercoromes.

Il ne faut pas confondre les stercolithes avec les *entérolithes* qui sont des calculs minéraux et provoquent par leur présence un syndrome de *lithiase intestinale*.

Les stercoromes et les stercolithes sont relativement fréquents (Bensaude). Ils sont plus fréquents qu'on ne le croit. En clinique on n'a l'occasion de voir que les grosses tumeurs stercorales causant des complications, ou gênant par leur volume, ou bien provoquant une dystocie lors d'un accouchement. Les petites tumeurs fécales latentes sont encore plus fréquentes et l'on en constate très souvent chez des sujets lors d'un toucher rectal. C'est une affection bénigne, survenant surtout chez les constipés chroniques, cédant bien à un traitement approprié,

mais on peut rencontrer des cas rebelles aux méthodes thérapeutiques courantes.

Historique

Les accidents dus aux stercoromes et aux stercolithes ont été signalés depuis longtemps. C'est en 1620 que Guillemeau décrit un cas de dystocie par stercolithes rectaux. En 1813 Fournier signale un cas curieux de stercorome évacué par le vagin à cause d'une imperforation anale, suivie d'une fistulisation recto-vaginale. Nous relevons ensuite le cas de Bright (1840) où il s'agit d'une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque gauche disparaissant à la suite d'une ingestion de calomel. En 1879 Duncan décrit le cas d'une femme présentant un stercorome à forme pseudocancéreuse, miraculeusement guérie par un purgatif. Bristowe (1885) prend un stercorome pour un rein mobile. C'est en 1896 que Gersuny et Hofmokl décrivent leurs signes.

Nous avons ensuite les descriptions de Gourewitch, Khien (1904), Pozzi (1905), Tuffier (1907).

Iliapina, Etcheverry-Bello, Rambo, Aburel décrivent les dystocies dues aux stercoromes.

Durlacher étudie en 1929 les troubles d'ordre gynécologique provoqués par ces tumeurs.

Citons les études radiographiques de Brun et Masselot, Dresser, Grondin, et les publications de Carnot et Bensaude-Lièvre. Aucune étude d'*ensemble* n'a été faite sur ce sujet et nous nous proposons d'en faire une, à propos de deux cas personnels que nous allons publier au cours de ce travail.

Etiologie

C'est entre la douzième et la seizième heure après le repas que le côlon sigmoïde commence à se remplir, tandis que le rectum est vide à l'état normal. Lorsqu'une quantité suffisante s'est accumulée dans le sigmoïde, un besoin de défécation se fait sentir et l'évacuation des matières se fait entre la dix-huitième et la vingt et unième heure après le repas. La quantité des selles émises est de 150 grammes environ. Lorsque par un mécanisme inhibiteur quelconque l'évacuation ne se fait pas dans le délai normal, les matières stagnent au niveau du sigmoïde, s'accumulent successivement et forment à la longue un stercorome, si le sujet ne se traite pas à temps. Le sigmoïde est vorace (Pauchet), c'est-à-dire qu'il est très avide d'eau qu'il enlève aux substances se trouvant dans sa lumière. Les matières ainsi desséchées formeront les stercolithes.

La formation des stercoromes rectaux est expliquée par un émoussement plus ou moins complet de la sensibilité rectale quant à l'évacuation immédiate. Le rectum perd son réflexe exonérateur et garde le fécalome dans sa lumière.

Il ne faut pas croire que tout stercorome deviendra fatalement un stercolithe par desséchement. Il y a des stercoromes qui ne se dessèchent pas ou très difficilement et qui, au contraire s'agrandissent de plus en plus, tout en restant de consistance pâteuse.

La formation de la tumeur fécale est très longue à se faire.

Nous aurons à envisager deux sortes de formation stercoromateuse :

1° La formation stercoromateuse au niveau d'un segment d'intestin antérieurement dilaté ;

2° La formation stercoromateuse au niveau d'un segment d'intestin normal, dilaté secondairement par le volume de la tumeur.

1) La formation au niveau d'un segment antérieurement dilaté, maladie de Hirschsprung, ou mégacôlon, mégarectum est déjà connue. L'intestin est dilaté et les matières s'y accumulent. Mais il ne faut pas croire que toutes les maladies de Hirschsprung s'accompagnent de stercoromes. Pichat dans sa thèse (1928) distingue une *forme avec fécalome*, forme clinique différente de la forme dite classique.

2) La formation au niveau d'un segment d'intestin non dilaté se fait chez les sujets qui n'évacuent pas bien leur contenu intestinal, les *constipés*. C'est à la suite d'une constipation *gauche* qu'on peut voir la formation stercoromateuse. Les causes en sont multiples :

1° Atonie intestinale (femmes) ;
2° Ptoses qui succèdent à l'amaigrissement ;
3° Amaigrissement ;
4° Adhérences ;
5° Insuffisance ou paresse des muscles abdominaux ;
6° Insuffisance diaphragmatique et respiratoire (Pauchet) ;
7° Emoussement de la sensibilité viscérale, affections nerveuses, entraînant l'anesthésie ou l'hypoesthésie colorectale (tabes, paraplégies, aliénation mentale).
8° Facteurs endocriniens et solaires ;
9° Lésions anales (fissures), spasmes du sphincter anal ;
10° Insuffisance du diaphragme pelvien ;
11° Grossesse.

Tous ces facteurs ont pour conséquence la constipation qui à son tour est le stade initial de la formation stercoromateuse.

Mais tous les constipés font-ils des stercoromes ? Assurément non ! Il y a des facteurs adjuvants qui en *facilitent* la formation :

1° Le gros intestin contient des substances inassimilables, servant de *noyau de cristallisation* au stercorome. Ainsi, pendant les famines en Ecosse, les gens mangeaient de l'avoine qui ne fut pas digérée et servit de noyau (Carnot). Verneuil y a trouvé des figues, Rachet, des pattes de grenouille, Friedlander, de la gomme laque, Janicke, des noyaux de cerises, Pluyette, des pépins de raisin. Parfois on y constate des véritables stratifications de phosphates ammoniaco-magnésiens (Oddo).

2° La stagnation et la formation des stercoromes sont consécutives à l'*atonie* intestinale. Il se fait une accumulation considérable de matières, moulées sur l'intestin dilaté.

Siège des stercoromes et stercolithes

Le siège est variable : rectal, sigmoïdien, recto-sigmoïdien et plus rarement au niveau du côlon ascendant, de l'angle splénique, du transverse, de l'angle hépatique, du côlon ascendant et du cæcum.

FORME : Les stercoromes sont ou bien arrondis ou bien allongés « en boudin » et irrégulièrement étirés. Les stercolithes sont arrondis le plus souvent.

POIDS : Il y en a de plusieurs grammes jusqu'à plusieurs kilogrammes (10 kgr. (Carnot).

NOMBRE : Généralement uniques (stercoromes) et assez souvent multiples (stercolithes).

CONSISTANCE : Molle et pâteuse = stercorome.
dure et pierreuse = stercolithe.

COULEUR : Variant du jaune-brunâtre au brun-noirâtre.

Etude clinique

Les manifestations cliniques des tumeurs fécales sont multiples. Nous en décrirons plusieurs formes cliniques et nous tâcherons de les dénommer d'après leurs signes fonctionnels ou physiques prédominants.

Les stercoromes se rencontrent à tous les âges. On en connaît des cas chez des nourrissons et des vieillards. Les hommes entre 20 et 30 ans et les femmes en général, en sont particulièrement atteints.

Le *début* de l'affection est impossible à déceler. Chez des sujets à maladie de Hirschsprung, les fécalomes se formeront dès le jeune âge, chez d'autres à la suite d'une constipation. Cette constipation peut être latente : *dyschésie de Hurst*, où l'on observe une selle tous les jours,

mais la quantité des matières évacuées est au-dessous de la normale.

ÉTAT

Nous décrirons successivement les diverses formes cliniques.

Formes d'après le siège

1° Forme rectale ;
2° Forme sigmoïdienne ;
3° Forme rectosigmoïdienne ;
4° Forme transverse ;
5° Forme de l'angle gauche ;
6° Forme de l'angle droit ;
7° Forme du côlon ascendant et du cæcum.

Formes d'après la consistance

1° Stercorome ;
2° Stercolithe.

Formes d'après les manifestations cliniques

1° Forme tumorale ;
2° Forme douloureuse ;
3° Forme gynécologique ;
4° Forme dystocique ;
5° Forme pseudocancéreuse ;
6° Forme latente.

Formes d'après l'étiologie

1° Dans la maladie de Hirschsprung ;
2° En dehors de la maladie de Hirschsprung.

Formes d'après les complications

1° Forme occlusive ;
2° Forme provoquant un volvulus ;
3° Forme provoquant une perforation intestinale ;
4° Forme provoquant une obstruction ;
5° Forme provoquant une rétention d'urine.

Stercorome rectal

Le malade porteur d'un stercorome rectal consulte le plus souvent pour des troubles sphinctériens et en particulier du ténesme rectal. La défécation est douloureuse, laissant une sensation persistante de besoin d'expulsion. Le malade se présente à la selle un grand nombre de fois pour arriver à expulser des matières, qui sont d'importance minime. Il existe une pesanteur pelvienne, retentissant sur la vessie, provoquant de la dysurie et des ténesmes vésicaux. Les selles sont insuffisantes, morcelées, rubannées et parfois très fétides. Elles arrivent à filtrer entre le stercorome et les parois rectales. Les selles émises sont parfois noyées dans un flux séreux d'hypersécrétion ; des écoulements de mucus, parfois de sang et même de mucopus s'ajoutent parfois et font croire à un cancer ampullaire.

Mais il y a des stercoromes qui ne provoquent aucun trouble et ne sont découverts que par un toucher rectal.

D'autres fois on peut observer des rétentions plus ou moins longues, mais rétentions qui ne provoquent pas de stercorémie étant donné que l'absorption des matières ne s'y fait plus.

Toutefois on peut voir des sujets à teint terreux présentant de l'hypotension, de la tachycardie, de l'anorexie et du nervosisme.

Au toucher rectal, le doigt heurte une masse de consistance argileuse, parfois la partie inférieure est un peu indurée et en forçant un peu on arrive à la percer et le doigt rencontre plus loin une masse mollasse. A la radiographie on voit une ampoule rectale dilatée.

Stercolithe rectal

Les stercolithes rectaux sont moins volumineux que les stercoromes. Les signes fonctionnels peuvent être analogues à ceux du stercorome ou bien il y a une sensation de pesanteur périnéale, une sensation de corps étranger dans le rectum. Les signes fonctionnels peuvent être complètement absents. Au toucher rectal on révèle un ou plusieurs stercolithes. Le doigt sent une masse dure et pierreuse dont il peut faire le tour sans difficulté. Mais il y a des cas ou le doigt ne sent rien ; il s'agit alors de petits stercolithes qui fuient devant le doigt.

Stercorome sigmoïdien

Il s'agit de tumeurs fécales molles, tantôt palpables seulement, tantôt visibles dans la fosse iliaque gauche. En 1896 Gersuny et Hofmokl ont décrit des signes pour diagnostiquer les stercoromes.

Le signe de Gersuny : signe du décollement (Klebesymptom). — Lorsque dans un premier temps on exerce une forte pression sur la paroi abdominale au niveau du fécalome et dans un deuxième temps on diminue peu à peu la pression, on sent le décollement de la muqueuse qui glisse librement au-dessus de la tumeur. Mais pour que ce signe soit positif il faut plusieurs conditions : 1) Un certain degré de sécheresse de la muqueuse intestinale, 2) une dépressibilité du fécalome, 3) la présence de gaz intestinaux qui s'interposent entre la tumeur et la muqueuse. Le signe de Gersuny est très rarement positif, donc de valeur contestée.

Le signe de Hofmokl. — En exerçant une pression digitale au niveau du stercorome on constate que la masse garde assez longtemps la dépression faite par le doigt. Il s'agit d'une sorte de signe « du godet » profond.

Le toucher rectal ne révèle rien dans les formes sigmoïdiennes pures. Pour les affirmer il faut pratiquer une sigmoïdoscopie.

Stercolithes sigmoïdiens

Les signes de Gersuny et d'Hofmokl y sont naturellement négatifs.

Les stercolithes sigmoïdiens peuvent parfois être multiples.

Stercolithes recto-sigmoïdiens

Parfois la tumeur fécale très allongée se trouve dans les deux segments digestifs. Il s'agit, presque toujours, de stercolithes. La symptomatologie est tantôt rectale, tantôt sigmoïdienne.

Les autres localisations sont beaucoup plus rares. Hertz décrit le cas d'un enfant de 5 ans qui a présenté une tumeur en saucisse, allongée dans le *côlon transverse*, qui disparut après un lavement. Bright rapporte le cas d'un homme de 58 ans présentant une tumeur sous-hépatique ; un purgatif amène une grande quantité de matières fécales durcies et la tumeur disparaît. Il s'agissait d'une localisation au niveau de *l'angle droit du côlon*. Un autre cas a été décrit par Frerichs. Bristowe décrit un stercorome de l'angle gauche du côlon. Nous devons à Hofmokl une description de stercorome du *cæcum et du côlon ascendant*.

Ces localisations sont des curiosités cliniques et d'un intérêt médiocre au point de vue pratique.

Forme tumorale

Le signe prédominant, sinon unique, est la tumeur. Elle peut être petite, ne déformant guère le relief abdominal. Elle peut, au contraire, prendre des dimensions considérables déformant la fosse iliaque gauche et remontant jusqu'au niveau des fausses côtes. Elle peut être mobile et descend tantôt dans le petit bassin, y reste bloquée un certain temps pour remonter de nouveau dans la fosse iliaque. Son siège est habituellement à gauche mais nous avons vu des localisations diverses. Etcheverry-Bonei et Gersuny ont signalé des cas de stercoromes sigmoïdiens situés dans la fosse iliaque *droite* à la suite d'un déplacement du côlon sigmoïde.

◆◆◆

Les troubles accessoires. — Dans la plupart des cas c'est la tumeur qui est le signe dominant sans autres manifestations cliniques. On peut parfois observer de petites douleurs à forme de coliques, mais elles ne sont pas fréquentes.

L'état général est excellent dans la plupart des cas. La *constipation* peut être marquée (2 à 6 jours) ou bien il y a des selles quotidiennes mais insuffisantes (dyschésie). Les selles peuvent être absolument *normales* et parfois il y a une pseudodiarrhée.

Les touchers vaginal et rectal ne révèlent rien.

Le signe de Hofmokl est le plus *souvent positif*.

La rectoscopie est normale, tandis que la rectosigmoïdoscopie montre une masse brun-noirâtre au niveau de l'anse sigmoïde.

Il s'agit en somme d'un malade ne présentant qu'une tumeur abdominale mobile et dont l'état général est satisfaisant.

Forme douloureuse

Dans la forme douloureuse la tumeur peut être très discrète et ce n'est que la palpation qui la révèle au niveau de la fosse iliaque gauche.

Observation I. — Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans qui consulte pour une douleur au niveau de la fosse iliaque gauche, douleur qui a débuté il y a trois semaines environ. Cette douleur était très légère au début et le malade n'y prêta aucune attention. Mais devant son caractère persistant et de plus en plus intense, le malade s'inquiète à juste titre et se décide à demander l'avis d'un médecin. La douleur est située dans la fosse iliaque gauche. Elle est intermittente, modérée avec parfois des exacerbations assez violentes.

Le malade arrive à dormir sans prendre de cachets antinévralgiques. Cependant il a été réveillé plusieurs fois au milieu de la nuit par une exacerbation particulièrement forte. Couché, il cherche à soulager ses souffrances par des positions diverses, mais n'y réussit pas.

Pendant la marche, la douleur est très atténuée et même absente. Lorsqu'il est assis depuis longtemps les douleurs s'exacerbent. *Le matin au réveil elles sont particulièrement fortes*. La défécation le soulage pendant quelques heures. Il existe des irradiations en arrière, irradiations tellement douloureuses et constantes que le malade croit à une « douleur des reins ». L'appétit est conservé et même très bon. Pas de température. Le malade est légèrement constipé et va à la selle toutes les 36 à 48 heures. Cette constipation est assez récente car il y a un mois il est allé à la selle normalement. Mais il se rappelle avoir eu des périodes de constipation assez longues. Les urines sont normales. Aucun écoulement rectal.

Examen. — L'examen somatique ne révèle rien de pathologique. La tension artérielle est normale. Au niveau de la fosse iliaque gauche on sent nettement une tuméfaction allongée dont le bout inférieur se perd dans le petit bassin et dont le bout supérieur atteint la ligne menée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Cette tuméfaction allongée en boudin est indolore, assez dure, mais le doigt arrive à y creuser un « godet » (signe d'Hofmokl). La tumeur est parfaitement mobile dans le sens latéral. Le toucher rectal ne révèle rien.

Nous éliminons le cancer du côlon sigmoïde, la tuberculose hypertrophique de l'intestin. Il s'agit d'un stercorome sigmoïdien provoquant cette douleur, probablement par distension des parois.

Ni la radio, ni la sigmoïdoscopie ne sont pratiquées, car le traitement efficace confirme le diagnostic de stercorome.

Traitement. — Huile de paraffine et une cuillerée à café d'huile de ricin tous les deux jours. Lavements glycérinés. Le malade émet le second jour une grosse quantité de matières foncées durcies par endroit. La tuméfaction a disparu ainsi que les douleurs. Les selles sont normales et le sujet ne ressent plus aucun trouble.

Observation II. — Un homme de 57 ans légèrement constipé, mais s'efforçant d'aller à la selle tous les jours, est pris brusquement dans la nuit d'une douleur violente dans la fosse iliaque gauche. Il y avait senti de vagues douleurs quelques jours auparavant, mais ne s'en soucia guère. La douleur s'irradiait en bas et un peu en arrière. Pas de vomissements. La douleur diminue d'intensité dans les heures qui suivent ; le lendemain elle n'a pas cessé, mais elle est beaucoup moins intense que pendant la nuit. Le malade ne va pas à la selle, mais les gaz sont parfaitement émis. Le médecin appelé auprès du malade ne constate aucun ballonnement, mais une tumeur en boudin assez molle au niveau de l'anse sigmoïde. Il y a uniquement un syndrome de *douleur* violente sans syndrome d'occlusion. On prescrit un léger purgatif et de l'huile de paraffine. Le lendemain a lieu une abondante évacuation de matières et la douleur disparaît complètement. Une radioscopie pratiquée à la suite montre un sigmoïde un peu hypertonique mais il n'y a aucune lésion appréciable.

Forme dystocique

L'accumulation de matières fécales durcies dans le rectum peut mettre obstacle à l'accouchement et parfois déterminer des accidents graves (dystocies). Les stercoromes comme cause de dystocie sont assez rares. Nous ne connaissons que les observations des auteurs suivants :

Guillemeau, Fournier, Tarnier, Rossner, Hiapina, Bello, Rambo, Etscheverry-Bonei, Aburel.

Le stercorome peut avoir une répercussion sur la grossesse et sur l'accouchement.

Au cours de la grossesse on peut observer des modifications de la circulation utéro-placentaire qui peuvent aboutir à l'avortement ou à l'accouchement prématuré (Aburel).

Si, au contraire, la sensibilité de la femme est émoussée, elle peut porter la tumeur sans aucune gêne. Vers la fin de la grossesse, la tumeur étant prævia, empêche l'engagement de la présentation. Pendant le *travail* le conflit entre la présentation fœtale et la tumeur s'accentue. Si la tumeur est grosse et dure, l'accouchement ne sera pas possible sans intervention du médecin. L'engagement ne peut s'effectuer complètement et il peut survenir des présentations vicieuses. Les membranes peuvent se rompre prématurément et provoquer des *procidences fœtales* (Aburel).

Il faut remarquer que les douleurs de l'accouchement (après enlèvement du stercorome) sont parfois nettement atténuées à cause de l'émoussement de la sensibilité pelvienne. Aussi la prolongation du travail peut-elle aboutir à la fatigue utérine, l'inertie utérine et la souffrance fœtale consécutive. La délivrance peut être compliquée d'hémorragies.

Forme gynécologique

On observe fréquemment que les états leucorrhéiques disparaissent peu de temps après l'évacuation de l'intestin. Ortiz-Rivas rapporte le cas d'une femme de 20 ans qui présente une sécrétion vaginale purulente sans autre cause apparente qu'un volumineux stercorome rectal. Les pertes disparaissent peu de temps après l'extraction du stercorome. Il s'agit d'une sécrétion vaginale probablement provoquée par une infection siégeant au niveau du rectum, et propagée par voie lymphatique.

Durlacher décrit une malade porteuse d'un stercorome sigmoïdien qui présente des douleurs sourdes au niveau de la fosse iliaque gauche et des pertes vaginales leucorrhéiques. A l'examen il constate un épaississement au niveau du salpinx gauche, simulant une atteinte des annexes. Un purgatif a pour conséquence une évacuation abondante de matières et l'examen ne révèle plus rien, tandis que les pertes vaginales se raréfient considérablement.

Nous appelons ces formes, ayant une répercussion sur l'appareil génital de la femme, des formes gynécologiques.

Forme pseudocancéreuse

Le stercorome rectal peut parfaitement simuler un cancer du rectum. Pour ne pas retomber dans les redites nous renvoyons le lecteur au chapitre *Stercorome rectal*.

Les selles morcelées, rubanées, peu abondantes, leur fréquence anormale, les écoulements pathologiques et

même sanguins, le ténesme rectal copient trait par trait la symptomatologie fonctionnelle du cancer du rectum (Bensaude). Le toucher rectal y sera d'une importance primordiale.

Nous citerons un cas particulièrement édifiant d'Ortiz-Rivas. Un homme de 60 ans (!) présente depuis quelque temps de l'amaigrissement et de l'asthénie. Sa peau est jaunâtre. Il ressent des douleurs sourdes au niveau du rectum et il y a des écoulements muco-purulents assez abondants. Le toucher rectal met en évidence une masse irrégulière, dure, remplissant la lumière rectale. Après extraction digitale du fécalome le malade ne présente plus aucun trouble. La ressemblance entre la symptomatologie du stercorome et du cancer du rectum peut être frappante. Il n'y a que le toucher rectal qui différenciera les deux affections. Quant à la coïncidence entre les deux maladies, elle est inexistante. L'accumulation de matières ne se fait jamais dans un rectum cancéreux (Bensaude).

Forme latente

Assez fréquente, surtout chez les gens âgés. Il s'agit d'un sujet qui ne présente aucun trouble fonctionnel, aucune douleur, pas de troubles rectaux (il s'agit toujours de stercolithes rectaux). Les selles peuvent être émises tous les jours, mais selles *dyschésiques* ou bien même selles absolument normales.

Ces formes restent latentes toute la vie et ne sont découvertes qu'à l'autopsie ou bien lors d'un toucher rectal systématiquement fait au cours d'une autre maladie. L'intérêt de cette forme est assez médiocre.

Fécalome au cours de la maladie de Hirschsprung

Pichat rattache à la forme classique du mégacôlon *la forme avec fécalome*. Par suite de la stase des matières au niveau du côlon sigmoïde antérieurement dilaté le fécalome se forme et augmente de volume peu à peu.

Evolution

L'évolution est lente et progressive.

Les stercoromes ou les stercolithes peuvent rester indéfiniment au niveau du tractus digestif sans augmenter de volume et le malade les supportera sans le moindre inconvénient.

D'autres fois, ils s'accroissent (surtout les stercoromes) pour causer des accidents. Traités, ils disparaissent pour ne pas se reformer dans beaucoup de cas. Mais il faut toujours s'en méfier et ne pas laisser constiper le malade.

La *mort* du malade peut survenir à la suite de complications.

Complications

Les stercoromes peuvent s'annoncer en clinique par des accidents plus ou moins bruyants.

Forme occlusive

Les formes occlusives sont assez fréquentes.

Hellwig rapporte un cas de fécalome sigmoïdien ignoré par la malade et causant une occlusion intestinale.

Meyer en rapporte un autre cas intéressant.

Les purgatifs habituels n'agissent plus, le malade a recours sans succès à des moyens plus énergiques. Les lavements ne peuvent pénétrer. le malade éprouve des besoins incessants d'évacuer et s'épuise en efforts inutiles. En pratiquant le toucher rectal on sent une masse dure, occupant toute l'excavation. Si les moyens mécaniques d'évacuation : fragmentation, extraction manuelle ne réussissent pas, les signes de stercorémie apparaissent et le malade peut être emporté par le collapsus cardiaque. Mais, le plus souvent, ces moyens sont suivis de succès et une fois le bouchon enlevé une quantité considérable de matières, plus ou moins dures s'évacue, pouvant entraîner une syncope ou une assez grande faiblesse consécutive.

Forme causant une obstruction

Barnard relève 69 sur 669 cas d'obstruction d'origine fécale. Les malades présentent des coliques violentes, des sueurs profuses qui durent quelques minutes et qui sont suivies de rémissions longues, les sujets peuvent parfois aller à la selle tous les jours et même plusieurs fois par jour.

Forme causant une rétention d'urine

Nous avons signalé, à propos des stercoromes rectaux, de la dysurie et des ténesmes vésicaux possibles. La rétention d'urine n'a été signalée dans la littérature qu'une seule fois. C'est le cas de Mitchell (1929). Il s'agit d'un petit garçon de 3 ans 1/2 qui présente des coliques abdominales et qui n'urine pas. Vomissements absents. A l'examen on trouve une vessie distendue et un phimosis prononcé. Après la circoncision la rétention persiste. On essaie alors de sonder le petit malade, mais l'on s'aperçoit que la sonde ne passe pas. Le toucher rectal révèle alors un stercorome. Après son évacuation la sonde passe et les urines s'écoulent librement.

Forme avec volvulus

Notamment dans les mégacôlons avec accumulation stercorale.

Forme suivie de perforation

Exceptionnelle. On ne connaît qu'un seul cas décrit par Berry à la suite d'une ulcération du côlon.

Pronostic

Le pronostic de l'affection est bon. La maladie dûment reconnue et traitée, rétrocédera au bout d'un certain temps. Cependant nous avons vu les diverses complications plus ou moins graves.

Diagnostic positif

« Trop souvent le diagnostic de ces bouchons géants ou fécalomes est méconnu parce que le médecin néglige le toucher rectal. Les malades se plaignent de diarrhée et de douleurs et nombre d'entre eux sont soignés pour entérite pendant longtemps » (Lecène et Leriche).

Le diagnostic est facile lorsqu'on y pense. Le toucher rectal est d'une importance capitale. La radiographie révélera ou bien, une distension du côlon ou du rectum ou bien une hypertonicité générale du côlon (Rambo).

La sigmoïdoscopie sera pratiquée en cas de doute pour dépister les stercoromes sigmoïdiens et pour éliminer une lésion sous-jacente.

Diagnostic différentiel

Au lieu de discuter le diagnostic différentiel, nous nous contenterons de citer les différentes erreurs de diagnostic des auteurs.

Tumeurs rectales (Brun et Masselot) ;
Tumeurs rétropéritonéales, tératome (Chevassu) ;
Néo du côlon (Carnot, Ortiz-Rivas) ;
Tumeur vésicale (Dresser) ;
Rein mobile (Carnot, Bristowe, Gersuny) ;
Tumeur des annexes chez la femme (Gersuny) ;
Maladies des annexes de la femme (Durlacher ;
Néo du cæcum (Hofmokl) ;
Gros ventre rachitique (Gourevitch) ;
Colite (Hughes ;
Péritonite tuberculeuse (Bristowe) ;
Tumeur de la colonne vertébrale (Carnot) ;
Kyste de l'ovaire (Bensaude, Lièvre, Pozzi) ;
Tumeur pelvienne, fibrome pédiculé, néo du sigmoïde (discuté par Bensaude et Lièvre) ;
Tumeur pelvienne (Rambo) ;

Traitement

Nous ne donnerons que des indications succinctes.

Médical. — On donnera des huiles laxatives *per os*. Huile de paraffine, huile d'olive, etc... Se méfier des purgatifs violents. On prescrira l'huile de ricin à petite dose (une cuillerée à café par jour).

CALOMEL, etc.... En cas de spasme : Belladone.

Lavements simples et abondants alternés avec des lavements huileux. L'eau savonneuse est souvent utile, car elle exerce une action dissolvante sur les matières fécales (Bensaude).

Mais ces moyens ne réussissent pas toujours. Il faut alors recourir au morcellement du stercorome sous anesthésie générale de préférence.

Le traitement *chirurgical* est à pratiquer en dernier lieu si tous ces moyens échouent.

BIBLIOGRAPHIE

ABUREL. — Dystocie par fécalome prævia. *Gynécologie*, p. 592, 1929.
ALBRECHT. *Med. Central Zeitung*, 1855.
BARNARD. — Cité par Carnot.
BELLO. — Dystocia materna por bolo fécal. *Sem. Méd.*, 1922.
BENSAUDE et LIÈVRE. — Les tumeurs fécales du rectum et du sigmoïde. *Progrès Méd.*, 1929.
BERRY. — Cité par Carnot.
BIGNAMI. — Sopra un caso di fecaloma. *Boll. Soc. Med. Pavia*, 1932.
BRIGHT. — Guys hospitals report, Vol. 5, 1840.
BRISTOWE. — *Brit. Med. Journal*, 1885.
BRUN, MASSELOT et JAUBERT. — Un cas de stercolithe. *Journ. de radiologie*, 1931.
CARNOT. — Les stercoromes. *Paris Médical*, 1928.
DUNCAN. — *Med. Times and Gazette*, 1879.
DRESSER. — A case of fecalith. *Am. Journ. of Roentgenol*, 1929.
DURLACHER. — Können Kotanhäufungen im Darm, etc..., *Zbl. Gynä* 1929.
ETCHEVERRY-BONEL. — Dystocia por doble tumor fecal, etc... *Sem. Méd*, 1930.
FINOCHETTE. — Megasigmoïdeum, Bolos fecales, etc... *Sem. Med.*, 1926.
FRERICHS. — Maladies du foie, 1860.
FRIEDLANDER. — Cité par Carnot.
FOURNIER. — Cas rares. *Dict. des Sciences Méd.*, 1813.
GERSUNY. — *Wiener Kli. Wschrft.*, 1896.
GERULANOS. — Entérolithes et coprolithes. *Iatriki*, (Grèce) 1923.
GILBERT et CARNOT. — Maladies de l'intestin, 1921.
GOUREVITCH. — Zur Kasuistik der H. Krankheit. Prag. *M. Wschrft*, 1904.
GRONDIN. — Radiodiagnostic d'un fécalome géant. *Union Méd. du Canada*, 1932.
GUILLEMEAU. — De la grossesse et acc. des femmes, Paris 1620.
HELLWIG. — Ein Beitrag zur Kasuistik, etc.... *M.M. Wschrft*, 1908.
HIAPINA. — Un caso di dystocia, etc... *Amaz. Med. Manaos*, 1920.
HIRTZ. — Cité par Carnot.
HOFMOKL. — Uber Kothtumoren, *W. Med. Wschrft*, 1896.
HUGHES. — Cité par Tuffier.
JANICKE. — Cité par Carnot.
JORGE, CERVINI et MONTARCE. — Estercoroma en un lactante. *Rev. de Especial idad*, 1930.
KHIEN. — Zur Kasuistik, etc... *Strasb. M. Zeit.* 1904.
LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, Tome III.
LUIS YAGÜE Y ESPINOSA. — Tratamiento de la coprolithiasis. *El Siglo Medico*, 1921.
MERIEL. — Affections chirurgicales du gros intestin. Le Dentu-Delbet, 1924.
MEYER. — Uber Darmverschliessung, etc... *Monatschr. f. Geb. u. Gynä*, 1891.
MIRIZZI. — *Revista de la Assoc. Med. Argentina*, 1921.
MITCHELL. — Retension of urine caused by fec., etc... *Brit. Med. Journ.*, 1929.
MOUTIER. — Constipation in collect. Sergent.
ODDO. — Médecine d'urgence, 1930.
ORTIZ-RIVAS. — Retencion estercoral, etc... *An. de Vias dig. sangre*, 1930.
PAUCHET et GAEHLINGER. — La constipation, 1932.
PEACOCK. — Cité par Carnot.
PICHAT. — Thèse de Paris, 1928.
PLUYETTE. — Cité par Carnot.
POZZI. — Contrib. au trait. de cert. tumeurs sterc. *Assoc. Franç. Chir.*, 1905.
RACHET. — Cité par Carnot.
RAMBO. — Dystocia due to fecal impaction. *Am. J. Obst. and. gynec.*, 1927.
RICHARDSON. — Cité par Tuffier.
ROSSNER. — *Centralbl. für Ges. Mediz*, p. 808, 1886.
SLUTZ. — Case of fec. impaction. *Journ. of Med.*, 1932.
TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art de l'acc., tome III, 1898.
TIGIS. — Cité par Bensaude.
TUFFIER. — Dilat. congénitale dite idiopathique du côlon. *Soc. de Chir.*, 1907.
VERNEUIL. — Cité par Carnot.

A propos de la pathogénie des oreillons

Par le Docteur **KERMORGANT**

Nous nous bornerons, à propos d'un article de A. Philibert, paru dans ce journal le 23 janvier 1932, de rappeler les faits expérimentaux suivants :

Ayant réussi à cultiver un spirochète contenu dans la bouche des malades atteints d'oreillons, nous avons injecté 1/10e de culture dans le testicule droit d'un singe (M. Sinicus). Celui-ci fit treize jours après l'inoculation et malgré l'ablation du testicule droit une parotidite bilatérale avec réaction méningée. Le dix-septième jour le singe fut atteint d'une orchite gauche et le vingt-septième jour d'une inflammation des glandes sous-maxillaires et sublinguales. Nous nous croyons en droit de prétendre avoir réalisé chez le singe une maladie ressemblant à s'y méprendre (point d'inoculation mis à part) à l'infection ourlienne de l'homme.

L'inoculation faite parallèlement aux inoculations au singe de 1/10e de culture dans le testicule du lapin provoque une orchite transmissible en série d'animal à animal. Le filtrat d'une culture après le quatorzième repiquage, soit après plus d'un an de culture en étuve et après une dilution au 1/100.000.000.000e, de la semence initiale, est encore pathogène. Nous croyons donc pouvoir affirmer avoir conservé et cultivé le virus ourlien.

L'objection de la présence d'une bactérie cultivée en association n'existe pas, car 1° la bactérie est facilement isolable et est dépourvue de tout pouvoir pathogène ; 2° elle joue le rôle de modificateur du milieu de culture ; 3° dans les filtrats de culture, cultivés à l'état de pureté le spirochète ne vit qu'à l'état granulaire ; l'addition, après filtration de bactérie préalablement et soigneusement isolée est indispensable pour l'évolution du granule en spirochète, fait que nous avons pu vérifier expérimentalement et dont nous avons pu étudier et photographier grâce à l'obligeance de M. Jeantet tous les stades ; 4° le spirochète est un virus filtrant capable dans sa forme granulaire de traverser la bougie L^3 et de provoquer chez l'animal une orchite analogue à celle déterminée par la culture ; 5° le spirochète est présent dans toutes les lésions expérimentales. Enfin l'inoculation aux animaux en expérience dans des conditions identiques, de cultures de Sp. dentium, de Sp. minutissimum voir même de spirille de Vincent n'ont provoqué aucune lésion ni aucune maladie comparable à celles que nous avons observées après inoculation soit de culture, soit de salive d'oreillards, identiques l'une et l'autre.





les plus assimilables
des médicaments phosphorés
sont :

LA PHYTINE

et ses dérivés :

LE PHYTINATE DE QUININE
LA FERROPHYTINE
LE FORTOSSAN

dont la vogue ne cesse de croître en raison de leurs résultats toujours satisfaisants.

Ces groupements organiques
éminemment aptes aux synthèses
DE L'ÊTRE VIVANT
justifient de plus en plus que ce n'est que
par leur découverte qu'a été résolu le
problème de la médication phosphorée
rationnelle.

Ces médicaments se présentent sous forme de :

CACHETS :	GRANULE :	COMPRIMÉS :	POUDRE :
Phytine	Phytine	Phytine	Phytine
Ferrophytine	Ferrophytine	Phytinate de quinine	Fortossan

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

NOUVELLE ADRESSE : 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

BIBLIOGRAPHIE

Henriette d'Angleterre et la cour de Louis XIV, par Claude SAINT-ANDRÉ. (Les Maîtres de l'Histoire, collection publiée sous la direction de J. et R. Wittmann). Un volume in-8° écu sur alfa, illustré de 16 hors-texte en héliogravure. Prix : 25 francs. Plon, 8, rue Garancière, Paris 6e.

Le savant et subtil historien, l'écrivain de tant de pages exquises, Claude Saint-André, vient de nous donner *Henriette d'Angleterre et la cour de Louis XIV*. C'est cette cour du jeune roi si brillante, si troublée d'intrigues et si riches en caractères féminins, de Mlle de La Vallière à Mme de Montespan, qui revit autour de la plus charmante des princesses. Ce sont des destinées légères ou tragiques qui se croisent à Versailles, au Palais-Royal, et sur lesquelles plane la plus émouvante des oraisons funèbres de Bossuet Aux portraits écrits, aux scènes racontées se joignent les portraits et les scènes d'une illustration choisie.

Lisez donc dans les Maîtres de l'Histoire cet ouvrage de politique, de tristesse et d'amour, vous le rangerez ensuite sur le rayon à côté de *la Princesse de Clèves*, de Mme de La Fayettes.

Harmonisation ou chaos. Énoncé des bases scientifiques du problème social et preuve du mensonge marxiste, par M. DUBOIS. Editions de l'*Aube*, organe mensuel de la « Société nouvelle d'applications philosophiques » 7, rue Sainte-Catherine, Lyon (1er). Boite. 64, Lyon-Terreaux (Rhône).

Une œuvre dont la sensibilité aiguisée et l'affinement intellectuel enchanteront maints philosophes, toutefois, il faut le reconnaître d'une lecture un peu sévère porur le commun des mortels.

Les rythmes et la vie, par le groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon, 265 p., 15 francs.

Il est superflu de faire l'éloge du groupement lyonnais. On a déjà apprécié ses travaux dont la marque est : sincérité, conscience, méthode et originalité.

Après les ouvrages précédemment parus, *Questions relatives à la sexualité*, puis *Hérédité et race* qui ont connu un grand succès, le Groupe lyonnais présente au jourd'hui un ensemble de travaux sur les *Rythmes et la vie*.

Voici le sommaire des matières traitées :

Une introduction de M. J. GUITTON, agrégé de philosophie, professeur au Lycée de Moulins, précise les Notions générales sur le temps et le rythme. Puis le Docteur A.-M. CHANOZ, docteur ès sciences physiques, chef de travaux de physique biologique à l'Université de Lyon, expose l'Architecture des mondes, atomes et étoiles. Le Docteur G. RICHARD, licencié ès sciences, traite de Quelques rythmes microbiens, phases morphologiques et cycles parasitaires. Le Docteur DUPRAT, de Genève, de l'Influx cosmique et la vie de l'homme. M. H. CARDOT, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Lyon, les Rythmes dans l'activité neuromusculaire. On aborde ensuite l'ordre humain et ce sont les chapitres suivants : Les rythmes humains : l'activité nerveuse sympathique et endocrine au point de vue des rythmes individuels, Docteur LAIGNEL-LAVASTINE, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Les rythmes humains : l'activité sexuelle, Docteur R. BIOT, ancien chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Rythmes humains : rythmes sociaux et historiques, M. F. MENTRÉ, docteur ès lettres. Rythmes humains : les rythmes de la vie de l'esprit, résumé de l'étude de M. l'abbé MONCHANIN, membre de la Société lyonnaise de philosophie.

On n'attendra pas de nous l'analyse d'une œuvre aussi copieuse, composée de mémoires originaux dont chacun demanderait une analyse longue et détaillée.

Les noms des fortes personnalités, auteurs de ces mémoires sont garants de ce que la lecture de l'ouvrage réserve d'instructif à tous ceux que la culture biologique contraint d'envisager les problèmes qui touchent à la fois la médecine, la philosophie et la morale — c'est-à-dire à tous les médecins.

A quelque Ecole philosophique qu'il se rattache, le praticien trouvera profit à suivre attentivement l'effort courageux du groupement lyonnais.

E.

Suprêmes illusions. Recherches sur le divin par L. BARBEDETTE, 80 p. « La Fraternité universitaire ». Imprimerie E. Rivet, à Limoges, rue Vigne-de-Fer, 1933.

Voici la division de l'ouvrage : *Religion pure. — Rites. Dogmes. Emotivité. — Origine des religions. — Judaïsme et Catholicisme. — Eglise orthodoxe et protestantisme. — Parmi les religions non chrétiennes. — Bibliographies.*

Tout le monde sait que L. BARBEDETTE est un des Maîtres de la Philosophie contemporaine.

Mais c'est un Maître, parfaitement désagréable aux croyants.

Comme les précédentes, cette œuvre a bien des chances d'irriter fort les fidèles de toutes les religions — particulièrement, je crois, les catholiques.

Quant aux agnostiques, ils trouveront dans « *Supremes illusions* » ce que l'on est assuré de trouver chez L. Barbedette : conceptions d'ensemble, vues originales et aussi documentation.

Je compte avoir, assez prochainement, l'occasion d'exposer, dans une brochure, mes idées sur certains des problèmes, chers à L. BARBEDETTE.

Je serais très heureux si, dans une œuvre prochaine, il voulait bien nous donner *de façon détaillée* son point de vue sur le Confucianisme et sur le Culte des Ancêtres.

E.

CHRONIQUE

Les sécrétions internes génitales de la préhypophyse

D'après Ludwig KRAUL (1)

Il n'est pas douteux que le lobe antérieur de la pituitaire détermine la croissance des follicules et, en conséquence, la production de l'hormone femelle dans l'ovaire, ainsi que l'ont établi les travaux de Long et Evans, de Smith et Engle, de Zondek et Ascheim. Ils ont montré que la greffe des éléments du lobe antérieur fait mûrir les follicules, que l'administration prolongée d'extraits produit la lutéinisation. Il n'est pas nettement précisé que l'antagonisme d'action sur les ovaires de femelles impubères soit dû à deux hormones différentes ou à des doses plus ou moins élevées d'une seule hormone ; néanmoins la majorité de ces auteurs soutiennent le premier point de vue : Evans et Long en distinguant une hormone sexuelle et une hormone de croissance, Zondek et Ascheim un prolan A et B ; et, Crew et Wiesner un rho I et un rho II. Toutefois il s'agit là d'extraits obtenus par des procédés chimiques plus ou moins compliqués, tandis que l'on portait peu d'attention au fait que la greffe de tissu hypophysaire naturel peut produire des effets similaires.

Nous savons déjà que le lobe antérieur de la pituitaire peut être influencé par bien des facteurs en connexion principalement avec les organes sexuels. Erdheim et Stumme ont décrit les modifications typiques de la gestation et, Fischera, Luziani, Marassani celles consécutives à la castration et à la ménopause. Berblinger, Adachi, Lehmann, Banicki ont fait voir que le tissu placentaire et l'hormone ovarienne causent, tous les deux, des altérations histologiques dans le lobe antérieur entièrement semblables à celles de la grossesse et, en outre, qu'après castration, l'administration de folliculine peut rétablir la glande dans son état antérieur.

Ascheim et Zondek appelèrent l'attention sur l'énorme accroissement de l'hormone pituitaire dans le sang et l'urine, dès le début de la gestation et, particulièrement, dans les cas de môles hydatiformes et de chorio-épithéliome. B. Zondek décela, aussi, la forte excrétion urinaire de prolan A après la castration et au début de la ménopause, ainsi que dans les cas de tumeurs malignes, surtout du système génital et d'après Mac Callum et Fabyan, Schilder, Schultze et Zuckermann, dans les états pseudo-gravidiques du lobe antérieur analogues qui s'observent en cas d'aplasie thyroïdienne. D'autre part, Wagner a observé un cas de tumeur de la pituitaire antérieure s'accompagnant d'une extraordinaire lutéinisation des ovaires : Berblinger, par des injections de peptone a créé des altérations dans le lobe antérieur semblables à celles de la grossesse ; et Banicki arriva au même résultat par des injections d'urines de femmes enceintes et de sérum de cheval. Par conséquent, Berblinger comme Karlefoss et Muth pensent que les modifications dans la pituitaire antérieure, constatées dans les cas de tumeurs malignes et la gestation, sont produites par des corps d'origine protéidique. H. Zondek a formulé une « théorie périphérique » d'après laquelle tout événement organique peut influencer tout l'organisme, hypophyse y compris. Ce qui est fort probable étant donnée la mutuelle interaction des glandes endocrines.

Selon Evans et Simpson, le lobe antérieur des castrats est plus actif que celui des animaux entiers ; et l'accroissement potentiel du mâle dépasse celui de la femelle. De plus, ils n'ont pas pu constater une augmentation d'action du lobe antérieur chez les femelles pleines. Finalement, ils constatent exactement que la greffe d'hypophyse est plus efficiente que l'injection d'un extrait d'urine de gestante.

MÉTHODE D'ÉTUDE. — Dans un but de vérification des résultats sus-mentionnés, KRAUL a recherché si, par des tentatives biologiques, il est possible de différencier des effets dans l'action de greffes de pituitaire d'animaux soumis : A) à l'administration quotidienne de tissu ou d'extraits placentaires ; B) aux extraits de corps jaune ; C) à la folliculine ; D) à l'urine de gestante ; E) aux injections d'adrénaline. Il s'est également proposé d'étudier les effets de la pituitaire enlevée après castration opératoire ou radiothérapique, comparativement à ceux de la glande irradiée.

Il voulait suivre les effets de la pituitaire antérieure des femelles pleines comparativement aux non-gravides, spécialement parce que E. Philipp a relaté des résultats négatifs chez la souris impubère greffée avec des hypophyses de femelles gestantes ou récemment accouchées.

Il a employé des souris âgées de quatorze à vingt jours, d'autres femelles de même portée étant réservées au contrôle. Bien que son intention fût d'estimer uniquement les différences qualitatives des effets sur l'ovaire, il a noté des différences quantitatives. Il a greffé la glande entière, pensant diminuer les chances d'erreur que peut produire, par perte de tissu, la séparation des deux lobes.

Résultats. — *Dans le groupe A*, les greffons provenaient de quatre lapines injectées pendant six jours consécutifs à l'aide d'extrait placentaire provenant de placenta humain à terme, obtenus par le procédé de Corner (alcool, éther et acétone). K. a trouvé que ces greffons produisaient dans les ovaires de la souris impubère des modifications très différentes de celles décrites par Smith et Engle, qui employèrent des glandes naturelles. Dans ses expériences, les ovaires étaient accrus en dimension et en poids, avec prédominance de tissu lutéinique et de corps atrétiques. Les cellules granuleuses lutéiniques obstruaient la lumière des follicules et emprisonnaient les œufs en dégénérescence. D'autre part, quelques follicules présentaient une véritable tendance à se développer. Les ovaires étaient très congestionnés ainsi que le prouvaient les capillaires élargis et engorgés, tandis que d'insolites hémorragies se voyaient dans le stroma à l'extérieur des vaisseaux. Le frottis vaginal, rarement, se composait exclusivement de cellules cornées, mais plutôt d'un mélange de cellules cornées et de cellules épithéliales nucléées.

Kraul a employé le procédé de Corner pour les extraits placentaires, particulièrement afin de déterminer si le placenta contient l'hormone du corps jaune, puisqu'il est généralement admis qu'il supplée à la fonction de ce dernier après sa dégénérescence. Il a injecté cet extrait à des lapines, ovariotomisées dix-huit heures après copulation ; et cinq jours après, il n'a pu constater aucune prolifération de la muqueuse de leurs utérus ; d'où on peut conclure que, dans le placenta humain à terme, il ne se trouve pas d'hormones du corps jaune. Au contraire, l'extrait était riche en folliculine comme le prouvaient les souris castrées et les impubères. Kraul parle plus loin des effets de la folliculine sur les ovaires d'animaux pubères conjointement avec des recherches sur l'hormone du corps jaune et l'urine de gestante.

Dans les greffes placentaires, Kraul insérait cinq fois en deux semaines un disque placentaire entier de cobayes et de rats sous le fascia du dos de quatre lapines. Puis, il enlevait l'hypophyse des lapines et la greffait dans les muscles de la cuisse de souris impubères qui, six jours plus tard, étaient sacrifiées.

Leurs ovaires étaient fortement développés et, dans le frottis vaginal, se voyaient seulement de l'épithélium corné : les coupes montraient un ou plusieurs follicules de Graaf mûrs, prêts à se rompre, qui semblaient beaucoup plus développés que ceux des sujets soumis à l'extrait de placenta humain. Mais il faut noter que le placenta de la cobaye et

(1) L. KRAUL. — Certain new observations on the action of the anterior pituitary. (Nouvelles observations sur l'action de la préhypophyse) *American Journal of obstetrics and gynecology*. Vol. XXI, n° 3, page 301. Saint-Louis, mars 1931 (traduit par H. VIGNES).

celui de la rate furent trouvés relativement pauvres en folliculine et que la greffe du tissu placentaire introduit le facteur d'effet de protéine parentéral. Tandis que quelques follicules commencent à devenir kystiques, plusieurs pseudo-corps jaunes se voient dans les ovaires. Finalement, l'action de la pituitaire antérieure paraît accrue par la greffe placentaire. La maturité folliculaire et la lutéinisation s'accroissent simultanément, mais sans prédominance de l'une sur l'autre, ce qui contraste avec les résultats consécutifs aux greffes de glandes préparées par extraits placentaires : ces dernières produisent principalement, comme il a été dit plus haut, de la lutéinisation, alors que la glande préparée avec le placenta entier semble produire une augmentation des deux principes du lobe antérieur.

Dans le groupe B, Kraul a préparé les extraits du corps jaune de porc par le procédé de Corner (alcool, éther, acétone) et ses préparations semblaient bien posséder les mêmes propriétés qu'un extrait que lui a envoyé Corner. Dans cette série d'expériences, il a parfois greffé directement du tissu de corps jaune ; et, d'autres fois, il a injecté l'extrait à trois lapines, cinq cobayes, cinq rats et six souris en des temps variables. Leurs hypophyses étaient ensuite transplantées sur des souris impubères. Les ovaires de ces dernières présentaient un stimulus marqué du tissu jaune ; beaucoup de pseudo-corps jaunes emplissaient les minuscules ovaires qui, réellement, étaient plus petits que la moyenne des ovaires non mûrs excités par greffes de pituitaire antérieure. Le développement des follicules n'est pas complètement inhibé, mais distinctement diminué. Le frottis vaginal n'a jamais présenté de signe de rut ; il se composait de cellules cornées mélangées à des leucocytes et cellules épithéliales nucléées.

Dans le groupe C, Kraul a préparé les hypophyses de trois lapines, cinq cobayes et six souris par injection d'amniotin Squibb contenant l'hormone sexuelle femelle. Ces hypophyses ont été ensuite greffées sur souris impubères, dont les ovaires étaient en pleine maturité six jours après. On y remarquait de larges follicules de Graaf, alternant en nombres à peu près égaux avec de gros pseudo-corps jaunes. Les ovaires étaient très congestionnés, mais sans hémorragies intrafolliculaires. Les modifications rappellent celles produites par les pituitaires des animaux soumis au tissu placentaire (groupe A). En d'autres termes, un effet marqué de l'action de la pituitaire antérieure s'observe dans ses deux phases : maturation et lutéinisation des follicules. Le nombre des follicules en voie de lutéinisation est évidemment supérieur qu'après greffe d'une pituitaire antérieure naturelle.

Dans le groupe D, Kraul s'est servi des pituitaires de cinq lapines et six cobayes injectées, au préalable par de l'urine de femmes en gestations plus ou moins avancées ou en suites de couches. Certains de ces animaux ont été soumis à des injections quotidiennes de 2 à 5 c. c. pendant quatre semaines. A l'examen, les ovaires des souris présentaient une augmentation nette du tissu lutéinique ; mais, dans bien des cas, il était impossible de distinguer si la maturation ou la lutéinisation prédominait, bien qu'apparentes toutes les deux. Mais, note Kraul, les pseudo-corps étaient plus nombreux, la couche granuleuse des follicules de Graaf plus épaisse, leur contenu d'aspect plus compact que kystique en comparaison avec les ovaires de souris greffées depuis six jours de pituitaire naturelle. Il n'y eut pas de différence démontrable entre les urines de gravidités plus ou moins avancées et celles des suites de couches. Kraul a, aussi, injecté de ces urines à une lapine, quatre semaines après ablation des ovaires, et sa pituitaire antérieure causa également une forte lutéinisation des ovaires.

Dans le groupe E, trois lapines normales furent injectées d'un à deux mgr. d'adrénaline chaque jour pendant deux semaines. Leurs pituitaires furent transplantées sur des souris impubères, dont les ovaires présentèrent un développement général des follicules vers le stade Graafien, mais pas de lutéinisation. Il est, plutôt, remarquable que, tandis qu'une pituitaire antérieure n'avait produit aucune lutéinisation, chez la souris, les ovaires de la donatrice étaient hyperlutéinisés.

L'aspect des ovaires de la lapine était celui d'une grosse glande interstitielle avec quelques follicules en dégénérescence. (Kraul a, déjà, attiré l'attention, il y a quelques années, sur cette action lutéinisante de la surrénaline.) Une des lapines injectées, qui était pleine, avorta trois jours après la première injection. L'interaction de l'ovaire et des surrénales n'est pas encore éclaircie, mais elle est pleine de promesses pour des recherches futures.

Maintenant, Kraul revient à ses expériences de castration : dans le premier groupe, furent employées des hypophyses de trois cobayes stérilisées, six semaines avant, par une forte irradiation de l'abdomen. Leurs glandes produisirent une frappante lutéinisation des ovaires de souris infantile caractérisée par un grand nombre de pseudo-corps jaunes avec relativement peu de follicules de Graaf. Chez les cobayes donatrices le cycle vaginal était inexistant, le vagin lui-même ne s'ouvrait pas, les ovaires étaient atrophiés, en fibrose diffuse, parsemée de quelques follicules kystiques complètement dégénérés, et sans tissu lutéinique. Cette observation est intéressante si on la rapproche des découvertes faites dans les ovaires des donatrices du groupe surrénal.

Bien que ce ne soit pas dans les vues du travail actuel, Kraul désire appeler brièvement l'attention sur les effets de l'irradiation des ovaires.

Dans ses expériences, lapines, cobayes et souris furent irradiées par de fortes doses de rayons X, (soit 20 % de la dose érythème humain), à l'aide d'un appareil intensif. Six semaines après, on constata la fibrose généralisée décrite ci-dessus. Par de petites doses continues de corps jaune, des signes de régénération, avec cycle vaginal normal, allant parfois jusqu'à un état continuel de rut, s'établirent ainsi que Parkes et Bellerby, les premiers, von Schubert, Geller et d'autres l'ont signalé. L'irradiation de la tête seule est suivie de stérilité, par altération des ovaires, consistant en fibrose diffuse entrecoupée de follicules dégénérés de demi dimension et de follicules primaires.

La greffe d'hypophyses irradiées produit un effet à peu près normal sur l'ovaire de souris impubère, soit maturité folliculaire sans stimulation des éléments lutéiniques, bien que, dans un cas, cela fut accru.

Lorsque à l'irradiation s'ajoutait, quelques semaines plus tard, une greffe placentaire, l'hypophyse provenant de cet animal produisait de nombreux pseudo-corps dans les ovaires de la souris impubère (voir groupe A) Dans une seconde série d'expériences, Kraul s'est servi de préhypophyse prélevée sur des lapines et cobayes ovariotomisées quatre à six semaines avant. En voici les résultats : principalement une lutéinisation étendue et concomitamment maturation folliculaire au même degré. Il faut ajouter que la pituitaire antérieure du bœuf causa également une plus saisissante lutéinisation de l'ovaire non mûr. Comme B. Zondek a fait ressortir qu'après castration et dans les débuts de la ménopause, l'urine contient une forte quantité de prolan A (principe promoteur du follicule), Kraul fut plutôt surpris par ce résultat.

Il a voulu, en outre, examiner l'effet de la gravidité sur un greffon d'hypophyse jugé par l'activité de ce dernier chez l'animal greffé. Il a employé les hypophyses d'une chatte et de vingt cobayes. Il s'attendait à un accroissement d'effet, puisqu'il est connu que l'hypophyse s'accroît durant la gestation, que le taux de son hormone dans le sang s'élève, que son excrétion dans l'urine est très abondante : or, à sa grande surprise, c'est le contraire qu'il a observé. Alors que les ovaires présentaient une certaine augmentation folliculaire, mais bien moindre que ce qu'il attendait, la lutéinisation était nettement accrue. En outre, il lui fut impossi-

ble de produire une franche augmentation folliculaire à moins de greffer deux ou trois pré-hypophyses provenant de cobayes pleines, alors que la greffe d'une ou deux prélevées à des cobayes non-pleines produisaient un effet net. C'est l'inverse en ce qui a trait à la lutéinisation, la moitié d'une pituitaire de chatte suffit à déterminer la maturation folliculaire et la lutéinisation. Kraul renvoie à plus tard la discussion de cette apparente contradiction entre ses prévisions et ses observations.

Discussion. — Si l'on compare les modifications dans les ovaires décrites ci-avant avec celles produites par l'hypophyse naturelle, on trouve une différence indiscutable. Les résultats de la greffe naturelle sont bien connus depuis les travaux de Zondek et Ascheim, de Smith et Engle et on a confirmé à différentes reprises le considérable développement de follicules à tous les états de maturité jusqu'à la superovolution.

D'autre part, c'est un fait, négligé jusqu'à ces derniers temps, que l'implantation de pituitaires naturelles peut produire un tableau variable d'une lutéinisation à peine perceptible jusqu'à une très évidente. Jusqu'à un certain degré, ce mélange de follicules croissant et dégénérant unis à une lutéinisation plus ou moins accusée de la couche granuleuse de l'ovisac est d'ordre physiologique. Néanmoins, dans les expériences de Kraul, les ovaires, rapprochés de ceux de souris impubère et greffée de la glande nature, offrent un accroissement supérieur de lutéine.

Kraul estime qu'il est nécessaire de distinguer deux actions différentes du lobe antérieur ; l'une, stimulante, fait croître le follicule, l'autre produit la lutéinisation. Ceci, il le croit, plaide pour l'existence de deux hormones correspondantes dans la pituitaire antérieure qui agissent simultanément sur l'ovaire. Ces deux substances sont essentiellement antagonistes, bien que l'une n'inhibe pas nécessairement l'activité de l'autre : par cela, il veut dire que l'excitation de l'hormone lutéinisante par le placenta, par exemple, agit très peu sur l'activité du principe de mise en marche du follicule, tandis, d'autre part, que dans les ovaires fortement lutéinisés de jeunes souris, il existe des preuves évidentes de croissance de follicule. Il ne déduit pas que semblable équilibre existe et que la réduction quantitative de l'un des principes suractive relativement l'autre ; cependant il ne peut pas seulement penser que l'interaction automatique des deux hormones agissant sur l'ovaire soit analogue à la balance automatique existant entre les systèmes sympathique et parasympathique, qui se manifeste dans les processus végétatatifs de tout l'organisme.

Il se peut que l'agent de maturation soit plus aisément libéré de la greffe que l'hormone lutéinisante, ainsi qu'Evans et Long l'ont suggéré. Toutefois, dans certaines conditions, telles celles des expériences de Kraul, l'agent de lutéinisation devient apparemment plus actif. Quand on absorbe le problème sous l'angle chimique on arrive à une conclusion semblable ; Crew et Weisner de même que Zavadowsky, ont isolé deux principes de la pituitaire antérieure dont l'un pousse à l'ovulation et à la production de la folliculine (estrine) et l'autre active les cellules à lutéine.

Des artifices expérimentaux de Kraul, on ne peut pas, sans réserve conclure à l'activité physiologique de la glande *in situ*. Contrairement à ce que l'on avait pensé, de fortes quantités de l'hormone de maturation folliculaire ne produisent pas fatalement la lutéinisation. Parfois il a rencontré de petits ovaires en lutéinisation appréciable, d'une part, et, de l'autre, un agrandissement énorme des follicules approchant même la dégénérescence kystique, sans aucune lutéinisation.

Greffe placentaire sur la souris impubère. — Comme il a été établi par Murata et Adachi, Zondek et Ascheim et E. Philipp, que le placenta humain provoque la maturité des animaux impubères, Kraul a greffé des placentas de lapines, cobayes, rates et d'une chatte afin de comparer leur action avec celle du placenta humain. Ses résultats confirment ceux des précédents expérimentateurs, même pour la maturité folliculaire et la formation de pseudo-corps. Toutefois, les placentas d'animaux ne semblent pas aussi puissants que ceux d'humains. Il lui est impossible de tirer, de ses expériences, une nouvelle clarté sur le problème « *stockage* ou de production de l'hormone » dans le placenta ; bien que l'effet moindre du placenta animal soit sur la même ligne que cette observation que l'urine d'une femelle gestante est sans effet sur la souris impubère et donne une réaction de Zondek-Ascheim négative.

L'effet Zondek-Ascheim. — Kraul tient à attirer l'attention sur quelques-unes de ses observations quant à l'effet de l'urine de gestantes sur la souris impubère. Comme on le sait, l'agrandissement du follicule, la lutéinisation et les hémorragies intrafolliculaires (taches de sang) sont consécutives aux injections de ces urines et constituent la preuve la plus certaine de gravidité que nous possédions. L'utilité pratique de l'épreuve est incontestable ; mais son mécanisme n'est pas encore élucidé. La grosse quantité de lutéine que contient l'urine des gestantes et, même, en plus grande quantité, celle des femmes atteintes de môle hydatiforme ou de chorio-épithéliome est-elle un produit du placenta ou de la pituitaire ? Son excrétion rénale est-elle l'expression d'un trop plein dans le sang ou le résultat d'une filtration exagérée par l'abaissement du seuil rénal, comme il en est, dans la gestation, pour le glucose, la lactose etc... ? Ceci marche de pair avec la suggestion de R. Frank sur les aménorrhées dites hyperhormonales. Nous connaissons, déjà, la connexion de la post-hypophyse et de la sécrétion rénale, il nous faut donc seulement envisager quelque processus analogue pour le lobe antérieur.

Les réactions de Zondek-Ascheim sont probablement causées par plusieurs substances contenues dans l'urine des gestantes. Cette dernière contient une forte quantité de folliculine, comme le placenta qui, apparemment, la fournit. Elle est, peut-être, l'agent l'actif de la production des taches de sang caractéristiques du tableau de Zondek-Ascheim, attendu que Kraul a observé ce signe en l'injectant à des souris adultes. De plus, dans cette urine, il existe de petites quantités de l'hormone excitatrice du follicule, originaire probablement de la pituitaire antérieure, comme aussi le principe lutéinisant peut provenir de la même source. On ne peut pas définitivement dénier au placenta la possibilé de produire cette dernière substance. Nous avons vu, ci-avant, que l'injection d'urine de gestante stimule la pituitaire antérieure des animaux et lutéinise manifestement leurs ovaires. Dans le Zondek-Ascheim, l'effet de lutéinisation est également prépondérant. Donc, son mécanisme suppose au moins deux possibilités : 1° l'hormone contenue de l'urine même et 2° l'excitation de la pituitaire antérieure de l'animal en expérience par l'urine, avec augmentation d'hormone du fait de cette action. Quel est le plus puissant de ces processus ? le problème ne peut être résolu sans de nouvelles expériences, poursuivies surtout sur des animaux hypophysectomisés. De concert avec C. Bernstein Junior, H.-S. Schiro et W.-J. Turner, Kraul procède et espère faire connaître ses résultats prochainement.

Il serait bon de rappeler ici qu'Aschner, Fellner, Schickelé, Frank et Rosenbloom, comme Allen et Doisy, même antérieurement à la découverte de l'action de la pituitaire antérieure sur les ovaires, ont décrit la production de la puberté anticipée chez les animaux par les harmones placentaire et ovarienne. Comme Kraul l'a plus haut, il a vu chez une souris impubère, injectée chaque jour à l'amniotin Squibb un accroissement de développement dépassant celui des ovaires des témoins de même portée.

Autres expériences. — Rechercher à déterminer l'action sur l'ovaire normal d'autres substances endocrines : extrait de corps jaune, folliculine, extrait placentaire et urine de gestante n'a pas été sans promesse.

L'extrait de corps jaune ou sa greffe produisent des degrés variables de lutéinisation proportionnels à la quantité utilisée. Les modifications s'échelonnent d'une légère altéra-

tion de croissance folliculaire à la suppression de toute activité de l'ovaire.

La folliculine (amniotin Squibb) amène rarement la cessation complète du cycle ovarien, à moins d'approcher des doses toxiques. Les taches de sang, toutefois, sont fréquentes.

L'extrait placentaire agit beaucoup comme le corps jaune, assurant toujours de l'accroissement folliculaire.

L'urine de gestante produit lutéinisation et tuméfaction, parfois même des hématomes folliculaires typiques. De petites doses modifient peu la maturité folliculaire et laissent inaltéré le frottis vaginal ; de fortes doses au contraire arrêtent entièrement le développement du follicule et détermine un état de rut continu dans le cycle sexuel, dû sans aucun doute à leur grande teneur en folliculine.

Toutes ces substances modifient les ovaires et peuvent en même temps agir sur la pituitaire antérieure. Par action directe ou indirecte ? il ne peut être décidé que par observations après hypophysectomie. Qu'il soit possible que ces altérations marchent de l'ovaire à l'hypophyse ou *vice versa* est un problème que Kraul se propose d'attaquer plus tard.

Dans ce travail, il a usé si souvent du terme de « lutéinisation » qu'il désire exposer comment il l'entend. Il ne veut pas dire par là la formation physiologique du *corpus luteum* mais les changements bien connus qui surviennent quelquefois dans les follicules non rompus tels la tuméfaction de la granuleuse et des cellules de la membrane interne, l'amincissement de la paroi et la multiplication des capillaires. Semblable follicule est un pseudo-corps jaune et fréquemment on y rencontre l'ovule emprisonné par ses cellules de lutéine hyperplasiées. Physiologiquement dans la gestation, on trouve, parfois, les parois des follicules de dimensions moyennes se lutéinisant. Cette altération s'accentue jusqu'à transformation kystique dans les cas de môle hydatiforme et de chorio-epitheliome. Le processus qui produit la lutéinisation normale des follicules rompus est le même qui engendre les pseudo-corps des follicules intacts. Les ovaires de nombreux quadrupèdes, spécialement les rongeurs et surtout le lapin (avec son ovulation non spontanée) présentent de larges aires de tissu lutéinique extra-folliculaire, dites glande interstitielle. La question de cette glande, de la différence entre les pseudo-corps et la dégénérescence folliculaire normale a été l'objet de publications assez importantes pour qu'il soit inutile de l'aborder.

Mais Kraul tient à mentionner la constatation de P.-E. Smith et E.-T. Engle à savoir que l'excitation conjointe du développement folliculaire et de la lutéinisation est susceptible de produire les corps dits intermédiaires, caractérisés par une structure hybride entre les follicules et les pseudo-corps jaunes.

Il lui a paru intéressant de rechercher si ces pseudo-corps renferment une hormone de quelque importance physiologique. Nous savons par les recherches de Fraenkel et celles plus récentes de Corner que le corps jaune produit sa propre hormone, qui agit sur la muqueuse utérine, sur le myomètre, etc. Afin de déceler une hormone correspondante dans le pseudo-corps, Kraul a greffé des ovaires lutéinisés sur des lapines ovariotomisées vingt heures après une copulation stérile. Ces ovaires avaient été très enrichis en tissu glandulaire interstitiel par greffe placentaire préalable sur l'animal donneur. Cinq jours après, la muqueuse utérine présentait une hyperplasie nette, qu'il était impossible de distinguer de l'effet d'un véritable corps jaune. Ce qui signifie, pour Kraul que, comme le corps jaune, le pseudo-corps produit une hormone active.

Il n'est pas douteux que le corps jaune normal jouit d'un certain degré d'indépendance. Ceci s'accorde avec les observations de Westmann qui, après ablation de la trompe de Fallope et des cornes utérines de lapines copulées stérilement, réussit à montrer que bien que l'œuf eût été enlevé, le corps jaune conservait ses fonctions ainsi que le prouvait l'hyperplasie progressive de la muqueuse utérine. Kraul a répété semblables expériences sur cinq lapines, avec contrôle de lapines non opérées et il a obtenu les mêmes résultats que Westmann.

Comme P.-E. Smith, il a constaté qu'après hypophysectomie et en dépit de la régression des autres tissus ovariens, le corps jaune survit pendant plusieurs semaines. D'autre part, Teel a montré qu'un extrait alcalin de la pituitaire antérieure stimule le corps jaune et, à son aide, il a pu prolonger, chez des animaux, la gestation de deux à six jours au delà du terme. En même temps, il faut avoir constamment présent à l'esprit que l'ovaire de la femme ne tend pas, à beaucoup près, vers la lutéinisation autant que ceux des rongeurs, surtout des lapines.

L'influence du placenta sur le processus de lutéinisation est bien connu, puisque aussi longtemps qu'il fait partie de l'organisme on peut extraire de l'urine de fortes quantités de lutéine. Est-elle produite par le placenta lui-même ou par action de ce dernier sur la pituitaire antérieure ? Kraul espère l'apprendre sur des rats hypophysectomisés. Cette augmentation de lutéine a certainement une grande importance en empêchant une ovulation superflue durant la gestation, *à la suite de la dégénérescence du corps jaune*. Chez les rongeurs, le corps jaune persiste durant toute l'évolution de la gravidité, bien que leur placenta ne contienne pas autant d'hormone que celui de la femme et que le sérum de leur sang n'offre aucune augmentation d'hormone de la pituitaire antérieure. Une exception évidente existe dans le cas de la jument dont le sérum en contient de fortes proportions (Cole et Hart). Chez elle, néanmoins, le corps jaune dégénère avant la fin de la gestation.

Folliculine et hormone du corps jaune agissent sur la muqueuse utérine, sur la glande mammaire et sur la pituitaire antérieure, partie synergiquement partie antagonistement. L'hormone du corps jaune, comme il a été exposé, réclame l'action préalable de la folliculine mais l'excès de cette dernière inhibe l'action de la première. La glande pituitaire possède évidemment une action régulatrice dans le rapport quantitatif des hormones, laquelle est très importante, puisque un excédent du principe du lobe antérieur empêche le rut normal, ainsi que l'ont établi Smith et Engle. De plus Hofbauer a réussi à produire chez la cobaye un état simulant l'endométrite hyperplasique par un excès d'extrait de pituitaire antérieure. Un autre exemple de l'importance de cet équilibre hormonal est qu'un excès de folliculine aussi bien que du principe du corps jaune peut causer l'avortement, bien que les deux coopèrent à l'évolution normale de la gravidité.

Quelques glandes endocrines peuvent stocker des hormones, par exemple, le corps jaune humain contient, dans la grossesse, de la folliculine et de l'hormone de la pituitaire antérieure. Le placenta renferme aussi plusieurs hormones. En conséquence, il a paru intéressant à Kraul de voir si la pituitaire antérieure les emmagasine également. Après des injections de folliculine durant une semaine, la pituitaire antérieure de souris adulte fut greffée sur des souris châtrées et comme elles ne montrèrent aucun signe de chaleurs, on peut en conclure que la pituitaire antérieure ne stocke pas de folliculine.

Commentaire.— Il n'est aucune autre branche des investigations médicales où l'on avance sur une glace plus fragile que dans le champ de l'endocrinologie. Il faut donc écarter avec le plus grand soin l'attraction des hypothèses risquées. Quoi qu'il en soit, les observations sur les divers effets de la pituitaire rapportées dans ce travail, provoquent inévitablement cette question : apportent-elles une nouvelle clarté sur la physiologie de la pituitaire antérieure dans ses rapports avec le cycle sexuel ? Le cycle ovarien correspond-il à un « rythme pituitaire » ?

Nous savons que la pituitaire antérieure provoque le développement folliculaire, que ce dernier est inhibé par le corps jaune. L'action inhibitoire du dernier sur les ovaires comporte-t-elle une relation avec la pituitaire et s'il en est ainsi qu'est-elle et comment se manifeste-t-elle ? Est-elle due à l'inhibition de l'activité de l'hormone provocatrice

du follicule, ou à l'augmentation du principe provocateur de la lutéine ? Il est impossible de répondre définitivement à ces questions. Nonobstant ces réserves, Kraul se croit autorisé à déduire de ses observations que la résorption du liquide folliculaire et de son principe, aussi bien que l'hormone du corps jaune (l'hormone placentaire également) exercent, tous, une importante influence qualitative et quantitative sur la glande pituitaire. La pituitaire antérieure a été appelée le « moteur » de l'ovaire ; Kraul ajoute le « régulateur ».

Parmi les effets stimulants de la pituitaire antérieure sur l'ovaire, il faut distinguer le déclenchement du développement folliculaire et la production de l'hormone dite sexuelle femine (folliculine). Que leurs fonctions ne soient pas entièrement parallèles est prouvé par le fait que la dernière se rencontre en des sièges autres que l'ovaire, principalement dans le placenta, ainsi que l'a bien établi R. Frank qui trouva que l'acmé de folliculinémie ne coïncide pas avec la rupture du follicule de Graaf. Dans l'ovaire comme dans d'autres organes, son état momentané a la plus haute importance, particulièrement dans sa faculté à répondre aux excitations variables comme nous savons dans la puberté et la ménopause.

Une observation intéressante est celle de l'échange aisé des impulsions nerveuse et hormonale à travers l'hypophyse. Il est bien connu que l'excitation du cervix d'un animal, au moyen d'un agitateur, de même qu'une discission ou curettage chez la femme, provoquent des modifications dans l'ovaire. Qu'elles ne soient pas simplement dues à une hyperémie irritative, la rupture d'un follicule dans un ovaire transplanté loin du siège de l'opération irritative en est la preuve. Il est également notoire que les émotions psychiques, ainsi que les modifications dans le métabolisme des graisses et des vitamines, comme aussi le déséquilibre du système nerveux végétatif, influencent l'ovaire et probablement par voie hypophysaire.

Dans un précédent travail Kraul a fait voir la corrélation existant entre la lactation, la fonction pituitaire et l'altération résultante de l'ovaire.

De ci-dessus, il apparaît plutôt probable que quelques troubles, cycliques ou autres, dans les organes sexuels générateurs, peuvent exercer des influences lointaines et spécialement sur le corps pituitaire antérieur. Ce fait peut avoir quelque valeur en vue du traitement de certains états gynécologiques.

Résumé. — 1) Des glandes pituitaires provenant de lapines, cobayes, rates et souris qui avaient été soumises à l'action d'extraits et tissu placentaires, d'hormone du corps jaune, de folliculine et d'urine de gestantes, furent transplantées sur des souris impubères. En comparant les ovaires de ces souris avec ceux d'autres souris auxquelles on avait transplanté des pituitaires normales, on constatait dans les premiers davantage de tissu de lutéine et de pseudo-corps.

2) L'acte d'accroissement folliculaire, produit par greffes de pituitaires d'animaux soumis à la folliculine ou au tissu placentaire, variait mais était réel. Il était moins accusé après injections d'extrait placentaire, d'hormone de corps jaune ou d'urine de gestantes.

3) Les injections de surrénaline n'augmentent pas l'action de lutéinisation des transplants de pituitaire.

4) Les greffes de placenta de cobayes, chattes et rates agissent seulement légèrement sur l'ovaire des souris impubères.

5) L'irradiation aux rayons X de la tête n'accroît pas le pouvoir de lutéinisation de la pituitaire. D'autre part, la pituitaire d'animaux dont les ovaires ont été préalablement irradiés détermine une lutéinisation nette des ovaires de la souris impubère.

6) L'administration prolongée d'hormone du corps jaune, d'extrait ou de tissu placentaires, de folliculine ou d'urine de gestante détermine chez les lapines cobayes, rates et souris adultes de la lutéinisation à différents degrés, suivie d'altération ou de suppression du cycle ovarien.

7) La pituitaire antérieure n'accumule pas les hormones.

8) Le placenta de la femme à terme ne renferme pas d'hormone du corps jaune.

9) Il existe un certain degré d'indépendance entre le corps jaune et l'œuf, ainsi que le montre la continuation de fonction du premier après disparition du dernier.

Conclusions. — L'emploi d'extrait de la pituitaire antérienre a montré à plusieurs expérimentateurs l'existence de deux hormones agissant différemment sur l'ovaire. L'une stimule le développement des follicules, l'autre active la formation de la lutéine. Dans ce travail, Kraul a établi que la glande entière peut produire les deux effets.

Le lobe antérieur est, lui-même, influencé par les substances endocrines de l'ovaire et du placenta. Conséquemment il ne régit pas absolument le cycle ovarien. D'autre part par réciprocité une fonction cyclique du lobe antérieur, est fort probable, sinon encore prouvée.

Il faut se rappeler que les injections ou greffes de plusieurs substances peuvent agir soit directement sur l'ovaire de la souris impubère, soit seulement indirectement en agissant simultanément sur la pituitaire de l'animal en expérience, ce qui constitue la possibilité d'une erreur dans les déductions de Kraul.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Maladies infectieuses

L'existence d'une infection septicémique doit nous inciter à rechercher quel est le foyer d'où part l'envahissement sanguin ; si l'on ne trouve pas comme point de départ les lésions les plus habituelles (plaie infectée, collection purulente abdominale ou sous-phrénique, endocardite septique), il est important de penser à l'abcès du foie ; P. Cambier et J. Dagnelie en ont observé un cas, dont voici l'histoire résumée.

Il s'agit d'un homme de 50 ans présentant une légère artériosclérose, une syphilis ancienne, une bronchite chronique.

A son entrée à l'hôpital, il est malade depuis huit jours déjà sans que son affection puisse être caractérisée. Sa température est très élevée, il est abattu et l'examen physique révèle, outre les signes de syphilis ancienne, une bronchite disséminée et intense. Pendant les trois ou quatre jours qui suivent son admission, l'état du patient semble s'améliorer, puis l'abattement se prononce de nouveau, la température remonte. Le septième jour apparaissent des lésions cutanées inflammatoires dans la région de l'épaule droite.

Une hémoculture est pratiquée à ce moment. Le dixième jour elle est positive et contient du staphylocoque doré. Un nouvel ensemencement est alors effectué. Le douzième jour des nodules inflammatoires apparaissent, tenaces sur l'abdomen, fugaces aux avant-bras. Le jour de la mort (treizième jour) une ponction pleurale droite ramène un peu de pus et ce pus comme la deuxième hémoculture contient du staphylocoque doré.

A aucun moment le malade n'a présenté de frisson. La température a été très irrégulière. La leucocytose est restée modérée (11.600 le deuxième jour avec 68 neutrophiles, 13.000 le huitième jour avec 78 neutrophiles). Pendant tout le cours de la maladie le foie a été augmenté de volume et sensible à la palpation ; la sonorité et la respiration à la base droite ont été diminuées.

(P. Cambier et J. Dagnelie. Abcès du foie à staphylocoques. Thrombose des veines sus-hépatiques. Septicémie à staphylocoques. Foie muscade localisé. *Scalpel*, 25 février 1933.)

Tube digestif

Il faut faire la distinction entre la bactériocholie et l'infection biliaire ; cette dernière se produit quand il y a augmentation de virulence des germes, troubles moteurs et secrétoires des voies biliaires ou moindre resistance de l'organisme.

La biliculture a peu de valeur dans les cholécystites; si l'examen bactériologique compte peu pour l'orientation, il prend en échange une importance considérable pour l'étude des phénomènes de nature allergique. Parmi ces derniers on peut citer la céphalée persistante, l'urticaire fébrile, les douleurs du côlon, les crises diarrhéiques, l'eczéma.

Le traitement consiste dans la désensibilisation du malade par les auto-vaccins; on évite soigneusement le déclenchement de phénomènes allergiques intenses, qui se manifestent dans quelques cas comme de véritables coliques hépatiques.

(H.-G. Mogena, C. Duran et J. Tapie. Clinica de la bacteriologia biliar. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades,* 10 décembre 1932.)

Il existe généralement un peu de confusion au sujet d'un certain nombre de points particuliers concernant l'infection des voies biliaires.

1° La notion d'infection de la vésicule biliaire est souvent confondue, à tort, avec l'idée de cholécystite infectieuse ; on peut héberger des microbes dans le contenu de la vésicule sans avoir pour cela une cholécystite ;

2° La réciproque est également vraie. Dans une cholécystite authentique on peut très bien avoir une bile parfaitement stérile ;

3° Un certain nombre de médecins se figurent — cette illusion est du reste fréquente — qu'une infection quelque peu durable de la vésicule se traduit fatalement par des altérations toujours assez profondes des parois de l'organe. Il n'en est rien ; c'est au contraire la modestie des altérations pathologiques qui est la plupart du temps remarquable ;

4° Cholécystite reste pour nous le synonyme d'infection du cholécyste ; or, inflammation ne veut pas nécessairement dire infection ;

5° Il est un fait qui restera définitivement acquis, même en cas de revision des conceptions actuelles, c'est la participation simultanée du foie et de la vesicule, voire du pancréas, à des phénomènes morbides que l'on était accoutumé à considérer comme une affection locale de la vésicule. En réalité, les affections hépatiques et les affections des voies biliaires ne sont guère séparables et c'est la dominance des signes relevant de l'un ou de l'autre organe, qui imprime à l'affection une physionomie clinique et détermine son classement dans l'un ou l'autre groupe nosologique ; mais, du point de vue physio-pathologique, l'intrication des deux groupes de phenomènes est indiscutable. C'est surtout quand on parle de cholécystites et de vésicules qu'il faut se souvenir que *toujours*, dans ces cas, il y a des lésions hépatiques simultanées, sinon primitives.

Un des problèmes les plus intéressants et des plus mal connus, concernant la physio-pathologie des voies biliaires, c'est la lithiase ; nous ne savons pas grand'chose, sinon que :

1° L'infection favorise probablement la formation de calculs pigmentaires ;

2° Ceux-ci peuvent être l'amorce de précipitations cholestériniques importantes ; il en est de même de certains corps étrangers, (parasites, etc.) ;

3° Floculation du cholestérol ne veut pas dire lithiase ; il faut une précipitation en masse, amorphe ; celle-ci est due à l'intervention d'une impureté empêchant la cristallisation extemporanée ;

4° Cette précipitation du cholestérol est due à une modification du milieu colloïdal de la bile, soit par altération de certains colloïdes protecteurs, soit par modification du pH, ce qui réalise la condition nécessaire et suffisante par la précipitation du cholestérol en gouttelettes amorphes.

(O. Coquelet. Notions de physiologie et de physio-pathologie des voies biliaires dans leurs rapports avec la clinique. *Scalpel,* 18 février 1933.)

Il est etrange que les auteurs ne signalent pas de calculs vésiculaires composés uniquement de carbonate calcique pur.

O. Weill a eu l'occasion d'observer un cas dans lequel le calcul était constitué par 94 % de carbonate calcique ; il n'y avait ni phosphate calcique ni sel de magnésium ; le restant était constitué par de la matière organique, en partie une albumine, en partie des traces de cholestérol.

Ce qui est étrange c'est la rareté du fait. L'auteur pense qu'un semblable calcul n'a jamais été signalé et il se demande pourquoi ; car le carbonate calcique est une substance banale dans notre organisme, présente dans la bile vésiculaire et entrant pour partie dans la composition de nombreux calculs ; il ignore pourquoi les calculs de carbonate calcique pur sont exceptionnels.

(O. Weill. Le quatrième calcul biliaire. *Journal Belge de gastro-entérologie,* janvier 1933.)

Chirurgie

La réduction et le maintien des fractures transversales diaphysaires des deux os de l'avant-bras sont difficiles ; comme les résultats sont décevants, les chirurgiens ont recours à l'ostéosynthèse.

C. Julliard, de Genève, a adopté une technique nouvelle infiniment plus simple, qui lui a donné la plus entière satisfaction dans sept cas consécutifs.

« J'avais, dit-il, à traiter une fracture diaphysaire des deux os de l'avant-bras chez un jeune garçon, que je ne parvenais pas à réduire, malgré le secours de la narcose et des rayons X. Je me décidai à exécuter une ostéosynthèse, mais, après avoir réduit les fragments, je fus surpris de constater qu'ils paraissaient se maintenir tout seuls, grâce aux petites aspérités qui couronnent toujours les extrémités fracturées. Je tentai alors de ne pas mettre de plaque et de ne faire aucune ostéosynthèse, même au catgut. Ayant refermé les incisions, j'appliquai un plâtre, sans imprimer le moindre mouvement au membre, et je fus surpris de voir que les fragments se maintenaient parfaitement en contact. La guérison se fit rapidement et le résultat anatomique et fonctionnel fut parfait ».

Le seul inconvénient de la méthode est l'existence de deux petites cicatrices sur l'avant-bras ; c'est peu en comparaison des troubles esthétiques graves résultant d'une déformation de l'axe du membre, de la présence d'une saillie osseuse disgracieuse ou de la soudure des cals radial et cubital.

(C. Julliard. Réduction sanglante « sans ostéosynthèse » de la fracture diaphysaire de l'avant-bras. *Revue médicale de la Suisse romande,* 10 mars 1933.)

Une observation de fistule iléo-vésicale de de Caluwe d'Anvers, mérite d'être signalée pour la simplicité de son évolution après une intervention minime.

Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années dont l'anamnèse remonte à quatre ans ; en 1931 une laparotomie droite est pratiquée pour enlever l'appendice ; à cette occasion le chirurgien porte le diagnostic de tuberculose cæcale.

A la suite de cette intervention les symptômes s'amendèrent pendant quelques semaines, puis reprirent de plus belle ; un beau jour brusquement apparurent des symptômes vésicaux et les urines se montrèrent mélangées de matières fécaloïdes.

On fait une laparotomie sous rachianesthésie. L'attention est attirée sur une anse grêle superficielle, adhérente à la vessie, coudée à angle aigu et animée de mouvements péristaltiques violents. On fait une anastomose entre l'anse grêle dilatée et le cæcum au moyen d'un gros bouton de Murphy.

Les jours suivants les urines du malade devinrent beaucoup plus claires, les troubles vésicaux s'amendèrent très rapidement, le bouton de Murphy s'élimina le dixième jour. Six semaines après l'opération les urines étaient parfaitement limpides. Trois mois après le malade avait gagné dix kilogr. et se trouvait en parfaite santé.

(De Caluwe. Fistule iléo-vésicale. *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie,* janvier 1933.)

L'absence de la pointe du nez défigure complètement un sujet et la restauration plastique n'est pas facile.

Il faut que la pointe ait des contours arrondis et ne donne pas à l'ensemble du nez l'aspect camus.

Il faut envisager, lors de l'opération, l'étendue de la perte de substance, la tendance à la guérison de la lésion, les dimensions des lambeaux, leur vitalité et leur rétraction.

Aurèle Rethi, de Budapest, utilise cette rétraction, au lieu de la considérer comme un inconvénient ; il laisse les lambeaux se rétrécir jusqu'au moment où ils prennent une forme reproduisant parfaitement la pointe du nez.

Pour suppléer aux pertes de substance de la pointe du nez, on unit d'abord à la peau du nez le ou les lambeaux prélevés au niveau du sillon labio-nasal, puis, après avoir libéré le pédicule du lambeau, on le laisse se rétrécir.

S'il s'agit d'une difformité congénitale ou s'il faut relever une pointe de nez trop pendante, la correction peut être effectuée de façon satisfaisante au moyen d'un fragment de cartilage du septum, muni de périchondre d'un côté.

(A. Rethi. De la réparation plastique des destructions de la pointe du nez. *Revue de chirurgie plastique,* janvier 1933.)

Thérapeutique

Le silicate de potasse, en solution à 10 ou 20 pour 100, est un bon topique dans l'érysipèle, dans certaines dermatoses (eczéma, ecthyma, intertrigo, rupia) et, par analogie, dans les phlébites superficielles.

Cette solution, appliquée en compresses, a des qualités antiseptiques, sans être corrosives, toniques ou irritantes.

(Francisco Canto. Valor de las soluciones y aquas silicatadas en el tratamiento de la crisipela y otros dermatosis. *Cronica medica*, 15 octobre 1932.)

Le bromure d'ammonium, à la dose de 5 à 10 grammes, possède une action diurétique nette chez les malades qui présentent des œdèmes.

Il s'associe efficacement aux diurétiques mercuriels dans les cas d'anasarque avec perméabilité rénale conservée.

Trois observations sont particulièrement démonstratives des heureux effets d'une médication non toxique.

(F.-C. Arrillaga et A.-C. Taquini. Accion diuretica del bromuro de amonio. *Semana medica*, 29 décembre 1932 et *Medicina Ibera*, 28 janvier 1933.)

Aphorismes

La théorie des sécrétions internes a traversé une crise que n'a connue aucune autre branche de la physio-pathologie. (Gregorio Maranon, de la Havane.)

L'alcool, c'est la fabrique des anormaux. (J. Taillens, de Lausanne.)

Les grands types morbides de la pathologie médicale sont nécessairement inscrits en des cadres assez larges ; ils montrent dans leurs lignes principales un aspect assez incertain et quelque peu flou. Loin de présenter cette netteté et cette précision que l'on veut trouver dans la relation clinique d'un cas particulier, ils rappellent, au contraire, l'aspect de ces images composites que réalise la superposition d'un certain nombre de photographies individuelles ; l'opération amortit et estompe les traits individuels ou insolites, tandis qu'elle marque fortement les caractères communs à l'ensemble des sujets (René Verhoogen, de Bruxelles.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1933

Constatations expérimentales concernant l'étiologie tuberculeuse de certaines démences précoces. — *MM. F. Coste, J. Valtis* et *F. van Deinse*. — 1° On peut fréquemment dans l'hébéphréno-catatonie (neuf fois sur quinze pour la présente série) isoler par inoculation au cobaye des bacilles acido-résistants, soit simultanément à partir du sang et du liquide céphalo-rachidien, soit isolément de l'un ou de l'autre (et plus souvent du liquide céphalo-rachidien).

2° Chez huit sujets témoins, la même recherche n'a donné que des résultats négatifs :

3° Les bacilles isolés sont habituellement assimilables à ceux qu'on obtient à partir de l'ultravirus tuberculeux.

4° Cette proportion (9/15) représente un minimum ; le virus surtout sous une forme atténuée ou filtrable, peut échapper lors d'une première inoculation et être trouvé dans un nouveau prélèvement, surtout si celui-ci a lieu durant une poussée évolutive de la maladie (dans un de nos cas, par exemple, sur trois ponctions lombaires effectuées à quelques semaines de distance chez le même sujet, une seule a donné un résultat positif). *Mais nous n'avons, chez six sujets positifs sur neuf, pratiqué qu'un seul prélèvement de sang et de liquide*, ce qui signifie que le bacille a pu être isolé avec une réelle facilité, et laisse prévoir que si de nouveaux prélèvements avaient été effectués dans le groupe des six sujets négatifs (chacun d'eux n'en a subi qu'un seul), nous aurions probablement enregistré d'autres inoculations positives, augmentant encore le pourcentage des succès.

Nous insistons sur l'utilité des injections d'extrait acétonique pour la mise en évidence de ce virus à faible pouvoir pathogène expérimental.

5° Il n'y a pas de différence importante quant aux réactions allergiques entre le groupe des déments précoces et celui des autres sujets. Si l'on voulait cependant attribuer aux déments précoces un comportement particulier à ce point de vue, il faudrait le chercher dans une faiblesse relative, ou parfois même une absence de l'allergie tuberculeuse, ce qui cadrerait assez bien avec l'idée d'une infection par l'ultra-virus.

Ces données, sont intéressantes, non seulement en ce qu'elles permettraient d'attribuer à l'infection tuberculeuse, et plus particulièrement à l'ultra-virus, un rôle important dans l'étiologie des syndromes hébéphréno-catatoniques, mais parce qu'elles permettraient de formuler, quant à la physiopathologie de ces états, certaines déductions utiles.

Sur les causes d'erreur dues au mode opératoire et aux règles d'interprétation dans l'analyse interférométrique d'après Hirsch. — *MM. A. et R. Sartory, J. Weill et J. Meyer*.

Les trois zones réflexogènes et la régulation du tonus cardio-vasculaire dans la station verticale. — *MM. D. Danielopolu* et *A. Aslan*.

Artériographie du cervelet et des autres organes de la fosse postérieure. — *MM. Egas Moniz, Amandio Pinto* et *Abel Alves.*

Séance du 13 juin 1933

Présence dans l'urine de certains malades d'un principe mélanophoro-dilatateur. Son application comme test de fonctionnement de l'hypophyse. — *MM. R. Collin* et *P.-L. Drouet*. — La réaction des mélanophores provoquée chez la grenouille au moyen d'urines humaines est susceptible de traduire la suractivité fonctionnelle et pathologique de la glande pituitaire. Cette réaction est un test utilisable conjointement avec les tests connus de la préhypophyse. Dans les cas étudiés, elle a permis de déceler l'existence d'un facteur hypophysaire. Dans les observations d'hyperthyroïdie, par exemple, elle manifeste l'existence d'un facteur pituitaire déjà démontré par les recherches expérimentales de Schockaert. Dans les cas de tumeurs hypophysaires, elle peut constituer une base de diagnostic en montrant la participation de la glande dans un syndrome tumoral à manifestations infundibulo-tubériennes.

Enfin, et ce n'est pas le moindre intérêt de ce test, il fournit un moyen de déceler l'intervention de la glande pituitaire dans des syndromes où rien ne peut faire songer à un trouble fonctionnel de nature hypophysaire et fournit ainsi un moyen nouveau de pousser plus avant l'étude physio-pathologique de l'hypophyse.

Dans certains cas déjà très anciens la sérothérapie spécifique détermine rapidement une amélioration motrice nette, mais qui bientôt ne s'accentue plus. Elle a réagi d'abord sur les cellules nerveuses, a rétabli leur fonction, mais l'amélioration butte à la non-réponse des muscles trop atrophiés dont l'action motrice ne peut être mécaniquement que très limitée. Mais la restauration cellulaire n'est pas moins complète ; et quand, sous l'influence de celle-ci, secondée par l'électrothérapie et les méthodes dont Bordet a montré l'action, on a restauré les muscles, cinq ou six mois plus tard l'activité musculaire se rétablit complètement, plus rapidement cependant que lorsque la sérothérapie n'est pas intervenue antérieurement.

Hibernation du moustique commun. — *M. J. Legendre*, pendant trois années a suivi, dans une ville maritime du Centre-Ouest, l'estivation et l'hibernation du moustique commun, *Culex pipiens*, et a constaté quelques particularités de l'hibernation qui n'ont pas été signalées jusqu'ici : la rentrée vespérale, en masse, dans les habitations à l'arrière-saison et l'abandon, fin janvier des habitations où ils passaient l'hiver.

La sérothérapie tardive de la maladie de Heine-Médin chez l'adulte. Ses résultats et leur signification. — *M. G. Etienne*. — Le principe de la sérothérapie antipoliomyélitique est d'employer le sérum tant que le virus poliomyélitique existe dans les cellules nerveuses ; peut-être plus exactement tant que ces cellules sont atteintes de lésions encore spécifiques. Il est évident qu'en face de lésions devenues dégénératives, banales, vis-à-vis des cellules détruites ainsi que le montrent les récentes recherches de Lhermitte, Pagniez et Pluchet, celles de Debrie, d'Alfred Wiener et d'H. Finley, le sérum ne peut plus rien.

A. Nette fixe à dix jours ce délai ; il s'agit alors très vraisemblablement de l'enfant. Pour M. Etienne, le délai est beaucoup plus prolongé chez l'adulte. Et un nombre déjà notable

d'observations lui ont montré que là l'intervention est active pendant un laps de temps qu'on n'eût d'abord pas soupçonné.

La place de la cure sanatoriale dans la thérapeutique actuelle de la tuberculose pulmonaire. — *M. Léon Bernard.*

Election de deux associés nationaux. — Classement des candidats en première ligne : M. LESBRE (de Lyon) ; M. SABRAZÈS (de Bordeaux).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. BOUIN (de Strasbourg) ; CADÉAC (de Lyon) ; CHAVANNAZ (de Bordeaux) ; COURMONT (de Lyon) ; ETIENNE (de Nancy).

MM. LESBRE et SABRAZÈS sont élus associés nationaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1933

Pleurésie putride et abcès cortical. — *M. Moulonguet* apporte une observation analogue à celle de *M. R. Monod* suivie de fistule broncho-pleurale et guérie par réintervention.

Goitre intra-thoracique bénin. — *M. Lenormant* analyse une observation de *M. Lemonnier* (de Roanne) concernant une femme soignée de longue date pour tuberculose pulmonaire et présentant en réalité un goitre plongeant. Opération. Guérison.

Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste lutéinique. — *M. Lenormant* rapporte cette intéressante observation communiquée par *M. Veyrassat* (de Genève).

Il s'agissait d'une jeune fille chez qui le diagnostic d'appendicite fut initialement porté. Rectification opératoire. Guérison.

Uretère anormal ouvert dans le vagin. — *M. Papin* a eu l'occasion de voir une malade présentant un uretère anormal. Il fit l'ablation de la moitié supérieure du rein gauche, après diagnostic précis posé par radiographie à l'abrodil. Guérison.

M. Moulonguet a vu à Montréal un cas analogue opéré par *M. Bourgeois.*

Invagination aiguë chez un enfant de 9 ans. Résection et anus sur le grêle au huitième jour. — *M. Sorrel* rapporte cette intéressante observation de *M. Loutsch*. Intervention décidée pour appendicite. Guérison après réintervention pour occlusion par bride. L'auteur insiste sur les caractères un peu particuliers de l'invagination du grand enfant et sur la difficulté du diagnostic.

Tumeurs du cervelet. — *M. de Martel* rapporte deux cas de *M. Jentzer* (de Genève), opérés et guéris. Les deux fois, il a réséqué la moitié du cervelet correspondant à la tumeur.

Sur l'apicolyse. — *M. Maurer* insiste sur les avantages de la thoracoplastie supérieure et condamne l'apicolyse simple ou avec plombage.

Anesthésie. — *M. Auvray* plaide en faveur de l'anesthésie locale ; ou, si celle-ci est irréalisable, il emploie l'éther. Il indique aussi quelle sécurité donnent des anesthésistes expérimentés.

Tumeurs blanches du genou. — *M. Richard* montre que, même chez l'enfant, le traitement opératoire peut être intéressant.

En particulier, dans des genoux angulaires ayant terminé leur évolution, la capsulotomie peut rendre service, quelquefois même avec des petites résections osseuses.

Dans d'autres cas qui récidivent plusieurs fois malgré un traitement bien conduit, M. Richard préconise une greffe osseuse réalisant un enchevillement oblique ménageant soigneusement les cartilages de conjugaison.

M. Sorrel montre que ces opérations sont rarement indiquées. De plus, le résultat tardif n'est pas toujours aussi bon que le résultat immédiat.

M. Mathieu confirme ce que dit *M. Sorrel*.

Section de tendons fléchisseurs. — *MM. Cunéo* et *Sénéque* ont fait, après cicatrisation, une greffe selon la méthode de Sterling Bunnel sur le quatrième et le cinquième doigts Très beau résultat.

Greffe tubulaire. — *M. Proust.*

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juin 1933

Influence de la déchloruration sur le taux de la polyurie dans un cas de diabète insipide. — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin* et *Gilbert-Dreyfus* rapportent une observation de diabète insipide dont la polyurie s'élève à quatorze, quinze litres lorsque le malade est soumis à un régime alimentaire normal. L'influence des injections d'hypophyse est manifeste sur le taux de la diurèse ; nul au contraire l'effet de la folliculine. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'action du régime déchloruré ; il suffit de supprimer le sel de l'alimentation pour que la soif se calme et que la polyurie se réduise de moitié. En modifiant simplement la teneur du régime en sel, on peut faire varier à volonté le chiffre de la diurèse des vingt-heures. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour que l'on puisse dire si l'on s'est trouvé là en présence d'un cas exceptionnel ou s'il s'agit d'une loi générale en matière du diabète insipide.

Sodoku et spirochétose ictéro-hémorragique d'origine locale. — *M. Eschbach* (Bourges).

Le métabolisme basal et les troubles de la nutrition chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. — *MM. Marcel Labbé* et *Gilbert-Dreyfus*, à la lueur d'un cas récent et d'une vingtaine d'observations recueillies à la Pitié depuis quelques années, envisagent les rapports unissant éventuellement la maladie de Parkinson avec les syndromes parabasedowiens, le syndrome basedowien et l'élévation du métabolisme de base.

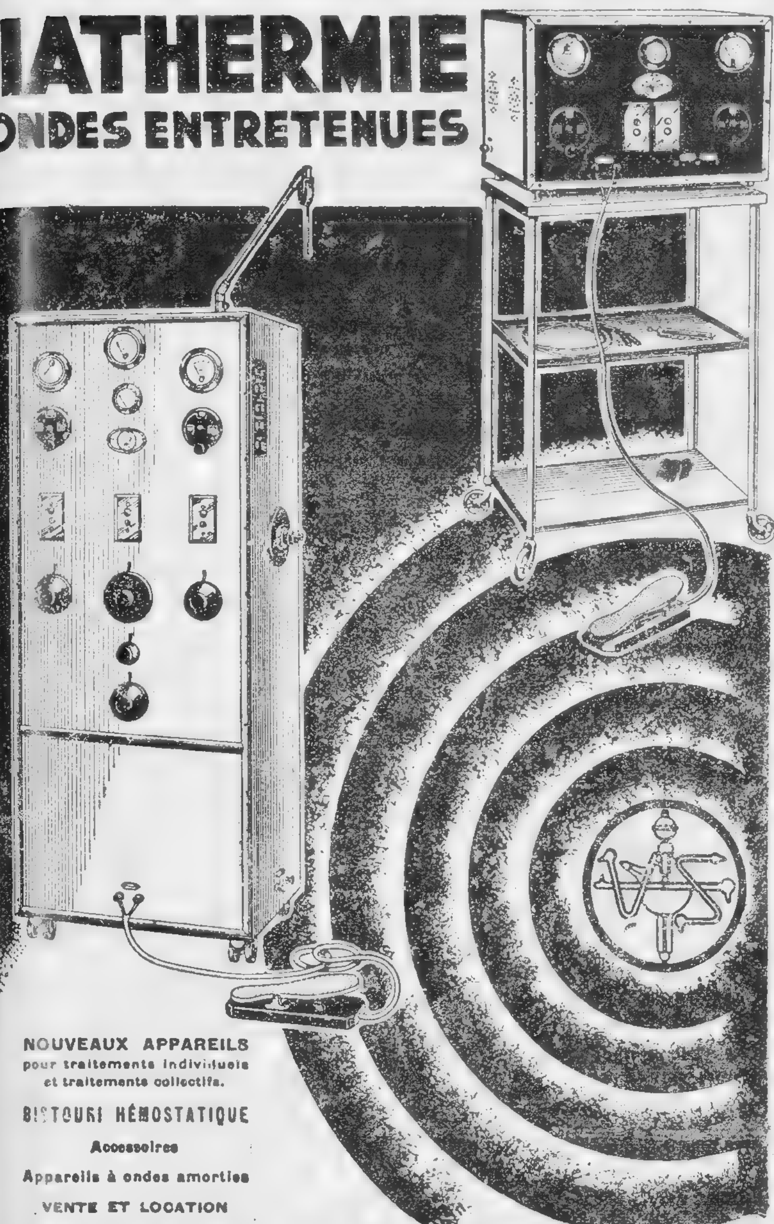
Il ne leur a jamais été donné de voir évoluer simultanément une maladie de Parkinson et une maladie de Basedow authentique. Une telle association leur paraît d'une exceptionnelle rareté. Fréquemment par contre existent au décours de l'encéphalite : soit des troubles sympathiques et parasympathiques sans élévation du métabolisme de base ; soit un hypermétabolisme sans signes cliniques de la série thyroïdienne. Lorsqu'un syndrome d'apparence basedowienne s'accompagne d'une élévation du métabolisme, le problème physio-pathologique auquel s'attachent les auteurs, est beaucoup plus délicat à résoudre : il paraît logique d'admettre l'existence d'un centre mésocéphalique régulateur du métabolisme de base, et susceptible d'être lésé par le virus de l'encéphalite.

M. Decourt a observé chez plusieurs malades parkinsoniens post-encéphalitiques une augmentation modérée du métabolisme basal et se rallie à l'explication de ce fait que donnent MM. Labbé et Gilbert-Dreyfus.

M. May croit qu'il serait intéressant de rechercher si le métabolisme de base est augmenté chez les encéphalitiques non encore devenus parkinsoniens.

La malaria-floculation de Henry : étude de cent cas cliniques. — *M. Théobalt* a confronté chez cent malades les résultats de l'examen clinique et de la malaria-floculation. Trente réactions furent positives ; elles concernaient treize porteurs d'hématozoaires, quinze malades récemment impaludés et présentant des signes cliniques de paludisme en évolution ; deux ictères, dont l'un sans antécédents palustres, ont donné la réaction. Soixante-dix réactions furent négatives, les malades étaient des indigènes sans signes cliniques ni hématologiques de paludisme, ou des Européens, anciens paludéens, rapatriés de longue date. L'auteur considère la réaction de Henry comme un excellent test de paludisme actif.

Malaria-floculation de Henry et paludisme chronique. — *M. Le Bourdellès* a pratiqué la malaria-floculation chez 204 sujets suspects de paludisme chronique. Presque toujours, la réaction a été négative ; chez quatre sujets seulement, elle a été positive, indice probable d'une activité récente mais non forcément actuelle. la recherche du plasmodium a été négative ; enfin, le sérum d'un donneur, observé par Nobécourt et Liège, et ayant transmis, huit ans après le rapatriement, le paludisme à deux enfants, a donné une réaction massive. La primo-infection palustre n'engendre donc que rarement le paludisme chronique, bien que des exceptions à la règle paraissent possibles, en dehors de toute réinfestation autochtone. L'auteur pense d'autre part que le rôle des réinfections a été surestimé, leur développement étant entravé par l'état d'allergie créé par la première atteinte, ainsi que le démontrent les faits expérimentaux recueillis à l'occasion de la malariathérapie ; il convient plutôt d'incriminer : dans la genèse du paludisme chronique, le facteur personnel, l'absence de réactivité dont témoignent certains sujets vis-à-vis des infections et des vaccins.



BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

Hématome périsplénique. — *MM. Coste* et *Bolgert* ont observé un malade, porteur d'une otorrhée chronique depuis vingt ans, atteint d'infection aiguë rhino-pharyngée avec état grippal, douleurs dans la région épigastrique et l'hypochondre gauche, légère contracture et matité splénique augmentée. L'évolution s'est poursuivie avec des poussées fébriles et atteinte profonde de l'état général jusqu'à un amaigrissement confinant presque à la cachexie. L'intervention révéla alors l'existence d'un hematome périsplénique avec rate inflammatoire. Les auteurs pensent que l'otorrhée récidivante a produit cette splénite inflammatoire ; un traumatisme léger, survenu trois ans auparavant, a peut-être été la cause déclenchante de la rupture de la rate et l'amorce de l'hématome.

Ulcérations dues aux barbituriques. — *MM. Coste* et *Bolgert* rapportent deux cas d'ulcérations précoces à type trophique au cours d'intoxication barbiturique : décubitus acutus avec nécrose profonde intéressant d'emblée la plus grande partie de la fesse dans le premier cas ; larges phlyctènes plantaires ayant abouti à des ulcérations creusantes dans le second cas. Les auteurs discutent la signification de ces faits.

Histoire clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique d'une hyperparathyroïdie. — *MM P. Sainton, D. Lichtenberg* et *J. Millot* présentent une observation particulièrement instructive au point de vue de l'histoire de la maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen. Il s'agit d'un malade chez lequel l'affection a débuté il y a dix ans par un syndrome algique et par une tumeur fibro-kystique du maxillaire supérieur droit. Il subit en 1930 l'ablation des deux parathyroïdes inférieures, la droite hypertrophiée, la gauche adénomateuse. L'hypercalcémie ne fut guère modifiée par l'intervention, la chronaxie fut améliorée dans certains muscles. Le malade eut une sédation des troubles douloureux de ses membres mais l'ostéite fibro-kystique du maxillaire, continua à évoluer. Une tentative d'irradiation des deux parathyroïdes supérieures n'amena aucun résultat. Une exploration des parathyroïdes supérieures fut pratiquée par le Professeur Cunéo ; au cours de cette intervention, on trouva une tumeur sous la capsule de la thyroïde au niveau de son pôle gauche. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adénome parathyroïdien en voie de transformation épithéliale, fait extrêmement rare dans la pathologie de la parathyroïde.

Cette observation montre l'importance des renseignements fournis par l'examen de la calcémie, en concordance avec les signes cliniques. En effet, le premier échec opératoire s'explique par la multiplicite des adénomes, d'autant moins soupçonnables que l'un d'eux s'était développé sous la capsule thyroïdienne ; la calcémie baissa immédiatement après cette seconde intervention. En dehors de l'intérêt pratique de cette communication, il y a lieu de signaler que le malade présente des concrétions calcaires, juxta-coliques, qui ont été découvertes à la radiographie de l'abdomen. Il n'existe pas à notre connaissance d'exemple de cette localisation au cours de la maladie de Recklinghausen.

Fractures spontanées d'étiologie obscure. — *MM. M. Debray, André, R. Thomann* et *L. Gireaux* communiquent l'observation d'une malade atteinte de fractures spontanées multiples du bassin, des cols fémoraux, des côtes, des omoplates, de métacarpiens et des phalanges.

L'affection est apparue il y a dix ans chez une femme actuellement âgée de 51 ans qui n'est ni tabétique ni syringomélique. Après un séjour de dix mois à l'hôpital, l'état de la malade s'est beaucoup amélioré et les radiographies indiquent une réparation des fractures.

S'agit-il d'une ostéomalacie ? Le début après une grossesse, la longue évolution y font songer. Mais la calcémie normale forte, la calciurie considérable atteignant parfois 525 milligrammes par vingt-quatre heures font penser aussi à une ostéopathie d'origine para-thyroïdienne, bien qu'il n'existe aucune image radiologique indiscutable de kyste osseux.

La question de l'origine syphilitique des accidents se pose également car c'est au cours d'un traitement antisyphilitique arsenical que l'état fonctionnel et général de la malade s'est littéralement transformé.

Michelle Zagdoun.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 mai 1933

La biothérapie des anthrax et des abcès. — *M. Dupuy de Frenelle* utilise pour traiter les abcès et les anthrax une fine lame de poignard à double tranchant. Cette lame est creuse et fait office d'une aiguille. On la monte sur une seringue de 10 centicubes. Elle permet de ponctionner l'abcès et de pratiquer un lavage avec du bactériophage qui lyse les microbes ou de l'antivirus qui immunise les cellules avec lesquelles il entre en contact pour les rendre à la culture des microbes contre lesquels il a été spécifiquement préparé.

La chirurgie des articulations rhumatismales. — *M. Raphaël Massart* expose les bons résultats donnés par la chirurgie dans le traitement des arthrites chroniques rhumatismales. Il précise ces trois points importants : Quels malades faut-il opérer ? A quel moment faut-il les opérer ? Comment faut-il les opérer ? Les principales interventions dont les résultats durables sont à retenir sont : les arthrotomies, les synovectomies, les opérations ankylosantes, les opérations plastiques et reconstructives.

Actuellement, les méthodes telles que les forages, les opérations sur le sympathique ou sur les parathyroïdes demandent à être étudiées, elles sont encore à la période d'expérimentation. La chirurgie permet dans un nombre important de rhumatismes chroniques d'apporter une amélioration compatible avec une vie active.

Grossesse extra-utérine isthmique avant rupture. — *M. P. Séjournet* présente l'opération et la pièce opératoire d'une grossesse extra-utérine isthmique, non rompue et datant de quelques jours. La malade, âgée de 23 ans n'avait pas eu à proprement parler de retard de règles et avait vu celles-ci continuer sous forme de petites hémorragies.

Radiographies multiples de lésions osseuses. — *MM. Guilbert* et *Frain* présentent une observation, avec radiographies multiples, sur des lésions osseuses généralisées à tout le système locomoteur dont la cause est inconnue, mais qui rappellent chacune pour leur compte les diverses lésions spécifiques classiquement décrites, avec Wassermann négatif.

A propos de quelques observations d'excitation et d'amélioration des fonctions ovariennes après des interventions de chirurgie plastiques des seins. — *M. Montant* apporte, choisies parmi plus de 50 observations d'intervention de plastique mammaire, deux cas indiscutables d'amélioration de la fonction ovarienne et deux cas de grossesse observés peu de temps après l'intervention. Il défend la méthode dite de Morestin qui, en plus du résultat esthétique cherché, permet un examen chirurgical de la glande mammaire, sans nuire à la fonction capitale de cette glande.

Luquet.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

De l'influence des inhalations acidosantes sur les états spasmophiles

MM. R. Turpin et Ch.-O. Guillaumin (*S. de Thér.*, 8 mars 1933) insistent à nouveau sur l'influence heureuse que des inhalations oxygène-anhydride carbonique (mélange contenant 5 pour 100 de CO^2) peuvent exercer sur les tétanies latente ou manifeste.

Stomatite primitive à pneumocoques Guérison par l'optochine

A la Société de médecine du Bas-Rhin, M. P. Bicart a rapporté l'observation d'un cas de stomatite à pneumocoques qui s'accompagnait d'herpès labial et de fièvre, sans aucune autre localisation pneumococcique, avec un parfait état dentaire. La guérison fut obtenue, après l'insuccès des antiseptiques habituels, par des lavages de bouche avec une solution d'optochine à 1 pour 1000.

Crise sympathique abdominale consécutive à une injection de bismuth

MM. Sézary et Lenègre (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 9 mars 1933) ont observé une crise abdominale dramatique (douleurs intenses, état lipothymique, diarrhée, vomissements) chez une malade déjà sensible à l'arsenic, et qui eut cet accident après une injection d'une suspension huileuse de bismuth. Cette complication rarissime paraît être la forme majeure des crises intestinales, plus banales.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Comment Anatole France choisit le titre de son roman : « Les Dieux ont soif ». — *M. Louis Barthou le rappelle dans une conférence faite à l'Université des Annales et publiée par* CONFERENCIA (1er mai 1933) :

Les Dieux ont soif ont paru dans *La Revue de Paris* en 1912. Anatole France avait soixante-six ans. Il était dans la maîtrise de son talent. Il avait atteint la plénitude de son art et de sa gloire. Il avait éprouvé, au mois de janvier 1910, une très profonde douleur : Mme Armand de Caillavet était morte. Elle avait occupé dans sa vie une place considérable. Elle avait été, en quelque sorte, la tutrice de son génie, elle avait discipliné sa paresse et elle avait organisé son travail.

. . . .

Il n'y a qu'un moyen de réagir, c'est de se mettre au travail. Il reprend la *Révolte des anges.* C'est un livre dont il a dit qu'il le faisait pour lui. Il en écrit un autre pour le public, *Les Dieux ont soif.* Ce n'était pas le titre primitif du livre. Un ami d'Anatole France, le Docteur Couchoud, a raconté les circonstances dans lesquelles l'idée de ce conte, devenu un roman, vint à Anatole France. Un matin son éditeur, Gaston Calmann, lui demanda un récit d'une vingtaine de pages qui devrait s'inscrire en tête d'un recueil de contes déjà publiés. Quand Gaston Calmann fut parti, Anatole France dit à son ami :

— J'ai mon idée. Mon conte s'appellera *L'Inquisiteur.*

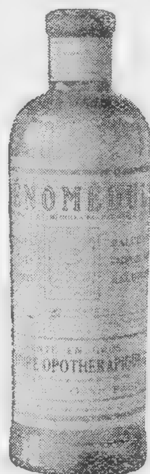
Il entrevoit que le meilleur des hommes, le plus sensible dans la vie privée, le fils le plus tendre, devenu juge au tribunal de l'Inquisition, se fait sanguinaire et impitoyable. Et il ajoute : « Ne croyez-vous pas que c'est la certitude qu'ils tiennent la vérité qui rend les hommes cruels ? »

Alors, en vue d'écrire ce conte, il réunit des documents : Llorente, Lea, les bullaires, les recueils, les interrogatoires et les sentences de l'Inquisition. Assis à sa table Louis XVI, il compulse ces documents ; mais, brusquement, son projet change. Quand le Docteur Couchoud vient le trouver, quelques semaines après, et lui demande si le personnage de l'Inquisition a pris figure, Anatole France lui répond que ce n'est plus à l'Inquisition qu'il veut l'emprunter, mais à la Révolution française. Au lieu de s'appeler *l'Inquisiteur*, le conte s'appellera *Le Juré*, un juré dont il a trouvé le nom, Evariste Gamelin.

Evariste Gamelin était un peintre qui avait vécu avant la Révolution. Mais Anatole France s'était dit que seul M. Couët, son ami, bibliothécaire du Théâtre-Français, constaterait l'anachronisme.

— Vous voyez, dit-il, au Docteur Couchoud, j'ai gardé sur ma table l'Inquisition ! Elle me servira. Mon héros n'a changé que d'habit.

Quand le titre *Le Juré* est-il devenu *Les Dieux ont soif* ? Probablement vers le milieu de la composition du livre. Ce titre a été emprunté par Anatole France au *Vieux Cordelier.* Il avait une admiration ancienne pour Camille Desmoulins. Il avait connu, dans la librairie de son père, Peyrat, celui auquel Gambetta a emprunté le mot fameux sur le cléricalisme et qui venait souvent demander des brochures de Camille Desmoulins, dont il avait déjà la collection complète ! C'est une aventure qui peut arriver aux bibliophiles. Anatole France recevait les visiteurs de la maison paternelle, mais il lisait également les livres qui étaient en vente. Certainement l'admirable numéro 7 du *Vieux Cordelier* ne lui avait pas échappé. Qui ne sait la belle, courageuse et héroïque campagne de Camille Desmoulins contre les excès de la Terreur ? Dans ce numéro de la 2e décade an II de la République une et indivisible, qui portait au-dessous du titre du *Vieux-Cordelier* la devise « Vivre libre ou mourir », la fin est belle : « Aimeriez-vous cette déesse altérée de sang dont les grands prêtres Hébert, Momoro et leurs pareils osent demander que le temple se construise, comme celui du Mexique, des ossements de trois millions de citoyens, et disent sans cesse aux Jacobins, à la Commune, aux Cordeliers, ce que disaient les prêtresses espagnoles à Montezuma : « Les dieux ont soif ? » Le titre était trouvé.



Plaidoyer pour une météorologie médicale en l'an XII de la République. — *On lit dans l'Almanach historique et politique de la Ville de Lyon et du département du Rhône pour l'an XII de la République sous la signature Ph. Bellay, docteur en médecine, ancien médecin des armées et l'un des auteurs du* Conservateur de la santé :

Météorologie — Statistique médicale

La science des influences météorologiques sur la santé des hommes, regardée comme une des plus importantes par le créateur de la médecine, ainsi que par un grand nombre de médecins modernes, n'est point encore assez cultivée, ni assez rigoureusement appréciée par tous les hommes qui exercent l'art de guérir. L'abandon auquel elle est livrée, surtout dans les campagnes, ne reconnaît le plus souvent d'autre cause que le défaut d'instruments météorologiques ; quelquefois, il est vrai, le peu d'habitude d'observer, et peut-être aussi une espèce de mépris pour une infinité de circonstances météorologiques influentes qui doivent facilement échapper à l'observation, quand on n'apporte pas aux recherches de cette nature toute l'attention qu'elles exigent. Cependant les véritables fondements d'une hygiène publique, ainsi que la vraie boussole du médecin dans la connaissance des causes éloignées des maladies endémiques ou épidémiques, et dans celle de la nature de ces causes, ne peuvent se trouver que dans la science des météores. Peut-être qu'on demandera quels sont les rapports d'une années météorologique qui vient de s'écouler, avec l'année qui la suit. S'il est utile de répondre à ceux qui n'ont pas l'habitude de rattacher aux différents météores les diverses maladies qui sévissent sur le peuple dans un temps donné, on leur dira : Méditez sur les produits des influences météorologiques qu'on a pris soin de recueilllir, voyez quelle est la nature de ces produits, suivez-en le développement successif et vous trouverez probablement dans ces recherches quelques fruits qui vous dédommageront de l'aridité apparente de travail. Si telle influence météorologique a donné naissance à tel genre de maladies, si ces maladies se sont accompagnées de certains phénomènes insolites, n'en conclurez-vous pas que, dans un autre temps, les mêmes influences venant à reparaître, doivent donner lieu aux mêmes maladies ! Si ce calcul ne peut pas être aussi rigoureusement logique qu'il serait avantageux de l'avoir tel, il servira du moins à faire naître des rapprochements bien précieux et capables d'éclairer dans la route trop souvent ténébreuse des causes générales des maladies. Il serait donc à désirer que les praticiens des campagnes fussent munis d'instruments propres à faire des observations, et peut-être qu'il leur fût adressé en même temps des modèles de tableaux à remplir, dans lesquels ils seraient invités à noter tout ce qui aurait rapport à la température et à la pesanteur de l'air, aux différents états du ciel, aux vents, aux maladies. De cette manière, il ne serait pas impossible d'obtenir une *météorologie médicale* de tout le département, ce qui serait du plus grand intérêt, non seulement pour les médecins, mais encore pour le magistrat. Déjà un météorologiste célèbre, prévoyant ainsi que l'a fait Toaldo, qu'un *annuaire* météorologique serait utile aux médecins, s'il leur indiquait d'avance les influences qui pouvaient devenir nuisibles aux hommes, s'est livré depuis cinq ans à un travail aussi pénible pour lui qu'il doit être un jour important à la médecine s'il acquiert jamais le degré de perfection et de certitude dont son auteur a flatté les physiciens, les astronomes et les médecins.....

Il y a cent ans. — *Journal des Débats* du dimanche 26 mai 1833 :

Paris, 25 mai. — La grippe régne dans la capitale. Ce n'est plus ni 50.000 personnes, ni même 200.000 qui l'éprouvent aujourd'hui. Nous approcherons très près de la vérité en affirmant que les quatre cinquièmes environ de la population de Paris la ressentent à différents degrés. Ici, comme à Londres, les représentations de l'Opéras ont fort souvent interrompues à cause des rhumes des chanteurs. (*Gazette Médicale.*)

« Paris donne à l'intellectuel cette incomparable impression d'être emporté en avant presque malgré lui. L'étudiant étranger, dans sa petite chambre du quartier latin, ne la ressent pas moins vive ». (Pierre Dupuy. La vie intellectuelle au Canada français. *Revue de Paris*, 1er mai 1933.)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

FONDÉ EN 1873. — N° 25 LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 JUIN 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 13 juin. M. Rosenbach. Pneumonies prolongées et séquelles du poumon simulant la tuberculose. — M. Ameur. Septicémie méningococcique à forme purpurique avec début abdominal. — M. Jacq. Traitement du rhumatisme chronique par les sels d'or. M. Haye. De l'anesthésie locale par le chlorhydrate de pseudo-cocaïne droite en stomatologie. — M. Noguès. Etude pharmacodynamique des eaux du Boulou.

14 juin. — M. Bécue. La rétraction ischémique de Wolkmann. — M. Réhel. Les kystes des ménisques du genou. — M. Landman. Etude de la périarthrite scapulo-humérale avec calcifications et ossifications. — M. Pimpaneau. Etude de l'étiologie et anatomie pathologique des hématèmes vulvo-vaginaux. Mlle Duhamel. Essai de justification des méthodes thérapeutiques homœopathiques. — M. Barot. Etude du traitement de la fièvre typhoïde par le sérum de Rodet.

15 juin. — M. Belaiche. Etude de la cachexie de Simmonds. — M. Dubost. Etude du tubercule de Carabelli. — M. Spitzer. Traitement de la syphilis par la méthode de Pallitzer. — M. Daniel. Les modes de début de l'asthme. — M. Guillain. Etude des compressions de la moelle par des formations vasculaires pathologiques. — M. Cauhépé. Etude des phlegmons diffus céphaliques.

16 juin. — M. Misès. Guérison des stomatites de la leucémie aiguë par le traitement novarsénobenzol. — M. Boudon. Influence de la ponction lombaire sur la tension artérielle.

15 juin (Thèse vétérinaire). — M. Bidan. Etude des pneumomycoses de l'espèce bovine.

19 juin. — M. Lessard. Le cœur dans la fièvre typhoïde. M. Frouin. Etude des troubles neuro-végétatifs dans les dislocations gastro-intestinales. — M. Bernard-Griffiths. Les calcifications pleurales.

20 juin. — M. Coignerai. Soins à donner avant, pendant et après les applications du radium pour épithéliomes inopérables du col. — M. Hubert. Récamier, précurseur de la chirurgie moderne.

21 juin. — Mlle Goldenberg. De l'emploi des ballons de Champetier de Ribes. — M. Naudet. Sérum anticollibacillaire de Vincent dans les appendicites aiguë. — M. Buy. Les hémorragies dans l'adénolymphoïdite aiguë bénigne.

22 juin. — M. Weintraub. Traitement de la syphilis nerveuse par la méthode de Vernes. — M. Galland. L'hygiène et l'Eglise au Moyen Age.

24 juin. — M. Bonnard. Les lipoïdes et en particulier le cholestérol dans les ictères hémolytiques. — M. Valette. Etude de thérapeutique de l'hypertension artérielle. — M. Bornet. Monographie de l'incisive latérale supérieure. — M. Clenet. Les anévrysmes aortiques d'origine rhumatismale. — Mme Encausse. Du rôle de l'assistante sociale en ophtalmologie.

21 juin (Thèse vétérinaire). — M. Carré. Agalaxie de la brebis et de la chèvre. Maladie des jeunes chiens. — M. Lebrun. Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines chez les carnivores. — M. Aymard. Essais de vitaminothérapie vétérinaire.

22 juin. — M. Curasson. La rage en pathologie exotique.

Médaille du Professeur Nové-Josserand. — Les élèves et les amis du Professeur Nové-Josserand ont formé le projet d'offrir une médaille au maître de l'Ecole lyonnaise de chirurgie infantile et d'orthopédie, à l'occasion de sa trente-cinquième année de services hospitaliers et de sa présidence à la Société internationale d'orthopédie.

L'exécution de la médaille a été confiée au graveur Albert Herbemont ; elle reproduira, outre les traits du maître, l'un des aspects du vieil hôpital de La Charité, où il prodigua son activité chirurgicale.

La remise de cette médaille aura lieu au cours d'une cérémonie dont la date sera ultérieurement communiquée.

Les fonds sont recueillis dès maintenant par le Docteur André Rendu, 33, rue Sala, Lyon, Compte chèques postaux 3740. Toute souscription de 100 francs au minimum donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Voyage de Noël 1933 sur la Côte d'Azur. — Le Xe Voyage médical international de Noël organisé, comme les précédents, par la Société médicale du littoral méditerranéen, se concentrera à Nice, le mardi 26 décembre. — Le lendemain, le voyage commencera par la route de la Grande Corniche (ancienne voie romaine), où l'on visitera l'Observatoire de Nice, le Trophée d'Auguste à La Turbie, le château médiéval de Roquebrune, le Cap Martin, Menton, et le château de Grimaldi (laboratoire du Docteur Voronoff). Après un séjour à Monaco, et Monte-Carlo, on reviendra à Nice par Beaulieu, le Cap Ferrat, Villefranche et le Mont-Boron. — Le samedi 30 décembre, journée de repos à Nice. — Puis l'on ira visiter Vence et ses établissements de cure, Grasse et ses fabriques de parfums, le Cannet, le Golfe-Juan, Juan-les-Pins, le Cap d'Antibes, Super-Cannes (panorama des Alpes). — Le voyage se terminera le mardi 2 janvier, à Cannes.

Les adhérents recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif, valable en toutes classes, du 15 décembre au 14 janvier. Des arrêts seront autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles et Marseille. Le droit d'inscription au voyage est de 100 francs et l'inscription est ouverte dès à présent. Le nombre des places est limité et les demandes seront examinées dans l'ordre de leur réception.

Pour avoir des renseignements plus complets et le programme détaillé, prière d'écrire au secrétariat de la Société médicale du littoral, qui répondra gratuitement à toutes les questions. — La cotisation pour le voyage est fixé à 1.000 francs et cette somme peut être payée par mensualités de 200 francs.

Sanatoriums. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination de deux médecins adjoints et de trois médecins stagiaires aux sanatoriums de la Renaissance sanitaire.

Envoyer, au plus tôt, les dossiers et les demandes de rensei-

gnements à M. le Docteur Cailleret, à la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris.

Le traitement des médecins adjoints va de 30.000 à 48.000 francs. Celui des médecins titulaires de 50.000 à 65.000 francs.

Société française d'orthopédie *Journées orthopédiques de Paris* (juillet 1933). Des Journées orthopédiques sont organisées à Paris, les 17 et 18 juillet 1933. Ces dates ont été choisies pour permettre à de nombreux sociétaires d'assister à ces Journées, avant de se rendre à Londres au Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique s'ouvrant le 19 juillet 1933.

Lundi 17, à 9 heures du matin, ouverture des Journées à l'Amphithéâtre de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques.

A partir de 9 h. 30, séances opératoires dans divers services.

A 14 h. 30, démonstrations et présentations à l'Amphithéâtre de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, par MM. P. Mathieu, Mouchet, Sorrel, Ducroquet, Delahaye, Roederer, Wilmoth, Marot, Massart, Leveuf, Chicandard, Richard, Calvé, etc.

A 20 h. 15, dîner par souscription (dames admises).

Mardi 18, à partir de 8 heures du matin, séances opératoires dans divers services.

A 14 h. 30, démonstrations et présentations à l'Amphithéâtre de la Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie des Enfants-Malades, rue de Sèvres, par MM. Ombrédanne, Lance, Huc, Fèvre, Granier, Leveuf, Richard, Roederer, Aurousseau, etc.

Les Journées prendront fin le mardi, vers 19 heures, afin de permettre le départ des sociétaires, soit à Londres, soit à Berck-sur-Mer, où, le mercredi matin, les chirurgiens de ce Centre organiseront la visite de leurs services et des séances opératoires.

Le départ pour Berck, par la gare du Nord, aura lieu le mardi soir à 19 h. 35, arrivée à Rang-du-Fliers, à 22 h. 45. Des voitures conduiront, les sociétaires aux hôtels oqù les places devront être retenues dès le lundi 17, avant midi. (Ecrire à M. Delahaye, à l'hôpital maritime de Berck, pour tout renseignement complémentaire). Départ éventuel de Berck pour Londres à 16 heures (par Boulogne-sur-Mer).

Un Comité de Dames, sous la présidence de Mme Ombrédanne envisage une excursion pour lundi après-midi.

Société française d'orthopédie. *Journée orthopédique de Berck.* (19 juillet 1933). — Mardi 18juillet, 19 heures environ (consulter le service d'été). Départ de la gare du Nord par l'express Paris-Boulogne) ; 22 h. 45, arrivée à Rang-du-Fliers.

Un auto-car prendra les congressistes à la gare et les conduira au « Cercle médical » de Berck-Plage.

Ils trouveront là, une enveloppe individuelle contenant toutes indications utiles pour leur logement et le programme détaillé de la journée du 19 juillet.

Mercredi 19 juillet, 9 h. à 9 h. 30 Visite de l'hôpital maritime ; 9 h. 35 à 11 heures : Salle des fêtes de l'hôpital maritime : Séance scientifique ; 11 h. 15 à 13 heures : Réceptions libres dans les différents hôpitaux ; 13 h. 15 à 15 heures : Hôtel Régina, déjeuner offert aux Congressistes et à leur famille par le Corps médical de Berck ; 15 h. 30 : Départ de Berck en auto-car : Paris-Plage, Etaples ; 18 h. 10 : Départ d'Etaples par chemin de fer ; 18 h. 46 : Arrivée à Boulogne ; 19 h. 30 : Départ de Boulogne ; 21 h. 25 : Arrivée à Folkestone ; 23 heures : Arrivée à Londres.

Les Congressistes désireux de prolonger leur séjour pourront rejoindre Londres par avion et partir de l'aérodrome de Berck, à la condition d'avertir le Docteur Delahaye huit jours à l'avance.

Nécrologie. — Docteur Baremo, de Draguignan (Var) . — Docteur Bousquet, de Montpellier. — Docteur Pierre Burguburu, de Strasbourg. — Docteur Dautheville, de Nîmes. — Docteur Paul Degrave, de Lagrasse (Aude). — Docteur Remi Gaillard, de Marvejols (Lozère). — Docteur André Marion, de Paris, 174, boulevard Saint-Germain. — Docteur Ernest Schulmann, médecin des hôpitaux de Paris 1, rue de Liége. — Docteur Sebin, de Royan. — Docteur Paul Sollier, commandeur de la Légion d'honneur, directeur et président de l'Institut des Hautes études de Belgique, décédé subitement le 8 juin à Paris, 14, rue Clément Marot. — Docteur Charles Stahl, de La Tronche (Isère). — Docteur Virey, de Paris, 12, rue Saint- Merry, (IVe), décédé dans sa 68e année. — Docteur Auguste Collomb, de Genève, médecin oculiste, décédé à l'âge de 67 ans. — Professeur Herman Sahli, de Berne, décédé à l'âge de 77 ans. — Professeur Priestley Smith, de Birmingham, ophtalmologiste, décédé à l'âge de 87 ans. — Docteur Alfon Cornelius, de Berlin, neurologiste. — Professeur W. Lindeman, de Vanovre. — Docteur H.-A. Cotton, de Trenton (New-Jersey), psychiatre. — Professeur A Ferenczi, psychanalyste hongrois.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire médical des stations hydro-minérales, climatiques et balnéaires de France, sanatoriums et maisons de santé (Edition 1933). Direction: 23, rue du Cherche-Midi, Paris 6e.

L'édition pour 1933 de cette importante publication, comprenant 760 pages, et abondamment illustrée vient de paraître. Comme dans les précédentes éditions, on trouvera une notice sur toutes les stations thermales, climatiques et balnéaires et sur un très grand nombre de sanatoriums et maisons de santé.

L'ouvrage est émaillé d'un certain nombre de chapitres scientifiques, de la plus grande utilité pour les praticiens et les étudiants en cours d'examens :

Crénothérapie et Climatothérapie (Prof. Carnot et Villaret), Thalassothérapie (Prof. Giraud), Climatologie de la Côte d'Azur (Société des médecins du Littoral méditerranéen), Climatologie de la Mer du Nord et de la Manche (Prof. Duhot), Climatologie du Littoral Atlantique (Dr G. Barraud),

Climatologie de la Côte Basque (Dr Mercier des Rochettes), Organisation de la lutte anti-tuberculeuse (Dr Louis Guinard).

On y trouvera aussi tous renseignements utiles concernant la législation, l'administration des stations et les différents groupements économiques ou scientifiques de caractère thermal ou climatique.

Cet ouvrage, dont le prix de vente est de 60 francs, sera remis gracieusement, dans un but d'intérêt général, à tous les médecins et à tous les étudiants en fin de scolarité, qui voudront bien le faire prendre aux bureaux de l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris-6e. Pour ceux qui désireraient le recevoir par poste, nous regrettons de ne pouvoir plus, comme par le passé et en raison des circonstances économiques actuelles, garder à notre charge les frais d'expédition et d'emballage. Ce n'est que moyennant l'envoi préalable de la somme de 5 francs pour la France et de 15 francs pour l'étranger que nous pourrons satisfaire les demandes d'envoi qui nous seront adressées.

Le Boulevard sous Louis-Philippe. Nouvelle collection historique, Calmann, éditeur, 1933.

Jacques Boulanger nous peint dans son mdernier ouvrage un tableau de Paris, vivant et animé. Ses pages fourmillent de croquis justement enlevés, d'anecdotes variées qui évoquent pour nous la vie sous Louis-Philippe. Nous sommes en 1836, le Palais royal est déchu de sa vogue passée ; Paris qui commence son hypertrophie émigre sur les boulevards ou plutôt les Boulevards.

De la Madeleine aux Variétés, nous revivons avec intérêt la vie multiple d'alors : le café de Paris, Tortoni de célèbre mémoire accueillent les figures marquantes ou pittoresques de l'époque, la rue Laffite est le domaine de la finance, les rues avoisinantes abritent le commerce de détail et les boutiquiers de la *Comédie humaine*. Que les évocations de M. Jacques Boulanger ont de charme. Puisse-t-il, dans une œuvre prochaine, avec autant de documentation et de charme nous ressusciter quelque autre phase de la vie de Paris. Henri VIGNES.

Les Sonnets du Docteur. Les laboratoires Camuset continuent la publication intégrale des *Sonnets du Docteur*, illustrés par l'art délicat de Maître Touchet.

Cette édition, non mise dans le commerce, est remarquablement exécutée et fera bientôt prime. Le deuxième fascicule vient de paraître ; un troisième suivra prochainement. Les médecins qui désirent les recevoir gratuitement doivent en faire la demande aux laboratoires Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris, XIIIe.

Les syndromes hypophysaires et infundibulo-tubériens, par Antoine RAYBAUD. (*La Pratique medicale Illustrée*). Un vol. in-8° de 66 pages avec 14 figures dans le texte et hors texte, 25 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'étude pathologique de l'hypophyse et des centres adjacents de l'infundibulo-tuber, reste à l'ordre du jour. Entièrement transformée par les découvertes de ces dernières années, de plus en plus il apparaît comme nécessaire d'en fixer une classification nosologique précise. Cependant, cette hiérarchisation, si l'on ose dire, des manifestations glandulaires proprement dites et des manifestations nerveuses, prête encore, examinée du point de vue physiologique, à confusion.

Par contre il apparaît au clinicien une schématisation plus aisée de cette pathologie. D'un côté, en effet, des manifestations dont l'aspect est avant tout dystrophique, caractérisées au premier chef par des troubles de la morphogénèse (gigantisme, acromégalie...) troubles dont la variété est en partie réglée par l'époque d'apparition. Ce sont des syndromes de dystrophie morphogénétique pré ou post-pubertaires. Ils s'opposent, toujours au point de vue clinique, à ces autres manifestations moins évidentes que sont les troubles neuro-végétatifs des métabolismes : hydrique, glucidique, lipidique, protidique, de la régulation du sommeil et de la veille, et de la tonicité vasculaire.

Quels que soient la pathogénie et le mécanisme de telles manifestations, leur aspect clinique demeure. Et c'est pour consacrer cette pérennité de la clinique que l'on peut admettre cet essai de classification en syndromes de dystrophie morphogénétique et en syndromes neuro-végétatifs.

Mais la clinique ne peut se passer, et chaque jour moins, de la biologie, dont elle n'est qu'un chapitre de synthèse. Il appartient à l'anatomo-pathologiste, au physiologiste, de se charger de la tâche ingrate, patiente, mais récompensée ces dernières années de splendides résultats, d'expliquer la clinique et de l'éclairer. C'est de tels résultats que celle-ci s'emparera pour justifier la description de ces syndromes de dystrophie morphogénétique et neuro-végétatifs.

Certes, sous un aspect aussi tranché, une telle division même clinique est foncièrement arbitraire, car syndromes de dystrophie et syndromes neuro-végétatifs sont souvent associés et intriqués. A l'heure actuelle il n'est pourtant pas possible de conclure fermement à leur dépendance obligée ou à leur indépendance habituelle.

Le diagnostic de ces diverses manifestations cliniques est évidemment facilité par l'existence de symptômes associés, parmi lesquels ceux qui constituent le syndrome tumoral et le syndrome ophtalmologique des lésions de la région ohtochiasmatique et sellaire sont les plus importants et méritent d'être placés au premier plan.

Quant à la thérapeutique qui a si largement profité ces dernières années de l'audace toujours renouvelée et des progrès de la technique neuro-chirurgicale, elle est malgré tout encore trop souvent symptomatique et pathogénique.

Ce travail montre un souci de clarté et un effort de simplification qui rendront service au praticien et surtout à l'étudiant qui trouveront avantage à voir concrétisées en peu de place des acquisitions dont les tiennent éloignés la dispersion des mémoires originaux et l'opposition si tranchées entre les diverses opinions.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
Hôpital des Enfants-Malades

Sur une fille atteinte de néphrite aiguë hématurique

Remarques sur la pathogénie de l'éclampsie dans les néphrites aiguës (1)

Par le Professeur **P. NOBÉCOURT**

Dans ma leçon du 1er avril sur l'*éclampsie du début des néphrites chez les enfants* (2), j'ai présenté Yvette, entrée à la salle Parrot, le 12 février, à l'âge de 12 ans, en plaine attaque d'éclampsie; celle-ci était la première manifestation d'une néphrite aiguë hématurique, probablement d'origine pharyngée.

Les convulsions cessent. L'amélioration est lente.

La malade quitte le service le 8 avril après un séjour de près de deux mois.

Depuis nous la revoyons à plusieurs reprises.

Voici le résumé de nos constatations.

Les *urines* sont franchement hématuriques ; on y voit, en grand nombre, des leucocytes et des hématies. La quantité d'albumine, qui, au début, était de 2 gr. 75 ‰, s'abaisse graduellement jusqu'à 0 gr. 60 ‰.

Depuis la sortie, nous faisons plusieurs examens d'urines :

	12 avril	27 avril	3 mai
Albumine.........	0 gr. 25 ‰	0 gr. 30 ‰	0 gr. 30 ‰
Réaction de Mayer.	+	0	0
Leucocytes	+++	+++	+++
Hématies.........	+++	Rares	0

Yvette n'a pas *d'œdème*. Son *poids* se modifie peu :

17 février (6e jour)	20 février (9e jour)
27 kgr. 850..................	26 kgr. 230

La baisse est donc, en trois jours, de 1 kgr. 620, soit 5 % du poids initial.

Ensuite le poids remonte, légèrement d'abord, puis davantage :

31 mars	12 avril	19 avril	26 avril	3 mai
27 kgr. 620	29 kgr.390	30 kgr.350	31 kgr. 350	31 kgr. 800

L'augmentation est, en quarante quatre jours, de 5 kgr. 570, soit 21 % du poids initial. Le 3 mai, Yvette a 12 ans et 3 mois ; son poids est inférieur de 3 kgr. environ au poids moyen de son âge (34 kgr. 570).

L'*urée du sérum sanguin*, dosée à trois reprises, du 17 (sixième jour) au 23 février (douzième jour) est aux taux de 2 gr. à 2 gr. 60 par litre. Puis le taux diminue graduellement et, le 24 mars, quarante et unième jour de la néphrite, il est de 0 gr. 55 ‰.

Depuis la sortie de l'hôpital, l'urée du sérum sanguin est :

12 avril	19 avril	27 avril	6 mai
0 gr. 45 ‰	0 gr. 50 ‰	0 gr. 60 ‰	0 gr. 30 ‰

(1) Leçon du 6 mai 1933.
(2) Le *Progrès Médical*, 13 mai 1933.

L'urée est donc redevenue normale seulement au bout de deux mois et demi ou trois mois.

M. Galimard a dosé les *chlorures du sang* dans le plasma et les globules. Voici, calculés en chlore, et sans vous donner à nouveau de nombres, les résultats constatés :

	20 février (9e jour)	24 février (13e jour)	24 mars (41e jour)
Cl. plasm.......	++	+	—
Cl. glob.........	+	++	—
$\frac{\text{Cl. glob.........}}{\text{Cl. plasm.......}}$	=	+	—

Il y a donc augmentation du chlore ; elle porte surtout sur le chlore globulaire ; le rapport $\frac{\text{Chlore glob.}}{\text{Chlore plasm.}}$ a son maximum le treizième jour.

Depuis la sortie, d'autres dosages ont été faits ; je vous donne les taux par litre, calculés en chlore, obtenus en multipliant les chlorures par le coefficient 0,607.

	12 avril	19 avril	27 avril	6 mai
Cl. plasm.......	3 gr. 70	4 gr. 12	3 gr. 44	3 gr. 69
Cl. glob.........	1 gr. 76	1 gr. 55	1 gr. 48	1 gr. 98
$\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasm....}}$	0 gr. 475	0 gr. 376	0 gr. 430	0 gr. 536

La *pression artérielle*, prise au Pachon, s'élève, quelques jours après l'entrée à l'hôpital à 15 pour la maxima, à 11-12 pour la minima ; puis elle s'apaisse et, du 10 au 30 mars, la maxima est de 10 10, 5-11., la minima de 7.

Le 26 avril, au Pachon, la pression maxima est 11,5, la pression moyenne 9 la minima, 8,5. Au Vaquez : la maxima est 11,5 et la minima 8.

Le *cœur* est un peu gros pendant la première phase, avec peut-être prédominance du ventricule gauche ; en outre le second bruit aortique est accentué.

Actuellement la néphrite date de près de trois mois ; l'amélioration est nette, l'état est satisfaisant ; on peut espérer que l'affection se terminera par la guérison.

Les recherches poursuivies nous ont permis de discuter la *pathogénie de l'éclampsie.*

Nous avons pu conclure que ni l'œdème, ni l'azotémie, ne jouaient un rôle, qu'un rôle pouvait être attribué à la rétention chlorée, sèche, avec rétention globulaire prédominante à un moment donné, et à l'hypertension artérielle.

Le physiologiste, dans ses expériences du laboratoire, peut en contrôler les données à l'aide de témoins. En clinique, le médecin doit attendre que le hasard le mette en présence d'un témoin.

Aujourd'hui nous avons, comme témoin, une fille entrée il y a une vingtaine de jours à l'hôpital pour une néphrite aiguë hématurique, comparable à celle dont Yvette a été atteinte, mais qui n'a pas eu d'éclampsie.

Je vous la présente.

Suzanne a des parents bien portants ; sa sœur de 11 ans et demi aurait eu, le 17 mars dernier, une néphrite aiguë.

Elle est née le 14 janvier 1920, à terme, avec un poids de 3 kgr. 200, après une grossesse et un accouchement normaux.

Elle a toujours été bien portante, quoique sujette aux rhumes. Elle a eu, à 3 ans, la coqueluche, à 4 ans, la rougeole.

En décembre 1932, à 12 ans et 11 mois, elle a ses premières règles ; depuis ses menstruations sont normales.

Elle est apprentie en couture.

Le 9 avril, assez brusquement, apparaît de l'œdème de la joue droite, surtout visible au pourtour de l'œil. Le lendemain, l'œdème se montre à la joue gauche, en même temps qu'on constate une légère infiltration œdémateuse des jambes, jusqu'à la moitié du mollet, surtout marquée à droite.

La température est de 37°5. Il y a de la diarrhée pendant deux jours, le 8 et le 9.

Il n'y a ni céphalée, ni convulsions, ni vomissements.

••

Suzanne entre à la salle Parrot le 11 avril. Elle a 13 ans et 3 mois.

Nous l'examinons le 12, troisième jour de la maladie.

Elle mesure 157 cm. 5 ; la taille moyenne pour son âge étant de 147 cm., elle a donc un excès statural de 10 cm. 5.

Elle pèse 46 kgr. 870.

Sa température est de 37°-37°5.

Elle a bon aspect général et présente des signes de puberté bien développés. Son teint est pâle. Les paupières sont légèrement gonflées ; on constate un léger œdème prétibial. Le squelette est normal.

La langue est saburrale, le pharynx rouge. L'appétit est bon. Les selles sont normales.

On ne trouve rien de particulier à l'examen des viscères.

Les urines contiennent de l'albumine et du sang.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative à plusieurs reprises. Le Bordet-Wassermann (H⁷) est négatif, le Hecht légèrement positif.

Dès l'entrée Suzanne est mise au régime déchloruré. On lui donne d'abord 500 gr. de lait et 500 gr. d'eau lactosée, puis, à partir du 13, on ajoute du yogourtn, des compotes et, à partir du 18, des purées, du beurre.

Voici les constatations que nous avons faites depuis l'entrée à l'hôpital.

Les *urines* ont un volume de 750 c.c. par jour : les 14 et 15 avril ; elles contiennent beaucoup de sang, des hématies très nombreuses, des leucocytes en rapport avec le nombre des hématies, des cylindres hématiques et granuleux, de nombreuses cellules épithéliales en amas. On y dose 3 gr. d'albumine par litre.

Les jours suivants, le volume des urines augmente : 1 litre, les 16, 17 et 18 ; 1 l. 500, à partir du 19 ; 2 l. 100 le 24 avril. Pendant ce temps, elles gardent les mêmes caractères ; le taux de l'albumine est de 1 gr. à 1 gr. 50 par litre, de 0 gr. 40 le 24. A partir du 27 avril, il y a chaque jour 1 l. à 1 litre 300 d'urines, contenant, par litre, 0 gr. 90 à 1 gr. d'albumine.

Le 4 mai, la quantité des urines est de 1 l. 500 ; elles sont toujours très hématiques, elles contiennent 0 gr. 55 d'albumine par litre, de nombreux globules rouges, des leucocytes en rapport avec le sang, des cellules épithéliales, des cylidres granuleux et hématiques.

Le poids baisse rapidement :

12 avril (3ᵉ jour)	18 avril (9ᵉ jour)	23 avril (14ᵉ jour)	27 avril (18ᵉ jour)
46 kgr. 770	43 kgr. 300	40 kgr. 760	40 kgr. 200

Suzanne perd, du troisième au quatorzième jour, en onze jours, 6 kgr. 110, soit par jour, en moyenne, 188 gr. ; la diminution est de 13 % du poids initial.

Pendant les quatre jours suivants, le poids baisse encore de 560 grammes.

Au total, en quinze jours, la diminution du poids est de 6 kgr. 670, soit 14,2 % du poids initial.

Cette perte de poids est la conséquence de la résorption d'œdèmes profonds.

Depuis le 27 avril, le poids reprend et, ce matin, 6 mai, il est de 40 kgr. 890.

Voici maintenant le résultat de l'examen du *sang* :

Les chlorures du plasma et des globules ont été dosés par M. Galimard. Voici les taux calculés en chlore.

	Cl. plasm.	Cl. Glob.	$\frac{\text{Cl. glob.}}{\text{Cl. plasm.}}$
13 avril (4ᵉ jour)	4 gr. 30	1 gr. 94	0 gr. 450
18 avril (9ᵉ jour)	3 gr. 82	2 gr. 17	0 gr. 569
27 avril (18ᵉ jour)	3 gr. 69	1 gr. 91	0 gr. 517

Le rapport $\frac{\text{Cl. glob.}}{\text{Cl. plasm.}}$ atteint son maximum, le neuvième jour.

Le dosage de l'urée dans le sérum sanguin donne :

12 avril (3ᵉ jour)	1 gr. 15 ‰
13 avril (4ᵉ jour)	1 gr. 10 ‰
18 avril (9ᵉ jour)	0 gr. 80 ‰
27 avril (18ᵉ jour)	0 gr. 52 ‰
2 mai (25ᵉ jour)	0 gr. 18 ‰

Le taux de l'urée sanguine, d'abord moyennement élevé, diminue graduellement ; il est normal le dix-huitième jour.

La *pression artérielle* est prise au Vaquez :

	Mx	Mn
12 au 19 avril (3ᵉ au 10ᵉ jour)	12,5	7
22 avril (13ᵉ jour)	12	8
24 avril (15ᵉ jour)	11	7,5
2 mai (23ᵉ jour)	11,5	8

Le 24 avril, la pression est prise également au Pachon ; on enregistre : pour la maxima, 12,5, pour la minima, 7,5, avec une pression moyenne de 9,5.

Les bruits du *cœur* sont normaux ; il paraît y avoir une légère augmentation du volume, à prédominance au ventricule droit, d'après les mensurations faites par M. Duhem sur les orthodiagrammes :

	D' D'	G G'	$\frac{D'G'}{G' G'}$	Flèche du ventricule gauche
12 avril (3ᵉ jour)	9 cm. 7	7 cm.	1, 38	1 cm.4
19 avril (10ᵉ jour)	10 cm.	7 cm.3	1, 37	1 cm.

Actuellement, la néphrite persiste, en s'améliorant. On peut porter, je pense, mais non sans réserves, un pronostic favorable.

***

Les observations d'Yvette et de Suzanne, qui sont entrées à deux mois d'intervalle dans la salle Parrot, montrent que les NÉPHRITES AIGUES HÉMATURIQUES ne sont pas rares chez les enfants. Elles sont les formes les plus fréquentes des néphrites aiguës. Nous avons assez souvent l'occasion d'en soigner et je leur ai consacré plusieurs leçons.

Le 30 avril 1921 : *Les néphrites hématuriques des enfants*, qui est publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil urinaire* ;

Le 26 mai 1928 : *Modalités cliniques des néphrites hématuriques chez les enfants*, publiée dans le *Journal des Praticiens* du 1ᵉʳ décembre 1928 ;

Le 2 mai 1931 : *Sur un enfant atteint de congestion pleuro-pulmonaire et de néphrite hématurique*, publiée par *Le Concours Médical* du 12 juin 1932.

Le caractère commun de ces néphrites c'est le SYNDROME URINAIRE.

Les urines sont teintées de *sang*. Leur coloration diffère suivant la quantité de sang et l'ancienneté de la miction : rarement elles sont franchement sanglantes ; plus habituellement elles sont rouge plus ou moins vif ; souvent elles sont brunâtres ou noirâtres. Les auteurs les comparent au vin de Porto, au bouillon de bœuf, quelquefois à du goudron.

Il ne faut pas ranger parmi les néphrites hématuriques les cas nombreux, où les urines ne sont pas teintées, mais donnent les réactions chimiques du sang et contiennent quelques hématies à l'examen microscopique ; ces petites hématuries occultes sont communes.

Les urines sont généralement troubles ; elles donnent un dépôt abondant et coloré.

Leur volume est normal ou diminué, parfois très réduit ; il peut même y avoir, à certains moments, de l'anurie.

Les réactions de Meyer et de Weber précisent la présence d'hémoglobine.

Au microscope, on voit des hématies, en plus ou moins grand nombre ; leur nombre n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la coloration, car certaines urines sont hémolytiques.

Les leucocytes sont en nombre très varié. On trouve des cylindres granuleux et hématiques, il n'y a pas de cylindres épithéliaux.

La quantité de l'albumine dépend de l'abondance du sang et des lésions rénales. Elle est généralement de 0 gr. 50 à 2 gr. par litre, quelquefois elle est plus abondante ; mais rarement, elle atteint 5 gr. et même 8-10 gr.

Le syndrome urinaire est le seul élément commun de ces néphrites.

Par ailleurs, les TROUBLES FONCTIONNELS ET LES MODALITÉS PHYSIOLOGIQUES diffèrent suivant les malades.

Il y a des cas où le *syndrome urinaire est isolé.* L'œdème est nul ou léger ; la pression artérielle normale ou un peu augmentée, rarement très élevée ; le cœur normal. Il n'y a pas d'azotémie. Il s'agit de *néphrites hématuriques simples.*

Dans d'autres cas, le *syndrome urinaire s'associe aux différents syndromes des néphrites,* au syndrome œdémateux ou hydro-chlorurémique, au syndrome azotémique, au syndrome cardio-vasculaire. Ces syndromes peuvent être isolés ou combinés.

Actuellement il importe, en outre, de doser le chlorure de sodium dans le sang.

Le *syndrome œdémateux* ou *hydro-chlorurémique* se rencontre à des degrés divers.

L'œdème est assez fréquent ; on rencontre tous les stades, depuis la légère bouffissure de la face, jusqu'à l'anasarque généralisée ; celle-ci est d'ailleurs rare.

Les pesées quotidiennes au moment de la résorption de l'œdème peuvent enregistrer des pertes de 5, 6 et 7 kgr., correspondant à 10, 15, 20, 25, 30 % du poids initial.

Le *syndrome azotémique* a rarement une expression clinique ; cependant l'attention peut être attirée par la somnolence, l'anorexie, les vomissements, la diarrhée, qui peuvent d'ailleurs relever d'autres facteurs. Souvent l'azotémie reste occulte.

Le taux d'urée par litre de sérum sanguin ou de liquide céphalo-rachidien est généralement faible, de 0 gr. 50 à 1 gr., plus rarement de 1 gr. à 2 gr., rarement très élevé.

Avec MM. Milhit et Bidot, j'ai relaté à la *Société de pédiatrie,* en octobre 1913, un cas de *grande azotémie passagère au cours d'une néphrite aiguë* du type hématurique ; il s'agissait d'une fille âgée de 7 ans et demi, présentant une torpeur profonde, de l'asthénie et des vomissements ; l'urée s'élevait à 6 gr. 17 ‰.

Le *syndrome cardio-vasculaire* n'est souvent décelable que par des examens méthodiques, répétés.

La *pression artérielle* est soit normale soit plus ou moins élevée. Quand elle est augmentée, l'élévation de la pression porte, soit sur la maxima, soit sur la minima, soit sur les deux simultanément.

L'élévation est généralement passagère ; elle se produit à la première phase de la néphrite ; puis elle diminue peu à peu.

Le *cœur* conserve un volume normal ou se dilate plus ou moins. Sur les orthodiagrammes l'augmentation de volume est globale, avec ou sans prédominance de l'un ou de l'autre ventricule.

On perçoit à l'auscultation une accentuation du second bruit soit au foyer aortique, soit au foyer de l'artère pulmonaire.

En somme, les néphrites aiguës hématuriques peuvent entraîner toutes les modalités fonctionnelles des néphrites aiguës. Le rein n'est pas toujours le filtre percé dont on parle volontiers.

Je ne veux pas insister aujourd'hui sur l'étude générale de ces néphrites. Mon objectif est plus limité. Je désire comparer l'observation d'Yvette, chez qui la néphrite a débuté par une crise d'éclampsie, et l'observation de Suzanne, qui n'a pas eu d'éclampsie.

***

Examinons comment se sont comportés chez ces deux malades les TROUBLES DES GRANDES FONCTIONS RÉNALES.

Envisageons d'abord l'*œdème et la rétention hydrique.*

Suzanne n'a pas d'éclampsie.

Au début de la néphrite, elle présente un léger œdème de la face et des membres inférieurs qui disparaît rapidement ; son poids diminue de 13 % en onze jours du troisième au quatorzième jours, et même de 14 % en quinze jours, du troisième au dix-huitième jours ; la rétention d'eau est forte ; elle atteint 6 kgr. 670.

Pour Yvette, la maladie débute par de l'éclampsie.

Elle n'a pas d'œdème apparent. En trois jours, du sixième au neuvième jours, son poids diminue de 5 %, la rétention hydrique est de 1 kgr. 620.

Il faut remarquer que, chez Yvette, les pesées n'ont été commencées que le sixième jour. Mais en tout cas, la rétention hydrique est, chez elle, moindre que chez Suzanne, car la déperdition du poids s'est arrêtée le neuvième jour au lieu de se prolonger jusqu'au dix-huitième.

Chez Suzanne, l'*azotémie* maxima est de 1 gr. 15, le troisième jour de la néphrite, puis le taux de l'urée sanguine baisse assez rapidement : 0 gr. 52 ‰ le dix-huitième jour ; 0 gr. 18 le vingt-cinquième jour.

Chez Yvette, l'azotémie est plus forte ; l'urée atteint 2 gr. à 2 gr. 60 par litre de sérum sanguin, du sixième au douzième jours ; elle baisse lentement, persiste longtemps, et c'est seulement au bout de deux mois et demi à trois mois qu'elle tombe à 0 gr. 38.

Considérons l'*appareil circulatoire.*

D'abord la *pression artérielle.*

Suzanne a 13 ans. Suivant les données rapportées, en 1912, par Mlle Kaessler dans sa *thèse de Paris* sur *L'oscillometrie appliquée à l'étude de la tension arterielle chez les enfants,* la pression normale, prise au Pachon, est, pour une fille de 13 ans, de 13,5-8,5. Chez Suzanne la pression artérielle prise au Vaquez, est au plus 12,5-7 ; comme les valeurs données par cet appareil sont un peu plus faibles que celles données par le Pachon, sa pression est donc normale ou un peu basse.

Yvette a 12 ans. La pression artérielle normale, au Pachon, est, à cet âge, de 12-7.

Quelques jours après la cessation des accès d'éclampsie, Yvette présente une pression de 15-12 ; dans la suite sa pression tombe à 11,5-8. Elle a donc eu une hypertension nette.

**

Le volume du *cœur* est mesuré sur les orthodiagrammes. Les dimensions maxima sont :

		D' G'	G G'	$\frac{D' G'}{G G'}$
Suzanne................	13 ans	10 cm.	7 cm. 3	1,37
Yvette................	12 ans	10 cm.	8 cm.	1,25

Yvette, la plus jeune, a donc un cœur aussi gros que celui de Suzanne. Cette constatation a d'autant plus d'intérêt que Suzanne présente de l'hypertrophie staturale et est pubère, tandis qu'Yvette est de petite taille et ne présente encore aucun signe de puberté.

Par ailleurs, le rapport $\frac{D' G'}{G G'}$ ou rapport ventriculaire étant normalement de 1, 25 à 1, 30, on remarque que Suzanne a un rapport à la limite supérieure des moyennes, indiquant une ébauche d'augmentation prédominante du ventricule droit ; au contraire, Yvette présente plutôt une tendance à l'augmentation du ventricule gauche. Ces faits concordent avec les modalités de la pression artérielle.

Reste à étudier le *chlore du sang.*

Les valeurs normales sont :

Cl. plasm.....................	3 gr. 50 à 3 gr. 60 ‰
Cl. glob.......................	1 gr. 75 à 1 gr. 80 ‰
$\frac{\text{Cl. glob.}}{\text{Cl. plasm.}}$....................	0 gr. 50 à 0 gr. 55

Les variations du rapport de ± 0, 10 et au delà sont anormales.

Pour Suzanne, on constate, du quatrième au dix-huitième jours, que :

Le chlore plasmatique est supérieur à la moyenne ; le maximum est le troisième jour ; le taux diminue graduellement.

Le chlore globulaire est également supérieur à la moyenne ; mais son taux maximum est le neuvième jour.

Par rapport à la moyenne, le rapport $\frac{\text{Cl. glob.}}{\text{Cl. plasm.}}$ est inférieur

le quatrième jour, supérieur le neuvième jour, normal le dix-huitième jour.

Il y a donc augmentation du chlore sanguin au début, diminution graduelle ensuite. L'augmentation porte d'abord surtout sur le chlore plasmatique ; puis elle prédomine pour le chlore globulaire ; enfin l'équilibre entre le chlore globulaire et le chlore plasmatique s'établit.

Pour Yvette, deux dosages sont faits les neuvième et treizième jours, un autre le quarante et unième.

Le chlore plasmatique est supérieur à la moyenne aux deux premiers examens, inférieur au troisième.

Le chlore globulaire est supérieur à la moyenne aux deux premiers examens, le taux maximum étant au deuxième ; il est inférieur à la moyenne au troisième examen.

Le rapport $\frac{\text{Cl. glob.}}{\text{Cl. plasm.}}$ est moyen au premier examen, supérieur à la moyenne au deuxième, inférieur au troisième.

Il y a donc augmentation du chlore sanguin. Son augmentation est d'abord parallèle dans le plasma et dans les globules, puis elle devient plus forte dans les globules.

Dans la suite il y a des variations du chlore plasmatique et du chlore globulaire ; mais le rapport du chlore globulaire au chlore plasmatique reste toujours faible, sauf au dernier examen.

Chez les deux malades donc, le chlore plasmatique et le chlore globulaire se comportent de la même façon.

Chez Yvette, le chlore globulaire est plus élevé que chez Suzanne. Le rapport $\frac{\text{Cl. glob.}}{\text{Cl. plasm.}}$, maximum est, chez Yvette 0,634, le treizième jour; chez Suzanne, 0,569, le neuvième jour.

Il existe, somme toute, chez ces deux malades, des différences, non pas de nature, mais de degré.

Tels sont les faits. Ils autorisent les CONCLUSIONS que je résume dans ce tableau.

	Suzanne	Yvette
Rétention hydrique..	++	faible ou douteuse
Azotémie	+	++
Pression artérielle....	Normale	+
Cœur...............	+	++
Chlore globulaire....	+	++

Du point de vue de la *pathogénie* de l'*éclampsie*, chez Yvette, les faits établissent que :

1° La *rétention hydrique* ne paraît pas jouer un rôle. C'est l'opinion que j'ai émise dans ma leçon précédente.

2° *L'azotémie* pourrait jouer un certain rôle. En réalité, il n'en est rien, pour les raisons que j'ai exposées dans ma précédente leçon.

3° L'élévation de la *pression artérielle* peut intervenir. J'ai montré que ce facteur est à retenir.

4° La *rétention chlorée sèche avec élévation du chlore globulaire* doit être discutée.

Elle est plus importante chez Yvette, qui a présenté de l'éclampsie, que chez Suzanne qui n'en a pas eu. Mais ce fait n'entraîne pas la conviction, car le taux maximum du chlore globulaire est atteint tardivement, alors que l'éclampsie est terminée depuis plusieurs jours.

Somme toute, l'élévation de la pression artérielle chez Yvette est le seul phénomène qui lui soit particulier et qui ne se rencontre pas chez Suzanne. Or, c'est elle qui a présenté de l'éclampsie.

L'observation d'Yvette, comparée à celle de Suzanne, est en faveur du rôle de l'hypertension artérielle dans la pathogénie de l'éclampsie du début des néphrites aiguës. Elle confirme l'opinion que j'ai soutenue avec M. Harvier, en 1908, avec M. Roger Voisin, en 1909, et dans divers mémoires et leçons.

***

Il m'a paru intéressant de comparer les observations de Suzanne et d'Yvette, qui, toutes deux, sont atteintes de néphrites aiguës hématuriques.

Elles m'ont permis de mettre en relief certaines constatations physiologiques, les unes de même ordre, les autres différentes, et d'en tirer des déductions pour la pathogénie de l'éclampsie dont Yvette a été atteinte.

Cette méthode d'analyse clinique et physiologique, que Widal nous a enseignée, conduit, vous le voyez, à des données précises.

CHRONIQUE

A propos d'un livre turc de gynécologie

Le Docteur Behzad (de Bagdad) avait fait un travail important en vue d'un concours d'agrégation à la Faculté de Stamboul. Ce concours n'a pas eu lieu, et l'auteur publie une série d'articles réunis en fascicules qui sont des mises au point intéressantes de problèmes variés. Ce livre est édité par Nedjdjah, imprimeur arabe à Bagdad (Irak) en 1933, et est en vente chez l'auteur (New-Street 341-1, Bagdad).

Nous en avons reçu deux fascicules. Le premier, après quelques réflexions générales, traite du varicocèle pelvien, des fausses métrites, des métrites microbiennes, des abcès utérins et de la torsion axiale de l'utérus. Le second étudie l'endocrinologie gynécologique et obstétricale et les anesthésies lombaires.

Il nous a semblé intéressant d'exposer ici les vues de l'auteur sur les fausses métrites.

D'une façon générale, on peut dire que la sclérose et la congestion diathésique de l'utérus constituent une métrite, mais sans infection et sans microbes. Un examen superficiel montre les symptômes caractéristiques habituels de l'infection de la muqueuse utérine : douleurs hypogastriques avec irradiation lombaire, ménorragie, leucorrhée abondante et discontinue. Mais, si l'on analyse de près ces symptômes, on est obligé de constater que c'est à tort que l'on appelle métrite une affection qui n'a aucun caractère infectieux.

Historique

Scanzoni, Récamier, Nonat avaient déjà précisé la classification des métrites.

Récamier avait mis en évidence que la congestion avec gonflement œdémateux de l'utérus était due à une inflammation : mais, dans certains cas, il n'y avait pas inflammation. Il comparaît alors ces lésions à celles que l'on observe au niveau d'autres organes après une hyperémie prolongée. Il leur attribuait comme cause des troubles de la nutrition, et expliquait ainsi les différents aspects cliniques observés. En raison de leur étiologie, il leur avait donné le nom de fausses métrites. Corti, Sinety, Martineau, sont du même avis ; mais dans leur classification gynécologique, ils ne leur donnent pas une place à part et les décrivent en même temps que les fibromes, les tumeurs malignes, les déviations utérines.

Avec les découvertes bactériologiques modernes, les auteurs se sont appliqués à établir l'origine microbienne de toutes les métrites. Et nous pouvons considérer Pozzi en tête de ceux qui ont refusé d'admettre les fausses métrites.

Des recherches récentes ont cependant confirmé que cette notion était légitime, et devait être bien isolée de celle des métrites vraies.

C'est DOLERIS qui, en 1886, a distingué « Les vraies et les fausses métrites ». Il distingue deux formes : la métrite vraie, ou infectieuse ; la fausse métrite qui reconnaît comme causes des troubles nutritifs, d'origine lymphatique, nerveuse, sanguine ou traumatique.

Quelques années plus tard, P. PETIT, DALCHÉ, A. SIREDEY ont voulu mettre en évidence ces fausses métrites : mais ils n'ont pas réussi à réaliser la révolution nécessaire. C'est à RICHELOT que l'on peut attribuer cet honneur. S'appuyant sur des bases scientifiques, il a établi que la congestion primitive de l'utérus peut n'être en rapport avec aucun incident infectieux. Résumons la théorie de RICHELOT : certaines filles de la famille neuro-arthritique sont nées avec une prédisposition spéciale à la congestion et à la stase pelvienne. La première poussée congestive survient à la puberté. Elle est descriptible par des douloureuses et irrégulières menstruations accompagnées de troubles nerveux et, vers 20 ans, les symptômes de la fausse métrite vont apparaître : les douleurs, l'hyperménorrhée, les métrorragies, la leucorrhée. Tous ces signes réalisent l'endométrite pubertaire, qui n'est pas infectieuse. Dans une seconde phase apparaît la sclérose utérine : à 30 ans, les symptômes de la fausse métrite s'exagèrent pour réaliser la métrite chronique douloureuse, exfoliante ou dysménorrhée membraneuse. A la ménopause, tous ces signes sont au maximum. Dans cette dernière période, on voit apparaître la métrite ménopausique ou sénile, utérus géant, utérus fibromateux, sans corps fibreux, que RICHELOT tient pour un fibromyome diffus de l'organe. Dans tous ces cas, la cause est une diathèse neuro-arthritique : la différence entre les formes n'est qu'une question de degré. Ultérieurement, dans une importante série de travaux, RICHELOT a démontré qu'il n'y a aucun rapport entre la congestion utérine avec sclérose, et l'infection, dont la preuve ne peut être faite ni macroscopiquement, ni par le microscope. Le col est normal, jamais ulcéré et suppurant, comme dans les métrites infectieuses. Les symptômes et évolution des poussées congestives permettent d'ailleurs de distinguer ces fausses métrites des vraies. De même la thérapeutique habituelle des cas infectieux, curettage, cautérisations etc., ne présente aucun intérêt dans les fausses métrites.

RICHELOT admet, de plus, que la métrite des vierges, et la métrite de la ménopause ont la même origine, Il se défend, cependant, de ne pas admettre la possibilité d'infection surajoutée : ces cas rentrent, cependant, dans la classe des scléroses et congestions utérines. En isolant les fausses métrites, en tout cas, RICHELOT en éclaire l'étiologie, et en établit un traitement plus utile et plus logique.

Parmi les adversaires de ces idées, de nombreux chirurgiens, POZZI en tête, ont essayé de les discuter.

POZZI pensait qu'elles constituaient un retour à l'engorgement congestif des anciens auteurs. Il n'y a jamais métrite sans microbes, et la diathèse rhumatismale joue simplement le rôle de terrain favorable à l'évolution infectieuse. Dans la description spéciale de l'inflammation, il se refuse à baser sa classification des métrites sur l'existence ou l'absence d'infection.

Des études minutieuses, tant en France qu'en pays étrangers, ont confirmé les idées de RICHELOT. DÖDERLEIN et PFANNENSTIEL ont établi que la métrite spongieuse n'est pas une inflammation fongueuse, mais une hypertrophie primitive de la muqueuse utérine. C'était l'avis de RICHELOT. DÖDERLEIN, TREUBE, WINTER constatent que certains gros utérus, inflammatoires en apparence, ne peuvent être rapportés à une infection ni récente, ni ancienne. REINIKE, en examinant quatre utérus extirpés pour hémorragies graves, a constaté l'hyperplasie de la muqueuse et la sclérose artériolaire : il était impossible de rapporter cette dégénérescence microscopique à une infection vraie.

TEILHABER publie que certains gros utérus métrorragiques, de même que certains utérus petits à muqueuse normale, sont sans rapport avec l'infection. RENE, après curettage pour métrorragies graves chez deux vierges, constate à l'examen histologique une muqueuse exagérément hyperplasiée ; jamais il n'a constaté l'origine infectieuse. VITTEK pense que les lésions que l'on rencontre sur les tuniques endothéliales des artères chez les hypertendus, peuvent causer des métrorragies essentielles chez les vierges et les multipares.

Pathogénie

Dans ces temps derniers, certains auteurs ont voulu rapporter la cause des fausses métrites à une insuffisance des glandes ovariennes, ou d'autres glandes endocrines. Mais il faudrait préciser quel est le facteur de ces insuffisances.

Dans le follicule de GRAAF, on trouve une hormone sexuelle féminine qui est à l'origine de l'hyperplasie de la muqueuse utérine. Le prolan B du lobe antérieur de l'hypophyse est une hormone lutéinisante et préside à la constitution de la lutéinisation du corps jaune. Or l'insuffisance ou l'absence de cette hormone influe sur les hémorragies ou les hyperménorrhées. Il est d'ailleurs possible d'arrêter ces hémorragies par défaut de lutéinisation par l'emploi médicamenteux de cette hormone.

En fait, on voit habituellement ces lésions causales dans les ovaires, et même elles peuvent précéder la lésion utérine : c'est elle que l'on nomme dégénérescence kystique.

La congestion et la sclérose primitive de l'utérus, l'ovarite kystique, le fibromyome utérin sont une diathèse héréditaire associée à une diathèse neuro-arthritique, et ne sont pas des lésions différentes des lésions diffuses qu'on peut voir apparaître dans d'autres organes. Y aurait-il, dans ce cas, effet d'une affection héréditaire localisatrice sur la glande ovarienne, comme elle pourrait jouer dans la localisation sur d'autres glandes endocrines ? — Ce problème est encore loin d'être résolu.

L'école argentine n'accepte pas le neuro-arthritisme comme terrain. Par le laboratoire comme par la clinique, elle a établi que la congestion et la sclérose utérine primitive, la dégénérescence kystique des ovaires, surtout le fibrome et le varicocèle pelvien sont une conséquence de la syphilis héréditaire (CASTEX et ses élèves, CASTANO),

Cette idée n'est pas essentiellement nouvelle. FOURNIER, dans ses leçons originales, avait bien établi les dystrophies de la syphilis congénitale.

Malheureusement, avec le temps, elles ont été oubliées, et n'occupent plus la place qui leur convient en gynécologie et en pathologie externe. La sécrétion ovarienne conduit et corrige la menstruation et le cycle fonctionnel de la muqueuse utérine : il est donc très naturel que l'atteinte de cet organe modifiant qualitativement et quantitativement sa sécrétion, joue un rôle important dans cette maladie. C'est un problème important cependant, que d'accorder à la syphilis congénitale, agissant comme une sorte de bacillose, la possibilité d'affecter les ovaires, et d'être ainsi la cause de la dégénérescence de sa sécrétion interne.

Anatomie pathologique

Au début, chaque poussée amène la congestion de l'utérus. Gonflé de sang, il est augmenté de volume naturel ; après la crise il revient à son état normal sans qu'on puisse alors le distinguer d'un utérus normal.

Avec les progrès de la maladie survient la période de sclérose : l'utérus est augmenté de volume d'une façon définitive, mais variable, suivant le degré de la maladie, l'âge du sujet.

Au début il est d'un volume subnormal, plus tard et surtout il prend la taille du poing, pour atteindre parfois 10-12 et même 15 cm. de haut. A l'hystéromètre, la cavité est toujours agrandie. L'aspect de l'utérus garde sa forme habituelle : sa surface est lisse, luisante, comme vernie ; jamais on ne trouve d'exsudat ni d'adhérence, comme dans les états infectieux.

Le col est surtout exposé à l'hypertrophie, et peut acquérir parfois des dimensions considérables. Mais on ne voit

♦♦♦

jamais les lésions dégénératives, les déformations, déchirures, ulcérations caractéristiques des cervicites infectieuses chroniques. La couleur est homogène, rose, rouge, parfois plus foncée, allant jusqu'au violet.

La muqueuse de l'utérus est épaisse, lisse, blanchâtre, résistante : en résumé, elle ressemble à la muqueuse observée en cas de corps fibreux.

Si l'affection est ancienne, on observe des dénaturations anatomiques, que les classiques considéraient comme des lésions infectieuses : végétations en champignon, polypes muqueux. Mais ces lésions ne sont pas microbiennes ; elles constituent avant tout une hyperplasie bénigne de la muqueuse, surtout des éléments glandulaires.

Parenchyme.

A la coupe de l'utérus, la musculeuse est deux ou trois fois plus épaisse que normalement.

Microscopiquement : on trouve des lésions spéciales qui caractérisent la sclérose utérine. Jamais elles ne ressemblent à l'inflammation microbienne.

Les glandes sont anormalement multipliées, allongées, flexueuses, avec de nombreuses courbures, mais sans dégénérescences hystologiques dans le stroma.

Jamais on ne rencontre de microbes, ni d'infiltration leucocytaire : l'épithélium qui tapisse la cavité utérine est intact.

Pour les vaisseaux d'abord normaux, ils augmentent de nombre avec la marche de la maladie. Quelques cas ont été décrits avec des vaisseaux si nombreux que la coupe prenait un aspect spongieux. Autour d'eux, on constate de la sclérose périvasculaire. Ce sont ces vaisseaux qui sont la cause des métrorragies.

Dans le parenchyme, on ne trouve pas, pour Richelot, constamment les signes de sclérose utérine. L'utérus est gros, mou comme une éponge. Pour différer des formes scléreuses il a donné le nom de sclérose rouge ; on constate que dans cette forme les éléments musculaires et les vaisseaux sont les éléments principaux.

Dans les cas plus avancés, le parenchyme est semé de noyaux assez durs, de taille variable, qui ne sont que de petits fibromyomes (individualisée sous le nom de sclérose blanche). Ces petits noyaux ne sont pas autre chose que des noyaux de corps fibromien. On constate que dans cette forme le tissu conjonctif est prédominant.

Au microscope, les fibres musculaires sont allongées et élargies, mais toujours sans aucune altération histologique ; tandis que dans les scléroses inflammatoires microbiennes, le tissu fibreux dissèque les fibres lisses en remplaçant lentement les éléments nobles pour atrophier l'ensemble de l'organe.

Enfin les vaisseaux du parenchyme comme ceux de la muqueuse montrent des lésions de sclérose périartérielle, avec manchons fibreux périvasculaires.

Quant aux ovaires, fréquemment atteints, ils présentent des lésions de dégénérescence kystique. Nous les étudierons dans un article spécial.

Symptômes.

Nous avons déjà signalé que les fausses métrites évoluent en deux périodes : une première de congestion diathésique, une seconde de sclérose.

Le début de l'affection survient à la puberté au moment des premières règles douloureuses. Aux règles suivantes, il y a de fortes coliques utérines avec pertes très abondantes (ménorragies). Dans l'intervalle menstruel, on note des douleurs avec sensation de pesanteur dans la région hypogastrique, tiraillements dans la région lombaire. Au moindre effort, la malade pâlit, son teint est terne. Il s'agit de malades nerveuses, hypersensibles, avec réactions nerveuses exagérées. Richelot signale la possibilité de règles tous les quinze jours : en fait il s'agit peut-être de métrorragies régulières entre les règles normales. Celles-ci peuvent être très abondantes. On note parfois des écoulements de leucorrhée sanguignolente, d'autres fois de simples écoulements leucorrhéiques demi-fluides, abondants, témoignant de l'hypersécrétion muqueuse.

A l'examen, toucher et palper combinés, l'utérus est globuleux, sphérique, sensible à la mobilisation qui est cependant normale.

Au spéculum, les constatations sont variables suivant les périodes de la maladie. Dans l'intervalle des crises, chez la femme jeune, le museau de tanche est d'aspect tout à fait normal. Rond, de couleur rosée, il est lisse avec à l'orifice externe, une glaire muqueuse. Il n'y a jamais ni érosion, ni ulcération.

Le toucher combiné au palper montre à ce moment un utérus absolument normal.

Pendant les périodes de congestion, on est tout d'abord frappé par l'aspect des organes génitaux externes : la paroi interne des grandes lèvres, le vestibule, l'orifice et les parois du vagin sont rouges, gonflées, très vascularisés. L'introduction du spéculum est douloureuse. Le col utérin est gros, gonflé, rouge, parfois violacé. Mais cette coloration est uniforme. On ne voit ni érosion, ni déchirure, ni ectropion. L'orifice externe est entr'ouvert, mais jamais cerné par un liseré rouge comme dans les endométrites vraies. On voit sourdre une goutte demi-claire, vitreuse ; mais ces sécrétions ne sont ni troubles, ni purulentes.

Deux à trois jours après la fin de la poussée, un nouvel examen ne montre plus rien d'anormal. Ces poussées ne coïncident pas toujours avec les règles ; parfois elles ne s'accompagnent pas d'hydrorrhée.

Une poussée congestive peut ainsi apparaître dans l'intervalle des règles, sans cause décelable ; elle dure trois ou quatre jours pour disparaître ensuite rapidement. Le col et le corps utérins reprennent leur aspect normal ; la leucorrhée disparaît : la malade se sent complètement guérie.

Avec les progrès de la maladie, l'affection aboutit à la sclérose terminale. Les poussées de congestion sont plus fréquentes ; les périodes de repos se raccourcissent. L'état général commence à s'altérer sérieusement.

Evolution.

La maladie n'évolue pas de la même façon chez toutes les femmes. Rappelons quelques aspects cliniques différents, qui restent cependant typiques.

I. Forme hémorragique. — On conçoit aisément tout son intérêt pronostique. Parfois les hémorragies sont assez importantes pour en imposer pour un fibromyome. Le diagnostic différentiel est d'ailleurs difficile du fait qu'on peut trouver des noyaux fibreux dans la paroi utérine. Dans certains cas, on ne trouve pas de noyaux, mais un utérus volumineux comme un utérus fibromateux sans corps fibreux.

Ce diagnostic différentiel n'est pas essentiellement nécessaire : toutes ces affections ne sont que des formes, des degrés différents de la même maladie (Richelot). Il importe seulement de poser l'indication opératoire. Dans la plupart des fausses métrites, surtout dans les cas peu avancés, qui ne sont pas parvenus à la sclérose terminale, le traitement médical peut suffire ; mais dans les cas de fibro-myome, l'intervention est nécessaire, ou la radiothérapie.

Dans les formes hémorragiques, les pertes sanglantes abondantes et répétées amènent une anémie profonde. L'appétit disparaît, les malades maigrissent. La moindre complication peut être mortelle. Ces cas graves sont heureusement assez rares.

II. Forme chronique douloureuse. — Elle a été bien étudiée par Pozzi. Les douleurs en constituent le symptôme dominant.

Les règles s'accompagnent de violentes coliques utérines. Dans l'intervalle, les douleurs ne disparaissent pas complètement ; il y a du ténesme rectal, sensation de pesanteur à la région hypogastrique et au périnée. Les douleurs irra-

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène du Nerveux, par le Docteur J.-A. CHAVANY. (Collection « Hygiène et diététique », publiée sous la direction de E. SCHULMANN.) Un vol. in-8° de 98 pages, 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Nombreuses et variées sont les *conditions générales* qui président à l'élaboration d'un bon équilibre mental tant chez les sujets normaux que chez ceux subnormaux qu'on qualifie, dans le monde, de nerveux. La première partie du livre est consacrée à l'analyse critique de ces diverses conditions générales avec des aperçus pleins de finesse sur le milieu familial, sur le milieu scolaire, sur le mariage, sur l'éducation sexuelle, etc...

Dans la seconde partie l'auteur, envisageant le problème sous un angle plus pathologique, traite *des directives hygiéniques spéciales aux divers cas morbides* qui peuvent se présenter en pratique journalière. Pour la clarté de son exposé il utilise la classification un peu schématique, mais commode des *constitutions*. Il passe délibérément sous silence les problèmes de grosse psychiatrie qui relèvent davantage de la médecine mentale que de l'hygiène.

Suit un exposé rapide et précis des *toxicomanies* et de leur traitement.

Dans une dernière partie essentiellemnet didactique est énoncée une série de *conseils généraux* dont les uns intéressent plus spécialement le médecin, tels l'aperçu synthétique de thérapeutique médicamenteuse, l'armement clinico-hospitalier et dont les autres s'adressent plus directement aux nerveux ou à leur entourage, tels le régime alimentaire, l'hydrothérapie, la crénothérapie, etc.

Traité de Sexologie, par le Docteur HESNARD. Un volume in-8° de 720 pages, avec 72 figures. Payot, éditeur, Paris, 1933 (in-collection de la Bibliothèque scientifique).

Nous ne possédions pas un ouvrage exposant l'ensemble des faits scientifiques, qui constituent le vaste domaine de la sexualité. Pour réaliser une semblable synthèse de faits biologiques, psychologiques et pathologiques concernant l'activité sexuelle, il fallait une personne possédant de nombreuses qualités. Il fallait un auteur à la fois neuropsychiatre, psychologue, psychonalyste et sociologue. Et en sus, il importait que cet auteur eut le courage d'écrire un livre aussi complet. Hesnard était un des seuls praticiens (je dirais même le seul) capable de fournir un exposé clair, précis, documenté sur le problème sexuel : depuis de longues années chacun a apprécié ses articles sur ce sujet ou des sujets connexes : aussi je considère comme une bonne fortune que notre distingué collègue fasse paraître ce volume, préfacé par le Docteur Toulouse qui vient de fonder l'association déjà florissante des études sexologiques. Voici l'analyse succincte de ce traité.

L'auteur, ayant précisé le but et les méthodes de la sexologie et après un résumé historique de la question, dresse le bilan de toutes nos connaissances scientifiques actuelles touchant les faits de la sexualité, tant humaine qu'animale.

Dans une première partie *biologique*, il étudie successivement la sexualité dans la série animale, depuis ses origines dans la cellule et ses manifestations chez les êtres de structure élémentaire, jusqu'à ses expressions chez les êtres d'organisation complexe, et la place sexuelle de l'homme dans l'échelle des êtres vivants. Il résume ensuite la morphologie sexuelle et ses lois, expose les résultats des récentes découvertes endocrinologiques, précise les conditions hormoniques et neurologiques de l'appétit sexuel, puis le déterminisme psycho-physiologique de l'impulsion sexuelle, depuis sa forme brute de faim sexuelle jusqu'à ses formes socialisées et achevées, qui réalisent l'évolution du Désir érotique et permettent le passage biologique de l'Auto-érotisme à l'Allo-érotisme.

Dans une deuxième partie, *psychologique*, il résume : les conditions psychologiques du Désir érotique quant à son but et à son objet ; l'évolution psycho-sexuelle de l'individu depuis les phases de la sexualité infantile et les métamorphoses psychiques de la puberté jusqu'au déclin de l'âge critique et de la sexualité ; les grandes caractéristiques des comportements masculin, féminin et intersexuel ; le mécanisme psychologique et les lois de la Contre-sexualité ; les corrélations psycho sexuelles générales et spéciales (caractérologie, sentiments sexuels comme la pudeur, l'amour, la jalousie) ; la sexo-psychologie sociale et ses applications théoriques à l'Education sexuelle, à la Morale et à l'Hygiène.

Dans une troisième partie, *pathologique*, il expose de façon succincte les grands syndromes sexo-endocrinologiques et avec plus de détails : les Impuissances masculines et frigidités féminines ; l'Auto-érotisme morbide ; la Perversion sexuelle en général et ses lois ; les perversions de but, comme l'exhibitionnisme et le sadomasochisme et les perversions d'objet comme le Fétichisme et l'Homosexualité. Enfin, il résume les grandes lignes d'une thérapeutique sexologique, à la fois physique et psychique.

Il n'est pas douteux que ce livre intéressera le grand public scientifique tout entier, il procède d'une sûre méthode synthétique, à la fois biologique et psychologique, qui résume, sur un sujet d'actualité traité de manière objective et dans une langue aussi honnête que précise, les plus solides qualités de la science française et il m'est agréable de féliciter très amicalement Hesnard de ce travail. G. PAUL-BONCOUR.

dient à la région lombaire, au sacrum, aux cuisses, aux régions inguinales. Dans cette forme, les modifications des règles, les métrorragies sont au second plan, parfois même absentes. Les règles peuvent même être diminuées.

A l'examen, toucher et palper combinés on sent un gros utérus globuleux, dur, très sensible à la pression. Il n'y a jamais d'adhérence, l'utérus est parfaitement mobile et libre. Au spéculum, on constate qu'il ne s'agit pas d'une inflammation vraie. Le col est gros, mais de forme régulière, de couleur uniformément rouge ou violacée. Il n'y a ni ectropion, ni déchirure, ni ulcération. On ne trouve pas de leucorrhée purulente. Au point de vue nerveux, il y a hyperexcitabilité générale. Ces femmes sont des neurasthéniques graves, avec accès alternatifs d'excitation ou de dépression.

Les accès nerveux, les crises de larmes se succèdent rapidement. Et si les hémorragies sont assez importantes pour amener de l'anémie, si l'intensité et la durée des douleurs provoquent une atteinte de l'état général, l'intervention la plus radicale s'impose (Richelot).

III. Forme dysménorrhéique. — Le flux menstruel amène un décollement plus ou moins complet de la muqueuse et s'élimine au milieu de fortes coliques utérines ; la muqueuse peut s'éliminer en totalité, en doigt de gant. Dans l'intervalle des règles, il y a de l'hydrorrhée avec sensation de pesanteur.

Le traitement en est très difficile, parfois impossible si la dysménorrhée est isolée, ce qui est d'ailleurs rare.

IV. Formes mixtes. — Ces formes paraissent les plus fréquentes. On trouve associés tous les symptômes : hémorragies utérines, douleurs, leucorrhée, sans qu'aucun domine le tableau clinique. Dans l'intervalle des accès, la douleur peut persister et disparaître. Toutes ces formes peuvent d'ailleurs réaliser des intensités très variables, en sorte qu'on peut dire qu'il existe non pas une mais des congestions avec sclérose utérine.

Diagnostic différentiel

I. De la métrite cervicale chronique. — Dans la fausse métrite, le col est gros, mais sa forme est conservée, régulière, la coloration rouge ou violette, uniforme. On ne constate ni érosion, ni déchirure, ni ulcération, ni ectropion, ni écoulement muco purulent, ni œufs de Naboth comme dans une métrite vraie.

Les écoulements sont clairs, transparents, filants, jamais purulents. Quant à la douleur de la matrice elle est plus marquée dans les fausses métrites que dans les vraies et, fait important, leur début est brusque, leur disparition soudaine.

La fausse métrite se révèle aussi bien à la puberté qu'à l'âge adulte : elle s'associe bien souvent à la stérilité. Dans ses antécédents, on ne trouve ni infection gonococcique, ni infection puerpérale du *post-partum* ou du *post-abortum*. Ces particularités évolutives sont d'un gros intérêt diagnostique. Mais il faut savoir qu'une infection secondaire peut se greffer sur une fausse métrite, et par l'analyse des antécédents, on peut préciser d'une façon intéressante la part respective des lésions infectieuses et diathésiques.

II. Du fibrome. — Les ménorragies ou les métrorragies sont parfois assez importantes pour faire penser à un fibromyome.

Comme nous l'avons signalé, il n'y a pas un gros intérêt à préciser ce diagnostic différentiel, car il n'existe entre ces deux affections que des différences de degré. L'utérus est gros, la cavité allongée ; on trouve dans les parois des noyaux plus ou moins gros de fibromyome. Enfin les hémorragies sont parfois alarmantes, et il y a de l'hydrorrhée dans la première quinzaine des règles. Tout cela ressemble à la symptomatologie d'un fibrome, mais ne constitue que le premier degré de cette maladie.

Pronostic

Un utérus soumis depuis longtemps à la congestion diathésique sans traitement suffisant, aboutit obligatoirement à la sclérose. Il ne met pas la vie en danger, mais soit par la congestion soit par la sclérose, il constitue une infirmité.

De plus, la sclérose constitue un terrain de prédisposition spéciale au fibrome et au cancer.

Traitement

Chez les jeunes filles, les poussées congestives menstruelles imposent le repos absolu. Dans l'intervalle des règles, il faut lutter vigoureusement contre la congestion. La constipation est très fréquente ; il faut prescrire un régime sérieux (légumes, fruits, miel, beurre frais, etc.). Si cela est nécessaire, il faut conseiller les lavements et les laxatifs. Barozzi prescrit avant le coucher une pilule de trente centigrammes de Cascara. Le matin, il conseille un grand lavement tiède ou de décoction filtrée de mauve, et une fois par semaine, 40 grammes d'huile de ricin comme drastique. Comme régime : suppression du vin et des boissons alcooliques, de même que le thé et le café dans les cas sérieux. Il faut interdire le gibier et les excès de viande, de poisson, les aliments gras et les poireaux ; recommander les laitages, les œufs, les légumes frais, la viande blanche.

Il ne faut surtout pas donner de fortifiants. C'est une erreur que de considérer cette maladie comme une preuve de faiblesse générale, et de donner du quinquina, du fer, ou autres stimulants.

Il s'agit, au contraire, de malades « saturés de sang » ; et ces médicaments peuvent provoquer des troubles digestifs, augmenter l'irritabilité nerveuse, créer ou aggraver la constipation.

On peut prescrire : le valeromenthol ou le valérianate d'ammoniaque de Pierlot, 3 ou 4 cuillerées à café par jour ; l'élixir polybromé d'Yvon, une ou deux cuillerées à café dans une infusion (thé ou tilleul) après le dîner pendant quatre jours, puis interrompre.

Pendant la crise, cataplasmes chauds sur l'abdomen ou pansements humides à renouveler. Pour conserver la chaleur, maintenir sur le pansement un thermophore plein d'eau bouillante. Ou encore employer le pansement humide à demeure (méthode de Priznitsch).

En outre : morphine ou belladone en suppositoires, petits lavements à l'antipyrine. Si les douleurs sont très fortes, on fait des injections vaginales chaudes de 4 à 8 litres, deux fois par jour, même pendant les règles. L'injection devra être très lente. Quand cela est possible, après l'injection, il est utile de placer un tampon vaginal glycériné, ou mieux de glycérine chloralée : en absorbant les sécrétions, en arrêtant ou prévenant la congestion, il mérite bien le nom de ventouse blanche. En cas de besoin, une vraie ventouse peut soustraire 200 grammes de sang au col utérin.

Les laminaires permettent de calmer les hémorragies, d'assouplir le col, de calmer la congestion. Elles sont en même temps utiles pour calmer les douleurs.

Comme médicaments : Piscidia erythrina, Stypticine mais surtout Hydrastis canadensis. On commencera l'usage de ce dernier quelques jours avant les règles pour continuer pendant celles-ci. Il faut proportionner la quantité à l'importance de l'hémorragie. Dans ces conditions le médicament est hémostatique et corrige la circulation pelvienne. Richelot conseille le sulfate de quinine. S'il n'y a pas hyperménorrhée, on donnera dans l'intervalle des règles hamamelis virginie, hydrastis canadensis, viburnum prunifolium. Les résultats en sont indiscutables.

En cas de métrite infectieuse, il n'y a pas de traitement général de valeur. Au contraire, c'est le traitement le plus utile dans les fausses métrites.

Hydrothérapie. — Il ne faut pas la prescrire à la légère.

Il s'agit bien souvent en effet de malades nerveux et hyperexcitables. On recommandera la douche en jet tiède, intermittent, sur la colonne vertébrale, de 32° à 36° pendant une ou deux minutes au plus. La douche écossaise froide et chaude alternée, est utile. Les douches très froides, glacées, sont recommandables aux apathiques.

Les sources thermales. — Le choix est une question de nuances. Châtel-Guyon, chlorosodique, en bain, par la bouche, en irrigation locale, en lavement, donne de beaux résultats dans certains cas de congestion utérine et d'atonies intestinales. Luxeuil est sédatif et décongestionnant ; elle est indiquée dans le cas de nervosisme. Salies-de-Béarn convient aux hypertrophies utérines avec sclérose, métrorragies.

Lorsque la sclérose utérine est constituée, le traitement médical devient inutile, sauf pour obtenir de petites améliorations. Les hémorragies par hyperplasie muqueuse ou dues à un polype sont justiciables d'un curettage. Chez les femmes jeunes l'amputation du col est indiquée : par la méthode de Simon Markwald, il n'y a pas d'atrésie secondaire. L'amputation haute, sous-isthmique, favorise parfois l'involution utérine.

Dans les cas avancés, l'ablation de l'utérus et de ses annexes par voie vaginale est l'opération indiquée. Quelques auteurs ont voulu ne pratiquer que des ovariectomies : les résultats ne nous paraissent pas assez intéressants pour discuter la méthode.

Quant aux traitements par les extraits glandulaires, on en a beaucoup exagéré l'importance dans ces temps derniers. Comme disait Huchard à propos de l'iodure de potassium, chaque fois qu'un médecin ne sait que prescrire, il prescrit l'iodure : actuellement, on ne donnera des extraits glandulaires que lorsque l'expérimentation physiologique aura donné des résultats précis. Mais il faut savoir que ces cas sont rares, d'indications très limitées. Il faut se méfier d'une propagande basée surtout sur des buts commerciaux. Si la congestion utérine est due à un hyperfonctionnement génital, il ne faut pas donner d'extraits ovariens. Si au contraire la fonction ovarienne est qualitativement ou quantitativement défaillante, on pourra administrer ces extraits. Dans l'hyperménorrhée, parfois dans les métrorragies, en suivant de près les résultats du traitement, on pourra utiliser les extraits hypophysaires ou thyroïdiens. De même l'extrait mammaire, mais son action est moindre que celle des précédents.

En corrigeant la circulation pelvienne, l'œdème et la congestion périutérins, le massage permet de prévenir ou même de faire disparaître la congestion ; on complétera le traitement par une gymnastique spéciale.

On utilisera la méthode de Brandt : en position horizontale, les jambes fléchies, la malade reposant sur la nuque et les talons, on pratiquera sans aucune violence la manœuvre de l'abduction contrariée des cuisses, 3 ou 4 fois, puis 3 ou 4 fois la manœuvre inverse, adduction contrariée.

En cas de tuberculose ou de syphilis héréditaire, il faut instituer un traitement spécial.

Enfin, il faut instituer une hygiène générale : l'emploi d'une ceinture ou d'un corset est particulièrement utile chez les ptosiques ou chez les accouchées aux parois atoniques.

Si l'utérus est dévié, il faut le remettre en place et le fixer ; parfois ajouter une résection partielle de l'ovaire, une sympathicectomie périartérielle. S'il y a une déchirure du périnée ou du vagin, faire une colpo-périnéorraphie.

En cas de fibrome ou de sclérose micro-kystique des ovaires, il faut les opérer. Il sera parfois nécessaire de continuer le traitement médical, parfois un seul de ces traitements suffira.

Contre les hémorragies, la radiothérapie profonde de la rate est encore une méthode à l'étude. Quant à l'irradiation des ovaires, c'est un traitement à n'appliquer qu'aux environs de la ménopause, et lorsque les autres méthodes auront échoué.

Enfin la stérilisation temporaire par radium ou radiothérapie est une méthode délicate en raison des susceptibilités individuelles. Une dose destinée à obtenir une stérilisation temporaire peut laisser une stérilité définitive.

***

Telles sont les données auxquelles aboutit M. Behzad. Nous avons estimé qu'il y avait intérêt à les faire connaître au public médical français.

Semsettin.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Dermatologie et vénéréologie

Dans le prurit ano-génital la radiothérapie locale donne des succès dans tous les cas moyens ou intenses, récents ou anciens, avec ou sans complications cutanéo-muqueuses, quelle que soit l'étiologie du prurit, dit M. Albéric Marin.

« Elle apporte souvent une guérison définitive, toujours une rémission prolongée ; elle est indolore, là où les autres procédés sont douloureux, assujettissants, ne donnent guère qu'un soulagement éphémère ou encore sont totalement inopérants.

« Cependant il est curieux de constater que la plupart des auteurs n'insistent que fort peu sur les avantages de la radiothérapie, et n'oublient jamais d'en signaler les dangers. De plus on fait remarquer que ses effets ne sont pas durables, que les rechutes sont habituelles.

« Or, à l'heure actuelle, quelle est la médication qui puisse donner à coup sûr une cure permanente ?

« Aucune de celles que l'on préconise n'offre cette garantie.

« Quant aux dangers de la radiodermite (qui existent, et nous n'en disconvenons pas), ceux-ci ont été grandement exagérés.

« Des doses fortes d'emblée peuvent la provoquer, il est vrai, mais ce n'est pas là la technique recommandée. De petites doses longtemps répétées pourraient aussi la produire comme chez les radiologistes, mais ceux-ci lorsqu'ils souffrent de radiodermite chronique ont accumulé au cours de leur carrière infiniment plus de rayonnements que les pruritiques soumis à des cures nombreuses. Du reste la peau de la surface dorsale des mains est plus radio-sensible que celle des régions ano-génitales. »

L'auteur administre le « traitement fractionnel ».

(1/4 D-E. hebdomadaire.)

Il est vivement déconseillé d'administrer d'emblée la dose-érythème (4 ou 5 H), ainsi que le recommandent certains auteurs. Ces fortes quantités n'arrêtent pas nécessairement le prurit dans tous les cas mais provoquent généralement un érythème plus ou moins intense et inutile qui empêchera de continuer le traitement. De plus si l'érythème est suivi d'atrophie et de télangiectasie ces séquelles sont une contre-indication à la reprise de la radiothérapie, plus tard, lorsque surviendra une récidive éventuelle.

C'est la méthode des fortes doses d'emblée et parfois rapprochées qui est responsable des incidents et accidents survenus au cours du traitement radiothérapique du prurit ano-génital alors qu'ils sont d'exceptionnelle rareté avec le « traitement fractionnel ».

Il importe sérieusement de tenter d'abattre cet épouvantail de la radiodermite dans le traitement des maladies de la peau.

(Albéric Marin, de Montreal. Radiothérapie locale du prurit ano-génital. *La Presse Médicale*, 3 mai 1933).

Le mercure doit garder une place importante dans le traitement de la syphilis. L'introduction de l'arsenic, puis du bismuth a fait perdre au mercure la faveur que Fournier et son école lui avaient témoignée. Beaucoup de praticiens ne l'emploient aujourd'hui que fort peu ou même plus du tout. Cet abandon constitue, à notre point de vue, une grave erreur.

Nombreux sont, en effet, les malades qui ne supportent l'arsenic sous aucune forme et qui se trouveront bien d'une thérapeutique mixte mercurielle et bismuthique.

Beaucoup sont arséno-résistants, quoique tolérants.

Enfin, certaines localisations viscérales de la syphilis relèvent presque uniquement d'un traitement mercuriel.

Cette médication reste le grand traitement de base de l'hérédo-syphilis, active ou latente.

Le mercure est indispensable pour le traitement de consolidation, ainsi que le dit si justement le Professeur Gougerot : « *son action lointaine étant démontrée par de longues années d'expérience que n'ont pas encore ni l'arsenic ni le bismuth* ».

De fait, nous suivons de nombreux malades contaminés depuis plus de trente ans et soignés par l'un de nous, tant en ville qu'à l'hôpital, presque uniquement par le mercure ; ils n'ont reçu que depuis quelques années des injections bismuthiques. Pourtant, ces syphilitiques ne présentent malgré leur âge (beaucoup ont dépassé 60 ans et quelques-uns 70 ans) aucune manifestation nerveuse ou viscérale spécifique.

Nous ne voulons, toutefois, pas avancer qu'arsenic et bismuth doivent céder le pas au mercure.

Chaque fois que nous le pouvons, nous employons l'arsenic et le bismuth pour le traitement de la syphilis primaire et secondaire. Mais ceci n'est pas toujours possible, ce qui nous amène à énumérer les cas cliniques justiciables du mercure.

Les indications de la thérapeutique mercurielle ont été très exactement précisées par le Professeur Gougerot et nous les avons adoptées. Ces indications sont les suivantes :

Malades intolérants à l'arsenic ou au bismuth.

Malades saturés d'arsenic ou de bismuth.

Malades arséno-résistants ou bismutho-résistants.

Malades arséno-récidivants ou bismutho-récidivants.

Malades présentant des réactions humorales irréductibles.

Malades ayant besoin d'un traitement de consolidation (traitement absolument indispensable après le traitement d'assaut).

Malades pour lesquels on désire renforcer le traitement d'assaut, généralement pratiqué avec l'arsenic ou le bismuth.

Malades présentant des manifestations oculaires syphilitiques.

Malades atteints de syphilis nerveuse, en particulier de lésions scléreuses : hémiplégie, tabes fixé, paraplégie spasmodique.

Malades atteints de certaines localisations viscérales (aorte, foie, reins).

En plus de ces indications, nous voulons encore insister sur l'hérédo-syphilis.

Sans méconnaître l'action souvent merveilleuse de la thérapeutique arsenicale bien conduite sur les lésions actives de la spécificité héréditaire, nous rappelons que le mercure reste *le médicament de fond de la syphilis héréditaire*.

C'est qu'en effet l'arsenic est souvent mal toléré ; il est quelquefois difficile à injecter par la voie intraveineuse et fréquemment les circonstances familiales obligent le praticien à insister une thérapeutique camouflée qui n'est alors possible qu'avec le mercure... ».

(Lévy Bing et A. Carteaud. Thérapeutique mercurielle en syphiligraphie. *La Presse Médicale*, 26 avril 1933.)

Thérapeutique expérimentale

La carbaminocholine ou « lentine » est un nouvel éther de la choline qui a été étudié par Kreitmar et par Nöll.

C'est une poudre blanche, cristalline, non déliquescente, très soluble dans l'eau, de réaction neutre au tournesol. Son point de fusion est à 204-205°, son poids moléculaire est de 182,5. Sa solution est stable et le produit résiste à la cuisson.

Elle a une action para-sympathicomimétique puissante. Elle agit d'autre part sur la pression artérielle plus énergiquement que l'acétylcholine. D'après Nöll, chez le chat décapité, l'activité de la choline et de l'acétylcholine comparée à celle de la carbaminocholine est de 1/1.000/1.000.000.

Son action sur le tube digestif est, elle aussi très forte ; après 2/100 milligramme par kilogramme, la bouillie de bismuth voit son transit réduit de moitié. Les mouvements de l'estomac sont nettement augmentés. Les contractions de l'intestin isolé sont fortement renforcées même à des doses de 1/50 milliard dans le Tyrode (Nöll). L'utérus répond dans le même sens.

Le produit ne produirait ni accoutumance, ni accumulation. A trop fortes doses, il déprime fortement le centre respiratoire.

M. L. Dautrebande ayant étudié son action sur la circulation et la respiration, tire les conclusions suivantes :

1° La carbaminocholine ou « Lentine » a une action parasympathicomimétique particulièrement puissante ;

2° La bradycardie qu'elle provoque est cependant (aux doses de 2/100 ou 3/100 de milligramme pour un chien de 5 à 12 kilogrammes) toujours précédée de tachycardie.

3° Cette tachycardie est contemporaine de l'hypotension et elle est d'origine réflexe cardio-aortique et sino-carotidienne (nerf de Cyon et nerf de Hering) ;

4° Cette tachycardie se retrouve chez l'animal vagotomisé ;

5° Au début de l'hypotension, ni l'occlusion des carotides ni les doses appropriées d'adrénaline ne provoquent d'élévation de pression. Après carbaminocholine, le système vasomoteur périphérique est entièrement paralysé. Il recouvre son intégrité fonctionnelle assez rapidement (cinq à vingt minutes pour les doses indiquées) ;

6° Sur la respiration, la « Lentine » a une double action excitante, aux doses faibles.

Après injection dans une carotide, on observe : 1° une stimulation respiratoire instantanée et 2° une hyperpnée secondaire contemporaine de l'hypotension. Ces deux excitations respiratoires sont d'origine réflexe, la première provenant électivement de la sensibilité du ganglion inter-carotidien aux excitants chimiques, la seconde de l'hypotension par l'intermédiaire des fibres de la bifurcation carotidienne sensibles à la pression.

7° La « Lentine » a une action hypotensive marquée chez l'homme en injection intraveineuse (1/10 de milligramme) ou intramusculaire (2/10 à 3/10 de milligramme).

Ce produit étant stable, se conservant très longtemps et pouvant même subir l'ébullition sans voir diminuer ses propriétés hypotensives (Nöll), il est probable qu'il trouvera prochainement des applications nombreuses non seulement pour l'étude du système vasomoteur, mais également dans la pratique thérapeutique.

(L. Dautrebande. Etude expérimentale d'un nouvel éther de la choline. *Paris Médical*, 6 mai 1933.)

Hydrologie

La cure de Plombières agit d'une façon élective sur l'hypermotricité du côlon. Dans les diarrhées fonctionnelles, lorsqu'il n'existe pas, soit une épine irritative locale (affection gynécologique, adhérences, appendicite chronique, etc.), soit un trouble humoral ou endocrinien, capable d'entretenir la chronicité de l'affection intestinale, une amélioration importante, rapide et durable peut être attendue de la cure de Plombières dans presque tous les cas.

Dans les colites et rectocolites le résultat du traitement thermal est moins éclatant. Pourtant les malades améliorés sont encore très nombreux (9 cas sur 13 dans la statistique de l'auteur). Mais l'amélioration est moins durable. Si, en effet, les selles deviennent en général moins fréquentes et mieux moulées dès les premiers jours et si le transit reste ensuite régulier jusqu'à la fin de la cure, on ne peut cependant pas parler de guérison, car des crises coliques plus ou moins sérieuses font à nouveau leur apparition quelques semaines plus tard.

C'est dans les diarrhées parasitaires, que les échecs de la cure thermale sont les plus nombreux. Sur vingt-deux observations, l'auteur n'a relevé que douze malades améliorés. La cure n'apporte une rémission importante des troubles du transit qu'autant que l'infestation du côlon a disparu.

(R. Stieffel. Quels résultats peut-on attendre de la cure de Plombières dans le traitement des diarrhées ? *Paris Médical*, 15 avril 1933.)

Varia

La constatation de spermatozoïdes vivants n'est pas suffisante à éliminer la responsabilité du mari dans la stérilité d'un ménage. Ces spermatozoïdes doivent présenter un certain nombre de caractères dont la recherche permet une appréciation plus exacte, c'est ce que nous appelons le coefficient de valeur.

(Docteur J. Séguy et J. Vimeux. Détermination du « coefficient de valeur » du sperme dans les cas de stérilité. Déductions thérapeutiques. *La Médecine*, avril 1933.)

***

Les hématomes péri-vaginaux observés après l'accouchement sont rares et encore plus rarement graves. Certains cependant font exception à cette règle et peuvent entraîner la mort. Il ne faut pas hésiter à recourir au tamponnement lorsque la persistance de l'hémorragie liée en général à la fissuration de la poche devient inquiétante.

(Lacomme. A propos des hématomes péri-vaginaux. *La Médecine*, avril 1933.)

***

L'anaphylaxie semble être un facteur étiologique important dans la genèse des colites. Les auteurs allemands sont depuis longtemps d'accord sur ce point, et les travaux de R.-A. Gutmann, de Loeper, de Ch. Richet fils, de Tzanck, de Vallery-Radot montrent les relations étroites qui existent entre l'anaphylaxie et quelques entéropathies ou troubles digestifs. On est en droit d'en conclure que certaines lésions gastriques, vésiculaires ou coliques sont susceptibles de prendre naissance sous l'influence et la succession de chocs anaphylactiques.

(M. Chiray et J. Baumann. Colite et anaphylaxie. *Paris Médical*, 1er avril 1933.)

***

Les discussions qui surgissent aujourd'hui (*traitement de la maladie de Basedow*) rappellent celles sur le traitement du fibrome avec cette différence que l'exérèse d'un fibrome est en général une intervention moins grave que celle d'un goitre. La chirurgie et la physiothérapie trouveront chacune leurs indications dans un avenir rapproché.

(J. Belot et Ledine. Le traitement de la maladie de Graves-Basedow. *Annales de Médecine*, avril 1933.)

***

Tous les cancéreux quels qu'ils soient bénéficient toujours d'une transfusion du sang, soit qu'il s'agisse de lutter contre l'état d'anémie qui accompagne si souvent le cancer, soit qu'il s'agisse au contraire de modifier le terrain même de ces malades.

(A. Bécart. Tranfusion du sang et cancer. *La Clinique*, avril 1933, B.)

***

Je crois d'après ce que j'ai lu et surtout observé par moi-même que si l'hystérectomie totale est plus rationnelle que la subtotale, c'est exclusivement à cause du danger de cancérisation, mais que ce risque est insuffisant pour justifier une aggravation opératoire. Par conséquent, il me semble logique de préparer toujours les opérées comme si l'on devait faire une totale (désinfection soignée du vagin, iodage du col, etc.) et se comporter devant les lésions découvertes et surtout suivant le degré de mobilité du col. On aura alors tous les éléments permettant de choisir entre la totale et la subtotale avec possibilité de combiner les avantages de chacune dans le cas où le procédé en deux temps de Chevrier serait indiqué.

(M. Deniker. Totale ou subtotale ? *La Médecine*, avril 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 20 juin 1933

A propos de l'asthme infantile. — ***M. A. Haibe.*** — La bactériothérapie, appliquée aussi près que possible des premiers accidents, est ce traitement de choix de l'asthme du grand enfant porteur d'épines respiratoires d'origine microbienne. Grâce à cette thérapeutique à la fois simple, facile et sans danger, presque tous les enfants asthmatiques guérissent sans complications, bien avant l'époque où les crises ont une tendance naturelle à s'atténuer où à disparaître d'elles-mêmes.

Sur l'action des extraits thyroïdien et hypophysaire sur la composition du sang et sur la diurèse. Action conjuguée de l'extrait thyroïdien et de la théobromine. — ***MM. Langeron, M. Paget*** et ***J. Ledieu.*** — Il a semblé aux auteurs qu'au point de vue de l'enrichissement du sang en éléments liquides et par conséquent au point de vue de l'aptitude diurétique ultérieure de ce sang, on pouvait opposer l'extrait thyroïdien, aux extraits hypophysaires ; le premier mobilise ces éléments liquides des tissus vers le sang, les seconds se comportent de façon inverse ; enfin, un diurétique rénal, comme la théobromine, voit ses effets renforcés, quand on lui adjoint un diurétique interstitiel comme l'extrait thyroïdien.

Sensibilité du cheval au virus de la fièvre boutonneuse. — ***MM. Caminopetros, Pheloukis*** et ***Contos.***

Cycle évolutif du virus syphilitique. — ***MM. Levaditi, Vaisman*** et ***Mlle Schoen.***

Sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose infantile par l'inoculation du contenu gastrique au cobaye. — ***M. Luis Saye.***

La pénétration transcutanée des gaz radio-actifs au cours de la balnéation thermale de Royat. — ***MM. Mougeot*** et ***Aubertot.***

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1933

Hépatonéphrite toxique. Azotémie avec hypochlorémie plasmatique et globulaire et réserve alcaline normale. Echec de la rechloruration. — ***MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Delafontaine, Jean Hamburger*** et ***Mlle P. Gauthier-Villars*** rapportent une observation d hépatonéphrite consécutive à l'absorption d'un mélange complexe contenant du camphre et une préparation opiacée. Son évolution peut se schématiser en deux phases : dans une première semaine, après un temps de latence complète, apparurent des vomissements puis un ictère qu'accompagna bientôt un syndrome hémorragique, enfin un syndrome d'atteinte rénale : azotémie avec hypoazoturie, albuminurie et cylindrurie ; dans une deuxième semaine on assista à l'aggravation régulièrement progressive : péricardite sèche, enfin coma et mort.

Les auteurs insistent sur les points suivants :

1° L'azotémie de 2 gr. 30 s'accompagnait d'une diminution considérable de l'urée urinaire, la concentration uréique étant seulement de 1 gr. 95, inférieure donc au taux de l'urée sanguine. Cette très faible élimination d'urée permet d'affirmer l'origine rénale de l'azotémie car elle témoigne que le rein a perdu presque entièrement son pouvoir de concentrer l'urée.

2° Les examens histologiques révélèrent un contraste singulier entre les lésions de dégénérescence massive du foie et les lésions parcellaires, très peu marquées, du rein.

3° On se trouvait en présence d'une azotémie qui au premier abord, semblait liée à la chloropénie : la malade avait des vomissements importants et répétés ; le chlore globulaire et le chlore plasmatique étaient diminués : ils étaient respectivement de 1 gr. 40 et de 2 gr. 80 ; enfin, la réserve alcaline était normale : 61 vol. La rechloruration a rétabli rapidement le chlore sanguin dans des chiffres normaux : chlore globulaire 1 gr. 80 et chlore plasmatique 3 gr. 60. Cependant l'azotemie a progressé.

Cette observation montre toutes les difficultés qu'il y a à préjuger, sur des signes cliniques et biologiques, des rapports de l'urée et du chlore sanguin. L'azotémie peut être indépendante de l'hypochlorémie, même quand la réserve alcaline n'est pas abaissée. Seule, dans cette observation, aurait pu servir d'élément d'appréciation la quantité infime d'urée éliminée : la déchéance de la fonction d'élimination azotée du rein aurait pu faire prévoir l'échec de la thérapeutique rechlorurante.

Forme rénale d'une maladie de Osler. — ***MM. Pasteur Vallery-Radot, Pierre Delafontaine*** et ***Jean Hamburger*** rapportent l'observation d'une femme de 25 ans qui présente un ensemble de signes suggerant immédiatement le diagnostic de néphrite. Les hématuries furent le symptôme primitif : ce sont elles qui conduisirent la malade à l'hôpital. Elles alternèrent avec de l'albuminurie et s'accompagnèrent d'élevation d'urée sanguine avec rétinite, et d'une hypertension artérielle importante.

Cependant, on observait, en dehors de ces signes de néphrite, d'autres hémorragies, épistaxis, hématémèses, un souffle d'aortite et un syndrome infectieux subaigu. Une hémoculture, bien que faite alors que la température ne dépassait pas 37°4, décela un streptocoque viridans et permit de rapporter les symptômes rénaux à une septicémie lente du type Jaccoud-Osler.

Ce qui constitue avant tout l'intérêt de cette observation, c'est le masque de néphrite que prit et que garde pendant toute son évolution une maladie de Osler et le fait que le diagnostic put être établi par le laboratoire pendant la vie.

Anémie pernicieuse. Splénectomie. Mort par leucémie lymphoïde aiguë. — ***J. Milhit, Mlle Papaioannou*** et ***M. J. Fouquet*** rapportent l'observation d'une enfant de 10 ans atteinte d'anémie pernicieuse avec diminution des hématies au-dessous de un million et leucopénie qui présentait la particularité de s'accompagner d'une réaction médullaire intense (19 % d'hématies nucléées) et d'une forte splénomégalie. Un



syndrome hémogénique avec purpura et temps de saignement à 11 minutes complétaient le tableau clinique. On pratique la splénectomie. L'anémie subi unet amélioration transitoire ; mais cinq mois après, se développe une leucémie lymphoïde aiguë qui emporte la malade.

On peut discuter tout d'abord la nature du syndrome initial présenté par l'enfant ; il semble probable qu'il s'agissait d'une de ces leucanémies où les signes de leucémie sont rejetés au deuxième plan et où les troubles de la série rouge prédominent pendant longtemps. La splénectomie en évitant les accidents graves du début a permis à l'affection de se caractériser. Les auteurs insistent surtout sur le fait qu'après la splénectomie le temps de saignement est revenu à la normale et que la leucémie aiguë a évolué ultérieurement sans son cortège habituel d'hémorragies. Il en était de même dans une observation de M. Rohmer de leucémie aiguë chez une hémogénique splénectomisée deux ans auparavant.

Ces faits montrent bien l'importance de la participation splénique à l'origine des accidents hémorragiques observés dans ces syndromes hématologiques si complexes.

Asystolie irréductible guérie par simple phrénectomie. — *M. Bascourret.*

Intoxication par de faibles doses de barbituriques avec ulcération. — *M. Sainton.*

Réflexions à propos de radiographies pulmonaires du type granulique chez un enfant. — *M. Dufour* rapporte l'histoire d'une petite fille de 7 ans, qui tousse et présente un mauvais état général. La radiographie montre dans les deux poumons une image anormale du type granulie généralisée.

L'enfant va mieux, en voie de guérison clinique. Elle a été traitée par le repos et a reçu à deux reprises des injections de séro-médicament Lito qui a momentanément élevé la température et pour cette raison n'a pas été continué.

L'intérêt de ce cas ne réside pas dans la thérapeutique, dont il ne peut être tenu compte dans l'espèce ; mais dans les constatations suivantes :

La cuti-réaction à la sutéracline pratiquée en décembre 1932, début apparent de la maladie et en avril 1933 (grande amélioration clinique) a été négative.

L'examen des crachats, des vomissements, des selles n'a pas permis de déceler de bacilles de Koch.

Les réactions de Bordet-Wassermann chez le père et la mère sont négatives. De quoi s'agit-il? Vraisemblablement de tuberculose granulique curable. Peut-on se prononcer affirmativement en face des réponses négatives du laboratoire ?

Un cas d'aphasie motrice pure. — *MM. Paul Jacquet* et *Marc Leblanc* présentent un cas d'aphasie motrice pure s'étant installée d'emblée et subitement chez une femme de 65 ans, sans hémiplégie mais avec accompagnement d'une paralysie faciale droite à caractère central.

L'impression première, la malade étant examinée au dixième jour, était celle de mutisme. Pas de parole spontanée ou répétée, pas de lecture à haute voix. L'examen montrait l'intégrité du langage intérieur et l'absence de toute aphasie sensorielle. L'écriture sous toutes ses formes : spontanée, copiée, dictée, était correctement exécutée. La réparation de l'aphasie a commencé suivant le mode de la rééducation spontanée, la malade recommençant à compter, puis récupérant progressivement et assez rapidement un vocabulaire restreint qu'elle emploie sans se tromper et à bon escient. La voix est monotone et sans intonation. Il n'y a pas de déficience mentale appréciable mais une fatigabilité rapide.

Les auteurs insistent sur la rareté de l'aphasie motrice pure sa manifestant d'emblée et non à titre résiduel d'une aphasie plus complexe ; sur la pureté exceptionnelle du syndrome présenté par leur malade, sur la difficulté du diagnostic habituelle en pareil cas avec un simple mutisme.

La malade présente en outre une paralysie percellaire et ancienne du III avec diplopie, de l'adiadococinésie du membre supérieur gauche. La démarche à petits pas, une certaine expression figée, des troubles légers de la déglutition, l'élocution monotone et sans intonation associés à une série de petits ictus évoquent l'idée d'un syndrome pseudo-bulbaire ou du ramollissement cérébral. Cependant les réflexes tendineux sont normaux, il n'y a ni extension de l'orteil, ni rire, ni pleurs spasmodiques. Une hypertension stable avec minima élevé, une azotémie à 72 centigrammes permettent d'envisager un processus vasculaire.

Rechutes et récidives de la rougeole. — *MM. Apert* et *Kermorgant.*

Sur le syndrome hyperhydropexique. — *M. C.-I. Parhon* (Jassy).

Purpura avec entérorragies et hémorragies multiples ayant cédé uniquement à l'hémothérapie maternelle. — *M. M. Breuil* (Cherbourg).

M. Zagdoun.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1933

A propos du traitement de l'ulcère gastrique par les acides aminés. — *M. Pierre Duval.* — Ce traitement semble ne pas avoir d'action sur l'évolution anatomique de l'ulcère, mais il agit uniquement sur la douleur.

Utérus didelphe avec hématocolpos unilatéral. — *M. Chureau* (de Châtillon-sur-Seine). Rapport de *M. Basset.* Il existait à droite un utérus normal. A gauche, l'utérus était gros comme une noix, et aboutissait à un vagin imperforé rempli de sang menstruel.

Suture primitive des plaies accidentelles du temps de paix. — *M. Braine* rappelle l'ignorance de nombre de médecins à l'égard de la conduite à tenir. La suture doit être une véritable intervention avec inventaire complet des lésions. L'excision des bords de la plaie est indispensable, tandis que la suture elle-même ne l'est pas. Dans le doute sur le nettoyage complet, il vaut mieux s'abstenir.

MM. Métivet et *Berger* approuvent cette façon de voir.

M. Sauvé insiste sur trois points : nécessité que la suture ne soit entreprise que par un chirurgien instruit, et que l'opération soit précoce. Il est utile parfois de s'appuyer sur un examen bactériologique de la plaie.

M. Moulonguet insiste sur les dangers qu'il y a à suturer les plaies contuses du cuir chevelu, parfois sur des lésions osseuses.

MM. Senèque et *Proust* montrent que c'est le rôle des chefs de service d'enseigner ces règles pratiques à l'hôpital.

M. Mocquot oppose les plaies civiles et les plaies de guerre et considère les premières comme beaucoup plus difficiles à traiter.

M. Sorrel est du même avis.

M. Lenormant insiste sur l'extrême gravité des plaies de la rue et sur la difficulté d'épluchage de ces plaies. Il s'agit souvent aussi d'individus à l'état général déficient. Aussi est-il d'avis de ne fermer que rarement.

M. Leveuf est du même avis.

A propos de l'azotémie post-opératoire. — *M. Pierre Duval* montre d'abord la constance de l'azotémie post-opératoire. Puis il rappelle les travaux de Whipple qui montrent bien que l'anesthésie n'est pour rien dans la pointe azotémique post-opératoire. Il expose ensuite le rôle de la réserve chlorée dans la défense de l'organisme, d'où l'explication simple et logique de la chloropénie sanguine opposée à l'élévation formidable du chlore tissulaire.

M. Fredet étudie surtout les modifications de l'azotémie au cours des différents modes d'anesthésie qu'il a utilisés.

M. Fey insiste sur l'importance et la constance de la fixation du chlore dans les tissus traumatisés. Il estime que la poussée azotémique post-opératoire est bien due à le chloropexie tissulaire, comme le prouve l'excellence de la thérapeutique hyper-chlorurée.

Epithélioma du col utérin. — *M. Senèque* présente une femme à qui il a fait une opération de Wertheim avec résection d'un ganglion obturateur envahi.

Pièce de rétrécissement du rectum. — *M. Mocquot.*

G. Menegaux.

« Il n'est guère d'armée où le Corps médical, malmené de toutes parts, ait eu à se dépenser en un effort aussi rude et aussi prolongé qu'à l'armée d'Orient : il en est peu cependant dont le mérite ait reçu moins de palmes. Les détracteurs l'emportent sur les panégyristes. »

(Médecin général Vincent Niclot. — Un moment de l'histoire du paludisme et un hommage au maître Laveran. *Paris Médical*, 3 juin 1933.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Néphrite anaphylactique mortelle

L'observation rapportée par MM. P. Bézy et J. Fabre à la Société de médecine de Toulouse (mars 1933) montre que les néphrites anaphylactiques ne comportent pas toujours le pronostic favorable que semblaient impliquer les travaux de Tzanck.

Il s'agissait d'un sujet de 3 ans et demi, exempt de toute tare antérieure, qui reçut pour une angine suspecte une injection de 10 c. c. de sérum antidiphtérique non purifié.

Le troisième jour, réaction sérique très vive avec urticaire généralisée et œdème des extrémités. En parallélisme absolu avec ces accidents, la diurèse est brutalement interrompue et ne peut être rétablie malgré une double thérapeutique diurétique et anti-anaphylactique. L'azotémie était le deuxième jour de l'anurie de 2 gr. 05.

Le malade succomba le huitième jour après avoir émis une petite quantité d'urine très faiblement albumineuse.

Rhumatisme articulaire aigu à début abdominal

M. Pouzet (*S. nat. de méd. et des S. m. de Lyon*, 5 avril 1933.) a été amené à faire une appendicectomie chez un enfant présentant des signes de réaction abdominale avec état général grave ; dans les jours suivants apparurent des signes articulaires qui cédèrent au salicylate. Ces formes abdominales du rhumatisme articulaire aigu ne sont pas très fréquentes ; lorsque les signes péritonéaux sont isolés, le diagnostic avec l'appendicite est parfois impossible et, dans la crainte d'une erreur, on est conduit à opérer.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

La conception actuelle des asphyxies et de leur traitement. (Dr J. Duffour, *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 15, 30 mai 1933).

« Pour avoir une idée d'ensemble de la question, dit l'auteur, il faut considérer tous les troubles d'oxygénation des tissus, qu'ils proviennent de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire ou des tissus eux-mêmes. »

Le manque d'oxygène, *l'anoxye* est la première manifestation asphyxique, l'augmentation du CO^2 sanguin lui fait suite. Les échanges gazeux sont régis par les lois de la tension des gaz, sur leur dissolution et leur combinaison. La diminution de la quantité d'oxygène fixé sur l'hémoglobine, puis dissous dans le plasma, se traduit immédiatement par une action sur les centres nerveux qui détermine secondairement des modifications du rythme et de l'amplitude respiratoire. Plus les tissus sont différenciés plus vivement ils réagissent à la privation d'oxygène : le système nerveux central et le système nerveux du cœur ne peuvent supporter la moindre privation d'oxygène sans laisser fléchir leur activité. Mais les centres nerveux respiratoires sont sous la dépendance de la teneur du sang en acide carbonique : qu'elle augmente, l'amplitude et le nombre des mouvements respiratoires augmentent parallèlement, et de même si elle diminue.

L'anoxémie se trouve chez le noyé bleu et chez les électrocutés, où les troubles sont complexes mais où l'asphyxie constitue le symptôme dominant. Le même processus avec quelques variantes se retrouve encore dans les intoxications par le gaz d'éclairage, l'oxyde de carbone et autres gaz délétères, mis à part les gaz de combat vésicants du type ypérite.

Intéressant à noter le *coefficient d'empoisonnement* de Nicloux et Balthazard, qui peut se définir : le rapport entre la quantité d'oxycarbohémoglobine produite et la quantité d'hémoglobine totale.

Lorsque ce rapport atteint 0,68, c'est-à-dire lorsque 68 pour cent de l'hémoglobine du sang est oxycarbonée, la mort se produit presque toujours.

Le traitement actuel des asphyxies repose sur la respiration artificielle, manuelle ou mécanique, et les inhalations d'oxygène ou d'oxygène-carbonique. On trouve dans le commerce trois appareils permettant de réaliser sans fatigue les mouvements de la respiration artificielle, ce sont ceux des docteurs Panis, Chéron et Cot. L'oxygénothérapie, notamment par inhalation d'oxygène-carbonique, ou carbogène du Professeur Henderson, donne de remarquables résultats. L'oxygène peut être introduit aussi par injections sous cutanées, intraveineuses ou intrapéritonéales, mais celles ci sont assez peu efficaces chez les asphyxiés.

La saignée a ses indications et ses contre-indications (noyés inhibés, intoxiqués et électrocutés blancs).

La médication proprement dite des asphyxiés trouve actuellement ses éléments dans la lobéline (que remplace avantageusement le carbogène), les tonicardiaques du type adrénaline et huile camphrée. Enfin la Coramine est venue apporter à la thérapeutique des asphyxies une arme fort utile. En injection intraveineuse, elle a une action stimulante sur le système nerveux central. C'est un toni-cardiaque provoquant des contractions amples et énergiques, elle prévient la fibrillation ventriculaire et la réduit souvent. Elle possède une action directe sur le rythme respiratoire qu'elle accélère et amplifie, comme l'acide carbonique.

L'auteur donne, en terminant, la composition en hommes, matériel et instruments, d'un poste de secours contre les asphyxies en général.

A propos du psoriasis. — Dans un article très documenté paru le 1er avril 1933 dans le *Journal des Praticiens*, le Docteur G. Médioni étudie attentivement les théories émises sur l'étiologie et la pathogénie du psoriasis.

De ces questions, qui font encore l'objet de controverses passionnées, il n'était résulté, jusqu'à ces dernières années, que des thérapeutiques un peu désordonnées, que l'auteur passe en revue d'une manière objective.

A son avis, et c'est là sa conclusion, dans la majorité des psoriasis et des parakératoses, le complexe arséno-bismuthique (psothanol) est une arme thérapeutique d'une efficacité remarquable.

Les sciatiques vaso-motrices (Bernard, *Concours Médical*, n° 13, 1932). — Le nombre des causes reconnues à l'origine des sciatiques est déjà imposant mais l'auteur pense que dans de nombreux cas ces algies relèvent de phénomènes vaso-moteurs.

L'effet démontré de l'Acécoline dans la paralysie faciale a *frigore*, les sciatiques fréquemment rencontrées dans certains syndromes vaso-moteurs généraux ou dans certains troubles circulatoires locaux et aussi à la suite des artériolites des nerfs montrent bien l'importance du rôle des perturbations circulatoires dans le déterminisme de la sciatique.

Cette notion bien établie des sciatiques vaso-motrices entraîne des conséquences thérapeutiques. La physiothérapie (compresses chaudes, air chaud, diathermie, bains de boue), la topo-révulsion auront pour but de réaliser une précieuse vaso-dilatation locale. Mais un traitement plus spécifique est de mise : c'est celui qui consiste à injecter quotidiennement 10 ou 20 centigr. d'acécoline et qui a permis à l'auteur d'obtenir des sédations immédiates dans tous les cas où il s'agissait de névralgies et non de névrites.

La thérapeutique par la chaleur. — Il est un fait bien avéré que lorsqu'il y a absorption de la chaleur par les tissus, celle-ci se transforme en une certaine forme d'activité cellulaire. Les effets de la chaleur sont incalculables. Grâce à son procédé d'hypérémie — inflammation, congestion, etc., — la nature subjugue la maladie, et l'application locale de la chaleur lui aide dans sa lutte contre un processus morbide.

L'hypérémie accroît le métabolisme local et général du corps. Elle a sur les bactéries une action débilitante et destructive et, en attirant plus de sang dans l'organe malade, elle augmente la résistance des tissus et contribue à leur régénération.

Il semble donc qu'il ne soit pas nécessaire d'appuyer sur les raisons pour lesquelles l'antiphlogistine rencontre tant de succès et pourquoi elle est devenue indispensable dans la pratique médicale moderne. L'hypérémie active qu'elle détermine en fait un agent thérapeutique idéal pour le soulagement de l'inflammation des tissus internes, ou superficielle. Appliquée dans le traitement des affections des voies respiratoires, tant inférieures que supérieures, elle entrave l'évolution progressive et augmente les moyens naturels de défense.

Dans le groupe des affections rhumatismales, il n'existe peut-être pas de remède qui exerce une action plus adoucissante et sédative que l'antiphlogistine, tout en aidant à la restauration des mouvements aux jointures et aux doigts ankylosés. En outre, à cause de sa haute teneur en glycérine et de ses propriétés thermogéniques, relaxatives et bactériostatiques, ce topique fait merveille, employé en applications intravaginales, dans les cas de cervicite et endocervicite.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Paul Sollier. — *M. Léon Daudet lui consacre un article dans l'*Action Française (17 juin 1933). :

J'aimais et j'admirais mon condisciple Paul Sollier, qui vient de mourir prématurément, laissant une œuvre considérable et un impérissable souvenir. Nous n'avions les mêmes convictions sur rien. Nous avions les mêmes avis et opinions scientifiques sur presque tout. Son esprit, magnifique et meublé, doublé d'une intuition extraordinaire, méprisait les honneurs et récompenses. Il tenait, de par sa profession de neurologue et de toxicologue, et comme directeur, pendant de longues années, avec son admirable femme et collaboratrice, du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine, tous les secrets de la société. Il n'en laissa jamais transpirer aucun. Cependant, l'extraordinaire connaissance qu'il avait de la nature humaine, de ses racines et frondaisons, m'amenait à aller lui demander, de temps en temps, des renseignements cliniques et techniques. C'est ainsi que je l'ai consulté sur les poisons chroniques pour la *Lutte*, sur le drame obscur de la frigidité conjugale pour la *Mésentente*. Il était charitable avec les petits, généreux de cœur comme d'intelligence, et bon. Avec cela, matérialiste intraitable et lucrécien. Mon catholicisme l'étonnait, comme beaucoup d'autres de mes copains. Il me disait, une des dernières fois où je l'ai vu, alors que j'étais exilé à Bruxelles, où il professait :

— C'est votre faille.

A quoi je lui répondais affectueusement :

— Ou la vôtre.

De longue date, il était considéré par tous comme un as de l'avenir. Je le vois encore, aux côtés de Brissaud et de Babinsky, dans les cours de la Salpêtrière, sous la neige, avec sa toque, son tablier et son mantelet. Brissaud, c'était « le faisceau pyramidal » ; Babinsky, c'était « le réflexe patellaire » ; Sollier, c'était « la syncope de la trentième heure ». Il avait très vite démêlé, dans ce qu'on appelait alors l'hystérie, la part des somnolences et réveils musculaires ; et l'attaque était, à ses yeux, une détente d'un engourdissement prolongé pendant des jours, des semaines et des mois. Sa curiosité clinique était sans limites, et il était impayable quand il n'admettait, des paroles magistrales, que ce qu'il avait personnellement constaté. Avant tout, il cherchait à guérir, alors que Charcot, Brissaud et même Marie et Ballet se contentaient de constater.

C'est ainsi qu'il fut amené à s'occuper de la morphinomanie, de la cocaïnomanie, de l'alcoolisme et aussi des psychopathies, ou aliénations morales, qui se déchaînèrent sur la société française, allemande et anglaise, à partir de 1890, mais qui avaient commencé bien antérieurement. Car la morphine sévissait dans le grand état-major allemand, pendant la guerre de 1870, et Bismarck fut morphinomane. Ce furent Sollier en France, Erlenmeyer en Allemagne et Jennings en Angleterre (*the opium habit*) qui instituèrent, presque en même temps, le traitement de l'opium et de la cocaïne par le sevrage rapide, en une dizaine de jours, à l'aide des éliminations concomitantes. D'Europe et d'Amérique, les intoxiqués accouraient chez Sollier, à Boulogne, où ils devenaient, pour deux mois ou davantage, selon la durée de l'intoxication, « monsieur Jules », « monsieur Paul », « monsieur Otto », « monsieur John », « monsieur Jack ». Sollier et sa femme ne lâchaient leurs clients, généralement ingrats, que définitivement guéris. Puis ils les suivaient dans l'existence, mais n'entendaient plus parler d'eux.

. . . .

Dans les dernières années de sa vie, Sollier s'était attaché à l'ergologie, ou science du travail, dont il recherchait les principes

avec cette conscience méticuleuse qu'il apportait à toutes les branches de son immense labeur et de sa formidable érudition. Il professait l'ergologie à Bruxelles, et je pense que ses cours ont été recueillis. Ai-je dit que son information scientifique était immense et sans cesse en éveil. Je l'entends encore me disant d'un savant russe, Betcherev, si j'ai bonne mémoire : « C'est le plus « étonnant de nous tous, mais, de peuple à peuple, en dépit « des congrès, on ne se connaît pas ». Le fait est qu'un médecin et psychologue génial comme l'Allemand Prinzhorn est à peu près inconnu chez nous, et qu'en Allemagne la mort de Sollier n'éveillera vraisemblablement que peu d'échos.

Au lit,
Qui lit
Shakespeare ?
Sort pire,
Qui sait
Musset ?
Personne.
Mais on ne
Connaît
Qu'Ohnet.

Ces vers de Camille de Sainte-Croix expriment la dure vérité. Nous allons voir combien d'articles de journaux parleront au public français de cette lumière et de ce bienfait qu'était Paul Sollier. Les hommes ont peur de ce qui les dépasse.

Le rebouteur statufié. — Les rebouteurs, les charmeurs de feu et les charmeurs de sang. Scènes d'Auvergne. (*M. Henri Pourrat. La Revue Hebdomadaire*, 11 mars 1933).

Sur une des places de Nasbinals, l'Aubrac, on peut voir le buste en bronze d'un homme de la campagne. Un homme à la longue face barbue, toute bonne ; un père de six enfants, cantonnier de son état et qui fut cinquante ans sacristain sonneur de cloches. Il se nommait Pierre Brioude, et on l'appelait Pierrounet. Si fameux qu'il donnait trente ou trente-cinq consultations chaque jour. La légende veut qu'étant petit pâtre, sur le mont Redorte, il ait rajusté et replanté une croix brisée par les bergers, par les bergers-sorciers, suppôts de Satan.

En récompense, il reçut le don de rhabiller et de guérir.

Il paraît qu'ayant été traduit devant le tribunal de Marvejols, à la requête des médecins, et appelé à la barre, il tira de sous sa longue blouse bleue un agneau qu'il posa sur le plancher. La bête était disloquée, désarticulée, hors d'état de se tenir debout. Pierrounet se tourna vers les médecins plaignants : « Vous autres, messieurs, remettez-le sur ses pattes ! » Ces messieurs examinèrent l'agneau, d'un peu haut, le palpèrent, déclarèrent solennellement que c'était bien impossible. Pierrounet se baissa, promena ses grosses mains sur les jambes de la petite bête. Tout à coup l'agneau se releva et se mit à gambader devant le tribunal. Il fallut bien acquitter un si merveilleux rebouteur. Ce tour donné à sa défense, dans le goût même des traits et apologues antiques, parle aux imaginations. Pierrounet c'est le pastour, prudent comme un serpent et simple comme une colombe, sur qui s'est posé le don d'en haut. Homme de grande foi, d'ailleurs, et doux, bon, brave, qui faisait tout ce qu'il pouvait pour soulager les souffrants. Sa journée de cantonnier finie, il rentrait chez soi et recevait les épaules démises, les bras cassés, les côtes rompues. Alors se présentaient non seulement éclopés, estropiés, impotents, mais malades et débiles. « Il ne guérissait pas tout le monde, parce qu'alors, quoi plus personne ne serait mort. Mais il en a tant guéri qui avaient été condamnés par les grands médecins ! » On venait le trouver de la France entière, d'Italie, d'Angleterre et jusque d'Amérique. Il ne demandait pas d'argent : il prenait ce qu'on lui donnait et remerciait beaucoup. Il amassa un petit bien assez raisonnable ; et surtout il fut une fortune pour Nasbinals, tant il y passait de monde pour le consulter ou se faire rhabiller par lui. Il est mort en 1907 ayant bien mérité le buste qu'on lui a élevé deux ans plus tard.

La fondation du « Journal de chirurgie ». — (*Extrait de la leçon inaugurale de M. le Professeur Proust* :

C'est pendant que j'étais assistant de Pozzi que nous pûmes réussir avec Gosset, grâce à l'aide précieuse de Cunéo, Lenormant et Lecène et la collaboration si efficace de Dumont, la fondation du *Journal de chirurgie.*

Cette idée de fonder un journal tenant les lecteurs au courant des progrès mondiaux de la chirurgie, et tâchant d'en cristalliser les résultats comme ceux d'une science universelle, nous tenaient à cœur à Gosset et à moi depuis nos longues conversations de pavillon. Une autre idée nous était chère, celle d'organiser les bases d'une école rationnelle d'enseignement chirurgical ; j'espère pouvoir vous démontrer tout à l'heure que si nos espoirs se réalisent l'enseignement conjoint de l'anatomie chirurgicale et de la chirurgie expérimentale peut largement y contribuer.

Cette fondation du *Journal de chirurgie* en 1908, alors que parmi nous cinq, la plupart avaient de peu dépassé la trentaine et que le grand Lecène y arrivait à peine, a montré de la part de nos aînés de l'époque une mansuétude à notre égard dont nous devons leur être profondément reconnaissants, car ils nous ont ainsi permis de prendre notre part de responsabilité dans l'orientation et la direction du mouvement chirurgical. Cela nous a de plus fourni l'heureuse occasion d'établir entre les membres de la petite congrégation que nous formions des liens d'une amitié et d'une force vraiment indestructibles si bien que le Comité du *Journal de chirurgie*, aujourd'hui comme jadis, constitue une personnalité une et indivisible, dont les éléments sont cimentés par le travail et l'affection réciproque.

La médecine populaire chez les Touareg. — *Tel est le titre d'un article de Mme Julie Wagner-Jaurreg dans la* Neue Freie Presse, *de Vienne, article traduit et reproduit par* Lu (12 mai 1933).

Pendant mon séjour chez les Touareg, j'ai été particulièrement frappée par les méthodes thérapeutiques des indigènes.

Chez les Touareg, la connaissance des procédés médicaux n'est pas l'apanage d'une caste d'initiés, mais un bien com-

mun qui reflète parfaitement la mentalité et le niveau intellectuel de ce peuple. Selon les croyances des Touareg, les maladies se divisent en deux catégories différentes selon qu'on trouve à leur origine des perturbations physiques ou des influences occultes et surnaturelles. L'imagination des Touareg peuple le désert de spectres et d'esprits, les *alhinen*, qui passent pour être le peuple de la nuit, de la solitude et du néant. Ces êtres insaisissables et mystérieux mènent une vie invisible mais qui ressemble singulièrement à celle des Touareg. Ils manifestent très rarement leur présence et le font de préférence par les nuits claires. Alors, au clair de lune, on peut distinguer leurs chèvres, leurs mulets, leurs chameaux et des silhouettes imprécises qui s'évanouissent à l'approche de l'homme. Chaque bruit inaccoutumé est pour un Targhi le signe de la présence d'un *alhinen*.

Il est naturel que les Touareg appliquent deux catégories de traitements suivant la provenance de la maladie : un traitement physique consistant en l'emploi de remèdes matériels ; un autre, fait de remèdes spirituels, exorcisations ou port d'amulettes.

L'exercice de la médecine profane qui a recours ordinairement aux plantes médicinales, au fer rouge et aux saignées appartient à tout le monde. Les Touareg ne connaissent pas de guérisseurs professionnels, car, chez eux, chacun est son propre médecin. Il serait d'ailleurs impossible de dresser une liste des procédés médicaux en usage, car ceux-ci sont soumis à des modifications variant à l'infini selon la fantaisie et l'amour du changement des indigènes. En fait de thérapeutique, le Targhi est un éternel inventeur. Réduit à se soigner par lui-même, il ne se contente pas de recourir aux usages courants et à sa propre expérience, mais il applique volontiers le remède conseillé par un voisin ou appris au cours d'un voyage à l'étranger. Aucune nouveauté n'est pour le rebuter et même les médicaments européens occupent leur place dans la pharmacopée du Targhi. L'eau de Cologne est, par exemple, d'un emploi universel : c'est un lénitif pour toute sorte de douleurs provoquées par la morsure du scorpion, les maladies de peau, voire les troubles mentaux.

La parution de toute une série de maladies est attribuée à un changement de régime alimentaire. C'est ce qui arrive lorsque l'aliment essentiel est brusquement remplacé par un autre — par exemple quand la tribu quitte son campement pour partir en caravane, les dattes prennent alors la place des produits laitiers. La maladie *anerou* est fréquente.

Le mot *anerou* désigne un grand nombre d'affections de la peau qui, aux yeux de ce peuple primitif, ne se distinguent pas entre elles. Une alimentation à base de froment provoque, à en croire les Touareg le « mal chaud », car le froment, très employé pendant les fêtes, a, d'après eux, la propriété d'échauffer. Dans l'emploi quotidien son excès peut être néfaste. D'une manière générale les Touareg divisent les aliments en « échauffants » et « rafraîchissants ». Toutes ces notions nées dans leur esprit sont d'ailleurs difficiles à traduire par des notions européennes. La maladie qu'ils appellent *tukse*, due à l'abus du froment, procure une sensation étrange de chaleur « interne » qui a, semble-t-il, le don d'épuiser spécialement les Touareg. On ne saurait toutefois rendre cette idée par le mot fièvre, car la fièvre est chez nous un fait concret susceptible d'être mesuré et exprimé en chiffres, tandis que la *tukse* est un état spécial de l'organisme qui n'a rien de commun avec l'élévation de la température.

Les raisons supposées de certaines maladies sont tout à fait fantaisistes. Les fourmis avalées par mégarde avec les aliments seraient responsables d'une hernie inguinale. Les névralgies seraient dues au contact des rats et des insectes pendant le sommeil. Ces douleurs sont traitées par des massages, mais les opinions sur la manière d'exécuter ces massages diffèrent entre elles. Les uns croient que l'endroit douloureux doit être massé par une vierge pendant plusieurs jours de suite, d'autres recommandent pour masseuse une femme qui a mis au monde des jumeaux.

Bien que les Touareg soient persuadés de l'efficacité de ces procédés plus ou moins bizarres, leur échec ne leur cause jamais de déception. Ils l'attribuent alors non à la vanité du moyen employé, mais à la nature surnaturelle du mal.

Toutes les douleurs indéfinies, tous les phénomènes pathologiques inexplicables sont l'œuvre des *alhinen*, tout comme les troubles de l'âme. Les déments sont possédés par ces esprits et leur servent de victimes. Le fou appartient à leur monde surnaturel. Aussi absurde que paraissent à un Européen les divagations d'un dément, elles sont, aux yeux des Touareg, une manifestation d'une raison supérieure. Je connais par exemple le cas d'une jeune indigène qui, après avoir été possédée par les *alhinen* pendant plusieurs années, finit par se couper la gorge. Ce faisant, elle n'avait pas du tout l'intention de se suicider, mais désirait uniquement livrer passage aux esprits qui étaient en elle. Son entourage approuva son geste sans y voir la manifestation d'une raison troublée.

Tous les remèdes de la médecine populaire sont impuissants à combattre les effets de ces influences occultes. Seuls les savants initiés au Coran, qui sont en odeur de sainteté chez les Touareg sous le nom de marabouts, sont en mesure de combattre ces maux. C'est que le marabout a pénétré dans le royaume des esprits et non seulement peut les voir, mais encore les dominer le cas échéant et les chasser grâce au pouvoir magique de l'écriture. Avec son encre faite entre autres d'ambre, de safran et de clou de girofle, cet homme saint transcrit des versets du Coran et des signes cabalistiques sur une feuille de papier qu'il vend très cher au malade. Celui-ci garde le précieux fétiche dans un sac à amulette en cuir ou en argent, dont il ne se sépare plus jamais. Il le garde suspendu à son cou, dans ses cheveux ou encore fixé contre la tempe suivant que le siège du mal est la poitrine, la tête ou les yeux.

« Vous serez certainement de mon avis, en admettant qu'il n'est pas légitime de sacrifier certaines installations médicales au plaisir des sans-filistes, sans que l'on ait cherché un terrain d'entente et une juste répartition des frais nécessaires à l'établissement des moyens de protection. Or, actuellement, le vent est en faveur des sans-filistes, parce qu'ils sont le nombre et c'est contre cette idée que j'ai voulu protester.

(Dr J. Belot. — Sans-filistes et appareils médicaux de haute tension. Lettre à la *Vie Médicale*, 10 juin 1933.)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 26 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 1er JUILLET 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr
Belgique	45 fr
Etranger 1re zone	70 fr
Etranger 2e zone	90 fr

SOMMAIRE

L O R A G A

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS

Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Émulsion Originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine. . . .

LABORATOIRES SUBSTANTIA
F. Guillemoteau, pharmacien
13, rue Pagès - Suresnes (Seine)



TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

NOUVELLES

Facultés de médecine. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Section de médecine générale.* — Sont proposés pour les Facultés de : Paris : MM. Boulin, Etienne Bernard, Turpin, Haguenau, Mouquin. — Marseille : MM. Giraud, Berthier, Poinso. — Lille : M. Duthoit. — Montpellier : MM. Baumel, Vidal. — Bordeaux : MM. de Grailly, Fontan. — Lyon : M. Paupert-Ravault. — Toulouse : M. Morel.

Section de médecine générale. — Sont proposés pour les Facultés de : Paris : MM. Petit-Dutaillis, Sénèque, Wilmoth. — Lille : MM. Razemon, Ingelrans. — Lyon : MM. Creyssel, de Rougemont. — Marseille : MM. Bourde, Carcassonne, Moiroud. — Montpellier : MM. Mourgues-Molines, Guibal (A.), Roux. — Nancy : MM. Bodart, Chalnot. — Strasbourg : M. Fontaine. — Toulouse : M. Boularan.

Section d'anatomie pathologique. — Sont proposés : MM. Montpellier, Mosinger et Poursines.

XXIIIe Congrès français de médecine. — Le bureau du XXIIIe Congrès français de médecine qui aura lieu à Québec, le 27 août 1934, sous la présidence du Doyen A. Rousseau, conjointement avec le XIIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord (Président : Professeur PAQUET), a attribué ainsi les divers rapports :

1° *Syndromes pancréatiques.* — Pancréatites aiguës, Docteurs R. BOUCHER et Jean de Sage (Montréal). — Pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion externe, Professeur A. CADE (Lyon). — Pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion interne, Professeur A. PUECH et P. RIMBAUD (Montpellier).

2° *Les états hypoglycémiques.* — Physiologie pathologique, Professeur J. LA BARRE (Bruxelles). — Les états cliniques hypoglycémiques, Professeur Marcel LABBÉ (Paris). Second rapport sur la question, Professeurs RENAUD LEMIEU et S. LEBLOND (Québec).

3° *La pyrétothérapie.* — Généralités, Professeur Charles RICHET fils (Paris). — Pyrétothérapie et affections du système nerveux, Professeur H. ROGER (Marseille). — Pyrétothérapie dans les infections, Professeur FRIBOURG-BLANC (Val-de-Grâce). — Pyrétothérapie par moyens physiques thermogènes, Docteurs HALPHEN et AUCLAIR (Paris). — Pyrétothérapie antisyphilitique, Professeur A. BESSEMANS (Gand).

L'Association française de chirurgie a tenu à participer aux Congrès de Québec en confiant par les soins de M. le Professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M., deux rapports sur le *Traitement chirurgical des pancréatites chroniques et aiguës* à MM. les Professeurs L. BÉRARD et MALLET-GUY (Lyon) et BROCQ (Paris).

Association générale des médecins de France. — *Election du président général.* — L'élection du président de l'Association générale des médecins de France aura lieu le dimanche 9 juillet 1933.

Le président est élu tous les cinq ans par le suffrage direct de tous les membres de l'Association, convoqués à cet effet dans une séance spéciale qui a lieu, le même jour, au siège de chacune des Sociétés locales.

L'élection a lieu par bulletin secret et à la majorité relative des suffrages exprimés.

Les membres dans l'impossibilité de prendre part au vote en venant en personne, peuvent voter par correspondance.

Cinquième croisière de l'Association Guillaume Budé (7-29 septembre 1933.) — Cette croisière sera essentiellement une visite des îles grecques de la mer Egée, avec escales en Grèce et en Asie Mineure.

En effet, pour prendre connaissance de la civilisation de la Grèce antique, il importe avant tout de voyager par mer, de rester dans l'ambiance de la mer, et de prendre en quelque sorte des habitudes de navigation dans les eaux grecques par excellence, c'est-à-dire la mer Egée.

Les îles, surtout en septembre, ont pour le visiteur un charme des plus variés. Très pittoresques, riches de souvenirs, que les siècles y ont accumulés de la préhistoire à nos jours, présentant chacune un caractère différent, elles ont conservé peut-être plus qu'ailleurs dans le monde grec, des traditions, des coutumes, qui relient directement le présent au passé. Aussi la Grèce contemporaine sera-t-elle, à certains moments, l'attrait principal de cette croisière. Un accueil particulièrement cordial sera réservé à l'Association, dont la venue est escomptée avec enthousiasme

La croisière sera dirigée par M Jean Malye, délégué général, de l'Association Guillaume Budé ; M. Eugène Albertini, professeur au Collège de France, et M. André Boulanger, professeur à l'Université de Strasbourg, l'accompagneront au titre de conférenciers.

Demander le programme détaillé à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris.

Bourses de la Fondation « Lady Tata Memorial ». — Le Conseil d'administration de la Fondation « Lady Tata Memorial » après avis de son Comité consultatif scientifique, a attribué les bourses suivantes pour l'année 1933-1934 : MM. Charles Oberling, Université de Paris ; Walter Bungeler, Université de Francfort-sur-Mein ; Leonid Dolschansky, Université de Berlin ; Martin Cyril Gordon Israëls, Université de Manchester.

Ces bourses avaient été mises à la disposition de travailleurs sans distinction de nationalité, pour des recherches sur les maladies du sang et notamment sur les leucémies.

Cours de vacances (Juillet-Août 1933) du 17 juillet au 2 août. — (Clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — Lundi 17 juillet, 10 h. 15, Prof. NOBÉCOURT : Ouverture du cours. — 10 h. 30, M. BOULANGER-PILET : Nouvelles acquisitions en diphtérie. —

16 heures, M. MARTIN : Les scarlatines malignes. — 17 heures, M. BABONNEIX : Encéphalites aiguës.

Mardi 18 juillet, 10 h. 30, M. LEBÉE : Les obésités. — 16 heures, M. MARTIN : Le kala-azar. — 17 heures, M. BABONNEIX : Paralysie infantile.

Mercredi 19 juillet, 10 h. 30, M. DUHEM : Radiologie de l'appareil respiratoire. — 16 heures, M. PARAF : La contagion tuberculeuse. — 17 heures, M. BABONNEIX : Hérédo-syphilis nerveuse.

Jeudi 20 juillet, 10 h 30, M. DUHEM : Examen fonctionnel et électrique des muscles. — 16 heures, M. MARTIN : Les oreillons. — 17 heures, M. PARAF : L'hérédité tuberculeuse.

Vendredi 21 juillet, 10 h. 30, M. DUHEM : Physiothérapie de la poliomyélite. — 16 heures, M. PARAF : Le B. C. G. — 17 heures, M. TIXIER : Traitement et prophylaxie de l'hérédo-syphilis.

Samedi 22 juillet, 10 h. 30, M. BIDOT : Urines et sang dans les néphrites, les néphroses et le diabète.

Lundi 24 juillet, 10 h. 30, M. TIXIER : Lymphogranulomatose. — 16 heures, M. BOULANGER-PILET : Syndromes hypophysaires. — 17 heures, M. GOUYEN : Péricardites tuberculeuses.

Mardi 25 juillet, 10 h. 30, M. BIDOT : Coprologie clinique. — 16 heures, M. GOUYEN : Rougeole. — 17 heures, M. TIXIER : Leucémies aiguës.

Mrcredi 26 juillet, 10 h. 30, M. LIÈGE : La transfusion sanguine chez l'enfant. — 16 heures, M. GOUYEN : La tétanie. — 17 heures, M. BOULANGER-PILET : Le pneumothorax chez l'enfant.

Jeudi 27 juillet, 10 h. 30, M. GOUYEN : Syphillis ostéo-articulaire chez l'enfant. — 16 heures, M. LIÈGE : Péritonite à pneumocoques. — 17 heures, M DUCAS : Le diabète.

Vendredi 28 juillet, 10 h. 30, M. PRÉTET : La coqueluche. — 16 heures, M. DUCAS : Traitement du diabète chez l'enfant. — 17 heures, M. LIÈGE : Erythème noueux.

Samedi 29 juillet, 10 h. 30, M. KAPLAN : Accidents de la sérothérapie.

Lundi 31 juillet, 10 h. 30, M. KAPLAN : Le purpura. — 16 heures, M. PICHON : Les migraines. — 17 heures, M. JANET : Les vomissements acétonémiques.

Mardi 1er août, 10 h. 30, M. CATHALA : Les vaccinations préventives. — 16 heures, M. PICHON : La maladie de Raynaud. — 17 heures, M. JANET : L'acrodynie.

Mercredi 2 août, 10 h. 30, M. CATHALA : Néphrites et néphroses. — 16 heures : M. PICHON : Les affections congénitales du cœur. — 17 heures, M. JANET : Les hypothyroïdies.

On est admis au cours sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs. Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Un certificat est délivré à la fin des cours aux personnes régulièrement inscrites au secrétariat de la Faculté.

XIVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales. (Toulouse, 4, 5, 6, 7 et 8 octobre 1933.) — RAPPORTS ET RAPPORTEURS. — *Rapport d'hydrologie thérapeutique* : « Infections non suppurées primitives du système nerveux : étude d'ensemble et traitement hydrominéral ». Rapporteur étranger (Anglais) : Sir James PURVES-STEWART ; rapporteur français : M. RISER (Toulouse), avec la collaboration de MM. les Docteurs J. FORESTIER (Aix-les-Bains), MACÉ DE LÉPINAY (Néris), MÉNARD (Lamalou), PLANQUE (chef de clinique neurologique à la Faculté de médecine de Toulouse).

Rapport d'hydrologie, de climatologie, de thalassothérapie : « Indications des cures stimulantes chez les enfants ». (Eaux minérales, montagne, mer.) Rapporteur étranger (Belge) : M. DELCOURT ; rapporteur français : Mlle CONDAT, avec la collaboration de MM. les Docteurs CANY (La Bourboule), CAPELLE (Font-Romeu), DU PASQUIER (Saint-Honoré), GALLAND (Berck-sur-Mer), JAUBERT (Hyères), LARROUY (Salies-de-Béarn).

Rapport de géologie : « Les eaux thermo-minérales des Pyrénées et leur groupement géologique ». Rapporteur étranger (Espagnol) : M. l'Abbé Ramon BATALER : rapporteurs français : MM. MENGAUD et ASTRE.

Rapport sur les gaz rares et les eaux minérales : « Les gaz rares des eaux minérales ». Rapporteur étranger (Italien) : M. A. NASINI : rapporteur français : M. LEPAPE.

Rapport de climatothérapie : « Cures climatiques et tuberculose pulmonaire ». Rapporteur étranger (Suisse) : M. René BURNAND ; rapporteur français : M. PIÉRY.

Rapport sur la médecine thermale militaire : « L'utilisation des ressources hydrominérales françaises par le Service de santé militaire ». Rapporteurs : M. le Médecin commandant HUGUENOT et M. le Médecin capitaine ANDRIEU.

Rapport de législation hydro-minérale : « Mesures légales de contrôle des eaux minérales ». Rapporteur : M. TIMBAL

Nécrologie. — Docteur Emile COMBE, de Paris, officier de la Légion d'honneur, chevalier du Mérite militaire chérifien, médaille d'or des épidémies. — Docteur J.-L. DONIOL-VALEROZE de Paris. — Docteur Lucien NASS, de Vincennes.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique, publié sous la direction de J. BELOT, Paul CHEVALLIER, J. GATÉ, P. JOULIA, M. PINARD, E. RAMEL, E. SCHULMANN, A. TOURAINE, R.-J. WEISSENBACH. Deux premiers volumes parus. (Doin, éditeur, 1933.)

La littérature dermatologique française s'enrichit chaque année. A côté de l'admirable précis de Darier, chef-d'œuvre inégalable, les étudiants peuvent trouver les principes de la spécialité dans le petit volume de séméiologie et de diagnostic publié dans la Collection des initiations médicales. Les spécialistes ont vivement apprécié le manuel de MM. Desaux et Boutelier. Aujourd'hui, en attendant la Nouvelle Pratique dermatologique qui est en cours d'impression, ils viennent de recevoir les deux premiers volumes de ce Traité, publié sous la direction d'une pléiade d'auteurs dont les noms seuls sont garants de l'esprit moderne qui animera l'ouvrage.

Le tome I traite de la pathologie générale cutanée, de la séméiologies de l'anatomie pathologique générale, des méthodes d'exploration. Pui, vient l'étude des dermatoses microbiennes et parasitaires.

Le tome II concerne les syndromes cutanés : urticaire, sclérodermies, affections d'origine sanguine ou par trouble du métabolisme, lichen plan et lichénification, atrophies cutanées, kératoses, maladies des glandes sudoripares et sébacées, maladies des poils et des ongles, tatouages, dermatoses professionnelles, dermatoses simulées. Il se termine par un chapitre de Duvoir sur la dermatologie médico-légale.

Les exposés sont clairs et au courant des dernières acquisitions. La pré-

sentation de l'ouvrage est parfaite. Des photographies fort bien venues en facilitent la lecture.

Pourquoi, hélas ! faut-il qu'au moment d'analyser ce Traité, nous ayons à déplorer la douloureuse disparition de son animateur, le Docteur Schulmann !

A. Sézary.

Les Adénopathies inguinales.-Un volume de 270 pages, avec 16 planches hors texte, par MM. Paul Chevallier, et Jean Bernard. (Alcan, éditeur). Prix : 25 francs.

L'importante question des adénopathies inguinales a pris depuis quelques années, une complexité, qui la rend obscure pour beaucoup de médecins non spécialisés. Paul Chevallier, dont on connait la compétence à la fois en vénéréologie et en hématologie, était tout à fait désigné pour la mettre au point. C'est une tâche dont il s'est parfaitement acquitté, avec son interne Jean Bernard. Après les généralités concernant l'anatomie et la séméiologie, les auteurs étudient successivement la peste bubonique, la tularémie inguinale, le bubon chancrelleux, la poradénite inguinale, le bubon syphilitique, les adénites tuberculeuses et mycosiques, la lymphosarcomatose inguinale, la forme inguinale de la maladie de Hodgkin et de la leucose adénopathique, etc. Les descriptions cliniques et histologiques sont complétées par des figures très instructives.

On ne peut que féliciter MM. Paul Chevallier et Jean Bernard d'avoir si heureusement comblé une lacune de notre littérature médicale contemporaine.

A. Sézary.

Le disque intervertébral (*Physiologie, pathologie et indications thérapeutiques*), par G. Mauric. Un vol. 195 pages, 46 figures. Masson et Cie, éditeurs, Prix : 35 francs.

Ce livre, première étude d'ensemble parue en France sur le disque intervertébral, réunit la totalité de nos connaissances sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des articulations intervertébrales ; il intéresse à la fois la pathologie vertébrale et la pathologie du système nerveux.

G. Mauric étudie d'abord l'*anatomie* du disque intervertébral ; il expose les travaux de l'Ecole de Dresde et les résultats des recherches qu'il a lui-même effectuées dans le laboratoire du Professeur Rouvière : il montre ainsi l'évolution du disque dans la vie fœtale, puis chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et le vieillard.

Il consacre ensuite un chapitre à la *physiologie* et un autre aux *moyens d'exploration cliniques et radiologiques* des disques intervertébraux.

La plus grande partie du livre est consacrée à la *pathologie* du disque intervertébral. Cette étude est divisée en trois parties : dans le premier chapitre, l'auteur décrit les altérations du disque en se rapportant surtout aux descriptions anatomiques et anatomo-radiologiques effectuées à l'Institut de Schmorl à Dresde. Dans le second chapitre, il étudie la part du disque dans l'étiologie, la pathogénie, le diagnostic et le traitement des diverses affections vertébrales. Cette partie constitue un exposé de nos connaissances actuelles sur la pathologie vertébrale : malformations congénitales, calcifications du disque, traumatismes vertébraux, spondylites aiguës et chroniques, spondyloses, ostéo-arthropathies vertébrales d'origine nerveuse, localisations vertébrales des dystrophies osseuses, tumeurs primitives et secondaires des vertèbres, cyphoses de l'adolescent et du vieillard.

Le dernier chapitre est entièrement consacré à l'étude clinique et thérapeutique des *compressions radiculo-medullaires* nées du disque intervertébral.

Ce travail est d'ailleurs conçu dans un esprit très large. A propos de l'articulation intervertébrale, l'auteur passe en revue la plupart des affections de la colonne vertébrale, un groupe important de manifestations radiculo-médullaires et il expose aussi certains problèmes de biologie, tels que celui de la calcification des tissus.

Ce livre intéresse non seulement le chirurgien et le neurologiste, mais aussi le médecin non spécialisé. Aussi bien présenté qu'il est intéressant à lire, il met au point, d'une façon remarquable, une question de pathologie jusqu'ici très mal connue.

A. Sézary.

La Cathédrale de Coutances, par Patrice Colmet-Daage. Un vol. in-8 (20 × 13), 45 gravures et un plan. Broché 7 fr. 50. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VIe.

Depuis longtemps déjà la Cathédrale de Coutances devait faire l'objet d'une des Petites monographies des grands édifices de la France. M. Colmet-Daage vient de faire paraitre cet ouvrage juste au moment où la Normandie célèbre avec éclat dans l'ancienne capitale du Cotentin le millénaire de sa fondation.

Aucune monographie un peu importante de ce joyau de l'art gothique n'avait encore été publiée. Après un chapitre consacré à l'historique de la cathédrale, l'auteur entreprend une description détaillée du monument et montre comment il se rattache dans toutes ses parties à l'école de Normandie ; la Cathédrale de Coutances est, en effet, l'un des types caractéristiques de cette brillante école d'art gothique, qui, par une curieuse coïncidence, s'émancipait des formules françaises au moment même où la province aliénait son indépendance.

M. Jean Lafond, avec sa connaissance approfondie de l'art du vitrail a rédigé le chapitre concernant les vitraux de la Cathédrale, un des ensembles les plus complets de la Basse-Normandie.

Une illustration abondante et choisie met en valeur chacun des aspects de l'édifice et facilite la lecture de ce volume, qui se termine par une courte notice sur les deux autres églises de Coutances.

Le Château de Bussy-Rabutin, par Maurice Dumolin. Un vol. in-8 (20 × 13), 33 gravures et 3 plans. Broché 7 fr. 50. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VIe.

Dans la collection des Petites monographies, M. Maurice Dumolin fait paraître le Château de Bussy-Rabutin.

Ce château situé en pleine Bourgogne, jadis difficile à visiter, a été acquis par l'Etat qui l'a ouvert aux touristes. Il présente un grand intérêt, autant par son site, son architecture et ses souvenirs historiques que par la curieuse décoration intérieure dont l'a revêtu Roger de Rabutin, le fameux cousin de Madame de Sévigné.

Les archives de la Côte-d'Or ont fourni à l'auteur l'histoire exacte du monument, propriété des Rochefort, des Chandios, enfin des Rabutin en 1602.

Le volume décrit en détail les différentes parties de la construction, puis la bizarre Salle des Devises, le Salon des grands hommes de guerre, la Chambre dite de Sévigné, avec de curieux portraits de la marquise et de sa fille, enfin le Salon Doré de la tour occidentale où Rabutin a réuni les portraits de ses belles amies, en les agrémentant de légendes amusantes. Ces tableaux reproduisent les traits de femmes célèbres par leur nom ou leurs charmes et fournissent d'utiles indications sur des portraitistes du XVIIIe siècle assez mal connus qui eurent dans leur temps un moment de célébrité.

Une abondante illustration accompagne le texte et en constitue le vivant commentaire.

Revue des cours et conférences. Boivin, éditeur, 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 juin 1933 : P. Salzi : L'unité personnelle. — H. Trouchon : Lamartine : Le sens probable des « Harmonies » (II) : L'accueil, les contemporains, la postérité (*suite*). — A. Puech : Etude littéraire de quelques dialogues de Platon (VIII) : La République. — C. Cestre : Alexis de Tocqueville, témoin et juge de la civilisation américaine (VIII) : La Presse. — G. Cohen : Préhistoire littéraire de la France (IV) : La poésie épique latine. — H. Bornecque : Tite-Live (XI) : Les discours. — J. Cousin : Rhétorique latine et classicisme français (V) : Rhétoriuqe et poème épique. — R. Allier : Magie et religion dans la Grèce antique (V) : Le culte des images.

Testament philosophique et fragments, précédés de la notice lue en 1901 à l'Académie des sciences morales et politiques par Henri Bergson, par Félix RAVAISSON. Texte présenté, revu et augmenté d'inédits, par Ch. DEVIVAISE. (Bibliothèque de philosophie). Un vol. in-8o écu orné d'un portrait de Ravaisson. Broché : 20 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris.

Le *Testament philosophique* nous transmet, après la mort, le dernier message d'un des grands esprits du XIXe siècle.

Ce *Testament* n'a pas été écrit par Ravaisson tel qu'on le présente aujourd'hui au lecteur, mais reconstitué à partir des nombreux fragments qui ont été recueillis sur sa table de travail.

Désireux d'honorer une chère mémoire, pieusement fidèle à la lettre et à l'esprit des fragments, ainsi qu'aux intentions de l'auteur, M. Xavier Léon une première version du *Testament* dans la Revue de Métaphysique et de Morale de janvier 1901.

Cette œuvre paraît aujourd'hui, pour la première fois, en volume. Une nouvelle étude des documents utilisés par M. Xavier Léon, et de documents nouveaux, retrouvés depuis lors, et communiqués par des mains obligeantes, a permis à M. Devivaise d'incorporer au texte même d'importants développements et d'y adjoindre de nombreuses notes susceptibles d'éclairer le lecteur.

Le *Testament philosophique* est une des plus hautes expressions du spiritualisme. La pensée du grand philosophe qui fut en même temps un grand artiste, élève l'âme jusqu'à cette région où les idées cessent d'être seulement abstraites et formelles pour devenir vivantes et sensibles, où le vrai, le beau et le bien sont éclairés d'une commune lumière et où l'esprit se trouve à la source même d'une vertu qui, comme disait Descartes, fut connue des Anciens mais trop ignorée des Modernes : la générosité.

M. Bergson a bien voulu autoriser l'éditeur à reproduire l'admirable notice qu'il a consacrée à la vie et aux œuvres de Ravaisson. On ne pouvait souhaiter une plus belle préface pour préparer le public à la lecture du *Testament philosophique* et pour lui faire, d'autre part, éprouver le prolongement d'un élan spirituel.

Alésia gallo-romaine et chrétienne, par Jules TOUTAIN. Un vol., 12 pl. hors-texte. Prix : 12 francs. Delayance, éditeur, La Charité-sur-Loire.

Voici une nouvelle série d'études consacrées à l'histoire d'Alesia. Ce volume fait suite à celui que M. Toutain a déjà publié sous le titre : *La Gaule antique vue dans Alesia*. On y trouvera réuni les travaux inspirés par les découvertes et les observations faites au cours des fouilles de la Société des sciences de Semur, principalement depuis 1922. Au total excellente mise au point par un historien qui sait avoir des idées personnelles.

Hypertension artérielle paroxystique, par Mariano R. CASTEX. (*La Pratique Médicale Illustrée*). Un vol. in-8o de 38 pages, avec figures dans le texte et 1 planche en couleurs hors texte, 20 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'hypertension artérielle dite paroxystique est caractérisée par la brusque élévation de la pression sanguine sur un fond de tension artérielle normale.

Après quelques considérations générales, l'auteur présente une série de types cliniques de l'hypertension artérielle paroxystique, chacun d'eux formant un chapitre séparé : dans le saturnisme, le tabes, l'épilepsie, l'aortite, l'angine de poitrine, la lithiase biliaire, la lithiase rénale, la rétention urinaire aiguë, la typhoïde, certaines méningites, quelques tumeurs adbominales, surrénales, médiastinales et œsophagiennes, quelques pneumothorax aigus, des états de dyspnée violente, l'asphyxie aiguë, l'asthme bronchique, des types respiratoires spéciaux (Cheyne Stokes)

l'éclampsie hypertensive pseudo-urémique aiguë. La description de chacun de ces types cliniques est appuyée par une abondante documentation et des faits puisés dans la littérature médicale.

L'étiopathogénie de l'hypertension paroxystique obéit à des mécanismes pathogéniques variés et à des causes des plus diverses. L'auteur passe en revue les faits expérimentaux et cliniques qui servent de base à ces mécanismes pathogénétiques. Successivement il analyse le rôle de l'excitation du nerf splanchnique, notamment au cours de certains processus abdominaux, puis l'hypertension réflexe provoquée par la douleur, toujours d'origine centrale.

Toute cette étude forme un exposé consciencieux et des plus complets de l'état actuel de l'hypertension artérielle paroxystique. Cette question des plus controversées et que l'auteur a eu le mérite de présenter avec une grande clarté est discutée avec autant de maîtrise que de compétence, basée sur des faits précis et judicieusement interprétés.

Traitement médical des ulcères gastro-duodénaux, par Pierre Oury et J. Mézard. (*La Pratique Médicale Illustrée*). Un vol. in-8° de 54 pages, 15 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans cette monographie, les auteurs se sont particulièrement adressés au praticien, et excluant toute vue théorique, ont essayé de s'en tenir aux seules données de l'observation clinique. Cette mise au point thérapeutique vient d'autant mieux à son heure, que certains auteurs ont récemment affirmé qu'il n'existait pas de traitement médical de l'ulcère. Une affirmation aussi brutale étonnerait un grand nombre de praticiens : en fait le traitement médical de l'ulcère garde ses droits immuables, très souvent il permettra d'éviter l'intervention chirurgicale, et chez les malades qui ont dû être opérés, il consolidera les suites postopératoires.

Cette étude essentiellement pratique comporte trois parties. Dans un premier chapitre, les auteurs apportent une rapide esquisse symptomatique de la maladie ulcéreuse : dans la pratique quotidienne, on est loin de l'histoire complète de la maladie de Cruveilhier ; le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal se pose sur le tableau d'une dyspepsie à caractères un peu spéciaux corroborés par l'étude radiologique et le chimisme.

Le deuxième chapitre de beaucoup le plus important, expose en détail le traitement médical classique : trois termes le caractérisent : repos, régime, pansement gastrique.

Dans un troisième chapitre, les auteurs rassemblent les multiples traitements biologiques proposés en ces dernières années. Sans doute, leur action se montre souvent incertaine, pourtant il est actuellement indispensable d'en faire un exposé d'ensemble.

Gynécologie (Seconde édition revue, corrigée et augmentée), par E. Douay, (*Les Consultations journalières*). Un vol. in-16 de 296 pages avec 57 figures dans le texte, 25 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris (6e).

Tout en gardant le plan primitif, à la fois original et pratique, la deuxième édition a été considérablement remaniée par l'auteur. Le petit livre de gynécologie a grossi sérieusement en passant de 188 pages avec 38 figures à près de 300 pages avec 57 figures dans le texte.

A chaque page des détails, des explications, des conseils utiles ont été ajoutés au texte primitif, en conservant l'idée essentiellement pratique qui caractérise cet ouvrage.

Un chapitre nouveau sur le prolapsus génital, montre les points intéressants de la question, en indiquant les moyens les plus sûrs pour en obtenir la guérison

Le chapitre de la stérilité est devenu très important par l'exposition détaillée des procédés d'insufflation tubaire et d'hystéro-salpingo-graphie. Cette dernière méthode donne des renseignements très précis, qui permettent de tenter les différentes opérations de la chirurgie réparatrice des trompes.

Enfin un exposé particulièrement clair des acquisitions nouvelles en endocrinologie génitale en montre les indications thérapeutiques.

L'accueil favorable fait à la première édition laisse espérer pour celle-ci le succès qu'elle mérite.

L'exploration de l'intestin (*Diagnostic et traitement des maladies et des syndromes*), par R. Moricнau-Beauchant. Un vol. in-8° de 514 pages, 42 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'auteur s'est proposé dans le présent ouvrage de fournir aux étudiants et aux praticiens les notions indispensables relatives au diagnostic et au traitement des maladies de l'intestin.

La première partie est consacrée à la sémiologie. L'auteur s'est attaché particulièrement à l'examen clinique. Il étudie successivement l'anamnèse, le mode de début, les signes fonctionnels, l'examen objectif. Il montre les renseignements que peuvent fournir la coprologie, la radiologie, l'endoscopie.

La seconde partie est consacrée au diagnostic et au traitement des maladies et des syndromes.

Dans la troisième partie sont étudiés les états aigus intestinaux d'ordre chirurgical. L'auteur indique d'abord la technique d'exploration qui leur est propre ; il montre ensuite comment on peut les diagnostiquer et pose les indications du traitement qu'il convient d'appliquer.

Dans la quatrième partie sont passés en revue tous les états aigus abdominaux liés à des affections médicales ou chirurgicales pouvant prêter à confusion avec une maladie de l'intestin. Ces notions permettront à l'étudiant et au praticien de s'orienter dans le diagnostic parfois si épineux des états aigus douloureux de l'abdomen.

Ernest Schulmann

On lira ci-dessous le dernier article d'Ernest Schulmann que j'ai reçu de sa main pendant sa maladie, trois jours à peine avant sa mort.

Je ne puis en le publiant me défendre d'une émotion profonde car j'ai eu Schulmann pendant quatorze mois comme interne et à plusieurs reprises depuis comme collaborateur.

Sézary de façon émouvante a déjà rendu hommage à sa riche intelligence, à sa puissance de travail, aussi à sa grande probité scientifique.

Schulmann avait en effet une forte personnalité et une envergure médicale peu commune. Il en fit la preuve avec Berger, avec Jeanselme, avec Roger, avec moi-même. Il connaissait tout et tous, il aimait à rendre service, il mettait généreusement à la disposition des amis ses relations nombreuses et sa riche documentation, et son esprit critique très sûr savait apprécier les gens et les choses.

Mais sa franchise était extrême et il ne savait pas toujours lui imposer silence. De ses qualités éminentes il ne voulut jamais dissimuler ou atténuer ce qui pouvait faire naître des jalousies, susciter des critiques ou créer des hostilités. Ni les unes ni les autres d'ailleurs ne lui ont été épargnées et même des calomnies méchantes et basses contre lesquelles j'ai maintes fois protesté.

Le destin veut qu'il en fasse solennellement et tristement justice en succombant à cette maladie même que d'aucuns s'étaient, à des jours sombres, permis de discuter.

La dermatologie perd dans Schulmann un des esprits les plus productifs qu'elle ait eus, esprit généralisateur qui se haussait toujours à de larges concepts et qui s'intéressait moins au petit fait qu'à l'idée générale ou à l'ensemble.

Il dirigeait avec Jeanselme un traité de syphiligraphie qui est un modèle, avec Weissenbach une collection de thérapeutique pratique dont les premiers volumes sont déjà des succès, enfin avec ses collègues de Saint-Louis un traité de dermatologie qui est bien le meilleur que nous ayons. Schulmann qui meurt à 44 ans montrait déjà les qualités d'un chef d'école et d'un maître. Il savait choisir ses collaborateurs, leur distribuer leur tâche, ordonner et régler leur travail, et le faire aboutir.

Il avait déjà beaucoup produit et il promettait encore plus.

Je me souviens avec tristesse des circonstances qui fixèrent nos amitiés, et des heures joyeuses ou douloureuses, inquiètes ou pleines d'espoir où il franchit l'internat et les hôpitaux.

C'est un devoir pour moi de lui témoigner une dernière fois mon affection et mon estime et de dire combien sous des dehors un peu désabusés il sut être bon, fidèle et dévoué.

J'envoie à sa femme qui fut sa compagne tendre et discrète, à ses enfants dont il était le père le plus attentif et le plus aimant toutes mes sympathies attristées et j'y veux joindre les condoléances du *Progrès Médical* où paraît son dernier article.

Maurice Loeper.

TRAVAUX ORIGINAUX

Diagnostic des cachexies endocriniennes

Par

E. SCHULMANN et H. MAMOU

La cachexie (de χαχεξία : de χαχός mauvais et ἕξις disposition) est un mode de consomption, d'extinction de la machine humaine, un état général résultant d'un trouble profond des échanges organiques. Cette défaillance peut apparaître sur un organisme âgé ou usé par la maladie ; la déchéance frappe alors un peu partout et il est difficile d'y reconnaître le point névralgique.

De cette définition découlent deux notions : il y a lieu tout d'abord de séparer la *cachexie primitive* et la *cachexie secondaire* à une affection évoluant depuis longtemps et nettement précisée : on connaît bien la cachexie cancéreuse, la cachexie phtisique, la cachexie palustre, par exemple.

Une deuxième notion découle de la *lésion viscérale prédominante*, dont le déterminisme symptomatique imprimera son cachet spécial à la cachexie. Une affection cardiaque, une insuffisance valvulaire, par exemple, peut évoluer à la longue vers un état de consomption où l'importance de la dyspnée, de la cyanose, des œdèmes périphériques et viscéraux, impriment une signature étiologique. On peut souvent dire de même des cachexies pulmonaires, hépatiques, urinaires, qui seront toutes facilement ramenées à leur point de départ viscéral initial.

Beaucoup plus intéressantes, car plus aisément méconnues, nous apparaissent les *cachexies endocriniennes*. La description de la plupart de ces états est actuellement banale ; cependant, à notre connaissance, il n'a jamais été dressé un tableau symptomatique d'ensemble. Le rôle primordial, cependant classique aujourd'hui, joué par les glandes endocrines dans toutes les fonctions de la nutrition explique que la cachexie soit l'évolution habituelle d'un syndrome glandulaire.

En clinique, on peut être amené à en poser le diagnostic dans trois circonstances :

1° La cachexie est *secondaire* à une affection glandulaire depuis longtemps connue ; elle est alors rapidement rapportée à sa cause.

2° Le syndrome glandulaire évolue très rapidement, il brûle les étapes, et aboutit à un état cachectique. Dans ces conditions, les signes majeurs de l'affection glandulaire sont bien souvent à peine ébauchés. La cachexie, *secondaire* aussi mais *rapidement évolutive*, est attribuée à tort à une autre cause, plus volontiers à une tuberculose ou à un cancer méconnu.

Cette forme est l'apanage des syndromes glandulaires à *allure aiguë, galopante*

3° La cachexie apparaît comme *un syndrome primitif* : les troubles de la nutrition sont au premier plan du tableau clinique, les troubles glandulaires sont discrets, facilement méconnus et doivent être recherchés de parti pris. Faute de penser à l'étiologie endocrinienne le diagnostic peut ne pas être posé, et le malade peut perdre le bénéfice d'un traitement opothérapique ou chirurgical parfois efficace. C'est sur ces formes *cliniquement primitives* que nous insisterons, et en particulier, sur certains syndromes cachectiques récemment décrits, hypophysaires, parathyroïdiens, pluriglandulaires.

***

La cachexie endocrinienne en général

Le début de cette forme primitive est en général insidieux et essentiellement trompeur. Les symptômes les plus variés peuvent ouvrir la scène, et devant un tableau très protéiforme, les diagnostics les plus divers peuvent être invoqués.

Des modifications de l'état général peuvent attirer l'attention : amaigrissement inexpliqué, anémie, asthénie. Dans d'autres cas, le tube digestif semble touché, il y a de la diarrhée, des vomissements, — ou encore l'état psychique : on porte le diagnostic de dépression nerveuse, de petit état maniaque, de démence précoce débutante. Plus rarement les troubles nerveux font penser à une tumeur cérébrale.

Peu à peu cependant, la symptomatologie se précise et un état très particulier se constitue, réunissant à la fois :

des *signes communs à toutes les cachexies*,

des *symptômes très spéciaux*, souvent peu apparents, qui indiquent l'atteinte d'une ou de plusieurs glandes.

Nous n'insisterons pas sur le *syndrome purement cachectique*, constitué avant tout par un *amaigrissement* extrêmement important, et qui frappe d'emblée : face émaciée, pâle ou de coloration terreuse, joues excavées, yeux enfoncés dans les orbites, gril costal se dessinant sous la peau, abdomen excavé, fonte musculaire généralisée avec myxœdème et qui contraste avec le volume des membres inférieurs souvent infiltrés d'œdème. Partout ailleurs, la peau est sèche, rugueuse, gardant les plis qu'on lui imprime, témoins de la déshydratation profonde de l'organisme. Marchant de pair avec cet amaigrissement, *l'asthénie* est également intense, et explique la position du malade qui ne veut quitter son lit, ou se traîne péniblement. Enfin, *l'anémie*, troisième terme du syndrome cachectique, sera précisée par les examens hématologiques ; elle peut atteindre tous les degrés et même affecter le type pernicieux.

Devant un tel état, c'est à la tuberculose que l'on pense de prime abord ; mais même lorsqu'elle coexiste avec l'état cachectique, ce qui est loin d'être rare, le contraste des lésions pulmonaires minimes, récemment évolutives, et l'état d'adynamie profonde et de marasme dans lequel on voit le malade fait impression. On est amené ainsi à rechercher une tumeur maligne inaperçue à première vue, une intoxication, ou encore une infection latente ; mais toutes les explorations restent négatives.

La présence de *symptômes anormaux* peut alors éveiller l'attention.

Le début de cette cachexie a souvent coïncidé *avec l'étape critique des glandes endocrines*. C'est à la puberté ou à la ménopause, que les troubles se sont installés. C'est parfois au cours d'une grossesse, après un accouchement, ou encore après une intervention radiothérapique ou chirurgicale, que le syndrome a fait son apparition.

Dans certains cas, un antécédent héréditaire familial attire l'attention.

A y regarder de près, le médecin s'aperçoit de certains signes qui sont peu habituels dans la cachexie banale. L'amaigrissement et l'altération de l'état général par exemple ne sont pas expliqués par les symptômes digestifs. Parfois même l'appétit est conservé et très exceptionnellement on note de la boulimie.

Le *faciès* peut être assez particulier ; une *sénilité précoce* peut notamment affecter un malade jeune.

La *peau*, chez d'autres sujets, donne la sensation d'une infiltration spéciale et éveille immédiatement l'idée de myxœdème ; ou encore on trouve une pigmentation diffuse ou en plaques, ou des vergetures remarquables par leur abondance ; ou bien, dans d'autres cas une sclérodermie partielle ou à type de sclérodactylie, qui peut aiguiller le diagnostic.

Mais les *troubles des phanères* sont impressionnants. Les cheveux sont rares, secs, tombés en touffes, clairsemés ; les sourcils et les cils sont peu fournis. Il est fréquent de voir une disparition des poils axillaires ou pubiens ; les dents peuvent se détacher spontanément, sans carie préalable ; les cristallins peuvent être opacifiés.

Ces différents symptômes engagent à une exploration glandulaire méthodique. On recherchera avec soin une hypertrophie thyroïdienne qui peut être légère. Les glandes génitales sont fréquemment atteintes : chez l'homme, on peut noter une atrophie testiculaire récente, chez la femme, des troubles menstruels ou une ménopause prématurée. Une polyurie d'abondance variable fait songer à l'atteinte hypophysaire que l'on précisera par les examens radiologiques et oculaires classiques

Le diagnostic d'une cachexie glandulaire sera complété par les recherches complémentaires : métabolisme basal, tests endocriniens classiques, interférométrie, dosages chimiques et biologiques habituels. Une thérapeutique d'épreuve, opothérapique ou radiothérapique qu'il faut d'ailleurs appliquer prudemment, sera proposée.

On arrive ainsi au diagnostic d'une atteinte endocrinienne probable. Mais on ne peut pas toujours préciser quelle est la glande atteinte.

Deux notions semblent en effet se dégager de l'étude des cachexies glandulaires. C'est d'une part la notion des *symptômes endocriniens communs* sur laquelle a insisté Sézary, et qui montre combien il est malaisé de se baser sur un symptôme pour affirmer l'atteinte élective d'une glande endocrine.

D'autre part, à cette phase cachectique, un syndrome primitivement *uniglandulaire*, volontiers se « *pluriglandulise* ». La symptomatologie s'altère, et c'est ainsi que l'on voit s'adjoindre au syndrome initial, d'autres signes qui indiquent l'altération d'autres parenchymes. Cette notion de pluriglandulisation est du reste corroborée physiologiquement, ainsi que l'un de nous l'a souvent reconnu. Quand, en effet, expérimentalement, on lèse une quelconque des glandes endocrines et que, quelques semaines après on sacrifie l'animal, on trouve des modifications histologiques de la plupart des autres glandes. On a voulu ainsi mettre en évidence divers synchronismes glandulaires, mais les résultats sont irréguliers, bien que la notion demeure vraie dans son ensemble.

Il n'y a, si l'on se place au point de vue histo-physiologique, pour ainsi dire jamais, au bout de quelques semaines d'évolution — moment auquel on voit ordinairement les malades — de syndromes endocriniens absolument purs, mais les signes majeurs peuvent être suffisamment accusés pour permettre un diagnostic.

Ces remarques étant faites, il nous est maintenant possible d'envisager les différents types de cachexies endocriniennes à prédominance monoglandulaire ou pluriglandulaire.

***

Etude clinique des différents types de cachexies endocriniennes

Les cachexies à prédominance monoglandulaire

1° Cachexie basedowienne. — C'est là un beau type de cachexie endocrinienne.

Dans sa forme classique bien connue, elle survient au cours d'un syndrome de Basedow dont la symptomatologie est au complet. C'est alors une cachexie *tardive*, qui sera aisément rapportée à sa cause.

Mais la cachexie basedowienne peut être *cliniquement primitive* et son diagnostic peut être difficile. C'est de beaucoup la forme la plus intéressante.

Dans certaines *formes aiguës* de maladie de Basedow, la cachexie est au premier plan. Ces formes, du reste rares, ont été signalées par Sainton (1), Lucien, Richard et Parisot (2). La cachexie s'installe rapidement avec un amaigrissement considérable. Les signes cardinaux sont réduits à une tachycardie intense ; pas de goitre, pas d'exophtalmie. On pense le plus souvent à une tuberculose à marche rapide. Chez la malade de Sainton, une femme âgée de 28 ans, le syndrome, d'une violence extrême, évolua rapidement en trois mois vers la mort qui se produisit brutalement par syncope.

Le tableau est encore plus grave dans les *formes galopantes* suraiguës décrites récemment par Carnot, Bénard, Rudolf et Véran (3). Elles se caractérisent par leur début brutal aboutissant en quelques semaines, et sans cause apparente, à la plénitude du syndrome. Le signe le plus saisissant et le plus constant réside dans un amaigrissement très important et progressif, confinant à la cachexie. Ni les diabètes consomptifs, ni les cancers à marche rapide ne provoquent une telle dénutrition.

La fièvre est fréquente, constituant un symptôme de fâcheux augure ; l'intolérance gastrique est un signe précoce et quasi

constant : diarrhée et vomissements précipitent et aggravent la cachexie.

Enfin des troubles nerveux et psychiques accentués s'associent fréquemment au tableau clinique : agitation extrême, délire.

Les signes de la maladie de Basedow peuvent être au complet, comme dans l'observation de Carnot ; mais ils sont souvent discrets comme dans la forme précédente. Le goitre peut ne pas être apparent, l'exophtalmie se réduire à une saillie des yeux ; la tachycardie et les troubles vaso-moteurs sont constants mais non toujours intenses.

Mais par contre, c'est dans ces formes cachectiques suraiguës que le métabolisme basal est le plus augmenté. Il était de 200 % dans le cas de Carnot et Bénard.

L'évolution se fait vers un coma spécial individualisé par Zondek (4) sous le nom de « *coma basedowien* ».

Voici comment Zondek décrit cet état qu'il aurait eu souvent l'occasion d'observer au cours de ces dernières années, chez les basedowiens présentant des signes de grave intoxication thyroïdienne. Spontanément, ou parfois à l'occasion d'une infection légère, bronchite, angine, les malades tombent dans un état qui, sauf exception, conduit à la mort en l'espace de peu de jours. Brusquement en effet se produit, suivant l'expression de l'auteur, un « changement catastrophique » de l'état du malade. Au tremblement et à l'instabilité du début, fait place un état d'engourdissement, d'hébétude, d'indifférence et d'anéantissement profond. Les malades ne répondent pas immédiatement aux questions qu'on leur pose, mais seulement quelques minutes après, comme si le pouvoir d'association de leurs pensées était devenu tout d'un coup difficile. Plus tard, la perte de connaissance devient à peu près complète, et le tableau rappelle alors celui de la catalepsie ; toutefois les membres ne sont pas rigides, l'adynamie est extrême, le travail musculaire le plus minime est impossible. L'extraordinaire sécheresse de la bouche et des muqueuses est frappante. La déglutition est difficile et l'on peut penser à une paralysie bulbaire ou à une grande myasthénie. Il existe en outre une incontinence sphinctérienne.

Au début du coma, la peau est en général bien irriguée, les extrémités restent chaudes. Le pouls est fréquemment très accéléré, 160, 180 pulsations à la minute.

La respiration est régulière et accélérée. Il n'existe aucune anomalie des réflexes tendineux et cutanés. A l'examen du sang, on trouve une leucocytose très importante. Dans les urines, une seule fois, Zondek décela des corps acétoniques. Le plus souvent, il existe surtout une légère albuminurie, parfois une forte cylindrurie, alors que l'urée du sang reste absolument normal. Le sucre du sang, le calcium, le magnésium sont en quantité normale. Seule, la teneur en iode est relativement faible, environ 10 gr. %.

Le pronostic d'un tel état est fatal à brève échéance. Quant à sa pathogénie, elle reste fort obscure, et Zondek envisage la possibilité d'une encéphalopathie thyréotoxique qu'il compare aux associations pallido-striées que l'on rencontre parfois dans le syndrome de Basedow.

Telle est la forme suraiguë de la cachexie basedowienne cliniquement primitive à laquelle s'oppose une *forme à évolution lente* où la cachexie constitue le symptôme précoce du Basedow.

Lucien, Richard et Parisot rapportent une série de cas survenant chez des femmes jeunes où l'amaigrissement considérable coexistant parfois avec un appétit exagéré semble constituer toute l'affection. Là encore, le corps thyroïde ne semble pas volumineux, le pouls est instable, il n'existe pas d'exophtalmie ni de tremblement. La glycosurie est absente. On conçoit la difficulté du diagnostic qui s'établit par la mesure du métabolisme de base.

2° Cachexie myxœdémateuse. — S'opposant à la cachexie basedowienne, la cachexie myxœdémateuse, pachydermique ou strumiprive, beaucoup mieux connue, réalise le tableau classique de l'insuffisance thyroïdienne. Cette forme de cachexie est bien particulière, puisqu'il lui manque le symptôme caractéristique commun aux autres cachexies, c'est-à-dire l'amaigrissement marqué. Celui-ci est en effet masqué par l'infiltration mucoïde sous-cutanée si spéciale à cette affection, et qui, jointe aux modifications du facies, de l'abdomen, aux dystrophies phanériennes et aux troubles intellectuels, génitaux et vaso-moteurs, ne permettent en général pas l'erreur. Cependant, dans certains cas, ce signe si précieux que constitue la dystrophie cutanée vient à manquer. C'est ce que réalisent certains insuffisants thyroïdiens, sans bouffissure que Jeandelize (5) décrivait dans sa thèse sous le terme d'insuffisants thyroïdiens maigres. Chez eux, la peau a un aspect vieilli, plissé, ridé, trop large » elle pourrait recouvrir une surface plus grande ». Ce type maigre se rencontre fréquemment dans le crétinisme et l'insuffisance thyroïdienne endémique mais aussi à l'état sporadique. Le diagnostic se fait en général cliniquement par la coexistence d'un goitre plus ou moins volumineux, et par les autres signes très accentués de la cachexie myxœdémateuse, hormis l'état de la peau.

3° La cachexie hypophysaire est de connaissance récente.

C'est en 1914 que Simmonds (6) la décrivit pour la première fois comme une dystrophie spéciale survenant chez la femme et caractérisée par une cachexie chronique avec état de dénutrition extrême, aspect sénile de la malade, troubles phanériens et ovariens. Cet état si particulier était apparu chez des femmes, à la suite de septicémie puerpérale, et l'auteur décelait à l'autopsie une atrophie complète de l'hypophyse consécutive à une embolie septique.

En 1916, Franckel (7) relate un cas semblable, mais où il existait seulement une atrophie du lobe antérieur de l'hypophyse.

En 1918, les travaux de Boestrom et Fahr (8) confirmaient l'existence de cette nouvelle maladie. L'affection fut ensuite décrite chez l'homme et des lésions de nature différente furent trouvées à l'autopsie. Puis la symptomatologie devint plus complexe, car aux signes initiaux de l'affection, il fallut ajouter des symptômes de diabète sucré ou insipide, et des signes d'insuffisance pluriglandulaire.

Enfin, la pathogénie de l'affection a été fort discutée, et la cachexie hypophysaire fut attribuée aux lésions des centres infundibulo-tubériens.

Parmi les observations récentes, nous citerons celles de Page (9), Micrewit, Zondek (10), Peretz (11), Jacob (12), Lichtwitz (13), Schereschewsky (14), Hermann (15), Stocks (16), Lereboullet (17), Marinesco et Parhon (18), Riecker et Curtis (19).

Actuellement *la symptomatologie* de l'affection semble nette : elle est constituée :

par une cachexie rapide avec fonte extrême des tissus adipeux et émaciation générale très accentuée. L'asthénie est si marquée que les mouvements sont pénibles ou parfois douloureux (Schereschewsky) ;

on constate un épuisement rapide au dynamomètre ;

la peau prend un aspect spécial : les rides prononcées du visage, la flétrissure des traits donnent un aspect de *sénilité précoce* que l'on retrouve dans maintes observations. Les téguments donnent en outre l'impression d'une sécheresse marquée ;

les troubles des phanères sont bien accentués : on constate en effet une chute des poils des aisselles, du pubis, parfois de la barbe, de la moustache. Les cheveux, les sourcils et les cils peuvent également être touchés ; les dents tombent pour la plupart, et parfois les ongles ;

les troubles génitaux sont de règle : aménorrhée persistante chez la femme ; chez l'homme perte de l'appétit sexuel et diminution de la verge, des testicules (Lichtwitz);

on observe fréquemment des troubles intellectuels : hypocondrie, mélancolie, manie, altération des fonctions psychiques ; parfois c'est une simple torpeur ou de l'apathie :

l'anémie, l'hypothermie, l'hypotension artérielle sont coutumières. Notons une microsplanchnie décrite par Marinesco, mais surtout une diminution marquée du métabolisme basal qui peut aller jusqu'à — 40 %.

Dans certains cas, on peut voir associés :

un diabète insipide (Marinesco et Pachon, Schereschewsky), ou un diabète glycosurique.

Mais, le caractère le plus intéressant de la cachexie hypophysaire est sa sensibilité à l'opothérapie, qui constituerait ainsi un véritable traitement d'épreuve. Sous l'influence de l'extrait hypophysaire, plusieurs auteurs, Stokes, Hermann,

Reyl, Urechia et Elekes, Subolitza, Riecker et Curtis, ont obtenu la guérison de leur malade, annoncée par l'augmentation pondérale, la repousse des cheveux et des ongles, ainsi que l'amélioration psychique.

Quant à la pathogénie, elle est encore discutée.

Les uns avec Simmonds, Falta, l'attribuent à une altération destructive de l'hypophyse, de cause variable : tumeurs malignes, syphilis, tuberculose, kyste, autres inflammations chroniques, processus emboliques. Les autres, avec Urechia et Elekes, Parhon, invoquent au contraire une lésion de la région infundibulo-tubérienne. Dans une thèse récente Denjean (20) rapporte trois observations de cachexie du type de Simmonds associée à un diabète insipide. Dans les trois cas il existait à l'autopsie des lésions infundibulo-tubériennes avec intégrité de l'hypophyse.

Comme dans tous les syndromes hypophysaires qui ont été secondairement attribués à des lésions infundibulo-tubériennes après les travaux de Aschner, de Camus et Roussy, il n'en reste pas moins vrai qu'il est difficile d'expliquer l'action incontestable des extraits hypophysaires, non seulement dans le diabète insipide, mais dans la cachexie hypophysaire. Peut-être, comme le suggèrent Laffitte et May (21) existe-t-il une synergie glandulaire hypophyso-tubérienne, comme celle qu'il est classique d'invoquer entre les surrénales et le plexus sympathique.

A côté de la cachexie hypophysaire cliniquement primitive, il faut faire une place à la *cachexie secondaire*, qui peut survenir à la suite de tous les syndromes hypophysaires.

La cachexie tardive du *diabète insipide* est bien connue ; de même la *cachexie de l'acromégalie* est classique à la phase terminale de l'affection. Elle serait en rapport, pour Tamburini et Marinesco avec une altération destructive tardive de l'hypophyse.

Enfin chez certains vieillards on peut parfois noter un état d'amaigrissement progressif, confinant peu à peu à la cachexie, inexpliquable par l'examen général des malades. Ces *cachexies séniles* décrites par Pende (22), Maranon, sont intéressantes à connaître du point de vue clinique. Leur pathogénie reste encore obscure ; cependant ces auteurs pensent à une relation possible avec les altérations hypophysaires si fréquentes chez les vieillards.

Du reste, les recherches pleines d'intérêt de Lucien, de Marinesco sur l'hypophyse sénile viennent à l'appui de cette hypothèse.

4° La cachexie surrénale est bien connue depuis longtemps. C'est l'aboutissant des syndromes surrénaliens chroniques ; cliniquement, on la reconnaît aisément et la mélanodermie, l'asthénie, la myasthénie, l'hypotension et les douleurs lombaires et solaires, les troubles gastro-intestinaux réalisent le tableau habituel de la maladie d'Addison.

Pende (23) a bien insisté sur certains aspects particuliers de cette cachexie surrénale. L'amaigrissement est progressif et électif car il atteint surtout le visage et les membres. Il existe une impossibilité d'accumuler la graisse, bien que les troubles digestifs fassent parfois défaut et que l'individu se nourrisse abondamment.

La peau est atropniée, difficile à plisser, quelquefois luisante mais le plus souvent foncée, rappelant d'assez près au front et sur le dos des mains la peau sclérodermique. Pas de rides et par suite, contrairement aux cachexies thyroïdienne et hypophysaire que nous venons d'étudier, absence de cet aspect sénile si spécial. Les poils sont rares et tombent en plaques. Lorsque la mélanodermie vient s'ajouter à cet état, ajoute Pende, cette cachexie devient absolument pathognomonique.

La cachexie surrénale peut compliquer un syndrome addisonnien, quelle qu'en soit la cause : tuberculose avant tout, exceptionnellement syphilis, tumeurs, surrénalites scléreuses. Elle est le stade ultime du syndrome génito-surrénal qui traduit un état d'hyperépinéphrie.

En effet, après la première période classique où l'on retrouve plus ou moins au complet le syndrome de virilisme surrénal, avec sa ménopause prématurée chez la femme, son hypertrichose à systématisation masculine, son obésité énorme, fait suite une deuxième phase, véritablement cachectique. L'amaigrissement succède à l'obésité, des vergetures nombreuses se montrent aux aines, aux seins, aux flancs internes des cuisses. Des douleurs thoraciques et lombaires s'installent, ainsi qu'une asthénie grave progressive.

Parfois il existe une certaine pigmentation ainsi que les signes d'une tumeur abdominale. Des troubles psychiques, réflexes, s'installent à ce stade ultime, et le malade succombe dans une crise de cyanose et d'asphyxie, parfois après une crise convulsive.

Mais il s'en faut que la cachexie bronzée soit toujours la traduction d'un syndrome surrénal, et nous verrons plus loin, au cours des cachexies pluriglandulaires, combien apparaît complexe le groupe de la cachexie endocrinienne avec pigmentation.

5° Cachexie génitale. — Dans les syndromes génitaux, il est exceptionnel de voir survenir une cachexie véritable. Nous n'insisterons pas sur la *cachexie ovarienne*, actuellement rare et d'intérêt surtout historique. Jadis, avant l'ère chirurgicale, chez les femmes atteintes de gros kystes de l'ovaire, l'état général s'altérait très rapidement et l'amaigrissement accentué contrastait avec l'augmentation de volume du ventre. La teinte jaune grisâtre des téguments, l'émaciation de la face, donnaient à ces malades un habitus spécial qu'on a décrit sous le nom de *facies ovarien*. En réalité, la cachexie ovarienne est de pathogénie complexe, et à côté de l'insuffisance glandulaire, il faut sans doute faire une large part aux troubles de la nutrition conditionnés par la compression des organes abdominaux.

Une observation récente illustre ces faits. Lecercle (24) rapporte, en effet, le cas d'une malade de 30 ans, cachectique, considérée comme atteinte de cirrhose et de cachexie palustre. La ponction abdominale donne issue à un liquide gélatineux, et l'on reconnut un kyste de l'ovaire. Malgré l'état désespéré de la malade, une intervention eut lieu, terminée par un Mickulicz. A la suite de l'opération, injection de sérum salé hypertonique intraveineux et la guérison s'en suivit rapidement.

En dehors des kystes de l'ovaire, les cachexies génitales peuvent reconnaître d'autres mécanismes. Si l'on voit le plus souvent chez les femmes hystérectomisées un état d'obésité, on peut, dans certains cas, rencontrer un état de sénilité précoce avec amaigrissement accentué et une déchéance progressive des facultés intellectuelles et psychiques (Laffitte et May). Cette cachexie peut encore succéder à une ménopause naturelle ou radiothérapique, elle coexiste assez fréquemment avec un syndrome de Raynaud ou d'érythromélalgie, de l'hypertension, des troubles psychiques ou un autre syndrome glandulaire, myxœdème ou Basedow.

La *cachexie des eunuques* est beaucoup plus rare. Si en effet, chez les eunuques par castration intentionnelle ou traumatique, par aplasie congénitale ou par cryptorchidie, l'obésité est de règle, la sénilité précoce s'observe fréquemment ; dans certains cas sans doute exceptionnels un état de véritable cachexie se constitue (Zambacco-Pacha), assez analogue dans ses caractères à la cachexie hypophysaire.

Peut-être les interréactions bien connues des glandes génitales et de l'hypophyse expliquent-elles ces analogies symptomatiques.

6° Cachexie pinéale. — Cette cachexie est actuellement problématique. Il est classique de décrire à la phase terminale des tumeurs de la glande pinéale un état particulier de cachexie qui contraste avec l'apparence floride antérieure des malades. Le coma ne tarde pas alors à survenir, souvent accompagné d'une forte élévation de température, d'incontinence sphinctérienne. La mort peut se produire au cours d'une crise épileptiforme (Sézary) (25). Pour Pende, l'adiposité, la croissance accélérée, la macrogénitosomie précoce sont l'expression d'une insuffisance partielle de la glande ; la cachexie traduit une insuffisance pinéale absolue et complète.

En réalité, nos connaissances sur la glande pinéale sont encore bien imprécises et l'on peut se demander avec Sézary, Camus et Roussy, Decourt (*), si les altérations nerveuses de la base du cerveau, ne peuvent pas expliquer, au cours des

(*) Voir Decourt. — *Progrès médical*, 8 décembre 1932, p. 2125. Existe-t-il une sécrétion interne de l'épiphyse ?

tumeurs épiphysaires, les troubles somatiques observés.

Tout récemment Baudoin, Lhermitte et J. Lereboullet (26) se posent à nouveau la question. Ils rapportent le cas intéressant d'un jeune homme de 18 ans atteint d'un amaigrissement considérable confinant à la cachexie, en opposition flagrante avec la conservation de l'alimentation. Chez ce malade, on relevait d'une part des signes de tumeur endo-cranienne : vomissements à type cérébral, constipation, asthénie, hypothermie, mydriase, et d'autre part des signes de localisation : syndrome de Parinaud, lenteur des réactions pupillaires, nystagmus.

L'évolution fut fatale, et à l'autopsie on découvrit une tumeur de la glande pinéale. Rejetant l'hypothèse d'une cachexie pinéale, si souvent inconstante dans les tumeurs de la glande, écartant également la cachexie hypophysaire à cause de l'intégrité de l'hypophyse, les auteurs envisagent l'hypothèse d'une cachexie d'origine infundibulo-tubérienne, pour laquelle plaide la greffe dans cette région d'une métastase trouvée à l'autopsie.

7° Cachexie parathyroïdienne. — Elle est très exceptionnelle. Il en existe actuellement deux observations. Celle de Pemberton et Geddie (27), concernant une fillette de 11 ans qui présentait des troubles vagues : pâleur, amaigrissement, constipation, vomissements par crises, polyurie, polydipsie. Les auteurs constatent chez cette malade des signes frustes d'atteinte rénale, une hypoexcitabilité électrique, une hypercalcémie avec décalcification diffuse du squelette. Ils posent alors le diagnostic de tumeur parathyroïdienne et l'ablation de celle-ci amène la guérison.

Dans le cas de Bergstrand (28), le tableau clinique était caractérisé par un amaigrissement cachectique, avec pâleur, lassitude, constipation, tuméfaction légère du corps thyroïde et quelques troubles urinaires. C'est à l'autopsie que l'on constata l'hyperplasie diffuse du système parathyroïdien.

En présence d'une cachexie qui ne fait pas sa preuve, il en résulte pour Lièvre (29), la nécessité de radiographier les os, d'étudier l'excitabilité électrique des muscles, le métabolisme calcique et phosphoré afin de diagnostiquer la « forme cachectique de l'ostéose parathyroïdienne ».

8° Cachexie thymique et cachexies des nourrissons. — Les physiologistes connaissent bien la *cachexie thymoprive*. Les jeunes animaux privés de thymus, affectent pour Klose et Vogt, Roger et Ghika des troubles de la nutrition, un retard marqué de la croissance, des lésions osseuses caractérisées par un ramollissement avec courbure des diaphyses, rappelant le rachitisme expérimental. Parfois des troubles nerveux associés réalisent un syndrome de tétanie.

Chez les enfants, si les variations du thymus sont manifestes au cours de la croissance, les troubles pathologiques résultant de la sclérose ou de l'atrophie thymique sont loin d'être élucidés. Sans doute, l'hypoplasie thymique est habituelle dans cette cachexie si spéciale au nourrisson, constituée par l'athrepsie. Mais, comme le fait remarquer Marfan (30), cette atrophie peut être la conséquence et non la cause de cet état de dénutrition, comme l'atteste du reste la microsplanchnie généralisée.

Cependant les résultats obtenus par différents auteurs dans les cachexies de l'enfance sont fort intéressantes à noter. C'est ainsi que Mlle Faldzer obtient des améliorations chez les petits athrepsiques avec l'opothérapie thymique. Cette médication est du reste employée aussi avec succès par Lereboullet (31) dans les états hypotrophiques infantiles.

Mais les autres altérations endocriennes trouvées à l'autopsie des nourrissons athrepsiques ont entraîné plusieurs auteurs à essayer différentes opothérapies : on sait les résultats remarquables obtenus par les injections d'extrait thyroïdien à hautes doses dans les cachexies du nourrisson par Nobécourt et M. Lévy (32), Lesné et Dreyfus-Sée (33). On connaît également les résultats remarquables obtenus par l'insuline (Lesné, Nobécourt, Lereboullet). Il s'agit peut-être d'une action pharmaco-dynamique et non véritablement opothérapique ; il n'en reste pas moins vrai que ces résultats, ainsi que les altérations endocriniennes trouvées chez les athrepsiques, posent le problème d'une intervention possible, peut être secondaire, des troubles glandulaires dans certaines cachexies du nourrisson.

Si l'on connaît mal chez le nourrisson les cachexies par insuffisance glandulaire et en particulier thymique, par contre, les troubles réalisés par l'hypertrophie du thymus sont actuellement classiques. L'enfant qui en est atteint présente un aspect floride et empâté ; mais ses chairs sont molles, sa musculature est faible, son facies est pâle et anémié. Il s'agit d'une véritable *« cachexie grasse »* suivant l'expression de Marfan (34).

D'autre part, l'hypertrophie des organes lymphoïdes coexistant fréquemment avec des lésions rachitiques réalise l'ostéo-lymphatisme de Marfan, l'aspect thymico-lymphatique de Paltauf. Il faut ajouter enfin à ce tableau particulier de cachexie infantile la fréquence de la mort subite, de pathologie non encore élucidée.

***

Les cachexies pluriglandulaires

A côté des syndromes univoques dont nous venons de faire une revue d'ensemble, il faut signaler des états plus complexes ou plusieurs glandes interviennent ; nous avons dit déjà combien rares au point de vue expérimental apparaissent les troubles uniglandulaires.

Nous n'exposerons ici que les tableaux les plus typiques :

1° La cachexie de croissance, décrite par Et. May et Layani (35) concerne un syndrome apparu chez une jeune fille de 16 ans, chez laquelle après l'établissement de la puberté, s'installa un amaigrissement considérable avec une aménorrhée persistante, de l'acrocyanose, une hypotension artérielle. Le métabolisme basal était abaissé de 34 %.

Sous l'influence d'injections d'insuline, l'amaigrissement céda ; par contre, les règles ne réapparurent point, et le métabolisme basal resta aussi bas qu'au début du traitement. C'est alors qu'une thérapeutique thyroïdienne et ovarienne eurent raison de ces deux troubles.

L'apparition de ce syndrome à la puberté portait à incriminer un trouble endocrinien ; l'ovaire a joué sûrement un rôle, comme en témoignent l'arrêt des règles et la cyanose des extrémités. L'abaissement notable du métabolisme basal était en faveur d'un affaiblissement de la fonction thyroïdienne. Enfin, l'action de l'insuline sur l'amaigrissement oblige à penser à un déficit pancréatique associé. La cachexie de croissance semble donc être un syndrome pluriglandulaire.

A ce propos, les auteurs montrent le rôle qu'a pu jouer *l'insuffisance du pancréas endocrine* dans la pathologie du syndrome.

Et cela nous amène à parler des *cachexies pancréatiques*, qui peuvent être considérées du reste comme des cachexies endocriniennes souvent complexes. A ce point de vue, le *diabète maigre* avec sa cachexie si rapide doit évidemment être recherché et avant toute autre exploration dans toute cachexie endocrinienne. On sait du reste l'état de cachexie avancée véritable *phtisie pancréatique* que peuvent déterminer certaines affections pancréatiques, et en particulier le cancer du pancréas ; de sorte que, devant tout amaigrissement qui ne fait pas sa preuve, il est suivant le conseil de Sainton (36) légitime d'incriminer le rôle du pancréas. On connaît d'autre part les résultats miraculeux obtenus dans certaines cachexies de l'adulte comme dans celles de l'enfant, par la cure insulinienne.

2° La cachexie de la ménopause. — De la cachexie de croissance, on peut rapprocher certaines cachexies survenant à la ménopause et relevant, comme elle, de troubles endocriniens complexes.

Dans l'observation récente d'une *sclérodermie bronzée cachectisante*, rapportée par l'un de nous avec Laederich et Beauchesne (37) il s'agissait d'un syndrome cachectique survenu chez une femme à la ménopause, en même temps qu'apparaissaient différents troubles indiquant nettement la participation glandulaire : un syndrome de Raynaud typique, une sclérodermie généralisée à début œdémateux et à marche rapide, ainsi qu'une mélanodermie diffuse. Le tableau clinique réalisé rappelait d'assez près la maladie d'Addison, car l'on notait une asthénie intense, une hypotension à 8-5, et une pleurésie

séro-fibrineuse de la base droite. L'évolution fut rapide, en deux ans, et à l'autopsie, on trouva deux adénomes corticaux surrénaliens, ainsi que d'autres lésions glandulaires : hyperplasie thyroïdienne, atrophie ovarienne et mammaire complète, cirrhose hépatique.

Cette observation de *cachexie bronzée ménopausique* nous amène à considérer les cachexies bronzées pluriglandulaires.

3° Cachexies bronzées pluriglandulaires. — La cachexie endocrinienne avec mélanodermie n'est pas seulement l'apanage des syndromes surrénaliens. La mélanodermie constitue en effet un syndrome endocrinien commun et peut se rencontrer dans différents syndromes glandulaires. Dans l'observation précédente, la cachexie bronzée coexistait avec des lésions glandulaires très complexes qui ont vraisemblablement conjugué leurs effets pour aboutir à cet état si particulier de cachexie sclérodermique.

D'autres syndromes endocriniens, hypophysaires, ovariens, thyroïdiens peuvent s'accompagner de mélanodermie.

Mais il faut insister surtout sur les cachexies réalisées par certaines affections hépatiques qui peuvent déterminer un état de cachexie bronzée simulant la cachexie surrénale.

Cachexie des cirrhoses. — La *cirrhose pigmentaire* s'accompagne d'une mélanodermie qui affecte souvent les mêmes localisations que celles de la maladie d'Addison. Certes, la constatation d'un gros foie dur, de diabète, au cours d'une cachexie bronzée orientent d'emblée vers le diagnostic de cachexie pigmentaire. Mais celle-ci peut être fruste et le diagnostic est alors fort délicat. On connaît le cas classique de Gouget, concernant un grand mélanodermique, considéré pendant des années comme un addisonnien, malgré une faible asthénie, et chez lequel l'autopsie démontra l'existence d'une cirrhose pigmentaire sans augmentation du volume du foie.

La *cirrhose atrophique du foie* peut, elle aussi, réaliser à son stade ultime un état de cachexie qui peut rappeler la cachexie surrénale. Du reste, pour Pende, Castellino, il est possible que cette cachexie soit véritablement en rapport avec des troubles pluriglandulaires et peut-être surrénaliens. Plusieurs observations récentes insistent en effet sur les troubles nettement endocriniens coexistant avec les cirrhoses. Gandy (38), Paisseau et Oumansky (39), Labbé, Boulin, Azérad et Uhry (40), Villaret (41), Laignel-Lavastine (42), ont attiré en effet tout dernièrement l'attention sur ces faits fort intéressants : c'est ainsi qu'au cours des cirrhoses, on peut observer une certaine pigmentation avec un état d'amaigrissement cachectique, des troubles des phanères, des troubles hypophysaires, génitaux, thyroïdiens.

Enfin, les *cirrhoses qui coexistent avec des syndromes striés*, syndrome de Wilson, dégénérescence hépato-striée, peuvent aboutir à un état de cachexie pigmentaire, comme dans l'observation curieuse de Gottard Sotterbergh (43), où le diagnostic étiologique fut posé grâce à la coexistence d'une splénomégalie et du cercle bronzé oculaire décrit par Kayser, Fleisher et sur lequel Lhermitte (44) a de nouveau attiré l'attention.

Les cachexies bronzées nous apparaissent ainsi comme l'exemple le plus typique de la cachexie pluriglandulaire. Elles montrent combien il faut être prudent en présence d'un syndrome qui rappelle la cachexie addisonnienne, pour affirmer la nature surrénale.

4° Cachexies pluriglandulaires du type sénile. — Certains syndromes probablement pluriglandulaires peuvent aboutir à un état de cachexie, en particulier à type de *cachexie sénile* ; c'est d'une part la *gérodermie génito-dystrophique*, et d'autre part *la progéria*.

La *gérodermie* décrite par Rummo et Ferrannini (45) en 1897, est caractérisée par un état de *sénilisme précoce de la peau* ; qui est atrophiée, plissée, ridée. L'amaigrissement est habituel, confinant parfois à la cachexie. Il existe en outre des signes dystrophiques : infantilisme sexuel, faible développement des organes génitaux, absence ou rareté du système pileux. Cet état, mis tout d'abord sur le compte d'une insuffisance génitale, est actuellement considéré comme plus complexe ; c'est ainsi que l'hypophyse serait souvent intéressée puisqu'on observe assez souvent, associées à la gérodermie, des altérations du squelette du type acromégalique ou parfois un diabète insipide.

Alors que la gérodermie survient à tout âge, mais surtout chez l'adulte jeune, on a décrit un syndrome analogue qui peut s'observer *dans l'enfance*. C'est *la progéria*, décrite par Gilford en 1904 équivalente du *nanisme sénile* décrit par Variot (1910). De nombreux cas en ont été rapportés en France, en particulier par Apert (45). Ce syndrome survient chez de jeunes enfants qui présentent un aspect de petit vieillard. Cette sénilité prématurée s'accompagne d'arrêt du développement, de calvitie totale, et parfois de troubles de l'état général pouvant aller à la cachexie. Comme dans la gérodermie, les glandes endocrines ont été incriminées : les surrénales qui expliqueraient peut-être l'asthénie si intense des malades, le thymus trouvé parfois hypertrophié à l'autopsie des malades, et responsable, semble-t-il, de la mort subite observée dans certains cas.

A côté de ces affections on peut rapprocher un syndrome décrit par Sterling en 1926 sous le nom de *Dégénérescence génito-sclérodermique* qui semble également rentrer dans le groupe des états pluriglandulaires.

Mme Ban Prussak (47) en rapporta un nouveau cas en 1926, et tout récemment Trémolières, Lhermitte, Tardieu et Carteaud (48), en décrivent une nouvelle observation.

Ce syndrome est caractérisé par un amaigrissement extrême, par une sclérodermie de type variable et par une aménorrhée persistante survenant chez une femme jeune. Plusieurs signes glandulaires ont été notés : aplasie totale des ovaires et des seins, rareté ou absence du système pileux, hyperthyroïdie, tétanie avec cataracte.

***

On voit le polymorphisme de ces cachexies, qui ont souvent, comme nous l'avons vu, des signes cliniques communs qui permettent de penser à leur étiologie glandulaire.

Quand on a mis en évidence, à travers le polymorphisme, la déficience d'un ou de plusieurs parenchymes endocrines, tout n'est pas fini, car il est nécessaire d'en déceler *la cause*. Une infection chronique est en effet quelquefois le primum movens du syndrome endocrinien. La *syphilis*, en particulier, devra toujours être recherchée, et on sait le rôle qu'elle peut jouer dans certaines lésions hypophysaires ou infundibulo-tubériennes, dans certains états de Basedow, plus rarement dans les autres syndromes pluriglandulaires.

Si la *tuberculose* est plus rarement en cause, on sait son rôle capital dans les affections surrénales, et, à cet égard, il est intéressant de noter la prédilection que présentent certaines infections pour certaines glandes endocrines et en particulier la syphilis pour l'hypophyse, la tuberculose pour les surrénales.

Une *tumeur* adénomateuse ou cancéreuse peut aussi être en cause. Remarquons à ce propos que c'est souvent la cancérisation d'une tumeur glandulaire jusque-là bénigne qui déclenche tout d'un coup l'évolution vers une cachexie glandulaire.

Ces quelques exemples montrent qu'il ne faut pas s'arrêter au diagnostic de cachexie endocrinienne, mais s'efforcer d'en déterminer l'étiologie, malheureusement fréquemment obscure.

Si le traitement étiologique est alors impossible, le *traitement glandulaire* peut quelquefois donner des résultats inespérés.

La cachexie basedowienne primitive à allure aiguë est souvent trop rapide pour que l'on puisse tenter une thérapeutique. Carnot, Bénard engagent cependant à intervenir le plus rapidement possible et à pratiquer, sous anesthésie locale, une ligature d'une artère thyroïdienne.

Dans les cas à évolution plus lente, c'est le traitement habituel du Basedow, et en particulier la thérapeutique iodée, adjuvant précieux du traitement opératoire ou radiothérapique.

L'action de l'opothérapie thyroïdienne sur la cachexie strumiprive est actuellement trop connue pour que nous y insistions.

Par contre, la cachexie hypophysaire, que l'on peut facilement méconnaître, est justiciable de l'opothérapie hypophysaire qui, dans plusieurs observations récentes (Herman, Stoks, Riecker et Curtis, Belaiche) (49), a entraîné la guérison ou des améliorations persistantes.

La cachexie surrénale doit faire tenter actuellement le traitement par l'hormone cortico-surrénale récemment isolée. Sous l'influence de ce « Cortin » des améliorations surprenantes ont été obtenues (Rowntree et ses collaborateurs, Simpson). Sans doute de nombreux échecs existent encore, et cette nouvelle hormone n'est pas encore entrée dans la pratique, à cause des doses énormes qu'il faut employer et de son prix prohibitif, mais elle permet une survie parfois très longue (Maranon) (*).

L'ablation d'un adénome parathyroïdien a guéri le malade de Pemberton et Geddie.

Enfin l'opothérapie insulinienne a permis souvent des résurrections non seulement chez l'adulte, mais aussi chez les enfants (Nobécourt, Lesné, Lereboullet).

En présence de symptômes endocriniens communs, il est malaisé d'incriminer une glande déterminée et, bien souvent, il faut se contenter de thérapeutiques d'épreuve successives, d'abord insuliniennes, puis hypophysaires et parfois thyroïdiennes, suivant le conseil de Zondek.

Quand le syndrome est complexe, les extraits pluriglandulaires successifs ou combinés, seront employés. Il est alors curieux de noter, comme May l'a bien établi, que les diverses glandes endocrines, malgré des signes communs de défaillance, peuvent en réalité rester indépendantes les unes des autres et réagir chacune à son excitant particulier.

Ces quelques considérations thérapeutiques que nous venons d'envisager nous montrent que ce chapitre est loin d'être clos et nettement délimité. Si certaines cachexies endocriniennes nous apparaissent curables, la cachexie myxœdémateuse par exemple, il est en d'autres, comme la cachexie surrénalienne, où malgré l'opothérapie, qui ne semble que palliative, l'évolution est encore inéluctable. Ceci résulte d'une part du rôle plus ou moins important des glandes endocrines dans l'organisme, de la nécessité de certaines d'entre elles, de la fragilité de certaines autres ; et d'autre part de l'inégale activité des extraits opothérapiques dont nous disposons.

Si certains extraits, l'extrait thyroïdien, l'insuline, donnent des résultats souvent merveilleux, les extraits hypophysaires, ovariens, parathyroïdiens, sont encore loin d'être toujours efficaces.

Dans ce domaine thérapeutique encore insuffisamment défriché, mais qui s'est enrichi cependant récemment d'extraits glandulaires puissants comme l'insuline, la thyroxine et la cortico-surrénale, la folliculine, le dernier mot est loin d'être dit et reste étroitement lié aux progrès de la pharmacologie et de la biologie.

Signes observés dans les principales cachexies endocriniennes.

	Basedow	Myxœdème	Hypophyse	Surrénale	Ovar.	Thyroïdienne	Parathyr.
Fièvre	+						
Amaigrissement	+ +	+	+ +	+ + +	+ +	+	+ +
Tr. digestifs..	+ +			+ + +			+ +
Tr. génitaux..		+	+ — —		+ + +		+ +
Asthénie		+		+ + +			+ + +
Pigmentation.	+		—	+ + +	+		
Diurèse.......			+ +				+
Métab. de base	+ + +	— — —	— —	+ + +	—		
Calcémie	+	+	+		+		— — —
Tension......		—		— — —			
Croissance....		+ + +	+ +	+		+	
Etat de la peau		infiltrée mucoïde	aspect sénile	pas d'aspect sénile	aspect sénile	C. grasse	
Phanères.....		—	— — —		— —		

BIBLIOGRAPHIE

(1) SAINTON. — Maladie de Basedow. *J. Médic. Français*, 1913.
(2) LUCIEN, RICHARD et PARISOT. — Thyroïde, p. 529.
(3) CARNOT, BÉNARD, RUDOLF et VÉRAN. — *Presse Médicale*, 20 février 1932.
(4) ZONDEK. — *Deutch. Méd. Wochensch.*, 1929, n° 9.
(5) JEANDELIZE. — Thèse Nancy, 1902.
(6) SIMMONDS. — *Munch Med. Wochensch.*, p. 180, 1914. — *Wirchow's Archiv.*, Bd. 217, 1914.
(7) FRAENKEL. — *Deutsch. Med. Wochens.*, 1916.
(8) BOSTROEM et FAHR. — *Deutsch. Med. Wochens*, 1918.
(9) MICREWIT. — Zongr. Zentr. Bd. 27, 1927.
(10) ZONDEK. — *Die Krank. der endok.*, Berlin, 1923.
(11) PERETZ. — Introd. à la clin. de la sécrét. int., 1924.
(12) JACOB. — *Wirchow's Arch.*, Bd. 246, 1923.
(13) LICHTWITZ. — *Klin. Wochens.*, 1922.
(14) SCHERESCHEWSKY. — *Revue Française Endocrin.*, 1927.
(15) HERMANN. — *Revue Franç. Endocr.*, août 1928.
(16) STOCKS. — *Lancet*, 16 août 1930.
(17) LEREBOULLET. — *Paris Méd.*, 11 octobre 1930.
(18) MARINESCO et PACHON. — *Revue Franç. Endocr.*, avril 1932.
(19) RIECKER et CURTIS. — *J. A. M. A.*, juillet 1932.
(20) DENJEAN. — Thèse de Toulouse, 1929.
(21) LAFFITE et MAY. — Traité Enriquez, Laffite, Traité Pathol. I, Doin, 1928.
(22) PENDE. — *Endocrinologia*, Roma, 1928.
(23) PENDE. — *Revue Franç. Endocr.*, février 1925.
(24) LECERCLE. — *Soc. Nat. Chirurgie*, p. 1.246, nov. 1930.
(25) SÉZARY. — Traité Patho. I. Widal, Teissier, Glandes endocr.
(26) BAUDOUIN, LHERMITTE et LEREBOULLET. — *Revue Neurol.*, 18 février 1932.
(27) PEMBERTON et GEDDIE. — *Ann. of Surgery*, 1930, p. 202.
(28) BERGSTRAND. — *Acta Med. Scandin.*, 1931, p. 128.
(29) LIÈVRE. — Thèse de Paris, 1931.
(30) MARFAN. — Clinique maladies première enfance, t. II, p. 168.
(31) LEREBOULLET. — *Journal Méd. Français*, août 1922.
(32) NOBÉCOURT et LÉVY. — *Pédiatrie*, 9 février 1926.
(33) LESNÉ et DREYFUS-SÉE. — S. M. H., juillet 1925.
(34) MARFAN. — Clinique des aff. de la première enfance.
(35) MAY et LAYANI. — S. M. H., 22 février 1929.
(36) SAINTON. — *Semaine des hôpitaux de Paris*, mars 1932.
(37) LAEDERICH, MAMOU et BEAUCHESNE. — S. M. H., 9 décembre 1932.
(38) GANDY. — S. M. H., janvier 1930.
(39) PAISSEAU et OUMANSKY. — S. M. H., 14 février 1930.
(40) LABBÉ, BOULIN, AZÉRAD et UHRY. — S. M. H., 27 mars 1931.
(41) VILLARET, BITH, GUILLIN. — *Revue des Maladies du foie*, mars 1931.
(42) LAIGNEL-LAVASTINE. — S. M. H., avril 1932.
(43) GOTTARD SOTTERBERG. — *Acta Méd. Scandin.*, mai 1922, p. 604.
(44) LHERMITTE. — *Revue Méd. Chir. Maladies du foie.*
(45) RUMMO et FERRARINI. — *Rif Med.*, n° 29, 1930 ; n° 2 p. 340.
(46) APERT et ROBIN. — *Presse Médicale*, 6 avril 1927.
(47) Mme BAN-PRUSSAK. — *Revue Neurol.*, 1926, p. 321.
(48) TRÉMOLIÈRES, LHERMITTE, TARDIEU et CARTEAUD. — S. M. H., juillet 1929.
(49) BELAICHE. — Thèse, Paris, 1933.

(*) MARANON. — Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris, 1932.

« Un fait caractéristique que nous rapporte le Docteur Decourt, c'est que le lépreux ne parle jamais de la lèpre : il dit *Je suis hansénien* ou *ma maladie*, car le terme éveille encore dans sa sonorité l'épouvante mystique du moyen âge.

Lépreux, il est hors de l'humanité, paria entaché d'une faute indélébile.

Hansénien, il est un malade, semblable aux autres, qui a plus ou moins de chances de guérir, a droit à plus ou moins d'espoir, mais, comme les autres humains, avec eux, il participe de la vie sociale, de ses tristesses et de ses joies, de ses espérances autant que de ses déceptions. » (Dr P. MOLINÉRY. La psychologie du lépreux. *Paris Médical*, 22 avril 1933.)

« J'ai déjà dit, je le répète ici : Je n'ai qu'un regret, mais il est amer. C'est que cette discussion sur le Mikulicz, commencée par hasard le 2 juillet 1919, et qui se termine à peine, n'ait pas eu lieu vingt ans plus tôt. Combien de jeunes gens, combien de ces pauvres soldats que nous avons vu succomber presque tous après les blessures du ventre, combien seraient vivants encore, si les chirurgiens de la guerre avaient su, par le drainage du péritoine, après les plaies de l'intestin, ce qu'ils savent aujourd'hui ». (Prof. J.-L. FAURE. Sur le Mikulicz. *La Médecine*, avril 1933.)

Sur les troubles vaso-moteurs périphériques dans les traumatismes médullaires

Par MM.

Lucien CORNIL, et Michel MOSINGER,
Professeur Chef de travaux
à la Faculté de médecine de Marseille

Le rôle des centres vaso-moteurs de la moelle suscite encore de nombreuses controverses. Les données cliniques ont cependant permis à certains auteurs d'affirmer que les centres névraxiaux ne jouent dans la vaso-régulation qu'un rôle purement associatif, le rôle moteur étant essentiellement dévolu à des centres périphériques, intramuraux. C'est ainsi que Leriche et Fontaine invoquent en faveur de cette conception le fait que dans les sections médullaires, les réactions oscillographiques au bain chaud et au bain froid persistent et que la tension artérielle n'est pas modifiée.

C'est dans le but d'étudier l'influence des centres médullaires sur la vaso-régulation artérielle que nous avons recherché dans quatre cas de traumatisme médullaire, l'évolution de l'oscillogramme et des réactions oscillographiques au bain chaud et au bain froid ainsi qu'à l'injection intraveineuse d'adrénaline et nous désirons exposer ici les grandes lignes des résultats que nous avons obtenus :

Les quatre observations concernent :

1° Une lésion médullo-radiculaire complexe se distinguant par une élongation radiculaire de C^8-D^1 et un écrasement médullaire consécutif à une fracture-luxation de L^1 ;

2° Une lésion médullo-radiculaire consécutive à une luxation de C^7 sur C^8 ;

3° Un syndrome d'interruption de la moelle dorso-lombaire par fracture de D^{10}, avec gros délabrement osseux et écrasement médullaire ;

4° Un syndrome commotionnel grave par fracture des apophyses épineuses de C^6 et C^7 avec lésions radiculaires cervicales ;

5° Un syndrome d'interruption de la moelle lombaire par fracture de la Xe vertèbre dorsale.

Fonctionnement artériel. — Nous étudierons successivement la tension artérielle, l'oscillogramme spontané et les réductions oscillographiques.

Tension artérielle. — Phase post-traumatique.

Dans les quatre cas, nous avons pu étudier la tension artérielle, quatre fois le premier jour et dans le dernier cas, le deuxième jour consécutif au traumatisme.

Dans les quatre premiers cas, les tensions maxima et minima étaient respectivement au Pachon de Mx 16, Mn 9 ; Mx 14, Mn 8 ; Mx 15, Mn 8 ; Mx 13, Mn 7.

Dans le cinquième cas (fracture de la Xe dorsale avec compression violente de l'abdomen) un spasme artériel intense avait aboli toute oscillation, la tension étant à 0.

A part ce dernier cas, tout à fait particulier, nous n'avons donc pas relevé d'hypotension grave telle qu'on la décrit généralement.

Il faut cependant noter que la pression différentielle, dans deux cas était relativement élevée.

Par ailleurs, la pression était relativement identique aux quatre membres.

Cependant dans le troisième cas, il existait une différence assez nette entre la tension aux membres supérieurs (Mx 15, Mm 8) et aux membres inférieurs (Mx 16, Mn 9). Par conséquent, la tension était plus élevée aux membres inférieurs paralytiques.

Evolution de la tension artérielle. — Dans le premier cas, la tension artérielle s'est modifiée le deuxième jour. La Mx s'est élevée de 16 à 17 tandis que la Mn 8 n'a pas subi de changement. Ces modifications étaient identiques aux quatre membres. Pendant quatre mois, la tension ne s'est guère modifiée. Vers le cinquième mois elle a subi aux membres inférieurs, une diminution nette, la Mx s'abaissait progressivement jusqu'à 12 (huitième mois) tandis que la Mn s'est abaissée à 7.

Dans le deuxième cas, la Mx s'est abaissée le deuxième jour de 14 à 13 et la Mn de 8 à 7. Elle ne s'est pas modifiée ultérieurement.

Dans le troisième, la tension est trouvée inchangée, le quatrième jour après le traumatisme tandis qu'aux membres inférieurs elle s'est abaissée de 16 à 15 pour la Mx, la Mn étant restée à 9. Le deuxième mois, les résultats sont identiques. Le quatrième mois, on note, aux membres inférieurs, un abaissement Mx 13, Mn 7.

Dans le quatrième cas, la tension artérielle n'a pas subi de changement jusqu'à la mort de la malade.

Enfin dans le dernier cas, la tension qui était de 0 pendant les treize premières heures est remontée ensuite à Mx 17, Mn 10 sans se modifier jusqu'à la mort du malade survenue le treizième jour.

En résumé, on peut distinguer trois périodes de durée variable suivant les malades dans l'évolution de la tension artérielle : 1° la phase post-traumatique immédiate (premier jour) ; 2° la phase intermédiaire comprenant les semaines suivantes. Dans celle-ci, la tension était trois fois plus élevée que dans la phase post-traumatique immédiate, une fois elle était plus basse et une fois identique. Ce fait montre qu'il se produit généralement une hypotension, mais peu marquée dans la phase post-traumatique immédiate ; 3° la phase tardive comprenant les mois ultérieurs ; elle a pu être étudiée chez quatre malades ayant suffisamment survécu.

Dans deux cas, nous avons vu s'installer aux membres inférieurs paralysés, une hypotension. Il s'agissait là d'écrasements vertébro-médullaires. Dans les deux autres observations concernant des commotions médullaires terminées l'une par la guérison et l'autre par une broncho pneumonie progressive, la tension ne s'est pas modifiée. D'après ces constatations, la gravité de la lésion médullaire semble donc jouer un rôle dans le mécanisme pathogénique des troubles vaso-moteurs. Nous y reviendrons plus loin.

Indice oscillométrique. — Dans la phase post-traumatique immédiate, l'indice oscillométrique a été élevé dans quatre premières observations sur cinq.

Dans la première, il était de 10 avec quatre membres (lésions radiculaires supérieures et médullaire inférieure) dans la seconde de 7 (commotion médullaire cervicale). Dans la troisième (fracture de D^{11}) il était de 2,5 aux membres supérieurs et de 4 aux membres inférieurs.

Par conséquent, dans les trois lésions cervicales, l'indice était deux fois élevé de façon identique aux quatre membres. Une fois, il était plus élevé aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Dans le cas de lésion médullaire inférieure l'élévation de l'indice, c'est-à-dire

la vaso-dilatation artérielle, s'est uniquement manifestée aux membres inférieurs paralytiques.

Dans la dernière observation, l'indice était de 0. Il s'agit là d'un fait particulier, le malade ayant présenté, outre une fracture de la Xe dorsale, une compression violente de l'abdomen et de l'aorte avec syndrome de Perthes caractérisé par une vaso-dilatation de la moitié supérieure du corps (téguments violacés, hémorragies cutanées et conjonctivales) et une vaso-constriction de la moitié inférieure.

Cette période de vaso-constriction maxima dura pendant treize heures consécutives.

Par contre, aux membres supérieurs, l'indice était de 9.

Phase intermédiaire. — L'indice oscillométrique a généralement subi des modifications plus ou moins importantes.

Dans le premier cas, l'indice s'abaisse le deuxième jour, de 10 à 8 et l'oscillogramme prend une forme étalée avec formation d'un plateau ; un mois après l'accident on relève encore un indice de 9 du côté droit et de 8 du côté gauche.

Dans la seconde observation, l'indice s'abaisse de 7 à 4 et se maintient à ce niveau.

Dans la troisième, l'indice n'est pas trouvé modifié le quatrième jour, mais deux mois après l'accident il s'abaisse de 5 à 3.

Dans la quatrième, l'indice ne s'est pas modifié.

Enfin, les modifications sont particulièrement intéressantes dans les derniers cas, treize heures après le traumatisme, le spasme vasculaire aux membres inférieurs, commence à céder. A 6 heures l'indice est à 1, à 8 h. 30 il est de 2 à droite, de 3 à gauche. A 8 h. 40 de 4, puis arrive à 6, niveau auquel il se maintient.

Phase tardive. — Dans celle-ci, étudiée chez quatre malades, les modifications oscillographiques ont présenté une évolution parallèle à celle de la tension artérielle.

Dans ces deux cas avec hypotension, nous avons relevé une hyposphygmie marquée. Dans le premier, l'indice s'abaissa progressivement de 8 à 2, cette hyposphygmie commençant à se manifester à partir du cinquième mois.

Dans le deuxième, la microsphygmie était encore plus marquée. De 9, dans la phase post-traumatique immédiate, l'indice s'abaissait progressivement jusqu'à 1,5 (sixième mois).

Dans les deux autres observations il est resté au même niveau que dans la phase précédente.

Or, dans les deux premiers cas, il s'agissait d'écrasements vertébro-médullaires.

Etant donné d'autre part, que la microsphygmie s'observe également dans le tabes, on peut penser que dans ces cas, la lésion a intéressé les ganglions spinaux qui contiennent, semble-t-il des centres vaso-dilatateurs.

Réactions oscillographiques au bain chaud et au bain froid. — Dans toutes les observations, les réactions artérielles aux bains ont persisté.

Phase post-traumatique immédiate. — Dans le premier cas, le bain chaud entraîne une élévation de l'indice qui monte de 8 à 10 et un remarquable étalement de la courbe oscillographique. La Mx s'élève de 16 à 18 et la Mn de 8 à 9.

Dans la deuxième observation, il existe une hyperactivité marquée au bain chaud, l'indice passant de 7 à 14, la Mx de 14 à 17, la Mn de 8 à 10. Il en résulte un déplacement en masse de la courbe. Le bain froid produit une réaction non moins intense, l'indice s'abaissant à 3, la Mx à 12 et la Mn à 6.

Le bain chaud entraîne dans le troisième cas une augmentation de l'indice de 2,5 à 4 aux membres inférieurs et de 5 à 7 aux membres supérieurs avec allongement de la courbe.

Le bain froid, aux membres supérieurs fait s'abaisser l'indice de 4 à 3,5 et aux membres inférieurs de 5 à 2.

Dans la quatrième observation, les réactions aux bains chaud et froid apparaissent dans les limites normales.

Enfin dans le dernier cas, ni le bain chaud ni le bain froid ne provoquent la moindre réaction au niveau des membres inférieurs de vaso-constriction artérielle intense.

En résumé, dans deux cas, les réactions étaient caractérisées par leur vivacité, et dans le troisième, elles étaient normales. Elles feraient défaut dans le dernier cas, mais nous rappellerons que les lésions médullaires, dans ce cas, s'accompagnaient d'une compression aortique violente.

Par conséquent, les réactions artérielles persistent même dans les lésions médullaires graves, mais nous ne croyons pas, comme le pensent Leriche et Fontaine, que ce fait plaide forcément en faveur de l'existence de centres vaso-moteurs périphériques avec fibres afférentes et efférentes car dans les réactions aux bains intervient peut-être un mécanisme humoral local.

Phase intermédiaire et tardive. — Dans le premier cas, les épreuves du bain chaud et du bain froid montrent tout d'abord une hyperréactivité plus forte que dans la phase post-traumatique immédiate, mais la courbe est beaucoup moins allongée. Au fur et à mesure que s'installe l'hyposphygmie spontanée, les épreuves vaso-motrices donnent lieu à des réactions de plus en plus paresseuses.

Dans la deuxième observation, l'hyperréactivité de la phase précédente a disparu complètement par la suite.

Dans la troisième, les réactions ont gardé les mêmes caractères dans la phase intermédiaire tandis que à la phase tardive microsphygmique elles étaient faibles, l'indice s'élevant au bain chaud de 1,5 à 2 et ne se modifiant pas au bain froid.

Dans la quatrième observation, la réactivité artérielle au bain chaud et au bain froid est restée inchangée.

En résumé, nous avons relevé une fois dans la *phase intermédiaire* une hyperréactivité plus marquée que dans la phase post-traumatique immédiate, une fois les réactions étaient moins vives, et dans les deux cas restants, elle était restée inchangée.

Dans la phase tardive, il y avait hypoactivité dans les deux cas de microsphygmie spontanée par écrasement vertébro-médullaire et dans les deux autres commotions, les réponses artérielles étaient normales.

Réactivité artérielle à l'injection intraveineuse d'un milligramme d'adrénaline

En raison des réactions parfois vives, cette épreuve a été pratiquée avec moins de régularité. Chaque fois que nous l'avons instituée (3 cas) nous avons étudié les modifications de la tension artérielle (épreuve de Dresel) et de l'indice oscillométrique. Le troisième jour, l'adrénaline entraîne une diminution de l'indice oscillométrique avec allongement de la courbe et une légère élévation de la tension artérielle, manifeste à la quinzième minute.

Dans la phase d'hypersphygmie spontanée, l'indice s'élève paradoxalement alors que la tension artérielle monte plus tardivement.

L'épreuve de l'adrénaline entraîne dans la phase post-

traumatique du second cas une élévation de l'indice et de la tension artérielle (vingtième minute). La réaction était moins marquée dans les phases ultérieures.

Dans la troisième observation, l'adrénaline provoque des phénomènes généraux intenses et fait monter rapidement la tension artérielle tout en diminuant nettement l'amplitude et l'indice oscillométrique. Les résultats ont été identiques dans toutes les phases.

Par conséquent, les réactions sont assez variables. Nous insisterons cependant sur le fait que dans la première de ces observations, les résultats ont été essentiellement différents dans les deux phases considérées.

Réflexes artériels à long trajet

Dans l'une de nos observations, nous avons relevé le fait intéressant que malgré l'interruption de la moelle, l'épreuve des bains pratiqués à l'un des membres supérieurs entraîne des modifications oscillométriques aux deux membres inférieurs, l'indice s'élevant par exemple de 7 à 10. On peut donc se demander s'il ne s'agit pas là de réflexes extra-médullaires se passant dans les chaînes latérales.

En définitive de l'ensemble de nos recherches se dégagent les conclusions suivantes :

1° La tension artérielle évolue en trois phases : a) *dans la phase post-traumatique immédiate*, nous n'avons pas relevé l'hypotension grave décrite par les auteurs ; b) *dans la phase intermédiaire*, la tension est plus élevée, plus basse ou identique à celle de le première phase ; c) *dans la phase tardive*, les troubles ont évolué différemment suivant les malades. Chez les commotionnés, nous avons observé un retour progressif à l'état normal. Au contraire, dans deux cas d'écrasement vertébral médullaire s'est installée une microsphygmie nette. On peut admettre que dans ces cas, il y a eu lésion destructive des ganglions spinaux.

2° Dans trois cas sur cinq, l'indice oscillographique était élevé dans la phase post traumatique immédiate. Dans la phase intermédiaire, il a subi les modifications plus ou moins importantes, enfin dans la phase tardive, il y a eu dans deux cas microsphygmie.

3° Les réactions oscillographiques au bain chaud et au bain froid ont persisté dans tous les cas, sauf un ; nos observations confirment donc sur ce point les constatations de Leriche et Fontaine. Dans le seul cas, où ces réactions étaient temporairement abolies, il y eut irritation vasculaire surajoutée (syndrome de Perthes). On peut se demander si la lésion médullaire n'avait pas renforcé l'influence de cette excitation.

4° L'adrénaline a provoqué dans une observation des modifications vaso-motrices différentes suivant les phases considérées.

5° Dans l'une de nos observations, les bains ont donné lieu, malgré interruption de la moelle, à des réactions vaso-motrices homolatérales.

« Pauvres médecins » pas assez unis !... (Dr Foveau de Courmelles. *J. des Praticiens.*)

« Certaines abstentions ou restrictions opératoires sont plus condamnables que de prétendues témérités. On pourrait dire sous forme de paradoxe que les chirurgiens qui n'ont pas de décès opératoires sont aussi dangereux que ceux qui en ont trop. Il y a entre eux la différence de la passivité à l'activité. » (Cavaillon, cité par Jean Gosset, *in* Cancer du côlon droit, 1933, 1 vol., Masson édit.).

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Clinique générale

Le problème pathogénique des syndromes neuro-anémiques se pose à propos d'une observation, intéressante tant par les détails de l'évolution clinique que par les constatations anatomo-pathologiques ; voici schématisées les étapes de l'évolution, avec les diagnostics qui ont été posés successivement :

Augustine G..., femme G..., 44 ans, entrée le 29 novembre 1929 à la Clinique.

Chlorose à l'âge de 15 ans.

Au début de 1928, à 43 ans, épisode pulmonaire avec signes d'atteinte du sommet droit ; la malade est soignée dans un service de phtisiologie. L'expectoration ne fut jamais bacillifère. Elle sort paraissant guérie après un séjour de quatre mois, considérée comme une tuberculeuse pulmonaire cicatrisée ou en bonne voie de guérison.

En juin 1929, elle est hospitalisée dans un service de médecine générale pour des douleurs de la région hépatique qui firent constater un gros foie. Au cours de cette hospitalisation, apparition d'un ictère suivi d'une anémie grave. Le syndrome semble guérir à la suite d'un traitement par la méthode de Whipple et d'une thérapeutique antisyphilitique. Une réaction de Wassermann positive avait fait mettre sur le compte de la syphilis l'ictère, l'anémie et l'hépatomégalie.

En octobre 1929, apparition de douleurs et de raideur dans les jambes qui entraînent la malade à se faire hospitaliser dans la clinique du professeur Paviot.

A ce moment, la malade a une hépatomégalie avec subictère, sans anémie cliniquement apparente. Elle présente une paraparésie spasmodique avec troubles des diverses sensibilités sans systématisation nette. Les lésions tuberculeuses pulmonaires semblent cicatricielles. Les résultats de la ponction lombaire et la réaction sérologique négatifs permettent d'éliminer la syphilis dans l'étiologie de ce syndrome. D'autre part, la malade précise qu'au moment de l'ictère de juin, elle a eu des céphalées avec troubles de la mémoire, de la vue et du sommeil. On se demande s'il ne s'agit pas d'une névraxite à virus neurotrope avec atteinte hépatique. La malade va à la maison de convalescence, le syndrome neurologique ayant paru amélioré après un traitement diathermique.

En janvier 1930, la malade revient. Le tableau neurologique est identique, mais il y a un ictère vrai et une anémie de 1.448.000 globules rouges. L'ictère disparaît progressivement et sous l'influence d'un traitement hépatothérapique, en mai 1930, le chiffre des globules rouges est à 5 millions. Les symptômes neurologiques ne se sont pas améliorés. On porte le diagnostic de syndrome neuro-anémique et on retient la discordance des résultats thérapeutiques sur les troubles de l'hématopoïèse et le tableau neurologique. La malade quitte le service.

En août 1930, la malade revient, car l'état s'est aggravé. La parésie spasmodique est plus intense et l'anémie est à 1.500.000 globules rouges. Une transfusion sanguine déclenche un choc grave. Toutes les thérapeutiques n'empêchent pas le syndrome neuro-anémique de s'aggraver. Les lésions du sommet droit semblent se réactiver pendant les derniers jours et la malade meurt avec une hyperthermie terminale, que rien n'explique, le 4 novembre 1930.

Les lésions macroscopiques trouvées à l'autopsie ne permettent pas d'aller très loin dans l'interprétation des faits cliniques. En dehors de constatations négatives en ce qui concerne la syphilis il faut retenir :

1° Au sommet du poumon droit des nodules sclérocaséeux : tubercules ou gommes ?

2° Dans les deux globus pallidus deux lésions symétriques nodulaires : tubercule, gomme, ramollissement ?

Les examens histologiques montrent :

1° Au niveau de la moelle, la lésion des syndromes neuro-anémiques et les altérations des régions pallidales semblent de même nature.

2° L'aplasie de la muqueuse gastrique comme dans les anémies pernicieuses.

3° La nature des lésions pulmonaires n'est pas établie de façon indiscutable ; selon toute vraisemblance, elles sont de nature tuberculeuse ; il s'agit de tubercules enkystés en apparence non évolutifs.

Cette observation est intéressante au point de vue des lésions cérébrales du syndrome neuro-anémique ; ce serait le premier cas où l'on ait noté une atteinte de la région diencéphalique, lésion bilatérale du globus pallidus.

Il est trop simpliste de se contenter de la division qui reconnait des anémies pernicieuses par hémolyse et d'autres par anhématopoïèse ; il est insuffisant aussi d'expliquer les syndromes neuro-anémiques par un lien de causalité, les lésions nerveuses étant secondaires à l'anémie. Si l'agent causal peut être multiple et non spécifique, il y a un certain nombre de problèmes pathogéniques à discuter : l'origine commune de

l'évolution parallèle des troubles sanguins et des altérations nerveuses, la notion de choc anaphylactique avec destruction globulaire, l'origine tuberculeuse de certaines formes, les troubles de la fonction hématopoïétique du système réticulo-endothélial, la lésion primitive de la fibre nerveuse.

La question des centres nerveux régulateurs de l'hématopoïèse se pose également.

A certains points de vue il est impossible de ne pas rapprocher les syndromes neuro-anémiques d'autres affections, telle la dégénérescence hépato-lenticulaire qui n'est pas moins mystérieuse.

(J. Paviot et J. Dechaume. Syndrome neuro-anémique avec lésions diencéphaliques et tuberculose pulmonaire scléro-caséeuse enkystée. Le problème pathogénique des syndromes neuro-anémiques et la question des centres nerveux régulateurs de l'hématopoïèse. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1933.)

Les arthropathies protéiniques, en particulier celles d'origine alimentaire, ne sont pas rattachées habituellement à leur véritable cause.

Les caractères habituels de l'arthropathie protéinique sont : la brusquerie d'apparition, le caractère très aigu, superficiel, éphémère aussi des manifestations articulaires ainsi que leur diffusion et leur variabilité, tous caractères qui la rapprochent en gros du rhumatisme articulaire aigu.

Les résorptions, massives en général, de protéines par l'organisme sont temporaires et conditionnent des chocs dont la traduction clinique est temporaire aussi. Au contraire, dans l'anaphylaxie alimentaire, les résorptions sont fractionnées, elles sont de plus répétées pendant plusieurs mois et même plusieurs années puisqu'elles résultent en général d'une diététique erronée. Grâce à des chocs successifs et répétés, les effets s'additionnent pour créer des manifestations durables par une sorte d'anaphylaxie chronique.

Une même pathogénie s'applique à certaines hydarthroses périodiques, à bascule ou récidivantes, plus ou moins régulièrement intermittentes, mais toujours désespérément tenaces et rebelles aux thérapeutiques habituelles.

Il ne faut formuler le diagnostic d'arthropathie protéinique qu'avec la plus grande prudence, car on doit confronter les résultats de deux sortes d'enquêtes. Les unes doivent évidemment avoir pour but d'éliminer les différentes arthrites inflammatoires qui sont bien plus fréquentes. Les autres cherchent par l'examen du malade des arguments en faveur de l'anaphylaxie.

Le traitement doit essentiellement viser deux choses, agir sur le terrain, supprimer ou neutraliser la cause déterminante.

La modification du terrain comprend le traitement de l'insuffisance hépatique et la suppression des intoxications ou infections.

La suppression de la cause déterminante consiste dans l'exclusion des protéines du lait et des œufs et dans la protection contre les chocs protéiniques par la peptone pré-prandiale, l'adrénaline et le chlorure de calcium.

(J. Paviot, P. Lagèze et H. Naussac. Les arthropathies protéiniques, en particulier d'origine alimentaire. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1933.)

Voies respiratoires

La silicose a subi, dans ces dernières années, une extension considérable, non seulement dans les mines, mais encore dans une série d'autres industries, par suite de l'emploi de machines à grand rendement et à grande vitesse pour travailler les matériaux siliceux.

La lésion essentielle est le nodule silicotique ; certains nodules représentent une combinaison de silicose et de tuberculose. Dans une phase ultérieure apparaît une fibrose extensive du poumon.

Le caractère clinique essentiel de la silicose pulmonaire réside dans une opposition entre l'état du poumon tel que le montrent les radiographies et le petit nombre de troubles fonctionnels accusés au même moment.

Le diagnostic radiographique nécessite une radiographie excellente, c'est-à-dire instantanée et à grande distance. Quand la lésion nodulaire est constituée, on observe une image de type miliaire, un aspect *en tempête de neige*.

Les signes fonctionnels varient suivant le stade de la maladie. A la période latente ils sont nuls ; à la période d'état il y a de la dyspnée d'effort ; à la période de fibrose étendue la dyspnée est assez accentuée.

Le facteur tuberculose joue un rôle essentiel dans le développement de la silicose.

(A. Policard. La silicose pulmonaire et ses problèmes actuels. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 février 1933.)

Anesthésie

L'anesthésie par voie rectale est à retenir en raison de son insidiosité, de sa bénignité, du calme qui précède et suit l'acte opératoire.

La technique est la suivante. La veille grand lavement et hypnotique quelconque le soir. Le matin, une heure et demie avant l'intervention, injection d'un centigramme de morphine-scopolamine ; une demi-heure avant l'intervention, introduction rectale, lente et progressive, d'un mélange éther-huile (dose moyenne par kilogramme : 2 c.c. d'éther, 1 c.c. d'huile).

Le sommeil survient rapidement, d'abord léger, puis profond. Parfois il est bon de parfaire l'anesthésie en faisant respirer quelques gouttes de chloroforme ou un peu de chlorure d'éthyle.

(A. Hamant, Dodart et Chalnot. Anesthésie imprévue sans angoisse. *Revue Médicale de l'Est*, 15 janvier 1933.)

Thérapeutique

Les échecs de la chrysothérapie sont dus tantôt à des erreurs de technique, tantôt à des facteurs plus complexes.

La technique est souvent défectueuse. Le traitement n'est pas assez énergique ; l'injection n'a pas dépassé 0,25 et le total de la première série 2 gr. ; on peut transformer cet échec en succès en recommençant et en renforçant la médication. Dans d'autres circonstances le traitement a été arrêté devant un accident d'intoxication, qui n'est généralement qu'un accident d'intolérance ; cet arrêt doit être simplement passager. D'autres malades sont soumis à l'aurothérapie, alors qu'une autre thérapeutique eût été plus appropriée ; le traitement combiné (collapsothérapie et chimiothérapie) réussit brillamment dans des cas où chaque méthode eût échoué isolément. Enfin il est possible de modifier la sensibilité des tuberculeux en changeant de technique ; la suspension huileuse semble préférable à la solution aqueuse.

On constate cependant des échecs avec la meilleure technique, dans 40 % des cas, au témoignage des phtisiologues les plus optimistes. Notons tout d'abord qu'il y a des améliorations tardives et que, dans certains cas où les lésions persistent, elles n'en ont pas moins perdu leur tendance évolutive. Même en faisant ces restrictions, on est bien obligé d'avouer que l'action des sels d'or reste fréquemment nulle ou simplement passagère.

A quoi tiennent ces échecs ? Faut-il admettre que l'or est inactif et que ses succès ne sont que d'heureuses coïncidences ? Faut-il incriminer l'âge des lésions, ou leur forme anatomique, ou leur caractère évolutif ? Faut-il invoquer le défaut de résistance générale ? Aucune réponse n'est vraiment satisfaisante et nous constatons que beaucoup d'échecs demeurent mystérieux.

Il faut avoir cependant confiance dans l'or ; les progrès de la thérapeutique permettront un jour d'augmenter son efficacité soit par un remaniement de la molécule thérapeutique, soit par l'adjonction de renforçateurs.

(W. Jullien et H. Mollard. Les échecs de la chrysothérapie. Traitements insuffisants et auro-résistance. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 15 janvier 1933.)

En chirurgie courante il y a deux vaccins particulièrement actifs : le vaccin staphylococcique et le vaccin gonococcique.

Il y a par contre d'innombrables vaccins dénués de toute activité.

Le vaccin peut être une arme dangereuse ou active suivant la manière dont on l'emploie.

Tous les vaccins ne sont pas comparables ; il est regrettable que les notices ne préconisent qu'une seule et même technique, d'ailleurs défectueuse, quel que soit le microbe considéré.

Les vaccins actifs sont à base de microbes bons antigènes ; le bon antigène est extrêmement avide d'anticorps.

Il y a donc intérêt à injecter un minimum de corps microbiens de façon à rendre la baisse des anticorps négligeable, à éviter la phase négative et à prévenir l'apparition d'une sensibilisation regrettable (bilatéralisation d'orchiépididymite gonococcique, efflorescence de furoncles).

On attendra au moins une semaine avant de pratiquer une nouvelle injection, qui aurait pour résultat de faire baisser inutilement le taux des anticorps sans accélérer en aucune manière l'apport des anticorps vaccinaux.

Le caractère de bon antigène du microbe supprime la nécessité d'un autovaccin ; le point de vue est tout à fait différent

lorsque le corps microbien a un pouvoir antigène peu marqué (comme l'entérocoque, le streptocoque) ; l'autovaccin prend alors une supériorité réelle.

Il est irrationnel de se guider sur la réaction locale pour diriger un traitement vaccinothérapique ; il y a une différence essentielle entre la réaction locale, qui est une réaction phagocytaire, et la réaction vaccinale, qui est une réaction d immunité. Il est néanmoins utile de suivre la réaction locale de façon à ne pas ignorer une phase négative, qui se traduit par la diminution ou l absence de cette réaction.

Le meilleur guide du traitement est l'évolution des lésions.

Dans la vaccination bien conduite les résultats obtenus sont étonnants si l'on tient compte de la petite quantité de vaccin employé. Les auteurs ont toujours guéri les furoncles les plus invétérés par trois injections sous cutanées d'un quart de c.c. de vaccin, espacées de huit jours ; dans les complications de la blennorragie les résultats ont été aussi favorables avec des doses d'un à deux dixièmes de c.c. espacées de huit à dix jours ; les vaccins utilisés ont été ceux de l'Institut Pasteur.

Les considérations précédentes, à la fois originales et pleines de bons sens, heurtent les idées généralement admises sur la vaccinothérapie : «contrairement à l'opinion de la majorité», disent les auteurs, «nous pensons...» ; il était bon que ces choses-là fussent pensées et surtout dites.

(R. Rousseaux et A. Cuénot. Quelques considérations sur la vaccinothérapie en chirurgie. *Revue Médicale de l'Est*, 17 janvier 1933.)

Une observation de syphilis polyrésistante et aurosensible permet de mettre en lumière des faits importants :

1° La polyrésistance médicamentense est rare.

Autant l'arsénorésistance est fréquente actuellement, autant il est rare de ne pas voir le bismuth ou le mercure agir.

2° Le bismuth négative la sérologie mais active la maladie.

Il semble exister une véritable sidération sérologique, qui, coïncidant avec une syphilis en évolution, indique toujours une affection très rebelle à la médication.

3° La maladie récidive par une lésion de tertiarisme précoce.

Les syphilis résistantes présentent des aspects anormaux ; elles semblent avoir vieilli précocement sous l influence de l'arsenic et du bismuth.

4° L'aurosensibilité rend de grands services dans la polyrésistance.

L'or agit plus ou moins vite, plutôt moins que plus ; il ne représente qu'un médicament de seconde zone, bien que formellement indiqué en cas d'échec des médications habituelles.

(Yves Bureau, de Nantes. Syphilis polyrésistante guérie par les sels d'or. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er décembre 1932.)

Varia

Lorsqu'une théorie scientifique, même des plus solidement assises, commence à être remaniée, nul ne sait jamais jusqu'où va ce remaniement ! (Paul Veil, de Lyon).

La peste n'est pas, comme le choléra, un fléau qui passe ; c'est un fléau qui s'installe et demeure. (F. Toullec, de Marseille).

Dans la pratique marocaine il n'est pas de problème plus souvent posé ni plus difficile à résoudre que celui de l'amibiase fruste (Arnaud, de Rabat).

J. Lafont.

« Comme les paysannes qui vont au marché, les hommes d'aujourd'hui veulent le beurre et l'argent du beurre. Ils veulent le mouvement accéléré pour la circulation des marchandises et des nouvelles, pour le passage d'une classe à l'autre et l'ascension des fortunes, le mouvement accéléré, mais sans les inconvénients de la vitesse. Les hommes d'aujourd'hui veulent le mouvement accéléré et la stabilité, un peu de risque et beaucoup de sécurité, le changement et la permanence, le mouvement et le repos ! Ils veulent les concentrations géantes de la grande industrie et le maintien des vieilles frontières, le nouvel ordre des choses, mais sans renoncer à l'ancien ordre, l'ancien ordre et le nouveau en même temps. Ils veulent un peu de religion, mais raisonnable, et une science absolue, un mélange de religion, sans miracles et de science sans limitation, un mélange d'eau et de feu. » (Florian Delhorbe. Le grand malaise. *Mercure de France*, 15 mars 1933).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mai 1933

Le kymogramme du cœur normal. — ***MM. Laubry, Cottenot,*** et ***Heim de Balsac*** ont étudié les kymogrammes de vingt sujets cliniquement et radiologiquement normaux, la plupart étudiants d'une vingtaine d'années. Ils ont pensé en effet qu'avant de tirer des enseignements kymographiques il est indispensable de voir d'abord les différents aspects que peuvent présenter les kymogrammes cardiaques chez des sujets normaux.

Ils ont utilisé le kymographe de Delherm en employant pour chaque sujet les deux procédés : grille fixe qui donne une image d'ensemble et grille mobile qui permet une étude plus fine d'un point considéré du contour cardiaque sur une courbe de contraction plus étalée.

Les résultats de ces recherches ont été les suivants :

1° Sur le bord gauche du cœur il existe dans la majorité des cas trois types de crochets qui s'échelonnent de la base vers la pointe.

a) Vers la base les crochets sont formés par une ligne diastolique incurvée et une ligne systolique horizontale.

b) Au milieu du bord gauche les crochets sont lancéolés et constitués par deux lignes systolique et diastolique incurvées et sensiblement symétriques.

c) Vers la pointe la saillie acuminée disparaît et les crochets ont une forme générale arrondie.

Mais à côté de cet aspect, le plus fréquent, on peut voir chez des sujets normaux des aspects assez variables du bord gauche, les crochets étant plus ou moins aigus ou arrondis sur toute l'étendue de ce bord gauche.

2° Le bord droit du cœur présente un aspect très variable suivant les sujets et l'on peut schématiquement décrire trois types.

a) Premier type. Dans les deux tiers supérieurs on trouve de petits crochets de faible amplitude, très irréguliers, souvent bifides du type des crochets auriculaire. Dans le tiers inférieur les crochets sont beaucoup amples et rappelant ceux que l'on voit sur le bord gauche.

b) Deuxième type. Les petits crochets irréguliers et bifides occupent tout le bord droit.

a) Troisième type. Dans un cas de grands crochets arrondis analogues à ceux du bord gauche occupent la totalité du bord droit.

De leurs études les auteurs tirent cette conclusion que si les ombres vasculaires (aorte et artère pulmonaire) présentent chez des sujets normaux des images kymographiques sensiblement constantes il n'en est pas de même des bords de l'ombre cardiaque. Sans doute voit-on le plus souvent sur le bord gauche l'image constituée par les trois tyes de crochets décrits mais avec des variations assez considérables dans leur disposition et d'autre part l'aspect du bord droit semble être extrêmement variable suivant les sujets.

Cette diversité des images kymographiques chez l'homme normal tient sans doute à la complexité des mouvements cardiaques, d'une part mouvements de contractions systoliques et diastoliques, d'autre part mouvements de torsion. Enfin surtout la base participation d'une triple action ventriculaire, auriculaire et artérielle qui sont variables suivant les sujets.

Lymphogranulomatose pulmonaire, tuberculose et gangrène. ***M. Cordier*** (Lyon).

Diphtérie maligne tardive (syndrome du cinquantième jour. ***MM. Grenet*** et ***Mézard.***

Tumeur prémédullaire de la région dorsale révélée par un syndrome ataxo-spasmodique. — ***MM Jacques Decourt*** et ***D. Petit Dutaillis*** présentent une femme de 72 ans opérée d'une tumeur prémédullaire de la région dorsale moyenne dont la symptomatologie initiale était constituée par un syndrome de Brown Sequard avec troubles pyramidaux d'un côté, troubles de la sensibilité du type syringomyélique de l'autre côté, et par des signes d'ataxie liés à la fois à la compression des cordons cérébelleux et à l'atteinte de la sensibilité profonde. Le liquide céphalo-rachidien ne présentait qu'une hyperalbuminose très discrète. La tumeur fut reconnue grâce à l'épreuve de Queckenstedt et à l épreuve du lipiodol. L'intervention chi-

rurgicale fut suivie d'une régression lente de tous les symptômes. Les auteurs montrent l'intérêt pratique qui s'attache à la connaissance de ce syndrome d'ataxo-spasmodique, qui risque d'égarer le diagnostic à un stade précoce des compressions médullaires par tumeur.

Le diagnostic de la mycose rénale par l'épreuve du rouge Congo. — *MM. Cestan, Sandraël* et *Labro* (Toulouse)

Un cas d'infection pneumococcique simulant la fièvre typhoïde. — *MM. Israël* et *Topous Khap* (Beyrouth).

Récidives et rechutes des fièvres éruptives. — *M. J. Comby.* — A la dernière séance, *MM. Apert* et *Kermorgant* ont parlé des rechutes et récidives de la rougeole. A ce propos, MM. Rist, Le Bourdellès, M. Pirrard ont rapporté des cas de récidive de la scarlatine et de la varicelle. Il est certain que plusieurs fièvres éruptives, la rougeole et la scarlatine, peuvent présenter des *rechutes* ou reviviscences à bref délai d'un processus infectieux mal éteint et des *récidives* ou réinfections à longue distance. L'immunité définitive, qui est la règle et comporte des exceptions, semble se perdre avec le temps chez certains sujets. Si l'on tient compte des erreurs de diagnostic, (confusion de la rougeole avec la rubéole, de la scarlatine avec les érythèmes scarlatiniformes, de la variole avec la varicelle, de cette dernière avec l'urticaire bulleux), on se convaincra de la très grande rareté des récidives et des rechutes des fièvres éruptives.

Parmi les innombrables rougeoles qui ont passé sous mes yeux depuis 50 ans, je n'ai pu relever que trois cas de récidive et trois cas de rechute. Même chiffre restreint pour la scarlatine. Je n'ai jamais constaté de récidive ni rechute de la variole et de la varicelle. Quant à la rubéole dont j'avais réuni en 1915 plus de 130 observations, je n'ai pas vu un seul cas de rechute ni récidive.

Les autres fièvres exanthématiques désignées sous les noms de *quatrième* et de *cinquième* maladies, peuvent-elles récidiver ? Je l'ignore, restant néanmoins convaincu de l'absence ou de l'excessive rareté des récidives dans la plupart des fièvres éruptives chez les enfants.

Séance du 23 juin 1933

Hyperthyroïdie avec hyperfonctionnement de l'hypophyse antérieure. — *MM. Pr. Merklen* et *E. Aron.*

Néphropathie atypique avec albuminurie massive au cours de la chrysothérapie. — *MM. Pierre-Bourgeois Jean Courtois, Mme Porcher* et *M. Jean-Charles Giraud* présentent l'observation d'une malade atteinte d une tuberculose discrète avec très bon état général, sans antécédent rénal et qui avait présenté au cours d'un premier traitement par les sels d'or, des accidents cutanés. Cette malade avait antérieurement eu des accidents de lithiase biliaire, des petites crises d'herpès cataménial et de l'urticaire.

Immédiatement après l'injection d'une dose de 0,25 gr. de crisalbine (la dose totale était alors de 0,80 gr.) la malade dont les urines avaient été vérifiées quelques instants avant l'injection présentait une albuminurie massive atteignant le chiffre extrême de 80 gr. par litre. C'était alors un symptôme isolé ne s'accompagnant ni de signes cliniques de néphrite, ni de présence de cylindres granuleux, d'hématies, ou de leucocytes dans le culot de centrifugation.

Le taux de l'albuminurie descendit progressivement et rapidement alors que se constituait à partir du quatrième jour une symptomatologie clinique complète de *néphrite aiguë bénigne* avec œdème modéré, rythme à trois temps, congestion des bases, troubles de la vue, élévation de l'urée sanguine à 1 gr., présence de cylindres et de leucocytes dans le culot de centrifugation. L'ensemble de ces accidents a évolué en cinq semaines environ vers une guérison qui actuellement est à peu pres complète, et dont la réalité a été vérifiée par la mesure de la constante d'Ambard et l'épreuve de la phénolsulfone phtaléine. L'examen du sang pratiqué en période aiguë et après guérison a montré qu'au cours des accidents il s'est produit une élévation des protéides sanguins dont le chiffre total a dépassé 100 gr. et qui portait électivement sur le chiffre des globulines entraînant de ce fait une inversion du rapport A/G.

Ces auteurs pensent qu'un pareil accident est très certainement lié à la chrysothérapie et, étant donnés les doses employées et leur mode d'administration, doit être classé parmi les *accidents d'intolérance* et non d'intoxication. Ils insistent sur la notion de *terrain* et sur les antécédents particuliers de cette malade. Ils font remarquer ensuite que l'élévation du chiffre total des protéides sanguins a coïncidé avec l'apparition des œdèmes, montrant bien que la tension osmotique des protéides ne joue pas un rôle essentiel dans la production de l'anasarque. Deux épreuves du rouge Congo ont été pratiquées. Toutes deux ont été positives ce qui met bien en valeur l'absence de spécificité de cette épreuve.

Les auteurs pensent qu'un pareil accident ne peut s'expliquer par une atteinte primitive de l'épithélium rénal. Pour eux, il s'agit d'abord d'un trouble beaucoup plus complexe, *humoral et tissulaire* déclenché par l'injection de crisalbine et dans la production duquel l'*insuffisance hépatique* joue vraisemblablement un rôle. Ce trouble humoral se traduit par des modifications quantitatives et qualitatives des protéides du sérum qui se comportent alors, vis-à-vis de l'épithélium rénal comme de véritables *albumines étrangères*. Leur élimination massive par les reins ne va pas sans créer très rapidement des altérations du parenchyme rénal qui expliquent l'apparition secondaire d'une symptomatologie complète de *néphrite aiguë*, bénigne.

Ainsi, du fait de cette observation en quelque sorte expérimentale, se trouverait remise en question l'origine humorale de certaines albuminuries.

Pyréthothérapie dans les arthrites infectieuses aiguës et subaiguës par le Dmelcos intraveineux. — *MM. Richet* fils et *Facquet.*

Syndrome neuro-anémique de forme ataxique. Guérison datant de cinq ans. Réapparition de tous les réflexes. — *MM. Bouchut* et *Froment* (Lyon).

Gastrorragies cryptogénétiques guéries par la splénectomie. Tuberculose splénique. — *MM. Gutmann* et *Tzanck.*

Un cas de tétanie para-thyréoprive. (Chronaxie normale, spasmes gastriques pendant l'accès de tétanie). — *MM. Mussio Fournier, A. Garra* et *Castiglioni* (de Montevideo).

Endocardite maligne à pneumocoques localisée aux valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire. — *MM. Plazy* et *P. Damany* (de Toulon).

Des avantages de la vaccinothérapie des blennorragiens par une clasine gonococcique. — *MM. Jausion. Pecker, Medioni* et *Giard* ont fabriqué, sur le type des lysats sulfuriques dénommés clasines, une clasine gonococcique. Ils ont injecté ce vaccin à des blennorragiens du sexe masculin, de toute période et de toutes determinations, septicémie exceptée.

Sur 74 malades traités, ils comptent 57 succès, parfois lentement acquis et 17 échecs.

L'uréthrite aiguë et le rhumatisme gonococcique se montrent particulièrement accessibles à ce traitement, qui s'avère moins brillant dans l'uréthrite chronique, la prostatite, la cystite, l'orchi-épididymite. Il suffit alors d'associer l'acridinothérapie pour obtenir, en règle générale, des résultats étonnants de rapidité.

La clasine gonococcique a donc l'avantage de mordre sur l'uréthrite aiguë et le rhumatisme blennorragien. Elle présente en outre un intérêt d'un tout autre ordre. Bien que ne possédant aucune propriété antigène, elle est susceptible de stériliser l'organisme par vaccination progressive, et d'éteindre graduellement la posivité de l'intradermo-réaction gonococcique.

En outre, et c'est là son réel mérite, elle ne trouble pas la gono-réaction et ne fournissant aucun apport antigénique, elle est incapable d'entraîner, pour ce test, une posivité d'emprunt, comme le font d'ordinaire les vaccins spécifiques. Bien mieux, elle négative cette séro-réaction, sans jamais provoquer, à la connaissance des auteurs, de cas de séro-résistances.

Ainsi la clasine gonococcique s'impose par son action sur l'uréthrite aiguë et l'indépendance qu'elle laisse à la gonoréaction.

De plus, la cure se fait à froid et sans choc.

Angine de poitrine à forme continue. — *M. Ed. Doumer* (de Lille) apporte deux observations d'un syndrome douloureux thoracique d'interprétation cliniquement très difficile ayant le siège, le caractère profond et les irradiations de l'angine de poitrine, mais s'écartant de l'angor par certains points essentiels. Le syndrome n'évolue pas sous le mode paroxystique : la douleur est continue, s'installant à demeure, presque en permanence pendant plusieurs semaines et ne s'atténuant

que quelques heures de temps en temps pour se réveiller d'ailleurs spontanément. Elle n'est pas constrictive : elle donne la sensation d'une brûlure profonde. Elle a présenté comme particularité curieuse d'être absolument insensible à l'influence des efforts ; loin d'immobiliser le malade, elle l'incitait au contraire à aller et venir pour trouver dans le mouvement un certain soulagement.

Ce syndrome s'est développé brusquement sur des sujets relativement jeunes, non hypertendus, non syphilitiques, dont le cœur semblait cliniquement et radiologiquement normal. Il n'avait pour symptôme objectif concomitant qu'une accélération persistante modérée du rythme cardiaque dont les variations ont paru suivre d'une façon assez étroite l'évolution du syndrome douloureux.

Il a fait preuve de son origine cardiaque dans un cas par la mort subite du malade au cours d'une crise tachy-arythmique brusquement déclarée après quelques semaines de ces douleurs, et dans l'autre par des déformations caractéristiques de l'électrocardiogramme. A signaler d'ailleurs que dans ce cas, après quelques semaines d'évolution, la douleur persistante s'est compliquée de redoublements paroxystiques d'allure angineuse, puis s'est tranformée en un syndrome angineux typique purement paroxystique et sensible à l'effort.

Le caractère constrictif de la douleur et l'allure paroxystique du syndrome angineux ne sont donc pas des éléments sémiologiques dont l'absence implique le diagnostic d'algies périphériques banales et ce syndrome d'allure continue qui traduit un ébranlement douloureux du plexus cardio-aortique peut passer pour une forme atypique d'angine de poitrine ou au moins un de ses équivalents.

M. Zagdoun.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juin 1933

Des médications adjuvantes dans le traitement de la syphilis. — *M. Galliot* insiste sur la nécessité de ces médications adjuvantes. Si la médication antisyphilitique propre reste indispensable, il est hors de doute que cette médication agira d'autant mieux qu'elle sera aidée par d'autres médications permettant au malade de mieux résister à l'infection, et de mieux transformer et assimiler les médicaments spécifiques. Une large place doit être faite au régime et aux médications hépatiques et rénales.

Essai de traitement des tuberculoses externes par l'or. — *M. Carle Rœderer* signale avec toutes les précautions d'usage que certains malades atteints de tuberculose ostéo-articulaire ont vu, sous l'influence de cette médication, leur état général s'améliorer nettement. Sur onze maux de Pott dont six avec abcès, huit ont guéri dans les délais normaux (trois et quatre ans). Cette médication peut être d'un certain intérêt comme médication associée. L'auteur se garde actuellement de conclure davantage des cas observés et d'une expérience qui date de quatre ans.

Traitement de l'adénoïdite. — *M. Iribarne*, dans les formes prolongées de l'adénoïdite, conseille de procéder à la dilatation nasale au moyen de sondes cylindriques en gomme, dilatation qui joue le rôle d'un véritable cathéterisme évacuateur, puisque chaque séance débarrasse l'enfant d'une grande quantité de sécrétion muco-purulente.

A propos du diagnostic du cancer de l'œsophage. — *M. Jean Guisez* montre que si rien n'est plus facile que le diagnostic du cancer de l'œsophage à la période d'état, lorsque les lésions sont très developpées, rien n'est plus difficile que de la dépister à la période de début. C'est à cette période cependant lorsque les lésions n'ont pas encore dépassé les limites de l'œsophage, que la radiumthérapie peut être utile au malade. L'auteur insiste sur un certain nombre de signes cliniques, toujours les mêmes, qui pourraient faire faire le diagnostic de façon précoce.

A propos d'une communication de M. Delort et Ribardière. — *M. Thévenard* dit qu'il ne faut pas attacher trop d'importance au jeune âge pour éliminer le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal. Il rapporte le cas d'un ulcère duodénal ayant nécessité l'intervention chez un enfant de 11 ans, et celui d'une perforation d ulcère calleux chez un adolescent de 17 ans. S'appuyant sur son observation, il émet l'hypothèse que l'ulcère de l'enfant n'est sans doute qu'une transformation évolutive de l'ulcère si spécial décrit chez le nourrisson par Bonnaire, Durante et Ecalle.

Complexité de la notion de contagion de la tuberculose, son démembrement nécessaire. — *M. Georges Rosenthal*, pour remédier aux multiples significations du mot « contagion » demande l'adjonction d'un adjectif ou d'un terme qui en précise la nature, tel que « par cohabitation », « par inoculation interhumaine », « par imprégnation latente ».

A propos de la déclaration obligatoire de la tuberculose. — *M. Georges Rosenthal* montre que la prophylaxie antituberculeuse doit avant tout se préoccuper de l'imprégnation bacillaire des petits. Il faut donc que cette imprégnation se fasse par des bacilles rares et peu virulents, d'où la nécessité de la déclaration et de la connaissance des foyers tuberculeux.

Traitement de l'intolérance gastrique au cours de la lithiase biliaire. — *MM. Victor-Pauchet* et *A. Hirchberg.* — Le drainage chirurgical des voies biliaires exerce une action utile sur les spasmes gastriques multiples fréquents au cours de la lithiase. Il faut éviter les opérations mixtes, par exemple drainage chirurgical et pyloroplastie, commencer toujours par le temps biliaire dont l'action le plus souvent sera entièrement favorable en ce qui concerne les troubles gastriques réflexes.

Luquet.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les injections intrapéritonéales de neptal dans les ascites cirrhotiques

Dans deux cas d'ascite cirrhotique, MM. Puech, P. Rimbaud, et Ravoire (*S. des Sc. M. et Biol. de Montpellier*, nov. 1932) ont employé les injections intrapéritonéales de neptal. Chez l'un des malades, les injections par voie intramusculaire avaient échoué. Chez l'autre, les deux voies ont donné des résultats identiques. Les auteurs insistent sur l'innocuité, l'indolence de cette méthode, sur l'efficacité remarquable du diurétique mercuriel ainsi dilué dans douze à quinze litres de liquide, chez des sujets dont la résorption péritonéale est déjà retardée par l'hypertension portale.

Deux cas d'acrodynie traités par l'acétylcoline

MM. Henri Janet, Pierre Vallery-Radot et Mlle Simone Huguet ont présenté à la Société de Pédiatrie (*S. du* 20 *déc.* 1932) deux enfants de 3 ans et demi et 4 ans, atteints d'acrodynie. Ils signalent les bons effets de l'acétylcoline : amélioration de l'état général et des troubles subjectifs. Pas d'action évidente sur la rougeur et sur l'œdème des extrémités.

Maladie rhumatismale à forme œsophagienne

L'observation rapportée à la Société de Pédiatrie (20 *déc.* 1932) par MM. Isaac-Georges et P. Dausaert se rapproche beaucoup de celle publiée par M. Grenet, en 1929, et restée unique.

Chez un enfant se plaignant depuis 6 mois de douleur dorsale à la déglutition, la nature rhumatismale de la dysphagie fut prouvée : 1° par la constatation d'un frottement péricardique ; 2° par l'action radicale et rapide du traitement salicylé ; 3° par l'existence bien probable d'antécédents rhumatismaux.

Arrêt d'une série d'hémoptysie de volume considérable à la suite de la production accidentelles d'un emphysème cutané

MM. A. Ravina, Benzaquen et Bibas (*S. de la Tuberculose*, 11 février 1933) rapportent l'histoire d'un malade présentant une tuberculose évolutive s'accompagnant d'hémoptysies considérables, qui cessèrent brusquement à la suite de la production d'un emphysème sous-cutané intense survenu après une tentative de pneumothorax artificiel. Dans le but de vérifier s'il y avait là un rapport de cause à effet, les auteurs ont injecté un litre d'oxygène sous la peau du thorax et de l'abdomen de deux malades en cours d'hémoptysie de moyenne abondance. Dans les deux cas, ils virent l'hémorragie cesser immédiatement. Tout en se défendant de tirer des conclusions fermes, les auteurs ont cru intéressant de signaler ces faits.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le Professeur d'Arsonval et Claude Bernard. *Extrait du discours de remerciements prononcé par M. le professeur d'Arsonval à l'occasion de son jubilé :*

..... Mes titres à votre bienveillance, Messieurs, je les dois à un homme et à un milieu.

Cet homme, c'est Claude Bernard.

Ce milieu, c'est le Collège de France, dont il m'ouvrit les portes voilà soixante ans.

La tradition familiale me vouait aux études médicales que j'entrepris à regret, je le confesse. J'avais bien tort puisque c'est à elles que je dois la chance d'avoir rencontré Claude Bernard.

Le 6 décembre 1873, j'assistai à une de ses leçons. Ce fut une révélation. A sa voix, la médecine expérimentale, telle qu'il la comprenait, m'apparut soudain, comme la plus passionnante des sciences. L'éclair de son génie avait déchiré le voile qui couvrait mes yeux. Six mois plus tard, il me prenait comme préparateur, titre dont le prestige pour moi ne fut jamais dépassé.

Auprès de lui, le temps fuyait trop vite à mon gré, mais il fallut songer au doctorat et à la pratique de la médecine. Sur mes aptitudes, mon père consulta le maître qui lui conseilla de me laisser poursuivre la carrière scientifique.

C'est ainsi que, grâce à Claude Bernard, j'échappai définitivement au danger que je redoutais, danger que je jugeais plus grand encore pour la clientèle paternelle.

Mon exemple, vous prouve, Monsieur le ministre, quel rôle imprévisible joue parfois le destin dans l'orientation professionnelle.

Ce qui me surprit le plus agréablement chez Claude Bernard, ce fut sa paternelle bonté pour les débutants et le soin qu'il prenait, tout en les conseillant, de respecter leur originalité.

Comme j'allais lui soumettre un projet de travail, il m'arrêta et me dit : « Vous avez choisi un sujet ? Bien, ne m'en parlez pas. Faites vos expériences et surtout pas de bibliographie préalable ; restez vous-même.

« Peut-être trouverez-vous des faits déjà connus, tant mieux, ça prouvera que vous êtes bon observateur.

« Peut-être en trouverez-vous qui bousculeront vos idées, en ce cas, ne soyez pas esclave de ces dernières, changez-en, mais respectez les faits. »

Et cette discipline, il se l'appliquait à lui-même devant ses élèves.

A ce propos, je ne peux résister au plaisir de vous citer quelques phrases inédites de son journal intime :

« Il faut absolument, y est-il dit, avoir une idée préconçue quand on fait des expériences, sans quoi on marche à tâtons. Mais il faut vérifier par l'expérience son idée préconçue et non vouloir la prouver contrairement à ce qu'on fait généralement.

« Voyez cet expérimentateur agité et troublé ; il se promène à grands pas ; il passe des nuits d'insomnie dans la crainte que son expérience ne réussisse pas. Si elle réussit, il saute de joie, il est fou ; si elle ne réussit pas, il est au désespoir ou il fausse les résultats. Je ne blâme pas les gens qui sont ainsi parce que j'ai été comme eux. J'ai travaillé deux ans pour répéter des expériences croyant qu'elles devaient réussir comme je les concevais. Mais j'ai été si souvent trompé qu'aujourd'hui je n'en suis pas venu comme Magendie à me passer d'idées préconçues, mais j'en ai de rechange deux ou trois et toujours les opposées, de sorte que je suis tranquille et désintéressé.

Et puis, au fond de tout cela, j'ai vu que ceux qui tiennent tant à vérifier leurs idées, c'est de l'orgueil tout simplement. On tient à ses idées par égoïsme, par admiration de soi.

Il y en a qui font croire que les idées des choses qu'ils ont trouvées par hasard leur sont sorties de l'esprit par la puissance du génie. On tient plus aux systèmes qu'aux faits. Et cependant, les systèmes sont généralement faux.

« En physiologie surtout, on peut dire ce que Faraday dit au physique : « L'absurde n'est pas impossible ».

Le laboratoire de Claude Bernard était le rendez-vous, non seulement de ses collègues du Collège : J. Bertrand, Berthelot, Renan, Balbiani, Marey, etc..., mais nombre d'autres y venaient du dehors ; représentants illustres de la science et de presque toutes les branches du savoir humain. Chacun y apportait ou venait y chercher les nouveautés du jour.

Des discussions sur les sujets les plus variés s'y engageaient graves ou plaisantes, dont j'étais le témoin muet, mais non pas sourd ni aveugle. L'immense prestige dont jouissait Claude Bernard, son caractère noble et désintéressé, son jugement exempt de toute passion le faisaient choisir tacitement par tous comme arbitre de leurs controverses.

C'est ainsi que je surprenais la science à l'état naissant, exempte de tout dogmatisme stérilisant. Je me disais : « Comme le Collège de France justifie pleinement sa devise *Docet omnia* et combien j'aurais de peine à quitter ce milieu. » Ma curiosité naturelle en fut surexcitée au point que les années n'ont pu l'affaiblir et encore moins la satisfaire.

De certaines de ces discussions, j'ai pu tirer des conclusions qui m'ont servi de règle de conduite. En voici, entre mille, quelques exemples qui montrent premièrement combien les cerveaux même les plus puissants, ont de peine à accepter les idées nouvelles.

Pasteur vient un matin faire une prise de sang sur un animal que j'avais préparé. Il procède, avec Chamberland, à la stérilisation suivant les rites quasi religieux qui nous sont aujourd'hui familiers. Nous regardions très intéressés, quand j'entends derrière moi Berthelot murmurer à l'oreille de Renan : « Et avec ça, Renan, vous ne pourriez pas leur donner une bonne formule d'exorcisme ? ».

Un autre jour, des chimistes éminents déniaient aux physiologistes le droit de s'occuper des phénomènes chimiques dont l'être vivant est le siège.

Nous avons, dit l'un d'eux, une méthode excellente pour établir le bilan nutritif. Il nous suffit d'analyser les ingesta et les excreta.

Alors, répond Claude Bernard, vous pouvez dire ce que fait chez elle une ménagère, mon cher Boussingault, en analysant le contenu de son panier à provisions et de sa boîte à ordures ? Et se tournant vers Berthelot : Quant à vous, cher ami, vos formules m'ont fait perdre deux ans à chercher d'où provenait le sucre que je trouvais dans le foie.

Il a fallu que ce soit moi, ignorant la chimie, qui découvre et isole la matière glycogène. C'était votre rôle et non le mien.

Joseph Bertrand nous surprend un jour en train d'étudier la circulation dans les capillaires ; mais c'est chose mathématiquement connue, dit-il à Bernard, depuis les lois de Poiseuille.

Je ne les ignore pas, cher ami, mais les tubes de Poiseuille n'ont pas de nerfs vaso-moteurs. Et puis il me faut l'intégrale, et l'animal me la donne mieux que vous ne pourriez le faire, car il n'oublie aucun facteur. Ces discussions me montrèrent combien les cloisons étanches de la spécialisation sont peu favorables au développement des idées générales et de la biologie en particulier.

Après Claude Bernard, Marey et Brown-Séquard furent mes éducateurs. C'est pourquoi j'unis dans un même sentiment de gratitude ces trois grandes illustrations du Collège de France où je compte tant de solides amitiés, dont notre cher administra- et Langevin viennent de se faire l'écho.

Des temps heureux où nous étions préparateurs, je retrouve encore à l'Académie des sciences quelques chers camarades : Marcel Brillouin, Alfred Lacroix, Matignon, Charles Richet, Emile Roux : mais combien de disparus : Daniel Berthelot, Dastre, Henneguy, Michel Lévy.

D'autres milieux encore ont facilité mon évolution, notamment les diverses Sociétés scientifiques qui témoignent aujourd'hui leurs sympathies actives à leur ancien président, en ma personne. Mes élèves qui, par la voix de Belot après Bergonié, se disent mes obligés, alors que ce sont eux qui m'ont fait connaître du Corps médical et hospitalier. .....

La vie et l'œuvre de Lavoisier. - *Extrait d'une conférence de M. R. Dujarric de la Rivière sur* LAVOISIER HYGIÉNISTE, *conférence faite au XVII*e *Congrès d'hygiène et publiée par* STRASBOURG MÉDICAL :

Vingt-deux floréal, An II (11 mai 1794), cinq heures de l'après-midi : entassés dans des charrettes que des gendarmes escortent, les fermiers-généraux, qu'un simulacre de jugement vient de condamner à mort, sont conduits à l'échafaud qui est dressé sur la Place de la Révolution.

« A cette heure dernière, dit Grimaux, ceux que la mort allait frapper restèrent silencieux. Seul, Papillon d'Auteroche, voyant sur son passage la foule en carmagnole, dit dédaigneusement, par allusion à la confiscation de ses biens : « Ce qui me chagrine, c'est d'avoir de si déplaisants héritiers ».

Ils furent exécutés dans l'ordre de leur inscription sur l'acte d'accusation : Lavoisier fut exécuté le quatrième, après avoir vu tomber la tête de Paulze, son beau-père et son ami. Tous subirent la mort dignement et sans faiblesse.

Cependant, impassible, l'huissier rédigeait ses procès-verbaux d'exécution :

Affaire des 28 fermiers-généraux. — Lavoisier.

« L'an second de la République française, le 18 floréal, à la requête du citoyen accusateur public près le Tribunal Révolutionnaire, établi au Palais, à Paris, par la loi du 10 mars 1793, sans aucun recours au Tribunal de Cassation, lequel fait élection au Greffe dudit Tribunal, séant au Palais, je me suis, Huissier-audiencier audit Tribunal, soussigné, transporté en la maison de justice dudit Tribunal, pour l'exécution du jugement rendu par le Tribunal ce jourd'hui contre Lavoisier, qui le condamne à la peine de mort, pour les causes énoncées audit jugement, et, de suite, je l'ai remis à l'exécuteur des jugements criminels, et à la gendarmerie qui l'on conduit sur la Place de la Révolution où, sur un échafaud dressé sur ladite place, ledit Lavoisier, en notre présence, a subi la peine de mort, et de tout ce que dessus ai fait et rédigé le présent procès-verbal, pour valoir et servir ce que de raison. Dont acte.

Enregistré gratis à Paris le 22 floréal, l'an deuxième de la République, une et indivisible ».

Le lendemain de l'exécution, Lagrange disait à Delambre : « Il ne leur a fallu qu'un moment pour faire tomber cette tête, et cent années peut-être ne suffiront pas pour en reproduire une semblable ».

***

Pour attribuer toute leur valeur aux paroles de Lagrange, il est indispensable de connaître la vie et l'œuvre de Lavoisier.

Antoine-Laurent Lavoisier, naquit à Paris, le 26 août 1743. Son père, Jean-Antoine, Procureur au Parlement de Paris, habitait le passage Pecquet, situé près de la rue des Blancs-Manteaux et aujourd'hui disparu.

Le jeune Lavoisier fréquenta d'abord le Collège Mazarin fort renommé pour l'organisation de ses cours de sciences.

Il suivit ensuite les cours de la Faculté de droit et se fit même recevoir avocat au Parlement. Mais il acquit, en même temps, une forte érudition scientifique. Il étudia les mathématiques et l'astronomie avec le savant Abbé de la Caille, la botanique avec Bernard de Jussieu qu'il accompagnait dans ses herborisations, la minéralogie et la géologie avec Guettard, l'anatomie à l'Ecole de médecine, la chimie, enfin, avec Rouelle, qui eut aussi pour élèves les chimistes les plus éminents de la fin du XVIIIe siècle, Macquer, Bucquet, Bayen, Darcet. Rouelle était alors dans tout l'éclat de son talent. Brillant professeur, il faisait, au Jardin du Roi, un cours très suivi ; ses élèves, parmi lesquels Diderot, rédigeaient les notes prises à ce cours. Lavoisier méditait les notes prises par Diderot et les annotait déjà de réflexions personnelles sur la nature et les réactions des corps.

L'année 1765 marqua son premier succès scientifique. L'Aca-

démie, sur la demande du lieutenant de Police, M. de Sartines, qui offrait une récompense de 2.000 livres, avait proposé, en 1765, comme sujet de prix à décerner l'année suivante : « Le meilleur moyen d'éclaircir pendant la nuit, les rues d'une grande ville, en combinant ensemble la clarté, la facilité du service, et l'économie ». Lavoisier obtint une médaille d'or donnée par le Roi.

En 1767, il fait avec Guettard un voyage en Lorraine et en Alsace, pour des études géologiques et pour l'établissement d'un atlas minéralogique.

L'Académie des sciences lui ouvrit ses portes en 1768. Lalande raconte qu'il contribua à la nomination de Lavoisier « par cette considération qu'un jeune homme qui a du savoir, de l'esprit, de l'activité et que la fortune dispensait d'embrasser une autre profession, serait très naturellement très utile aux sciences».

Lavoisier entra à la Ferme générale en 1768 et trois ans après, (16 décembre 1771) il épousa, en la chapelle de l'Hôtel du Contrôle général des Finances, la fille de son collègue Paulze.

« Madame Lavoisier, dit Grimaux, avait vite compris et apprécié la haute valeur de l'homme auquel elle était unie ; d'une vive intelligence, d'une grande puissance de volonté, elle s'était mise immédiatement à l'étude pour se rendre digne de lui ». Elle demandait à son frère Balthazard des leçons de latin et lui écrivait, en 1777 : «Quand reviens-tu ? Le latin a besoin que tu sois ici ; viens t'ennuyer à me faire décliner et conjuguer pour me faire plaisir et me rendre digne de mon mari et de tes soins ».Elle apprit l'anglais et put ainsi aider Lavoisier en lui traduisant un grand nombre de mémoires de chimie. Elle traduisit, en particulier, les œuvres de Priestley, de Cavendish, d'Henri, une brochure de Kirwan sur la force des acides, et un ouvrage du même auteur sur le phlogistique.

« Madame Lavoisier, une personne pleine d'animation, de science et de savoir, dit Arthur Young qui lui rendit visite au mois d'octobre 1787, nous avait préparé un déjeuner anglais au thé et au café, mais la meilleure partie de son repas, c'était, sans contredit, sa conversation, soit sur l'essai sur le phlogistique de M. Kirwan qu'elle est en train de traduire soit sur d'autres sujets qu'une femme de sens travaillant dans le laboratoire de son mari sait si bien rendre intéressants ».

Elle avait un réel talent de dessinateur et de peintre. Elle avait été l'élève de David et c'est elle qui a dessiné et gravé les planches du « Traité de Chimie » publié par Lavoisier en 1789.

Pour mener à bien son immense labeur, Lavoisier avait dû se fixer un emploi du temps très strict. Il consacrait six heures par jour aux sciences, le matin de six à neuf heures et le soir, après dîner, de sept heures à dix heures. Le reste de la journée était largement rempli par les affaires de la Ferme générale ou de la Régie des poudres, les séances de l'Académie, les Commissions. Un jour de la semaine était entièrement réservé au laboratoire : « C'était pour lui un jour de bonheur, dit Madame Lavoisier dans une notice bibliographique qu'elle avait ellemême rédigée ; quelques amis éclairés, quelques jeunes gens fiers d'être admis à l'honneur de coopérer à ses expériences, se réunissaient dès le matin dans le laboratoire ; c'était là que l'on déjeunait, que l'on dissertait, que l'on créait cette théorie qui a immortalisé son auteur ; c'était là qu'il fallait voir, entendre cet homme d'un esprit si juste, d'un talent si pur, d'un esprit si élevé ; c'était dans sa conversation que l'on pouvait juger de la hauteur de ses principes de morale ».

Le laboratoire de l'Arsenal où il travaillait était remarquablement installé. Car Lavoisier n'hésitait pas à dépenser les sommes nécessaires pour faire réaliser par les meilleurs artisans les appareils de laboratoire qu'il avait conçus et dont il surveillait luimême l'exécution. Il fournissait aussi le budget de son laboratoire et un contemporain prétend que les seules expériences sur la synthèse de l'eau coûtèrent près de 50.000 livres. « Quand Arthur Young visita ce laboratoire, théâtre, dit-il, d'expériences suivies par le monde entier, et tandis qu'il admirait les machines électriques, la cuve pneumatique, les appareils pour l'analyse et la synthèse de l'eau, Lavoisier lui fit remarquer que tous les instruments avaient été construits par des artisans français ». Il était heureux d'avoir contribué, par ses encouragements, à développer en France, l'art de la construction des appareils de précision pour lesquels nous avions été longtemps tributaires de l'étranger.

***

C'est en 1770 que Lavoisier commença réellement ses recherches originales.

En cette année 1770, Lavoisier montra, en effet, par l'emploi judicieux de la balance et de la distillation que, contrairement à

l'opinion des savants d'alors, l'eau ne se change pas en terre et que le résidu qui existe après une distillation est dû au fait que l'ébullition prolongée attaque le verre et en dissout une partie

Il publia, en 1771, en collaboration avec Macquer et Cadet, ses travaux sur la combustion du diamant. Darcet, Rouelle, Macquer et Roux avaient tous démontré avec Boyle et les physiciens du Grand Duc de Toscane, que le diamant disparaît quand il est soumis à l'action d'un feu violent dans un vase de porcelaine. Lavoisier et ses collaborateurs montrent que le diamant ne disparaît qu'autant qu'il a contact avec l'air et que sa prétendue volatilisation est due à une véritable combustion analogue à celle du charbon.

Les fameuses recherches de Lavoisier sur le gaz — recherches qui suffiraient à elles seules à immortaliser son nom — ont été poursuivies de 1773 à 1783. Déjà, dans un pli cacheté déposé à l'Académie en 1772, il avait noté l'augmentation du poids du phosphore dans la combustion : « Cette augmentation de poids, disait-il, vient d'une quantité prodigieuse d'air qui se fixe pendant la combustion ». Dès ce moment, Lavoisier prévoit l'importance de la chimie des gaz. « L'importance de cet objet, écrit-il en tête de son registre de laboratoire, m'a paru fait pour amener *une révolution en physique et en chimie* ».

Dans les « Opuscules physiques et chimiques », parus en 1773, il expose les résultats de ses expériences :

En calcinant, au moyen d'une lentille, du plomb ou de l'étain dans un vase de verre clos, il voit que ces métaux augmentent de poids — que cette augmentation qui s'arrête à un certain point, n'est pas en rapport avec la quantité du métal employé — qu'il y a une diminution d'un cinquième environ du volume de l'air — que cette diminution est à peu près proportionnelle au poids du corps brûlé — que l'air qui reste après la calcination est différent de l'air atmosphérique et n'est plus propre à la respiration.

Il restait à déterminer la nature du principe qui se combine aux métaux dans la calcination.

Les recherches préliminaires de Bayen et de Priestley permirent d'élucider bientôt ce point.

En août 1774, Bayen chauffe de l'oxyde de mercure dans une cornue de verre et voit s'en dégager un fluide élastique.

En août 1774, Priestley retrouve ce fluide élastique — qui est en réalité l'oxygène — mais il n'en reconnait l'importance qu'au mois de mars 1775. « Je fis part plusieurs fois, dit-il, (en octobre 1774) de la surprise que me causait l'air de cette préparation à MM. Lavoisier, Leroi et autres physiciens ... Je n'avais alors aucun soupçon que l'air que j'avais tiré du mercure calciné fut même salubre, tant j'étais éloigné de savoir ce que j'avais réellement découvert. Je restais dans l'ignorance de la nature de cet air jusqu'au 1er mars. Jusqu'au 1er mars 1775, j'avais si peu de soupçon que l'air tiré du mercure calciné fut salubre, que je n'avais même pas pensé à y appliquer l'épreuve de l'air nitreux ». *Expériences sur différentes espèces d'air*, traduction de Gibelin, t. II, p. 35.

Or, dès novembre 1774, Lavoisier avait fait des expériences sur ce sujet et vu tout l'intérêt de la question. A la séance publique de Pâques 1775, il présenta à l'Académie un mémoire où il démontrait la nature de ce fluide élastique nouveau, le distinguait de l'air commun et de l'air fixe, attribuait à son absorption l'augmentation du poids des métaux calcinés et montrait qu'il constitue la partie éminemment respirable de l'air atmosphérique. Il établissait que « l'air fluide, » est, en réalité, de l'acide charbonneux (acide carbonique) résultant de la combinaison du charbon avec le nouveau fluide appelé « air vital », « air déphlogistiqué », et dans la nouvelle nomenclature chimique « principe oxygine », puis « oxygène ».

La même année, il apporte un premier travail sur la respiration. Il rattache cet acte physiologique au phénomène de la combustion ; il montre que la combustion et la respiration sont des phénomènes comparables dépendant des propriétés de l'oxygène qui se trouve normalement dans l'air atmosphérique.

Ce premier mémoire sur la respiration fut suivi, quelques années après, de recherches sur la chaleur, recherches qu'il poursuivit avec Laplace. C'est la calorimétrie que créèrent ces deux savants en trouvant le moyen de mesurer les quantités relatives de chaleur dégagées dans les réactions chimiques par la comparaison des poids de glace que fait fondre chaque réaction. Ils démontrèrent, par le même procédé, que « la respiration est une combustion lente semblable à celle du charbon, et qu'elle est la seule cause de la chaleur animale, attribuée peu de temps auparavant par les physiologistes aux mouvements des globules du sang dans les vaisseaux capillaires ».

Ces travaux sur la respiration furent aussi présentés à la Société de médecine où Lavoisier avait été élu en 1782. Il avait

annoncé à cette Société des travaux sur l'acte de la digestion, travaux dont sa mort prématurée a privé la science.

En 1787-1788, Lavoisier publia ses travaux sur la fermentation alcoolique. Il y montrait la transformation du sucre en acide carbonique et alcool, déterminait le poids du sucre mis en réaction ainsi que les quantités d'alcool et d'acide carbonique produits. Pasteur devait reprendre plus tard ces travaux, montrer que la fermentation est un phénomène vital et découvrir l'agent de cette fermentation.

C'est à l'occasion de son travail sur la fermentation alcoolique que Lavoisier exposa la loi de transformation de la matière : « Rien ne se créée, dit-il, ni dans les opérations de l'art, ni dans celles de la nature et l'on peut poser en principe que, dans toute opération, il y a égale quantité de matière, avant et après l'opération ».

Dans la rédaction du programme d'un prix à décerner par l'Académie des sciences, en l'année 1789, Lavoisier exposait, d'une façon magistrale pour l'époque, les lois de la statique chimique des êtres organisés : « La fermentation, la putréfaction et la combustion, disait-il, rendent perpétuellement à l'air de l'astmosphère et au règne minéral, les principes que les végétaux en ont emprunté. Par quels procédés la nature opère-t-elle cette merveilleuse circulation entre les trois règnes ? Comment parvient-elle à former des substances combustibles et putrescibles avec des combinaisons qui n'avaient aucune de ces propriétés ? Ce sont des mystères impénétrables ». Ce problème, au seuil duquel s'est arrêté le génie de Lavoisier, les travaux de Pasteur devaient l'éclairer tout d'un coup. Ce sont les ferments et les microbes qui accomplissent ce travail mystérieux dont parlait Lavoisier. Ce sont eux qui remanient profondément la matière, désagrègent les substances mortes et en tirent les matériaux nécessaires aux édifications vitales.

Certaines des recherches de Lavoisier ont eu une application pratique immédiate. C'est le cas de ses travaux sur la poudre et le salpêtre. En précisant la formation du salpêtre et les moyens d'en augmenter la production en France, Lavoisier contribua puissamment à la défense nationale. Si les armées de la jeune République purent défendre la France envahie, il faut en attribuer une partie du mérite à Lavoisier qui sut trouver dans notre sol même le salpêtre nécessaire à la fabrication de la poudre.

Tant de beaux travaux, tant d'éminents services rendus à la France et à l'humanité ne sauvèrent pas Lavoisier de l'échafaud. Compris dans le procès des Fermiers généraux, il fut, en effet, condamné à mort après une parodie de jugement qui jettera toujours une ombre sur la Révolution française. C'est pendant ce jugement que le Président Cofinhal prononça ces paroles tristement célèbres : « La République n'a pas besoin de savants ».

La mort de Lavoisier nous a certainement privés de belles découvertes. Mais dans l'espace de vingt ans, Lavoisier avait renversé la doctrine du phlogistique, découvert la nature complexe de l'air, montré son rôle dans les phénomènes de la combustion, créé la calorimétrie, fixé les méthodes de l'expérimentation, exposé la loi de l'indestructibilité de la matière. »

Varia. — *Le Professeur d'Arsonval et l'automobile.*

Malgré ses quatre-vingt-deux ans, le professeur d'Arsonval dont on a fêté le jubilé à la Sorbonne, conduit lui-même son automobile.

Il fut un des premiers adeptes de ce moyen de locomotion et certains de ses collègues de l'Institut se souviennent du beau scandale que fut son arrivée à l'Académie des sciences, en 1896, dans une voiture à vapeur modèle Panhard et Levassor.

Un des plus vieux membres de cette assemblée, son ami pourtant, lui battit froid pendant toute la séance.

— Il convient, dit-il, à la sortie, au professeur, de laisser ce genre de moyen de transport aux acrobates (*Aux Ecoutes*).

Le hameau dont dépend la propriété de famille de M. d'Arsonval est doté du nom de « La Porcherie ». Les habitants ont pensé que le jubilé de leur célèbre concitoyen serait une occasion unique de transformer cette appellation. Ils ont donc demandé que le nom d'Arsonval soit substitué à celui de la Porcherie.

Un refus leur est parvenu, qui les a indignés, mais ne les a point lassés, et une nouvelle requête s'en est allée vers Paris, suppliant qu'on permettre au moins d'adjoindre le nom d'Arsonval à celui de la Porcherie.

Nouveau refus. Le premier paraissait une brimade sans intérêt. Nous applaudissons à celui-ci, car cette accolade risquait de donner lieu dans l'avenir à de fâcheuses confusions. « La Porcherie d'Arsonval ! »

La science, dans quelque temps, n'aurait plus dû grand chose à M. d'Arsonval qui aurait été considéré, à tout jamais, pour un grand éleveur de cochons, fondateur de quelque prix agricole. (*Aux Ecoutes*).

Chez le Docteur Dhotel, sculpteur et sorcier (L'Informateur Médical) :

... D'âge mûr, d'assez haute stature, un masque de médecin praticien à la barbiche déjà méphistophélique en contraste avec le front haut, dégarni, des moustaches de prestidigitateur, un pince-nez inquisiteur : tel est l'homme. Derrière ce masque, la bonté se cache, comme prise en faute. Des gestes faciles accompagnent la pensée vive.

Intrigué, mon regard fait, cà la dérobée, le tour du bureau, il me semble que cette pièce soit l'asile d'un artiste. Elle est peuplée de bustes originaux. Le Docteur Dhotel en est l'auteur : ils attestent la vigueur artistique de l'homme, la solidité de ses ressources créatrices. En effet, le Docteur Dhotel n'est pas qu'un excellent médecin : ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté des sciences et de la Faculté de médecine de Lille, ancien médecin de crèches municipales et de nombreuses mutualités, il est l'auteur d'un certain nombre de publications scientifiques (fracture des cartilages costaux et « sur un cas de grande communication interauriculaire ») et l'inventeur de certains instruments médicaux (ampoules de sérum auto-injectables, appareil vérificateur de stérilisation, trousse chirurgicale, pharmacie portative de campagne).

Le Docteur Dothel ajoute à ses dons scientifiques d'indiscutables qualités artistiques : il est tout à la fois musicien, poète et sculpteur...

Une consultation chez le pharmacien (L'INFORMATEUR MÉDICAL) :

J'ai été témoin d'une scène vraiment pittoresque. Une maman entre avec son fils dans une pharmacie et s'adresse au pharmacien en lui demandant son avis « éclairé ». Il s'agissait d'un gosse qui était tombé de son vélo et qui présentait un volumineux hématome au niveau de la paroi abdominale causé par le guidon de la bicyclette. Le pharmacien, avec une « gravité professionnelle », s'approcha du gosse, le fit baisser la culotte et commença une « palpation méthodique » de la région enflée. Ayant prononcé ensuite un diagnostic et un pronostic favorables, il alla préparer « une potion à prendre toutes les trois heures et des pilules pour faire avorter le mal ».

Dans la REVUE DE FRANCE (1er mai 1933) *un article de Mme Irène Chevreuse sur les émigrés allemands de Paris. Voici ce qu'elle écrit au sujet de sa visite à un médecin* :

Une maison meublée, quelque part, vers le boulevard Raspail. Je demande à la concierge le Docteur L... (pour des motifs faciles à comprendre, dans cette enquête je ne citerai aucun nom : tous ces gens ayant des parents, des amis restés en Allemagne, toute indiscrétion risquerait de causer des désastres) :

Le quatrième étage à gauche. Je sonne. M. L... m'ouvre la porte lui-même.

C'est un homme d'une quarantaine d'années, au front énergique, au regard pénétrant. Il est social-démocrate et médecin. Il était adepte passionné d'une nouvelle ethique. Pour propager ses idées, les rendre accessibles à tous, il édita une revue. Sa doctrine étant en contradiction avec les nouvelles règles, le nouveau code moral des nazis, il s'échappa, craignant leurs persécutions. Hitler fit fermer à Berlin, dans les principales villes, tous les restaurants, les bars qui ne répondaient pas strictement à sa conception très stricte des choses sexuelles.

M. L..., heureusement pour lui, n'est pas dans le besoin. Il a pu à temps faire passer une partie de ses capitaux à l'étranger.

Bien que social-démocrate, il se serait peut-être accommodé du nouveau régime, mais les récentes persécutions allaient par trop à l'encontre de ses croyances, de ses convictions. Israélite lui-même, il ne pouvait plus assister, impuissant, à l'humiliation de ses coréligionnaires.

— Espérez-vous rentrer bientôt en Allemagne ?

— Certainement. Le jour où le Kronprinz reviendra au pouvoir, la situation se clarifiera et tout rentrera dans l'ordre.

M. L..., au fond, n'est qu'un brasseur d'affaires. Il s'est servi de la vogue des problèmes sexuels pour s'enrichir ; son seul mérite est d'avoir rendu populaire la théorie de Kraft Ebing. En France, il vivra tranquille, en attendant le jour possible de sa rentrée en Allemagne.

RÉPONSES DES MINISTRES AUX QUESTIONS DES PARLEMENTAIRES

Vente de médicaments par une clinique

3587. — M. René FAURE demande à M. le ministre de l'Agriculture : 1º si une clinique médicale peut préparer, vendre et débiter, à ses malades en traitement, des médicaments simples ou composés, et spécialités pharmaceutiques diverses, avec ou sans le concours d'un pharmacien spécialement attaché ; 2º s'il y a, dans l'un et l'autre cas, une violation des lois qui régissent l'exercice de la pharmacie et une infraction aux règlements sur la détention et la vente des toxiques et stupéfiants. (*Question du 21 mars* 1933.)

Réponse. — 1º Une clinique médicale ne peut préparer, vendre et débiter, à ses malades en traitement des médicaments simples ou composés ou des spécialites pharmaceutiques, lorsqu'elle est installée dans une commune où il existe une pharmacie, même s'il y a un pharmacien attaché à l'établissement ; 2º cette clinique médicale commet une infraction aux lois qui régissent l'exercice de la pharmacie et aux règlements qui concernent la détention et la vente des toxiques et stupéfiants.

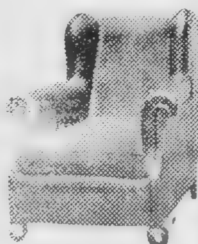
(*J. O.*, 25 avril.)

Choix du médecin en matière d'examen de candidats à l'assurance-vie

3411. — M. LALLEMAND demande à M. le ministre du Travail : 1º s'il est exact, alors qu'il y a dans une ville plusieurs médecins assermentés auprès de la Caisse nationale des dépôts et consignations, qu'un seul médecin puisse être imposé à un contractant éventuel d'assurance-vie ; 2º s'il est exact que, pour ne pas aller voir le médecin ainsi imposé, le contractant soit tenu de motiver sa récusation ; 3º s'il n'est pas pratique de constante en assurance-vie de donner le choix au proposant entre au moins deux médecins accrédités auprès de la compagnie ; 4º si la Caisse nationale des dépôts et consignations est dans son rôle en envoyant aux mutuelles dont le tarif est, en fait le même que le sien, les « clients » mécontents de son intransigeance, et si deux médecins assermentés n'ont pas, aux yeux de la Caisse des dépôts et consignations, la même valeur professionnelle. (*Question du* 9 *mars* 1933.)

Réponse. — La Caisse nationale d'assurance, en cas de décès' tout en s'efforçant de donner les plus grandes facilités à sa clientèle, doit prendre les précautions nécessaires à la sauvegarde de ses intérêts qui se confondent d'ailleurs avec ceux de l'ensemble des assurés. Elle ne croit pas pouvoir laisser aux proposants le libre choix du médecin chargé de les examiner, mais lorsque l'un de ces proposants lui en fait la demande, elle accepte de le faire examiner par un autre médecin, sans exiger que le motif de cette demande soit précisé.

(*J. O.*, 25 avril.)



P. L. M.

Pour vous rendre à Vichy pendant les courses hippiques

Vous désirez faire un séjour à Vichy pendant les courses hippiques qui auront lieu dans cette station du 4 au 18 juin et du 27 juillet au 13 août. Sachez que vous pourrez vous déplacer à bon compte, à l'occasion de ces manifestations, car les billets d'aller et retour délivrés pour Vichy par toutes les gares P. L. M., à partir du 3 juin, seront valables jusqu'au 18 juin et ceux délivrés à partir du 26 juillet seront valables jusqu'au 15 août.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 27 LE NUMÉRO : 50 Centimes 8 JUILLET 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 27 juin. M. Zebouni : Accidents des ondulations artificielles des cheveux par les méthodes dites permanentes. — M. Cygler : Etude des hémoptysies chez les cardiaques. — M. Léger : Traitement des ostéites purulentes à gonocoques. — M. Penez : Périviscérites hémorragiques avec splénomégalie modérée. M. Ozernichow : Les inconvénients du chauffage central et les moyens d'y remédier. — M. Glikšman : Organisation actuelle des services d'hygiène en Pologne : le centre d'hygiène. — M. Moulin : Hygiène des salons de coiffure. — M. Bauchet : Etude des phlébites goutteuses et rhumatismales. — M. Reveillaud : L'autosérothérapie intramuqueuse nasale dans l'asthme et ses équivalents. — M. Montagnac : Une figure de chirurgien au xviiie siècle : Boyer. — M. Guitton : Le cancer sténosant des bronches souches.

28 juin. — M. Benguigni : Stockes-Adams paroxystique. M. Couder : Le métabolisme basal dans l'hypertension artérielle permanente dans la maladie de Raynaud. — M. Cailleux : Essai critique sur la doctrine homœopathique. — M. Auriacombe : Réadaptation des tuberculeux au travail et assistance post-sanatoriale. — M. Miloch : L'apicolyse avec plombage paraffiné dans le traitement de la tuberculose du sommet. — Mme Pellé : Etude des douleurs lombaires dans les métrites cervicales chroniques. Leur traitement par la physiothérapie. — Mlle Cristofini : Traitement des sciatiques par les agents physiques.

29 juin. — M. Corlay : Etude radiologique de la région cervico-dorsale. — M. Guérin : Sur une forme anatomique du cancer au sein : la forme hémorragique. — M. Ménager : Essai sur la tolérance de l'intestin pour des corps étrangers. — Mme Weschler : Etude des écoulements sanglants par le mamelon. — M. Blanco : De quelques médications du jaune d'acridine dans le traitement des urétrites gonococciques aiguës chez l'homme. — M. Francescoli : Etude du traitement de l'eczéma par les extraits spléniques. — M. Sorilul : Considérations générales cliniques et thérapeutiques, à propos de plusieurs cas d'abcès du poumon. — Mlle Buttner : Etude de la toxicité des arsénobenzènes. — M Mézard : diphtérie maligne tardive, le syndrome du cinquantième jour.

30 juin. — M. Mayer : Traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta à la clinique Baudelocque, 1920-1931. — M. Gaillard : Contribution à l'étude des polynévrites gravidiques. — M. Morand : Traitement précoce de l'infection puerpérale par les filtrats vaccins. — M. Somet : Contribution à l'étude de la cyphose des adolescents. — M. Paziaud : De la conduite à tenir en présence des corps étrangers de l'estomac et du duodénum dans la première enfance.

1er juillet. — M Cernéa : Etude clinique de l'hydrosalpinx. — M. Lauger : Colites aiguës post-opératoires. — M. Masson : Le borgne. Etude physiologique, professionnelle et médico-légale. — M. Sesce : Etude sur les écoles d'amblyopes. Mlle Schlumberger : Etude du métabolisme basal dans les états d'anxiété. — M. Chabanou : Les méningites à pneumo-bacilles de Friedlander du nourrisson. — M. Macquart-Moulin : Etude de la fièvre typhoïde de l'enfance. — M. Fichet : De la valeur des réactions méningées puriformes dites aseptiques d'origine infectieuse. — M. Juosapavicius : Etude de la grippe asphyxique.

3 juillet. — M. Grangé : La syphilis nerveuse conjugale. — M. Le Canvet : Etude du calcium sanguin et biliaire. — M. Eghbal : Etude des néphrites azotémiques précoces de la scarlatine. — M. Marga : Etude de l'érythrodermie aurique aiguë fébrile, généralisée. — M. Garfunkel : Les injections de lait dans le traitement du psoriasis. — M. Reboul : Exploration bilio-pancréatique et acétylcholine. — M. Rozenbaum : Action hypotensive des extraits désalbuminés de muqueuse gastrique. — M. Thomann : Sur un cas d'ostéomalacie atypique.

4 juillet. — M. Amante : A propos d'un cas de tétanie au cours de la grossesse. — M. Bercovici : Sur un cas de fractures spontanées chez le nouveau-né. — M. Bocskay : Le tire-lait du Docteur Obb. — M. Marclaud : Sur un cas de grossesse tubaire bilatérale et simultanée. — M. Clément : Les formes non cataclysmiques de la ponte ovulaire hémorragique. — M. Foret : Le traitement des maux perforants plantaires par la sympathectomie périartérielle. — M. Caratzali : Etude clinique et génétique de la langue plicaturée. — M. Biarnois : La pasteurisation, sa nécessité, son action sur le lait de consommation. — M. Bleinweiss : L'orientation professionnelle ; moyen pratique d'application. — M. Dubois : Le cancer au Havre. — M. Hovan Nhut : Etude du paludisme à Saïgon et de sa disparition progressive. — M. Yolé : Les influences de l'adrénaline sur le glaucome. — Mme Loir : Notions de droit administratif à l'usage du médecin fonctionnaire d'hygiène. — M. Plessner : Etude de myxœdème post-opératoire ; le problème de la thyroïdectomie totale. — M. Vannier : Les néphro-aortites syphilitiques. — M. Goudot : Etude pharmacologique et clinique de l'acide indol-carbonique. — M. Guillaumat : Etude de calcithérapie par le gluconate de calcium.

5 juillet. — M. Espaillat : Etude radiographique du sein normal et pathologique. — M. Parturier : Organisation de l'œuvre de la transfusion sanguine d'urgence. — Mlle Verjbitzky : Etude des métrorragies essentielles de la ménopause. — M. Jolicœur : Etude des formes hématuriques de la tuberculose rénale. — M. Djavad Ashtiany : Etude des prostatites chroniques. — M. Joly : Réflexions à propos des bandages herniaires. — M. Rotkoff : La mortalité par péritonite puerpérale post-partum. — M. Belliard : Sur l'emploi des extraits du lobe postérieur d'hypophyse en obstétrique. — Mme Eksztayn : Etude des principales malformations congénitales et de leurs causes. — M. Lauriat : Fonctionnement de la Maternité Baudelocque. — M. Maroger : Sur deux nouvelles observations de volvulus au cours de la grossesse. — M. Nahon : Hémorragie par insertion vicieuse de placenta. — M. Genta : L'éducation physique à l'étranger.

Facultés de médecine. — *Concours pour l'obtention des bourses de médecine.* — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et de pharmacie le mardi 18 juillet 1933.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux.

Les registres d'inscription seront clos le 10 juillet, à 16 heures.

Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 14 novembre 1933, à 8 h. 30, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 16 octobre au mercredi 25 octobre 1933 inclusivement.

Concours pour la nomination à deux places d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le jeudi 19 octobre 1933, à 16 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, (3, avenue Victoria), tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du lundi 25 septembre au mercredi 4 octobre 1933 inclusivement.

La Société de laryngologie à Cauterets. — Au cours d'un voyage d'études, la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris a tenu sa dernière réunion scientifique à Cauterets sous la présidence de M. le Professeur Worms du Val-de-Grâce. Au cours de cette réunion, un rapport fut présenté par M. le Docteur Rouget sur les laryngites chroniques chez l'enfant. Cet auteur a bien montré le rôle des suppurations prolongées du nez et du pharynx et celui du malmenage vocal dans l'origine de ces laryngites. Le traitement causal par excellence sera donc de tarir ces suppurations et de recommander le repos vocal absolu qui pourra aller jusqu'à exiger un isolement relatif de l'enfant.

Les membres de la Société de laryngologie se rendirent compte des nouvelles installations qui ont été faites à Cauterets pour rendre efficaces les pulvérisations et les inhalations sulfureuses dont l'action est reconnue depuis longtemps dans le traitement de ces laryngites. Ce rapport fut suivi de communications sur le même sujet effectuées par MM. Bourgeois, Moulonguet, Flirin, Dutheillet, de Lamotne, Alphen, Bouchet, André Blocq, Armengaud, Castay, Corone, etc...

Hôpital de la Charité. — Le Professeur Pende, de l'Université de Gênes, fera une conférence à la Charité, le samedi 8 juillet, à 10 heures, intitulée : Constitution de la femme dans ses rapports avec les sécrétions internes.

Monument Fernand Widal. — Le Comité constitué en vue d'élever un monument à la mémoire du Professeur Fernand Widal remettra ce monument à l'Assistance publique le samedi 8 juillet prochain, à 17 heures.

La cérémonie d'inauguration aura lieu à l'hôpital Cochin, sous la présidence de M. Daniélou, ministre de la Santé publique.

Institut d'hygiène industrielle. — Par décret est créé, à la Faculté de médecine de Paris, un Institut d'hygiène industrielle et médecine du travail, destiné à la formation des médecins d'usine ainsi qu'à l'étude de l'hygiène du travail industriel et rural et des maladies professionnelles.

Le Conseil de la Faculté a confié la direction de l'Institut au Professeur Balthazard, doyen de la Faculté et au Professeur Heim de Balsac, directeur de l'Institut de technique sanitaire au Conservatoire national des Arts et Métiers, professeur agrégé à la Faculté.

L'enseignement comprendra deux cours d'initiation, l'un d'hygiène industrielle, l'autre de médecine du travail et un cours de perfectionnement, comprenant une série de conférences sur l'hygiène industrielle, la médecine du travail, la toxicologie industrielle, par des professeurs et agrégés de la Faculté, et des personnalités n'appartenant pas à la Faculté.

Les cours et conférences théoriques seront complétés par des exercices pratiques : visites d'usines, examens d'ouvriers, examens de projets d'assainissement industriel, manipulations sur le dépistage, et la caractérisation des éléments nocifs du milieu industriel, manipulations de toxicologie industrielle.

L'Institut délivrera, après examen probatoire, aux étudiants et docteurs en médecine, qui auront suivi les enseignements avec assiduité, un diplôme d'hygiène industrielle, qui démontrera leur aptitude à remplir les fonctions de médecins d'usines, spécialisés en hygiène industrielle et pathologie professionnelle.

Le Congrès international des infirmières. — Le Congrès international des infirmières qui réunira plus de 3.000 déléguées, se tiendra à Paris du 9 au 13 juillet et à Bruxelles du 13 au 15, sous la présidence de Mlle Chaptal, présidente du Conseil international des infirmières.

A l'exposition Renoir. — La série de grandes expositions annuelles consacrées aux principaux maîtres de l'art moderne et organisées par les Musées nationaux dans les salles de l'Orangerie est continuée cette année par une importante rétrospective de l'œuvre de Renoir. Comme pour les expositions précédentes, de nombreux chefs d'œuvre ont été prêtés non seulement par les collections et musées français, mais aussi par ceux et celles de l'étranger.

Les organisateurs se sont attachés à mettre en valeur la diversité de la carrière de Renoir. L'exposition s'ouvre sur les œuvres réalistes et grises antérieures à 1870. La première manière (antérieure à 1890) est représentée par quelques pièces capitales : *Les pêcheuses de moules* venu d'Amérique après une absence de longues années ; *Ménage de Sisley* du Musée de Cologne ; *La fin du déjeuner*, du Musée de Francfort et, surtout *La Loge*, de la collection Courtauld, œuvre maîtresse de Renoir, transportée à Paris par avion au milieu des plus grandes précautions. A la suite de ces œuvres, quelques peintures, dont *La famille Bérard* du Musée de Berlin, montrent l'effort de Renoir vers un style plus serré et aux formes plus précises. L'exposition se termine par un groupe important de la dernière manière, depuis la *Grande baigneuse aux jambes croisées* de la collection Hessel, jusqu'aux *Nymphes cachées du Louvre*, exécutées par Renoir à la veille de sa mort, en passant par *Le Jugement de Paris* venu d'Oslo, la *Baigneuse blessée* de la collection Deutsch de la Meurthe et les deux célèbres *Danseuses* de la collection Gangnat.

Cet important ensemble, où les phases si diverses et les recherches si multiples du maître de Cagnes sont toutes représentées, constitue le premier grand hommage officiel apporté à la mémoire d'un maître dont la place dans la peinture contemporaine s'avère de jour en jour, plus importante.

Nécrologie. — Docteur Léon Fons, d'Arles-sur-Tech (Pyrénées-Orientales). — Docteur Grenet, de Jarnac-Champagne (Charente-Inférieure). — Docteur Hamard, de Fers (Orne). — Joseph Hecquet, officier de santé, de Canchy (Somme). — Docteur Hochstetter, de Lille. — Docteur Lagrange, de Poitiers. — Docteur Jean-Antony Martinet, de Paris, 49, rue Lisbonne (VIIIe), ex-chef de clinique à la Faculté, décédé dans sa 79e année. — Docteur Antoine Périgaux, de Paris, 159, rue Blomet (XVe). — Docteur Samuel, de Mulhouse. — Docteur Séjournet, de Nouzouville (Ardennes). — Professeur Erich Leschke, de Berlin, décédé à l'âge de 53 ans. — Professeur K.-W. Hauber, d'Heidelberg, décédé à l'âge de 46 ans. — Docteur Victor Mucha, professeur de dermatologie et de syphiligraphie, à l'Université de Vienne. — Professeur Juliano Morena, de Rio-de-Janeiro, psychiatre. — Professeur Frank Langdon, neuro-psychiatre, de l'Université de Cincinnati.

BIBLIOGRAPHIE

Le sinus carotidien et la zone homologue cardio-aortique (*Physiologie, pharmacologie, pathologie, clinique*), par C. Heymans, J.-J. Bouckaert, P. Regniers. Un vol. in-8 de 340 pages, avec 127 figures dans le texte, 55 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 8e).

Le grand intérêt et l'importance de la régulation de la circulation et de la respiration n'échappent aujourd'hui à personne, ces problèmes ont d'ailleurs de tout temps préoccupé, non seulement le physiologiste, mais aussi et tout particulièrement le pathologiste et le clinicien.

De très nombreuses contributions ont été récemment apportées à l'étude expérimentale des fonctions circulatoire et respiratoire et plus spécialement à l'étude de ces grands problèmes de la régulation de la pression artérielle et veineuse de la régulation du travail cardiaque, de l'étiologie de l'hypertension artérielle, de la régulation de la respiration dans et au delà des poumons, du mécanisme d'action d'une série de substances pharmacologiques capables de modifier les fonctions circulatoire et respiratoire. Tous ces différents problèmes ont été fortement dominés, au cours de ces dernières années, par les recherches expérimentales et cliniques sur le rôle des zones vasosensibles de l'aorte et plus particulièrement des sinus carotidiens dont la découverte est venue non seulement modifier et bouleverser nombre de données considérées jusqu'ici comme classiques, mais a permis aussi de réaliser, pour la première fois, une hypertension expérimentale chronique. Le grand problème de l'étiologie de l'hypertension artérielle qui passionne depuis si longtemps physiologistes, pathologistes et cliniciens, peut ainsi être abordé d'une manière plus précise et nombreux sont les cas de déficiences circulatoire ou respiratoire dont la pathogénie, restée jusqu'à présent obscure, s'éclaire à la lumière de ces connaissances récemment acquises.

Les auteurs ont voulu, en un volume de 340 pages, donner une synthèse de l'état actuel de la question du rôle de l'innervation des sinus carotidiens et de la zone homologue cardio-aortique. Ils exposent dans leur ouvrage, les données morphologiques, les recherches physiologiques, pharmacologiques et pathologiques, et les applications cliniques. Ouvrage bien coordonné, ayant le souci d'être complet, accompagné d'une vaste bibliographie, largement illustré de 127 figures comprenant les schémas de techniques expérimentales, des dessins morphologiques et des tracés, pour la plupart empruntés aux travaux personnels des auteurs ; ce livre tel qu'il est présenté, consacré aux problèmes les plus actuels de la physiologie, de la pharmacologie et de la physio-pathologie, doit intéresser non seulement les expérimentateurs mais aussi les cliniciens.

P. L. M.

Pour vous rendre à bon compte en Forêt de Fontainebleau

Quelle meilleure détente physique et morale, pour un Parisi[en] que de pouvoir, après toute une semaine de travail, s'ébattre, [le] dimanche à son aise, en forêt de Fontainebleau !

50 minutes à peine de chemin de fer et, au surplus, un prix [de] transport des plus réduits ! Vous bénéficierez, pour votre voya[ge] d'une réduction de 60 %, quels que soient le train et la clas[se] empruntés.

Vous ne payerez, pour l'aller et retour, que 10 francs, en 3e clas[se] moitié prix pour vos enfants de 3 à 7 ans.

Une provision de bon air à si bon compte.... n'hésitez pas

Pour des indications plus détaillées, veuillez téléphoner à Di[de]rot 85-10.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'Ictus laryngé non tabétique

Par MM.

L. CAUSSADE et P. MICHON

Professeur de Clinique médicale infantile

Médecin des Hôpitaux
Chargé du cours de Neurologie

à la Faculté de médecine de Nancy

Quoique la connaissance de l'ictus laryngé ne soit pas de date récente, bien des traités n'en font pas mention, et dans l'esprit de nombreux médecins il y a confusion avec d'autres troubles d'ordre neurologique ou laryngologique foncièrement dissemblables. Son intérêt pratique n'est pourtant pas négligeable et son diagnostic mérite par plus d'un point de retenir l'attention.

Individualisé en 1876 par Charcot, l'ictus laryngé a fait l'objet d'importants travaux, parmi lesquels se signalent les monographies de Garel et Collet (1894) et de Pinart (1920). Les observations publiées peuvent être réparties en deux principaux groupes : celui des tabétiques, chez lesquels l'ictus laryngé, très peu fréquent, survient comme épisode au cours de graves atteintes du système nerveux central ;

Celui des malades des voies respiratoires, bronchitiques et vieux tousseurs surtout, chez lesquels cet incident, bénin en soi, est d'une bien moins grande rareté, et encore, semble-t-il, rareté beaucoup plus apparente, par suite d'insuffisance d'investigations cliniques, que réelle.

C'est ce dernier groupe seulement que nous aurons ici en vue, à la faveur de notre apport de cinq observations personnelles.

***

La symptomatologie est d'une remarquable constance : une sensation d'intense chatouillement ou picotement laryngé provoque une incoercible quinte de toux, au cours de laquelle le malade ou bien se cyanose ou bien pâlit tout à coup, et, brusquement, sans autre prodrome, sans qu'il ait eu le temps d'esquisser un geste de protection, s'affaisse sans connaissance. Cette chute est molle, exceptionnellement brutale au point de provoquer des lésions traumatiques notables.

Il n'y a ni morsure de la langue, ni spume, ni miction involontaire. Quelquefois des convulsions des membres ont été observées, dénuées de caractère épileptoïde.

La période d'inconscience totale est très courte, puisque c'est habituellement en quelques secondes que le malade revient à lui, sans aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant l'ictus proprement dit, mais sans séquelle nerveuse, sans torpeur ; il est capable de reprendre d'emblée ses précédentes occupations, comme si rien n'était survenu.

Des accès très rapprochés, jusqu'à quinze en vingt-quatre heures (Pinart), ont été notés ; mais en général il s'agit plutôt de manifestations épisodiques, espacées, très capricieuses dans leur apparition, et, par suite, imprévisibles. Dans nos cas personnels, dont nous donnons maintenant la relation succincte, concernant des affections respiratoires chroniques, dont une tuberculose, l'ictus laryngé se montra sporadiquement, ne fut justifié par aucune complication et n'en détermina non plus aucune.

***

OBSERVATION X. — Homme de 62 ans, ancien rhumatisant et goutteux, présentant depuis cinq ou six années une bronchite chronique à recrudescences hivernales.

Au cours de l'été 1922, soit à l'âge de 59 ans, étant en train de prendre son déjeuner, il ressent un chatouillement laryngé intense, tousse, a l'impression d'étouffer, se lève et fait quelques pas. Il s'assied à nouveau, le front dans les mains et perd connaissance quelques secondes. Lorsqu'il revient à lui, sans être tombé, il constate qu'il a arraché sa cravate, pour se libérer de l'impression d'étouffement.

Par la suite, il éprouve fréquemment des étourdissements passagers à la toux, et doit prendre point d'appui sur un meuble, mais il ne perd pas conscience.

Le 10 mai 1925, deuxième ictus laryngé : après une promenade, étant assis à table, sur le point de souper, le malade est pris subitement d'une quinte violente avec chatouillement laryngé irrésistible, puis impression de striction. Il tombe à terre sans connaissance, et, presque aussitôt se relève sans aucun souvenir de la crise, sans séquelle aucune.

En dehors des signes de bronchite et d'emphysème, nous constatons au 27 décembre 1925, une hypertension nette (11/17 à la méthode auscultatoire) ; le réflexe oculo-cardiaque est indifférent. Nous prescrivons cependant des pilules de Trousseau (trois par jour).

Le malade, suivi par nous jusqu'à mi-janvier 1926 pour un zona thoracique traité par autohémothérapie, n'a pas présenté de crise durant cette observation.

OBSERVATION D. — Homme de 53 ans. Ayant présenté de l'eczéma chronique pendant vingt ans (de 22 à 42 ans), au cou, aux oreilles, aux membres inférieurs ; ayant pris à ce moment presque constamment X à XV gouttes par jour de liqueur de Fowler.

A 45 ans, premières crises de dyspnée asthmatiforme après inhalation de fumées. A 51 ans, à l'occasion d'une quinte de toux provoquée par d'intenses picotements laryngés, éprouve tout à coup des bourdonnements dans les oreilles et à l'intérieur du crâne, et une impression de vertiges, tombe doucement, sans connaissance pendant quelques secondes, et se relève aussitôt.

Depuis lors, ce malaise s'est reproduit identiquement à quatre ou cinq reprises, dont une fois au lit ; la dernière atteinte est survenue un mois avant notre examen (novembre 1925), qui ne révèle que de la dyspnée, très fortement accentuée par l'effort, et une hypertension modérée (9-16,5 à l'appareil de Vaquez). Le réflexe oculo-cardiaque est indifférent (rythme invariable à 84).

OBSERVATION W. — 54 ans, employé aux chemins de fer. Gros fumeur, emphysémateux ancien, atteint en outre de laryngite chronique, présentant une grosse dyspnée d'effort.

En 1922, au cours d'une quinte, perd subitement connaissance pendant une demi-minute au plus, avec pâleur intense du visage. Aucune suite. Pendant l'hiver de 1923-24, reprise de malaises analogues, légers, sous forme de vertiges à l'occasion de la toux, à quatre ou cinq reprises.

Pendant l'hiver 1924-25, à l'occasion d'accès quinteux coqueluchoïdes, se prolongeant parfois quatre et cinq minutes, le malade présente à nouveau des pertes de connaissance totales, soudaines, ne s'annonçant par aucune sensation de striction pharyngée, ne s'accompagnant d'aucune convulsion ni manifestation comitiale quelconque (morsure miction...). La chute se fait indifféremment dans un sens ou dans l'autre et a occasionné une fois une forte contusion lombaire. Le malade présente des insomnies.

A la suite de suppression du tabac pendant deux mois, administration de béchiques divers, parmi lesquels des gouttes contenant de la teinture de belladone, les crises disparaissent complètement, à partir de février 1925.

A l'examen de juin 1925, aspect pléthorique (86 kgr., teint coloré) ; emphysème diffus, tachypnée (20 au repos couché, 30 en position debout, le malade causant), et tachycardie (92 au repos couché, 112 debout) ; tension normale (14,5-8,5), pas d'albuminurie ni de signes de brightisme. Foie normal. Réflexe oculo-cardiaque légèrement positif (— 12). Examen neurologique négatif, à part légère surdité gauche, imputable à une otite. Presbytie.

OBSERVATION C. — 38 ans, réformé de guerre pour albuminurie simple, sans signes de néphrite, et bronchite ayant débuté en 1916.

••

En janvier 1928, importante hémoptysie provenant de la base droite ; pas de bacilles de Koch dans l'hémoptysie ni l'expectoration consécutive. Persistance ultérieure d'une vaste cortico-pleurite de la base droite. Nouvelle hémoptysie en octobre 1928 et poussées bronchitiques hivernales.

A la suite de nouvelle hémoptysie fin février 1929, et devant des signes d'infiltration progressive de la base et de la région sous-claviculaire à droite, le poumon gauche ne montrant pas de signes évolutifs, un pneumothorax droit est institué le 24 mars 1929 et poursuivi ensuite régulièrement en dépit d'adhérences pleurales assez serrées, jusqu'à fin avril 1930. A ce moment la pleurite adhésive progressive a tellement réduit la poche gazeuse que les insufflations sont abandonnées, après le vingtième. Durant ce traitement, aucun incident, sinon légère hémoptysie, sans bacilles, fin janvier 1930 : disparition d'expectoration intercalaire ; bon état général. Cependant l'apparition de sibilances et de bouquets de râles humides fins à la pointe de l'omoplate gauche constitue un argument en faveur de l'interruption du pneumo.

L'état local et général s'améliore progressivement ensuite : aucune hémoptysie nouvelle, disparition des signes stéthoscopiques gauches, persistance de pleurite droite étendue, principalement à la base droite en arrière.

En avril 1931, poussée bronchitique légère à prédominance droite ; état subfébrile, dyspnée d'effort marquée. C'est alors que le malade présente, *à trois reprises*, un *ictus laryngé* : ressentant un violent picotement laryngé, il présente une toux quinteuse irrésistible, a l'impression de vide céphalique, et perd tout à coup totalement connaissance, pendant quelques secondes seulement : une fois, étant assis sur son lit au moment du malaise, il s'est retrouvé tombé sur le côté droit ; les autres fois, étant debout, il est tombé à terre et s'est presque aussitôt relevé.

Nous prescrivons des pilules contenant 1 centigramme d'extrait de belladone et 10 centigrammes d'extrait de valériane, à raison de trois par jour, puis deux seulement, pendant une quinzaine de jours.

Sans que le malade ait repris ultérieurement d'autre traitement spécialement dirigé contre l'ictus laryngé, mais seulement à ce point de vue un peu de teinture de belladone, par intermittences dans les potions béchiques, comme au préalable, aucun incident de ce genre ne s'est reproduit jusqu'à présent, malgré de petites hémoptysies (décembre 1931, mai 1933), des poussées bronchitiques hivernales répétées, une reprise de cortico-pleurite gauche (décembre 1931) et une crise de rhumatisme articulaire aigu (fin 1932).

Observation N. — 42 ans, entrepreneur. Ancien gazé de guerre, bronchitique et emphysémateux, obèse (100 kgr. environ), éthylique et vraisemblablement syphilitique : présente une forte tension (17-9 à l'appareil de Vaquez), une très grosse hypertrophie du cœur gauche, une aorte très large et dense : ses enfants sont suspects au point de vue hérédité spécifique et traités comme tels.

A déjà consulté le 14 mai 1932 parce qu'il avait présenté, quinze jours environ auparavant, une perte de connaissance totale, mais très brève, à l'occasion d'une quinte de toux.

Cet incident s'est renouvelé vers le 11 novembre 1932, à l'occasion d'un rhume banal : au cours d'une quinte, après le repas, le malade se cyanose, s'affaisse de sa chaise à terre et reprend connaissance presque aussitôt, sans aucune séquelle ultérieure. A la suite de ces troubles il prend une potion belladonée (1 gr. de teinture en cinq jours), précédemment prescrite, mais non absorbée jusque-là.

Aucun nouvel ictus à notre connaissance, le malade ayant été revu en février 1933.

Aux divers examens, réflexe oculo-cardiaque faible (– 10 en mai 1932) ou indifférent.

***

L'ictus laryngé est donc, quant au diagnostic, bien différent d'une banale lipothymie, qui s'annonce par d'autres prodromes, ne s'accompagne pas toujours d'inconscience absolue, a une plus longue durée, avec persistance de sensation consécutive de faiblesse.

Il diffère également du vertige, notamment du vertige dit laryngé, banal étourdissement sans chute ni perte de connaissance, qui survient à l'occasion de quinte ou de simple paresthésie laryngée, et qui semble n'être qu'une ébauche inachevée de l'ictus laryngé, avec lequel on peut le voir alterner (Observation X).

On le distinguera aisément des manifestations paroxystiques syncopales, épileptoïdes, infiniment plus impressionnantes, de la maladie de Stokes-Adams, de même que de celles de l'épilepsie vraie. Cette dernière s'en rapprocherait cliniquement par ses atteintes de petit mal, de vertige comitial ; il manque cependant à l'ictus laryngé un des symptômes comitiaux essentiels, qu'est cette hébétude, plus ou moins durable, mais toujours nette, succédant à un accès même fruste.

De l'ictus vrai, larvé ou incomplet, tel qu'on l'observe dans l'artério-sclérose cérébrale, nous ne trouvons ni les symptômes de paralysie ou parésie plus ou moins transitoire, ni les petits signes pyramidaux, ni les séquelles de légère déchéance psychique ou verbale.

Parmi les affections spécialement laryngées, l'œdème s'élimine de lui-même, étant donnés le début soudain et l'absence d'obstruction laryngée durable. Le coup de fouet laryngien (David et Didier), accident brutal comme l'ictus et survenant, comme lui, à l'occasion de toux, mais aussi bien d'éternuement ou d'effort, en est par ailleurs très dissemblable, puisque ce sont la douleur et l'aphonie, sans perte de conscience, qui traduisent sa lésion, essentiellement caractérisée par une hémorragie épanchée dans la corde vocale ; celle-ci apparaît du reste, à l'examen laryngoscopique, épaisse, irrégulière et boursoufflée, peu mobile, de coloration rougeâtre ou violacée, ainsi que la base de l'épiglotte.

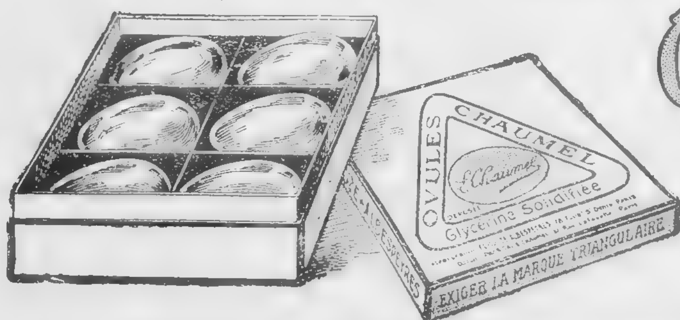
Le spasme glottique, s'il peut entraîner, chez l'enfant, une perte de connaissance, se traduit avant tout par une symptomatologie d'obstruction laryngée, de « faux croup », dont nous n'avons ici aucun équivalent, puisqu'il n'est signalé nulle part de tirage, de cornage, de raucité de la voix, de toux aboyante.

Il reste alors à différencier les manifestations de laryngisme tabétique, que nous avons d'emblée mises à part ; parmi leurs formes paroxystiques, en effet, à côté de crises de spasme glottique, il existe une variété d'ictus laryngé vrai, très rare, d'après Déjerine, tandis que les manifestations plus durables sont l'ataxie des cordes vocales et, symptôme laryngé particulièrement redoutable, la paralysie des dilatateurs de la glotte. Dans ces diverses éventualités, la dernière notamment, qui est déjà par elle seule pathognomonique d'une atteinte syphilitique, les stigmates plus ou moins complets du tabes seront décelés par l'examen systématique, alors qu'aucun d'eux ne pouvait être mis en évidence chez nos malades.

De même on peut isoler le cas d'ictus laryngé symptomatique d'une syringobulbie (Albenois).

Ces lésions du système nerveux central étant éliminées de l'étiologie, il sera généralement aisé de rattacher l'ictus laryngé à l'affection respiratoire causale, qui est le plus souvent une bronchite plus ou moins invétérée et compliquée d'emphysème, plus rarement un asthme, une coqueluche (Jourdin), voire une cortico-pleurite bacillaire comme dans une de nos observations. Les causes irritatives du côté des voies respiratoires supérieures demandent à être dépistées, tant en ce qui concerne le rhino-pharynx (polypes, déviation de cloison, allongement anormal de la luette, pharyngite), qu'en ce qui concerne le larynx lui-même (laryngite, papillome) ; mais leur influence nous a paru très secondaire.

Plus importants nous paraissent les facteurs généraux de sclérose, telle l'intoxication éthylique — de fait l'homme est bien plus souvent atteint que la femme, et nos cinq cas sont masculins, — tels les troubles diathésiques divers, obésité (observation N.), diabète, albuminurie (observation C.), hypertension (observations X., N., D.).


OVULES
CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE

***

Le mécanisme de l'ictus laryngé n'en reste pas moins fort obscur : le point de départ est respiratoire, comme l'indiquent les symptômes initiaux de picotement laryngé et de toux ; l'aboutissement est nerveux, vraisemblablement bulbaire au niveau des noyaux du pneumogastrique, à en juger par les symptômes d'inhibition, qui marquent l'acmé du phénomène. Mais la liaison entre ces deux territoires doit exiger une intervention de perturbations circulatoires, soit selon l'expression d'Albenois, des phénomènes vasculaires angio-neurotiques.

L'accès de toux ininterrompue provoque une hyperpression pulmonaire, en même temps qu'un arrêt de ventilation analogue à celui de l'apnée forcée.

L'hyperpression a pour conséquence la stase sanguine dans le domaine de la veine cave supérieure, notamment dans les veines intracraniennes ; cette seule perturbation dynamique peut provoquer des phénomènes d'inhibition passagère, ainsi que l'un de nous l'a signalé au cours de la transfusion sanguine dans le sinus longitudinal supérieur du nourrisson, lorsque l'injection est poussée trop rapidement. Il est possible qu'il y ait alors tout simplement compression momentanée du bulbe par suite de la brusque augmentation de volume du cerveau sus-jacent.

A cette explication, on peut objecter la pâleur de certains malades lors de l'ictus laryngé ; mais cette ischémie peut résulter de l'hypotension artérielle résultant précocement de l'ictus, avant que la stase veineuse n'ait eu le temps de se traduire dans les territoires cutanés ; d'ailleurs souvent le facies du malade se cyanose fortement avant l'ictus.

Quant à l'arrêt de ventilation, il aboutit à l'anoxémie et à l'acidose gazeuse, dont l'influence toxique ne saurait être méconnue.

Mais ces influences mécaniques ou toxiques, dont les premières nous paraissent capitales, doivent trouver à s'exercer sur un terrain nerveux doué d'une réceptivité spéciale.

C'est ici que les auteurs s'accordent généralement à faire intervenir l'hypervagotonie. Bien entendu, comme il est de règle en ce domaine, il ne faudrait pas s'attendre à trouver constamment ses stigmates classiques, parmi lesquels l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, si variable chez un même sujet selon les moments d'examen ; néanmoins très souvent ce réflexe, exploré fréquemment, à proximité de l'ictus ou chez des malades présentant de fréquents accès, se montre positif à l'excès, par exemple avec chute du pouls des environs de 80 à 44, à 24, à 20 même (Jeanselme et Lian, Pinart).

C'est en tout cas par action sur le vague que la thérapeutique a le plus de prise ; les belladonés sous forme de préparations fluides, teinture ou sirop, sous forme d'extrait et poudre, selon la classique formule de Trousseau, sous forme d'alcaloïdes, parmi lesquels notre prédilection va à l'hyoscyamine, isomère actif de l'atropine, n'ont pas jusqu'à présent connu d'échecs sérieux. L'association d'adrénaline, préconisée par Dumas en tant que médication de l'hypotension, mais à laquelle nous attacherions surtout grande valeur comme sympathicotonique, en accélère et en renforce incontestablement l'action.

Il sera en définitive tout à fait exceptionnel que l'on ait à envisager l'interruption directe des voies de conduction par anesthésie ou alcoolisation du nerf laryngé supérieur, selon Halphen et Aubin.

En tout état de cause, il sera indiqué de rassurer au mieux le malade et son entourage, car l'ictus laryngé non tabétique s'il présente certes les dangers inhérents à toute perte de connaissance soudaine et totale, est de pronostic très bénin en soi ; il n'en est pas connu de cas mortel ; aucune séquelle, aucune complication de son seul fait ne sont à redouter. Ne serait-ce que pour pouvoir affirmer cette bénignité, il est donc nécessaire de bien savoir l'identifier et d'en instituer le traitement de choix.

BIBLIOGRAPHIE

GAREL et COLLET. — De l'ictus laryngé ; étude clinique et pathogénique (*Ann. des Maladies de l'Oreille et du Larynx*, décembre 1894).

JEANSELME et LIAN. — L'ictus laryngé des bronchitiques (Société méd. des hôpitaux, 9 juillet 1915).

PINART. — De l'ictus laryngé des bronchitiques (Thèse, Paris, 1920).

LIAN et PINART. — L'ictus laryngé des bronchitiques (*Gaz. des hôpitaux*, 30 avril 1921).

AUBIN et HALPHEN. — L'ictus laryngé essentiel et son traitement par l'anesthésie du laryngé supérieur (*Arch. Int. de Laryngologie*, décembre 1922, p. 1198).

A. DUMAS. — Accidents vertigineux et syncopaux observés chez les emphysémateux et les asthmatiques (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1924, p. 145 à 148).

AUBIN et HALPHEN. — Traitement de l'ictus laryngé essentiel par l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur (Société des Oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, mai 1924 ; Société méd. des hôp., 6 juin 1924).

EUZIÈRE, PAGÈS et SACAZE. — Ictus laryngé chez un bronchitique (Société des sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, 1er mai 1925).

A. DAVID et G. DIDIER. — Coup de fouet laryngien (*Journal des sciences médicales de Lille*, n° 20, 16 mai 1926).

P. MICHON. — Essai de thérapeutique frénatrice du parasympathique (*Bull. gén de thérapeutique*, n° 9, novembre 1927).

ALBENOIS. — L'ictus laryngé. (*Rev. Méd. de France et des Colonies*, 1929).

H. MICHEL-BÉCHET. — L'ictus laryngé (*Cahiers de Pratique médico-chirurgicale*, novembre-décembre 1930.)

La thermométrie appliquée à la sexologie

Par René PORAK

Il y a deux ans, travaillant à l'asile Sainte-Anne avec mon ami Baruk, j'ai eu la chance de rencontrer plusieurs fois l'éminent maître de la psychiatrie, le Docteur Toulouse. Celui-ci, au courant de mes recherches, me fit remarquer qu'au lieu d'étudier les rythmes en général, je devrais appliquer mes recherches physiologiques à une fonction spéciale, par exemple à la fonction sexuelle dont la « Biométrie » n'a jamais été faite.

Ma méthode de travail m'obligeait à faire de nombreuses remarques sur les fonctions sexuelles ; mais ces remarques restaient au second plan au milieu de tant d'autres phénomènes curieux et je n'y prêtais pas spécialement mon attention.

Dès 1928, j'ai cependant publié un mémoire sur l'opposition saisissante qui existe entre l'hyperthermie de la poursuite amoureuse et les réactions thermiques relativement faibles du coït lui-même. (Voir l'*Encéphale*.)

Stimulé par les réflexions du maître de la psychiatrie j'ai cherché à compléter les remarques sommaires que j'avais déjà faites.

Les mensurations physiologiques ne permettent pas de dissocier les actions mécaniques des actions psychiques. Or, je dois avertir que l'influence psychique est prépondérante sur la température de l'homme. J'ai longtemps hésité avant d'admettre cette vérité biologique. Dans ma jeunesse neurologue impressionné par les travaux de Babinski, je répugnais à donner une cause psychique à un signe objectif. Dans mon journal psycho-

physiologique de 1920 à 1928, je retrouve fréquemment des notes de ce genre : « L'affectivité paraît jouer un rôle dans cette réaction physiologique mais il est probable qu'une cause plus importante provenant du métabolisme ou d'une dérégulation fonctionnelle m'échappe ».

Ainsi la hantise de la mécanique et de la physicochimie m'empêchait de reconnaître la part importante et indéniable de l'influence psychique. Depuis 1928 mes recherches sur le rythme thermique m'ont amené à attribuer une place importante à toutes les manifestations affectives de la mentalité de l'homme.

J'ai déjà rapporté, dans le *Progrès Médical*, en exposant la psycho-physiologie du freinage des rythmies quotidiennes des cas de renversement du rythme thermique, au cours de la nuit, sous l'influence de causes affectives. Il est évident que les préoccupations sexuelles introduisent des impressions affectives très diverses dans la trame de notre vie. Si donc l'affectivité exerce une influence sur les courbes thermiques, il sera facile de saisir dans la vie psychologique de chaque homme des événements à teinte sexuelle ayant une répercussion thermique indéniable.

Les réflexes conditionnels sont simples et grossiers chez le chien. La finesse des nuances est infinie chez l'homme ; les déclencheurs sont innombrables. La psychogénèse en honneur aujourd'hui, nous en a appris assez long sur ce sujet.

Nous ne citerons qu'un exemple pour démontrer une foisde plus l'action de l'affectivité sur la courbe thermique. Je me trouvais en 1929 dans un train menant de Venise à Prague. Fatigué par un parcours ayant déjà duré dix-huit heures, je note à 24 heures, la température de 36°9. Peu de temps après une très belle femme pénètre dans mon compartiment. Je m'occupe d'abord uniquement de la regarder. A 2 heures ma température est de 37° 5. Ensuite, les circonstances m'ont permis d'entrer en conversation avec cette jeune beauté. L'éréthisme est resté psychique. Aucun frôlement ne s'est produit. Or, à 5 heures, en arrivant à Prague ma température était de 38°. Je devais encore pousser mon voyage de Prague à Trutnov, dans la solitude cette fois ! Je m'endormis toute la matinée et à midi ma température était de 36°7.

Dans mon mémoire paru dans l'*Encéphale* l'hyperthermie affective coïncidait avec la poursuite amoureuse. Le ton affectif pouvait communiquer à la marche une allure et une énergie particulières. Les mécanistes intransigeants pouvaient ramener l'hyperthermie psychique de mon observation ancienne à l'hyperthermie neuro-motrice que personne ne conteste.

Dans la nouvelle observation que je rapporte, l'objection s'effondre complètement. Les impressions visuelles soulèvent à elles seules le démarrage thermique. La conversation et ses conséquences affectives achèvent le cycle. Les préliminaires amoureux, comme l'ont toujours pensé les poètes enflamment ; ils suffisent à produire pendant la nuit une inversion complète de la courbe thermique habituelle. Moll décrit un instinct de contrectation qui détermine une grande action affective. On ne peut invoquer cet instinct dans mon observation ; la vue et la conversation à distance seules étaient en cause.

Après cette observation, on peut s'attendre aux modifications thermiques les plus surprenantes au cours de la contrectation, de l'érection et de l'éjaculation.

La contrectation surtout reçoit sa signification fonctionnelle complète de ses concomitants psychiques.

J'ai posé à quelques avocats et médecins célibataires les questions suivantes : quelle est votre température au cours de l'attente d'une personne désirée ? Y a-t-il une différence des réactions thermiques suivant que votre élan personnel est satisfait ou contrarié par l'attitude de la partenaire ? L'observation la plus démonstrative que j'ai pu recueillir est la suivante : de 17 heures à 17 h. 45, au retour des occupations professionnelles, la température de X s'abaisse de 37°8 à 37° 1. De 20 à 21 heures préparatifs, impatience, images érotiques : la température s'élève de 37° à 37° 6. De 21 heure à 21 h. 30 contrectation et coït : la température tombe à 37°5... l'attente a été déçue ; la partenaire était frigide et grincheuse. Mais voici qu'à 24 heures arrive une ancienne amie guillerette et enflammée. Nouvelle contrectation et nouveau coït. La température de X s'élève de 37° à 38° 2. On voit que la participation psychique est aussi importante dans la contrectation et le coït que dans la poursuite et les préliminaires passifs.

Comme je le laissais prévoir au Docteur Toulouse, il y a deux ans, on ne peut détacher la biométrie sexuelle de l'ensemble de l'observation psycho-physiologique du sujet. Autant il est intéressant de situer dans un rythme biologique les modalités sexuelles autant il est vain de décrire un type constant de réaction sexuelle.

Le tempérament et le caractère ayant fourni les grandes lignes du rythme personnel, on peut ensuite compléter la typologie par les caractères de la sexualité.

Cette réserve faite, j'ai pu extraire de mon dossier quelques considérations intéressantes chez des sujets peu affectifs ou chez des sujets dont l'affectivité est émoussée par l'habitude, en passant du camp des célibataires dans le camp des gens mariés. J'ai cherché dans ces cas à situer les réactions de la mécanique sexuelle par rapport aux cycles neuro-moteurs de la température. On sait (voir *Revue générale des Sciences*, 1932 et 1933) qu'il se forme souvent plusieurs cycles thermiques neuro-moteurs au cours de la journée. Mais pour simplifier nous décrirons un seul cycle comportant le démarrage, l'envergure maxima, le freinage. Dans chacune de ces trois subdivisions il faudra encore distinguer l'état sthénique ou asthénique du sujet, au moment de l'expérience.

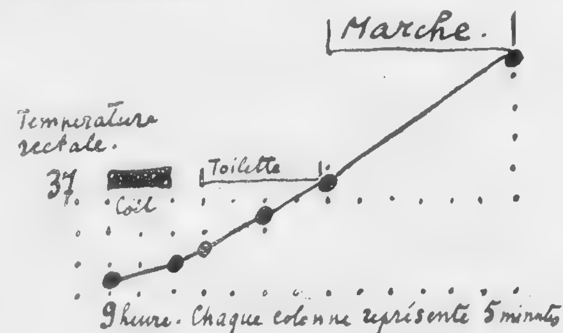


Fig. 1.

1° Démarrage :

a) état sthénique : dans ce cas particulier le coït au réveil déclenche le démarrage qui se complète ensuite par la toilette et la marche (*Figure 1*).

b) état asthénique : le coït est suivi de dépression et le démarrage est arrêté, la courbe thermique s'effondre après le coït. Dans le cas intermédiaire de faiblesse irritable le coït peut élever la température de 2 à 3 dixièmes de degré mais une chute plus ou moins brusque se produira après.

2° Envergure maxima du cycle neuro-moteur : *a*) plus on s'approche du moment de l'envergure maxima du cycle thermique neuro-moteur plus on a chance de voir se dessiner une ascension et une chute thermique.

1er cas : 37°2. Coït : 37°6 1/2. Après : 38° (cas très rare).
2e cas : 37°1. Coït : 37°5. Après : 37°5 (cas rare).
3e cas : 37°2. Coït : 37°5. Après : 37°3 (cas fréquent).

Si le coït se localise en période d'hyperthermie neuro-motrice voici les résultats :

Avant le coït	Après le coït	30 minutes après le coït
38	38	37°3
38	38 1/2	37°6
37°9	37°9	37°4

Dans ces cas le coït détermine une transpiration abondante.

b) L'état asthénique s'accompagnera surtout d'une prolongation de l'état de détente et souvent d'incapacités fonctionnelles et de troubles pendant la fin de la journée.

3° Freinage :

a) A l'état sthénique le coït sera capable de provoquer une ascension de 2 à 3 dixièmes de degré mais la chute thermique en 30 ou 45 minutes dépassera ce chiffre.

b) A l'état asthénique, l'ascension de la température peut manquer. Voici un exemple :

18 h. 15	37°5
19 h. 15	37°2
Coït	
19 h. 45	37°
21 heures	36°9
22 heures	36°1 1/2

Il faut noter enfin qu'en état asthénique, le démarrage du lendemain est entravé :

1er exemple :	9 heures	36°6
	10 heures	36° 7 1/2
	11 heures	37°2
2e exemple :	8 h. 15	36°3 1/2
	9 h. 15	36°4 1/2
	10 h. 15	37°1.

Une seule observation de coït au milieu du sommeil indique une élévation de la température de 36° 7 1/2 à 37° 1/2. Si on

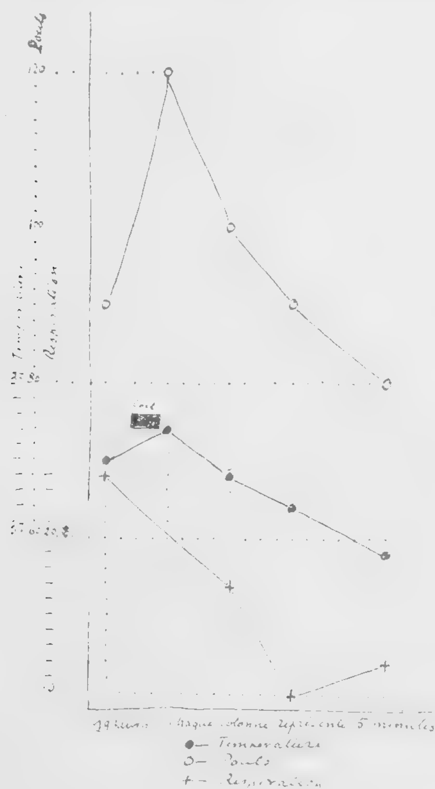


Fig. 2.

compare ces chiffres à certains renversements affectifs de la température au cours de la nuit, je suppose qu'on ne sera plus tenté de contester l'action des incitations psychiques sur la température.

Pour terminer, j'ai comparé le rythme thermique à d'autres rythmes biologiques. Sur la *figure* 2, le rythme cardiaque apparaît en opposition complète avec le rythme respiratoire. En réalité, une courte phase de polypnée accompagne l'orgasme. Mais après le coït la respiration se ralentit brusquement. L'éréthisme cardiaque au contraire est très prolongé. Le rythme cardiaque est particulièrement sensible aux déplacements brusques du corps. La forme de la courbe thermique ressemble à la forme de la courbe du pouls... mais quelle différence ! Soixante-dix minutes après le coït le pouls est encore à 80, la température étant à 36° 9. Il y aurait lieu de faire une séméiologie complète du pouls au cours du coït. Des applications nombreuses en découleraient pour l'art de la médecine. Je n'ai pas inscrit sur la *figure* 2 le rythme du débit urinaire. Voici les chiffres :

19 heures : 1 c.c. 2 par minute ;
19 h. 45 : 1 c.c. 5 par minute ;
21 heures : 1 c.c. 6 par minute ;
22 heures : 1 c.c. 25 par minute ;

Il semble que le cycle diurétique soit légèrement tronqué sous l'influence du coït. Mais nous savons que le métabolisme de l'eau supporte moins que les autres rythmes fonctionnels l'action immédiate d'une cause quelconque. Un cycle diurétique dépend des circonstances propres à la période de vie vécue et des événements des journées précédentes beaucoup plus que d'un petit incident comme le coït.

Je ne sais si ces quelques renseignements pourront satisfaire le maître de la psychiatrie française ? Quant à moi mon opinion était faite, il y a deux ans. Je l'annonçais au Docteur Toulouse : les événements de la vie sexuelle doivent être incorporés dans une observation psycho-physiologique complète. Les isoler c'est les défigurer. Ce travail ne sera peut-être pas complètement inutile. Il précise certains points de rythmologie qui intéresseront surtout ceux qui ont suivi, dans leur continuités, les recherches que je poursuis depuis vingt ans.

THÉRAPEUTIQUE

Le prurit vulvaire

Son traitement palliatif et curatif

Par le Docteur L. REGNARD

Chef de laboratoire d'Electrothérapie gynécologique à l'Hôpital Broca.

Le prurit vulvaire est parmi les plus rebelles et les plus tenaces qui soient, surtout lorsqu'il se manifeste à la ménopause et dans la vieillesse. Celui qui s'observe à la puberté, ou pendant la grossesse, cède plus facilement et tend à disparaître à mesure que la génitalité s'affirme ou avec la délivrance.

Sa localisation est variable, parfois seules les grandes lèvres sont atteintes à leur face externe ; mais les extensions à toute la région génitale ne sont pas rares. C'est une affection horriblement gênante pour la malade qui en est atteinte ; obsédante, elle lui inflige des sollicitations de grattage quasi-permanent. l'incite à l'onanisme et la blesse dans ses sentiments de pudeur. Aussi n'est-il pas rare d'observer un retentissement sur l'état général ; un état neurasthénique est fréquent.

Les causes du prurit vulvaire sont souvent très difficiles à dépister. Les examens histologiques de prélèvements faits dans certains cas très accentués, ont bien permis, quelquefois, de relever une inflammation des corps papillaires conjonctifs, ou une sclérose des filets nerveux du clitoris et des grandes ou petites lèvres, mais, très souvent, cet examen n'a permis aucune constatation intéressante, malgré l'intensité du prurit. On a invoqué une origine centrale ou sympathique, chose possible, mais bien difficilement vérifiable. Cependant, il est possible de distinguer des causes locales, des causes générales et des causes réflexes.

Parmi les causes locales peuvent se ranger toutes les affections ou inflammations de la région génitale, telles que l'eczéma, l'urticaire, les vulvo-vaginites, les écoulements leucorrhéiques, l'incontinence d'urine, etc... Il est vraisemblable qu'un élément microbien vient alors renforcer l'irritation sur les terminaisons nerveuses. Certains parasites peuvent également être incriminés: sans parler de la phtiriase, les oxyures, les trichomonades et l'oïdium albicans (muguet vulvo-vaginal) sont souvent cause de prurit.

Les causes générales peuvent être une diathèse, telle que le diabète, une altération sanguine, un trouble endocrinien, une intoxication médicamenteuse, une auto-intoxication par insuffisance rénale ou hépatique.

◆◆◆

Les causes réflexes, enfin, sont sous la dépendance d'une lésion de voisinage de l'appareil génital interne, ou du tube digestif : on a vu disparaître des prurits persistant depuis plusieurs années après extirpation d'un appendice malade.

Tant qu'il reste discret, le prurit vulvaire est assez bien supporté, mais lorsque les crises sont fréquentes et très intenses il devient une vériable torture pour les malades, qui, ne sachant comment calmer leurs démangeaisons, en arrivent fatalement à surajouter des lésions secondaires par le grattage, puis, celui-ci devenant insuffisant, par des frottements plus énergiques, quelquefois par de véritables brossages avec un objet rugueux traumatisant.

Il s'ensuit fatalement une altération plus ou moins profonde du tégument, qui se traduit par la lichénification de la muqueuse et souvent son infection.La répercussion sur la santé générale, à ce stade, est fatale : il y a insomnie, irritabilité nerveuse, très fréquemment onanisme, ensemble qui ne tarde pas à créer un état mélancolique avec idées de suicide.

Le traitement doit consister, d'abord, à rechercher la cause du prurit. Si celle-ci peut être découverte et traitée, on aura de grandes chances d'obtenir, du même coup, la sédation des phénomènes prurigineux : rechercher donc, tout d'abord, l'affection générale ou locale, diathèse, parasites, intoxication, troubles endocriniens, pouvant être la cause directe ou indirecte du prurit et la traiter.

On calmera, en même temps, l'irritabilité du système nerveux par le bromure, la valériane. On supprimera tous les aliments excitants : épices, vin, café, coquillages, etc.

Localement, on insistera bien entendu sur la nécessité de soins de propreté minutieux. Mais il faut agir aussi sur le prurit luimême et, à ce point de vue, nous disposons actuellement d'un médicament de tout premier ordre : c'est la Percaïne. Cet anesthésique puissant, insensibilisant pour plusieurs heures les terminaisons nerveuses, met fin immédiatement au prurit, fait cesser son caractère obsessionnel, permet le repos, le sommeil. La percaïne, dans les cas légers ou moyens, peut être utilisée sous forme d'applications de *Percaïnal*, onguent fluide, très facilement nettoyable, qui sera appliqué après la toilette. Celle-ci sera faite avec un bon savon non irritant, à l'eau tiède ; sécher et appliquer ensuite une légère couche de Percaïnal.

Mais, dans les prurits intenses, ce moyen, malgré son efficacité, ne peut donner une guérison. Dans nombre de ces cas nous avons obtenu une sédation durable d'abord, de véritables guérisons ensuite, en injectant la région prurigineuse avec quelques centicubes d'une solution à 1 pour mille de percaïne, soit quatre ou cinq injections de 1 c. c. ou 2 c. c. suivies d'un léger massage pour étendre la solution dans tout le territoire atteint de prurit. Celui-ci cesse immédiatement, ordinairement pour deux ou trois jours. En refaisant les mêmes injections, on observera presque toujours la prolongation de la période de calme après chaque séance, si bien qu'elles ne deviennent plus nécessaires que tous les cinq ou six jours, puis tous les huit ou dix jours, tous les quinze ou vingt jours ensuite. Le prurit se manifestant entre temps est tolérable et peut être facilement calmé par quelques applications de Percaïnal.

Nous avons pu ainsi venir à bout de plusieurs cas de prurit vulvaire particulièrement rebelles et dont certains dataient de plusieurs années qui, ainsi traités, ont été guéris dans l'espace de deux ou trois mois et n'ont pas récidivé. Cette méthode est la plus sûre et la plus efficace que nous ayons jusqu'ici pour vaincre cette si pénible affection.

Comme pensée généreuse et réconfortante, l'adage : « Il n'est mal qui ne serve à bien », mérite une bonne place dans la mémoire de ceux qui subissent quelques traverses, depuis le simple mécompte jusqu'à la plus dure épreuve. C'est un proverbe *hygiénique*, qui apporte aux misères de tous genres un germe d'espérance. » (Docteur A. GUÉNIOT. Nos proverbes et en particulier; « Il n'est mal qui ne serve à bien », *Paris Médical*, 10 juin 1933.)

« Pour quelle raison alors que nous arrivons si facilement à nous entendre sur la meilleure technique opératoire, avons-nous tant de peine à nous mettre d'accord en matière d'anesthésie ? Serait-ce que l'anesthésie n'a, en vérité, qu'une importance secondaire ? Que chaque méthode doit être considérée comme bonne dès l'instant où elle satisfait celui qui en a l'habitude ? Ne serait-ce pas également parce que nous accordons à cette question beaucoup moins de temps et d'étude qu'aux autres points de notre technique ? » (Robert MONOD. — Les progrès récents en anesthésie. *Gazette des hôpitaux*, 20 mai 1933.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Pathologie générale.

Peu de termes médicaux ont, dès leur origine, bénéficié d'un succès semblable à celui du mot allergie. — Il en est actuellement de l'allergie comme il en fut de l'anaphylaxie, comme il en sera probablement de bien des progrès. Une notion nouvelle se fait jour et on lui demande aussitôt la solution de toutes les inconnues biologiques, on l'introduit dans les domaines les plus divers de la pathologie, quand en réalité cette notion apporte avec elle un grand nombre de problèmes nouveaux qu'il s'agit de résoudre pour déterminer la place qui revient au phénomène nouveau parmi les données anciennement connues.

La notion d'allergie n'a pas réalisé les espoirs que l'on avait un peu hâtivement fondés sur elle. On l'a introduite dans toutes les branches de la médecine, comme on l'avait fait auparavant pour l'anaphylaxie, pour le choc, pour la colloïdoclasie. On a d'ailleurs appliqué ce nouveau vocable aux mêmes faits, d'où la confusion actuelle qui est extrême.

(A. TZANCK et V. OUMANSKY. Allergie (Dix sens différents pour un même terme). *La Presse Médicale*, 29 avril 1933.)

Appareil digestif.

Le vertige gastrique est actuellement regardé comme une rareté. Décrit par Trousseau dans ses cliniques de l'Hôtel Dieu, vers 1860, il passait pour très fréquent à la fin du siècle dernier. Pourtant dès 1893, Bouveret mettait fortement en doute ce syndrome. Il le regardait comme fort rare et faisait une part importante à l'oreille dans sa genèse. En un an de consultation et de clinique hospitalières, F. Ramond et Chêne n'en ont observé que quatre cas légitimes. Dans les conclusions de sa thèse consacrée à ce sujet, Pellet dit que « Dans l'étude du vertige digestif, il ne faut retenir que les troubles labyrinthiques fonctionnels : vaso-moteurs le plus souvent.

Une atteinte organisée du labyrinthe peut donner lieu à un ensemble de vertige et de troubles digestifs mais le caractère nettement secondaire de ces derniers est évident ».

Les recherches expérimentales de Rocavilla ont montré de façon précise, la connexion étroite, qui existe fonctionnellement entre les phénomènes gastriques et les troubles vestibulaires. On ne saurait donc parler d'un vertige d'origine gastrique seule, mais d'un syndrome gastro-labyrinthique. Tantôt, c'est l'estomac qui est cause du trouble vestibulaire ; tantôt c'est le labyrinthe, qui provoque des troubles gastriques.

Les troubles de l'audition, dus à l'estomac peuvent se ranger cliniquement sous trois chefs :

1° Troubles uniquement auditifs, liés nettement dans leur origine, à la dyspepsie.

2° Troubles auditifs, faisant partie d'un ensemble névrosique, à point de départ gastrique ou autre.

3° Troubles auriculaires anciens, le plus souvent organiques (otite scléreuse, etc.) ou manifestations auriculaires d'une affection chronique générale, telle que l'artério-sclérose, les uns et les autres étant influencés par les troubles gastriques accidentels. Dans cette catégorie, prennent place les pléthoriques, les scléreux de l'oreille, chez lesquels les périodes morbides de digestion augmentent les bourdonnements ou autres troubles auriculaires.

Le plus souvent, il s'agit d'hypertendus, qui pendant la digestion, ont de la congestion céphalique et présentent à ce moment une diminution de l'audition ; leurs oreilles leur donnent l'impression de plénitude.

Les sujets jeunes peuvent présenter le même phénomène, mais alors, il est purement fonctionnel. Un cachet de pepsine, pris au milieu du repas, atténue à la fois et la congestion passagère avec les bruits variés de l'oreille et la gêne de la digestion.

Chez l'enfant, en présence d'un état fébrile prolongé, irrégulier et de *troubles digestifs non améliorés par le régime*, il faut penser à la possibilité d'une otite et pratiquer l'examen otoscopique.

(L. PRON. Oreille et tube digestif. *Journal des Praticiens*, 29 avril 1933).

BIBLIOGRAPHIE

« Le Livre Blanc ». Formulaire médical de spécialités pharmaceutiques classées par indications; publié sous le contrôle d'un groupe d'anciens internes des hôpitaux de Paris. Editions Henri Perrier, 3, rue Aubriot, Paris.

Nous savons l'accueil que ces années dernières, les médecins ont fait à cet ouvrage qui leur apportait enfin les renseignements, dont ils ont chaque jour besoin, groupés et présentés avec clarté en un élégant petit livre qui ne tient pas de place sur leur bureau et qu'ils peuvent emporter dans leurs déplacements.

L'édition 1933, qui vient de paraître, a le même plan que les précédentes mais marque encore un progrès sur celles-ci. Les consultations sont en plus grand nombre à la première partie, de nouvelles spécialités ont été jointes à celles figurant déjà. La seconde partie est restée celle des notices, mais à la troisième nous remarquons une adjonction des plus intéressantes : une table des principales constantes de l'organisme : sang, urines, constante d'Ambard, liquide céphalo-rachidien, sucs digestifs, métabolisme basal.

Le plan très heureusement conçu de ce formulaire, sa classification, sa présentation claire et soignée, la commodité de son format, tout son ensemble est étudié afin que le praticien puisse le consulter en tout temps et en tout lieu.

Manuel d'expertise en otologie. *Dépistage des simulateurs, pensions, assurances, accidents*, par André MOULONGUET. Un volume de 108 pages. Prix : 16 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Depuis la loi sur les accidents du travail et en raison du développement des assurances et des pensions militaires l'expertise des maladies de l'oreille intéresse un nombre de plus en plus considérable de médecins et tous les otologistes sont exposés, dans la pratique courante, à rencontrer des sujets qu'ils devront expertiser.

Ce petit livre expose d'une façon pratique et complète toutes les opérations d'expertise qu'ils sont appelés à effectuer, qu'il s'agisse de simulation ou de dissimulation.

Les principaux faits que l'on peut avoir à expertiser sont les suivants :

Simulation. — 1° Simulation d'otites suppurées spontanées par introduction de liquides caustiques ou par effraction volontaire du tympan. 2° Lésion ancienne mise sur le compte d'un traumatisme ou d'une maladie récente. 3° Simulation ou exagération de surdité, de vertiges, de bourdonnements à la suite de lésion auriculaire, au cours d'un traumatisme.

Dissimulation. — Fréquente en matière d'assurance sur la vie ; ou dans l'armée, afin de faire attribuer aux fatigues du service une tare déjà ancienne.

Pseudo-dissimulation. — Ou surdité hystérique, s'observe surtout chez des sujets à mentalité inférieure, chez les psychopathes et les déséquilibrés nerveux.

Diagnostic et traitement du kala-azar méditerranéen de l'enfant et de l'adulte, par M. D'ŒLSNITZ, préface du Professeur BEZANÇON. Un volume de 110 pages, 18 figures. (Collection médecine et chirurgie pratiques, n° 56). Prix : 17 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de ce petit livre est de réunir les documents pour la plupart fragmentaires et dispersés qui ont été publiés pendant ces dernières années et d'en déduire des notions pratiques permettant à tout médecin non averti de se familiariser avec cette nouvelle maladie en vue d'établir un diagnostic et d'arrêter un traitement.

L'auteur ne retient que les notions susceptibles d'avoir une répercussion pratique sur la compréhension de la maladie. Mais il détaille les différents aspects cliniques, tels qu'ils sont observés dans l'enfance et dans l'âge adulte. Il est nécessaire en effet d'informer les médecins des divers procédés de laboratoire permettant d'identifier la maladie et de les éclairer sur leur valeur respective. Ceci est important surtout pour le kala-azar de l'adulte, véritable maladie chronique d'un diagnostic difficile, ressemblant à s'y méprendre suivant les cas envisagés ou les périodes où il est observé, au paludisme ou à la mélitococcie.

Ce livre permettra enfin aux médecins de choisir entre les différents médicaments spécifiques successivement préconisés pour combattre le kala-azar.

Leçons sur l'alimentation. *Physiologie, régime*, par Giovanni LORENZINI. Un volume de 325 pages. Prix : 36 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ces leçons, écrites par un des savants dont les travaux font autorité, ont pour but de résumer les données de biochimie nécessaires pour comprendre les principes fondamentaux de la diététique dans l'état de santé et dans l'état de maladie ; elles représentent un trait d'union entre la biochimie et la clinique.

Ce livre offre au praticien un résumé des notions de biochimie qui ont trait à l'étude clinique de l'alimentation, c'est-à-dire des notions indispensable pour comprendre les déviations du métabolisme d'où proviennent certains troubles de la nutrition, et les modifications du régime nécessaire pour les éviter et les réparer.

Chirurgie ostéo-articulaire, par le Docteur Fernand MASMONTEIL. Un fort volume de 360 pages, 201 dessins, 60 planches radiographiques. Prix : 80 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Présentation de l'ouvrage, installation chirurgicale, instrumentation, technique, tout est marqué au coin de l'originalité. Les idées à glaner sont nombreuses et la lecture d'un tel ouvrage ne peut être qu'utile à tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie orthopédique.

Examens de laboratoire du médecin praticien, par Guy LAROCHE. Troisième édition entièrement remaniée. Un volume de 492 pages, avec 151 figures. Prix : 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'esprit dans lequel ce livre a été revu est le même que celui qui a guidé l'auteur dès le début et qui a fait le succès des deux précédentes éditions. C'est un livre de pratique, mettant à la portée de la médecine courante les renseignements que peut journellement fournir le laboratoire à la clinique.

Il permet aux médecins :

1° *De demander des examens dans les conditions voulues* ;
2° *D'interpréter cliniquement le résultat fourni par le bactériologiste* ;
3° *Pour ceux qui possèdent un petit laboratoire, de faire dans de bonnes conditions des examens simples de clinique courante* : diagnostic de la tuberculose, de la diphtérie, de la sporotrichose, recherche du tréponème, etc.

Cette nouvelle édition met au courant des techniques nouvelles et de l'interprétation clinique des résultats qu'elles permettent d'obtenir. Depuis quelques années des progrès ont été faits en matière d'examens biologiques, et des méthodes nouvelles ont apparu dans les laboratoires, telles les réactions colloïdales, pour le diagnostic de la syphilis, la réaction du benjoin colloïdal pour l'étude des liquides céphalo-rachidiens pathologiques, la gono-réaction, les épreuves du métabolisme basal, du tubage duodénal que l'on trouvera entièrement développées dans ce livre. L'auteur y a fait en outre une part plus importante aux examens du sang et aux maladies de l'appareil hématopoïétique.

La pyélonéphrite gravidique et son traitement, par Louis CLEISZ. Un vol. in-16 de 130 pages avec figures dans le texte et 3 planches hors-texte. Prix : 15 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon.

Ce petit livre est une mise au point de la question.

Hygiène du sourd, par A. HAUTANT et R. CAUSSÉ. Un vol. in-8° de 84 pages. Prix : 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La surdité n'a pas été jusqu'à présent, en France au moins, considérée du point de vue social. Et cependant les plus récentes statistiques américaines montrent que 5 à 10 % de la population est atteint d'une diminution de l'acuité auditive. Ce chiffre indique assez l'importance du problème de la surdité. C'est l'ensemble de ce problème que les auteurs se sont proposé d'exposer dans cet ouvrage destiné plus particulièrement aux médecins non spécialisés et au public des sourds eux-mêmes.

Bien que la surdité soit l'aboutissant d'états pathologiques fort divers, il y a au moins un certain nombre de faits qui intéressent tous les sourds. L'hygiène d'abord. La surdité est le type de la maladie progressive. Et dans bien des cas, cette progression est la conséquence de multiples incidents pathologiques qui eussent parfaitement pu être évités. L'oto-spongiose semble avoir détourné l'attention des surdités rhino-pharyngées, beaucoup plus fréquentes cependant. C'est par le dépistage précoce de la surdité dans les milieux scolaires et par une hygiène judicieusement appliquée dès l'enfance que l'on peut fructueusement lutter contre la surdité.

Les auteurs ont pensé qu'il était intéressant d'exposer également les procédés qui permettent actuellement d'atténuer les inconvénients de la surdité : lecture sur les lèvres, prothèse acoustique. Sur quels principes sont fondés les appareils acoustiques, comment s'orienter dans le choix d'un appareil, que peut-on espérer, ce sont des questions qu'il a paru utile de traiter avec quelques détails, car les manuels en font généralement peu de cas. On ne peut nier que la prothèse acoustique ne soit actuellement bien peu satisfaisante. Et cependant, il n'est pas possible que les immenses progrès accomplis dans le domaine de l'amplification électrique ne bénéficient, un jour prochain, aux sourds, à la condition toutefois qu'une entente étroite s'établisse entre les techniciens et les otologistes.

Le trésor gastronomique de France, par CURNONSKY et A. DE CROZE. Répertoire des spécialités gourmandes des 32 provinces. Un vol. Prix : 25 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

Ce livre est le répertoire, impartial et complet, de toutes les richesses comestibles de la France régionale ; des produits incomparables de ses agriculteurs, de ses éleveurs, de ses maraîchers ; des trésors de ses chasses, de ses vergers ; des produits fabriqués, des spécialités, etc. Il représente la somme des connaissances gastronomiques de la France. Les touristes, les gastronomes lui feront bon accueil.



La question du diagnostic du dolichocôlon n'est pas épuisée. Aubourg, qui proposa ce terme avec Lardennois, pour dénommer les « allongements segmentaires du côlon, sans augmentatiou notable du calibre » affirmait encore récemment « qu'on devait conclure à un dolichocôlon quand un segment de cet organe dépasse la longueur moyennement observée ». MM. Loeper et J. Tauzin, reprenant cette question, aboutissent aux conclusions suivantes :

« Les signes cliniques du dolichocôlon ne peuvent être considérés comme spécifiques.

La constipation n'est pas constante, elle peut être dissimulée et même remplacée par la diarrhée.

Les crises pseudo-occlusives font souvent défaut, et elles sont tardives ;

La pneumatose colique est inconstante ; sa localisation à l'angle gauche, pour fréquente qu'elle soit, ne lui est pas particulière ; le clapotage de l'anse sigmoïde, s'il est presque pathognomonique, n'existe que dans le dolichocôlon gauche.

L'inefficacité des purgations et la tolérance aux grands lavements sont deux signes communs au dolicho et au mégacôlon, mais ne se manifestent que chez les atones ; les spasmodiques au contraire ne les présentent pas.

Il nous paraît excessif de faire du dolichocôlon en soi une entité morbide. C'est une anomalie morphologique, dont la résultante physiologique est, avant tout et uniquement, une gêne dans le transit intestinal qui ne devient patente que lorsqu'elle se complique d'inflammation muqueuse ou d'adhérences inflammatoires.

Les conséquences pathologiques sont d'ailleurs les mêmes que dans toutes les autres maladies du transit. On ne le dira jamais assez, le dolichocôlon traduit plus une physiologie anormale qu'un état pathologique. Il doit être pourtant surveillé car si l'on n'y remédie pas, il fait de l'intestin un vase de plus en plus fermé et favorise l'éclosion de troubles pathologiques.

Le diagnostic anatomique du dolichocôlon est affaire de méthode et d'instrumentation, et parfois même, il faut bien le dire, une affaire d'interprétation. Le diagnostic clinique ne peut être un diagnostic de certitude, même seulement approchée, dans la plupart des cas. Il se présente même avec des tableaux cliniques divers, où l'on peut séparer des formes douloureuses, colitiques, diarrhéiques, dyspeptiques, vésiculaires, tumorales, générales, toxiques, hémorragiques, entérorénales. Il s'associe ou se complique de périviscérites, d'adhérences, d'entéronévrites et de cœlialgies.

Mais en multipliant les formes cliniques de cette affection, on ne l'identifie pas, on fait apparaître simplement ses complications. La constatation de ces complications peut indirectement conduire au diagnostic de dolichocôlon, elle n'y conduit pas fatalement, car ces complications ne lui sont pas exclusives ni pathognomoniques. »

(M. Loeper et J. Tauzin : Le diagnostic du dolichocôlon. *La Presse Médicale*, 31 mai 1933).

L'observation d'une femme qui, dix ans après une cholécystectomie fit des coliques hépatiques typiques suivies de l'élimination de calculs, est versée « au dossier de la lithiase autochtone du cholédoque et aussi de la lithiase biliaire en général » par MM. Herscher et Ch. Puymartin qui font quelques remarques à ce sujet.

Les récidives de calculs après cholécystectomie sont loin d'être exceptionnelles, mais posent un problème intéressant. Où se trouve le lieu de formation de ces calculs ? Les observations de lithiase intra hépatique qui ont été publiées montrent que cette lithiase existe, mais dans l'observation relatée les calculs ne présentaient pas les caractères de calculs hépatiques ; l'un offrait un aspect à facettes et l'analyse le montrait extrêmement riche en cholestérine (90 p. 100). Dans des cas semblables certains auteurs ont prétendu qu'il s'agissait de calculs du cholédoque (mais d'origine vasculaire) méconnus à l'intervention. Il n'est pas possible de retenir cette explication dans l'observation rapportée où la colique hépatique et l'expulsion des calculs furent séparés de l'intervention par un intervalle de près de dix ans. Les auteurs inclinent à penser que les calculs sont nés et ont grandi dans la voie biliaire principale.

(Herscher et Ch. Puymartin. Coliques hépatiques typiques suivies de l'élimination de calculs dix ans après la cholécystectomie. *Paris Médical*, 20 mai 1933.)

A en juger d'après trois observations, **la transfusion sanguine a une action manifeste sur la motricité intestinale dans l'atonie intestinale fonctionnelle aiguë.** Il ne semble pas que l'on puisse invoquer une analogie d'action avec les injections intraveineuses de sérum salé hypertonique. Le fait important à noter dans les trois observations rapportées est la rapidité avec laquelle l'atonie intestinale a cédé à la transfusion. Quoiqu'une explication raisonnée de l'action de la transfusion soit impossible à la lumière de ces seuls faits, au point de vue pratique, il semble important de les mettre en évidence.

(Albert-H. Du Bois, de Genève. Valeur de la transfusion sanguine dans les atonies intestinales fonctionnelles aiguës. *La Presse Médicale*, 27 mai 1933.)

Depuis quelques années, l'attention a été attirée sur la diminution de la lipase pancréatique au cours de certains ictères catarrhaux. MM. N. Fiessinger et E. Phocas, étudiant cette question, arrivent aux conclusions suivantes :

1. *Au cours des ictères bénins catarrhaux, le liquide duodénal présente un abaissement de son pouvoir lipasique et tryptique.*

2. *Cet abaissement est en grande partie attribuable au déficit biliaire et spécialement au déficit en sels biliaires.*

3. *L'adjonction* in vitro *de bile pure ou de sels biliaires corrige la diminution du pouvoir lipasique et tryptique.*

Toutes ces constatations ne nous permettent pas, dans l'état actuel de nos connaissances, de considérer comme établie l'existence d'une pancréatite au cours des ictères catarrhaux, et on peut en tirer une double déduction pratique :

1° Celle de ne jamais évaluer la valeur d'une lipase pancréatique sans la présence indispensable des sels biliaires ;

2° Celle d'administrer les sels biliaires aux ictères bénins pour activer la fonction pancréatique.

Il n'est pas douteux en effet que le déficit biliaire entraîne automatiquement le déficit apparent de la sécrétion pancréatique. C'est dans cette notion, qui découle si nettement des données de la physiologie expérimentale, qu'il faut voir une des causes de la dénutrition des ictères qui s'accompagnent d'un arrêt ou d'une diminution de la sécrétion biliaire.

(Professeur. Noël Fiessinger et E. Phocas. Etude du pouvoir lipasiqueet tryptique dusuc pancréatique au cours des ictères catarrhaux. *Paris Médical*, 20 mai 1933.)

Appareil circulatoire

Les aortites pures ou simples sont dans la majorité des cas d'origine syphilitique. Telle est l'idée actuellement admise. Doit-on revenir de cette opinion ? Doit-on considérer qu'une certaine partie des inflammations de l'aorte ne relève pas de l'infection tréponémique ? Les statistiques sont variables suivant les auteurs. Etienne admet que la syphilis détermine 85 p. 100 des cas d'aortite. Richard donne le chiffre de 75 p. 100. Lian n'envisageant que les observations avec Bordet-Wassermann positif indique seulement 32 p. 100 d'aortites syphilitiques pures. R. Poinso, revenant sur cette question, apporte une statistique d'aortiques purs (sans insuffisance aortique) comprenant 48 observations, recueillies soit à l'hôpital, soit en ville.

Dans ces 48 observations, il y a dix-neuf cas d'aortites où la syphilis est certaine ;

Quatorze cas où elle est très probable (soit par la présence de stigmates de syphilis, soit par l'étude des antécédents obstétricaux surtout) ;

Quinze cas où elle est douteuse.

Dans cette statistique la syphilis apparaît donc comme certaine ou très probable dans 68 p. 100 des cas d'aortites. En dissociant les statistiques de ville ou d'hôpital, l'auteur trouve d'une part 66 p. 100, et de l'autre 70 p. 100.

Conclusions :

1° Il y a lieu, parmi les aortites, de distinguer avec soin celles qui surviennent avant ou après la soixantaine ; les premières relèvent souvent de la syphilis ; les autres sont rarement syphilitiques.

2° Parmi les aortites pures qui évoluent avant la soixantaine, il semble que le facteur spécifique soit le plus habituellement en cause.

3° Les statistiques, la nôtre en particulier, montrent cependant qu'il y a un certain nombre de cas d'aortites qui ne sont pas syphilitiques. Volontairement, nous avons inclus dans nos chiffres toutes les observations d'aortites qu'il nous a été donné de relever, quel que soit l'âge des malades, qu'il y ait ou non athérome. Or nos résultats soulignent l'importance de la syphilis, puisque plus de deux tiers des cas d'aortites s'intègrent dans son vaste cadre ; mais ils indiquent aussi qu'il y a un tiers des cas où cet élément ne peut être invoqué. Certes, on peut nous objecter que chez certains malades où nous n'avons pas pratiqué la réaction de Wassermann, celle-ci aurait pu être positive et accroître ainsi le domaine des aortites syphilitiques.

Nous l'accordons volontiers, mais ce fait n'aurait pas agrandi à l'extrême notre pourcentage. Nous croyons que, dans l'ensemble, notre statistique recueillie au hasard des cas d'aortite, sans idée préconçue, doit suivre de près la réalité et se rapprocher de la vérité. Nous ajouterons que nous n'avons tenu compte que des observations bien contrôlées, à souffle net et constant, dont l'organicité est certaine.

Ainsi, à côté des aortites syphilitiques, de beaucoup les plus fréquentes, il y a certainement des inflammations de l'aorte dont l'étiologie est douteuse. Nous sommes d'ailleurs d'avis que, même dans ces cas, on doit agir comme s'il y avait spécificité et faire bénéficier les malades d'un traitement d'épreuve. Laubry a dit que « toute aortite qui ne faisait pas sa preuve devait être soupçonnée de syphilis ». Cette phrase est très juste ; mais, ainsi que notre statistique le montre, le soupçon ne coïncide pas toujours avec la culpabilité, et invoquer dans tous les cas cette étiologie serait agrandir à l'extrême le bilan des méfaits du tréponème pâle sur l'aorte.

(Robert Poinso, de Marseille. Quelques idées sur les aortites syphilitiques. *Paris Médical*, 27 mai 1933.)

Dans le Stokes-Adams, si, comme on l'a dit, « la mort doit toujours être prévue » elle ne doit « jamais être prédite » ; en effet, l'évolution en est trop capricieuse pour que, même possible, la menace d'une telle éventualité puisse être constamment suspendue sur la tête du malade, et l'on voit parfaitement des formes beaucoup plus complètes et sévères de Stokes-Adams s'accompagner d'accidents impressionnants, sans pour cela aboutir à la mort.

Mais il n'en reste pas moins que, pratiquement, la constatation d'accidents syncopaux coïncidant avec des troubles même légers de la conduction, doit faire singulièrement réserver le pronostic du médecin qui fait cette constatation.

(L. Langeron. Mort subite chez un malade atteint d'une lésion aortique avec troubles de conduction auriculo-ventriculaire. *Paris Médical*, 13 mai 1933.)

Thérapeutique

Le novarsénobenzol employé dans vingt cas de fièvre typhoïde paraît avoir eu une influence favorable sur l'évolution de cette affection. Il semble même agir plus rapidement que le traitement par le Quinby préconisé par Sahli. Il raccourcit notablement la période fébrile, augmente les chances de guérison et semble donner de meilleurs résultats que le traitement par la balnéothérapie.

Il est bien toléré et d'une application facile.

Il mérite d'être essayé plus largement.

Il faut injecter le plus précocement possible, par voie endoveineuse, des doses croissantes de néosalvarsan : débuter par une dose I soit 0,15 gr. (ou même par une dose II 0,30 gr. chez les individus robustes), puis continuer par des doses II 0,30 gr., III 0,45 gr. et IV 0,60 gr. à 2, 3 et 4 jours d'intervalle.

Il est probable que le néosalvarsan agit en stimulant le système réticulo-endothélial plutôt que par ses propriétés bactéricides.

(H. Wohlers et R. Audéoud, de Genève. Le traitement de la fièvre typhoïde par le néosalvarsan. *La Presse Médicale*, 17 mai 1933.)

La présence de lésions pharyngées ne contre-indique pas la chrysothérapie chez les tuberculeux. Il faut simplement surveiller étroitement le larynx, pour prévenir les réactions focales, dont le pronostic est d'ailleurs généralement bénin.

Dans ces conditions, la laryngite bénéficie souvent des sels d'or. Elle peut complètement guérir, surtout si les lésions qui la constituent sont encore circonscrites, et à la condition qu'elles n'appartiennent pas au type ou au stade ulcéro-œdémateux.

L'amélioration pulmonaire et l'amélioration laryngée sont souvent parallèles. Elles ne sont pas forcément associées.

(J. Rozier, W. Jullien et H. Mollard. Trente-huit observations de tuberculoses laryngo-pulmonaires traitées par les sels d'or. *La Presse Médicale*, 3 juin 1933.)

Vénéréologie

Un cas de myosite gonococcique suppurée à rechutes multiples, s'est terminé par la mort après une évolution de onze années. Voici le résumé de cette observation :

En 1906, un boulanger de 22 ans, habitant un village de la Haute-Savoie, est pris brusquement, au cours d'une uréthrite blennorragique aiguë, d'une violente douleur au genou gauche. Quelques jours après se forme un abcès sur la face interne du genou gauche, au niveau du condyle. Incision. Issue d'un pus jaune-vert assez épais. Malgré l'absence d'examen bactériologique, l'abcès fut considéré comme gonococcique. Guérison au bout de huit à dix jours. L'uréthrite aurait cessé trois semaines après, mais les renseignements sont imprécis sur ce point.

Sept ans après, en 1913, le sujet habitant Genève, formation d'une collection purulente dans le psoas droit, à la partie externe du triangle de Scarpa. Incision sous anesthésie générale. Pus vert, en assez grande quantité avec de nombreux gonocoques. Guérison en trois semaines. Reprise du métier de boulanger. Surmenage.

En 1914, formation d'une collection purulente dans le quadriceps droit. Incision sans narcose. Pus vert, renfermant des gonocoques et des staphylocoques. Guérison en trois semaines.

En 1915, nouvelle collection purulente dans la masse du grand oblique du côté droit du ventre. Incision. Pus abondant. Gonocoques avec de nombreux staphylocoques. Rien à l'urètre. Toucher rectal négatif. Urine normale.

En 1916, apparition d'un foyer purulent sous l'omoplate gauche, dans la masse des muscles sous-scapulaires. Incision. Pus un peu plus jaune. Staphylocoques plus nombreux que gonocoques. Guérison en un mois.

Le 14 avril 1916, mort par endocardite septique aiguë. Pas d'autopsie.

A noter que entre chaque atteinte le malade a toujours repris ses occupations de boulanger, ce qui le surmenait musculairement ; à noter également que les rechutes ont commencé à se produire sept ans après la première atteinte et après une période pendant laquelle le malade était bien portant. Il n'avait subi aucune réinfection. Il faut invoquer comme étiologie le surmenage musculaire qui joue un rôle dominant dans le déterminisme des myosites quelle qu'en soit la nature. D'où partaient ces décharges gonococciques dans les muscles ? Il n'a pas été possible de préciser le siège focal de ces germes.

Le gonocoque peut se révéler dans le muscle de trois manières : sous forme atténuée, subaiguë, aiguë. A ces trois degrés correspondent : la myalgie, la myosite non suppurée, la myosite suppurée.

Les myosites vraies, suppurées ou non, ne sont que des manifestations exceptionnelles de la gonococcie.

Chauffard et Fiessinger en 1909 n'en relevaient que 19 cas dans la littérature, sans compter leur cas personnel. Parmi les faits publiés de myosite suppurée, de phlegmons musculaires, qui puissent se superposer à cette observation, il n'y a guère que l'observation de Harris et Has-Kell et celle de Newburger.

(Professeur Jean Veyrassat, de Genève. Myosite gonococcique à rechutes multiples et à évolution fatale. *Gazette des hôpitaux*, 31 mai 1933.)

Gynécologie

En face d'une métrite chronique du col, la conduite à tenir par le praticien non spécialisé peut se résumer de la façon suivante :

« Après un traitement décongestif par les injections et les ovules glycérinés, nous prescrivons un traitement alterné de six crayons et six ovules au nitium en six semaines.

Dans l'intervalle de ces applications radio actives, des injections chaudes à l'eau bouillie faiblement antiseptique (une cuillerée de liqueur de Labarraque, par litre, ou solution faible de permanganate). Après suspension des topiques, six injections de vaccin répétées d'abord tous les deux jours, puis tous les trois jours. Examens fréquents et attouchements au mercurochrome à 2 %. Après ce traitement, surveillance en continuant les injections chaque jour.

Si un échec est constaté et qu'il s'agisse cependant bien réellement d'une métrite du col, on pourra alors recourir aux méthodes destructives parmi lesquelles l'emploi du néofilhos, malgré ses inconvénients, nous paraît le procédé le plus à recommander pour le praticien soigneux ; on donnera la préférence à l'electrocoagulation si l'on préfère confier le malade à un spécialiste ».

(G. Lacapère et M. Lardat. Le traitement pratique de la métrite chronique. *La Clinique*, mai 1933, B.)

Chirurgie

Il faut penser à la torsion du cordon spermatique :

1° En présence d'un syndrome de hernie inguinale étranglée avec absence de testicule dans la bourse correspondante ;

2° En présence d'un syndrome d'orchite aiguë qui ne fait pas la preuve de son origine.

Le diagnostic posé — il n'est pas difficile — il s'impose d'intervenir d'urgence — car l'abstention est fatale au testicule bistourné absent du scrotum comme au testicule en volvulus dans les bourses.

(Docteur J.-P. Lamare. *Bulletin Med.*, 4 mars 1933.)

Varia

Tout le monde connaît les célèbres aphorismes de Peter (cardiopathies et grossesse). A vrai dire, ils ne semblent jamais avoir été prononcés sous la forme tranchante que nous leur connaissons, et Peter dans sa leçon clinique qui date de 1872, avait simplement indiqué qu'il serait préférable qu'une femme atteinte de cardiopathie chronique ne se mariât pas et n'eût pas d'enfants. C'est le propre d'ailleurs des mots historiques d'être ainsi déformés : celui ci véridique ou non, a fait fortune, et plusieurs générations médicales s'en sont servies pour interdire, dans les affections mitrales, le mariage, la maternité et l'allaitement.

(Etienne May. Cardiopathies et grossesse. *Rev. crit. de path. et de thér.*, mars-avril 1933.)

***

Il arrive que l'émétine employée pendant les règles, supprime brusquement la menstruation. Ces propriétés hémostatiques de ce produit doivent être connues et cette notion est familière aux médecins ayant pratiqué en Extrême-Orient où la fréquence de la dysenterie les oblige à un emploi fréquent de ce médicament ; l'arrêt des règles est, par eux, considéré comme constant. A la suite d'ennuis et même d'accidents sérieux, certains suppriment d'une façon absolue l'injection d'émétine chez les dysentériques au moment de leurs règles, et, même, durant la période les précédant immédiatement.

(H. Vignes et O. Poulain. Quelques médicaments des métrorragies. *Journal des Praticiens*, 29 avril 1933.)

***

Négliger actuellement de se servir de l'urétroscope dans le traitement de l'urétrite chronique, c'est préférer ne pas faire de diagnostic précis et traiter au hasard, au petit bonheur, à l'aveuglette, les complications si nombreuses que l'on rencontre au cours de l'évolution de l'urétrite chronique. C'est risquer de traiter l'urètre antérieur alors que les lésions siègent dans l'urètre postérieur et *vice versa*.

L'urétrite chronique est en effet une maladie locale, les foyers qui l'entretiennent sont, dans l'immense majorité des cas bien localisés. Seule l'urétroscopie, en mettant ces foyers en pleine lumière, peut permettre d'en faire le diagnostic et le traitement. Ce que la radiographie est aux fractures, la laryngoscopie est au larynx, l'ophtalmoscopie à l'œil, l'urétroscopie l'est à l'urètre.

(Georges Luys. L'urétroscopie est indispensable pour bien traiter une urétrite chronique. *La Clinique*, juin 1933, A.)

***

Chez l'enfant fébrile, la première indication alimentaire est d'assurer à l'organisme le liquide nécessaire. Cette nécessité est commune à tous les enfants fiévreux et doit être satisfaite. L'alimentation proprement dite, d'importance variable suivant les cas, devra être fixée d'un malade à l'autre d'une façon individuelle. On n'oubliera pas la nécessité absolue des aliments frais porteurs de vitamines.

(P. Gautier, de Genève. L'alimentation des enfants fébriles. *Revue médico-sociale de l'enfance*, mai-juin 1933.)

***

M. Henri Dufour (*Soc. méd. Hôp.*, 4 novembre 1932) vient de faire remarquer que parmi les éléments susceptibles d'entrer dans l'appréciation du travail du cœur on en a jusqu'ici négligé un dont l'importance est pourtant considérable et apparaît telle à première vue, la densité du sang. Dans ses recherches (comparant le poids d'un volume de sang soigneusement jaugé à un même volume d'eau) M. Dufour a noté des densités allant de 1.036 à 1.150. L'écart est important. Or, les chiffres les plus élevés exprimant la densité s'observent pour le sang des sujets hypertendus. Il y a même une sorte de parallélisme entre les valeurs de la densité et celles de la tension maxima.

(Maurice Renaud. La densité du sang. *Rev. crit. de path. et de thér.*, janvier 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1933

Le déséquilibre des chlorures et le choc opératoire. — *MM. Legueu, Fey, Palazzoli* et *Mlle Lebert.* — Quand on cherche à comprendre le mécanisme de ce déséquilibre des chlorures, qui est une source importante des troubles post-opératoires, on est frappé par ce fait contradictoire, c'est que, en même temps que les chlorures diminuent dans le sang, ils diminuent aussi dans l'urine ; l'hypochlorémie est associée à l'hypochlorurie. Ce fait permet de conclure que le déséquilibre ne résulte pas d'une élimination de chlorures, malgré que dans certains cas les vomissements, la diarrhée ou les sueurs puissent l'augmenter.

En général, il n'y a pas déperdition, mais répartition anormale des chlorures conservés dans l'économie.

Les expériences nombreuses que nous avons réalisées sur l'animal, en faisant des plaies du foie, du rein, des muscles, permettent de conclure qu'ils se localisent dans la plaie opératoire : là en effet, nous avons trouvé une hyperchlorurie locale, constante, variable avec l'importance du traumatisme, progressive pendant quelques jours après l'opération et dont le degré explique largement la diminution contemporaine des chlorures dans le sang.

Sans pouvoir expliquer encore la raison de cet apport local, nous pouvons y trouver une des raisons qui font la gravité de certaines opérations particulièrement mutilantes, comme la prostatectomie.

Sous l'influence de ce trouble chloruré, en effet l'équilibre moléculaire est rompu ; le rein est touché, ses sécrétions s'abaissent avec sa concentration maxima, et une azotémie se produit jusqu'au moment où l'apport de sel par une injection hypertonique rétablit l'équilibre compromis.

Cette donnée nouvelle explique aussi une partie des accidents du choc traumatique attribués jusqu'ici à la seule intoxication par les substances azotées.

Etude physioclinique des paralysies et des récupérations motrices du diaphragme. — *MM. Emile Sergent* et *Clément Launay* ont étudié derrière l'écran radioscopique le mode de contraction du diaphragme, sous l'influence de l'excitation électrique du nerf phrénique au cou. Ayant contrôlé les caractères du mouvement normal, ils ont précisé quelques points de la pathologie diaphragmatique : symphyses de la plèvre diaphragmatique, paralysie spontanée du nerf phrénique, etc. Ils ont cherché à expliquer la restauration fonctionnelle qu'on peut, dans de rares cas (3 %) voir survenir de 1 à 2 ans après la phrénicectomie. Dans les quatre cas étudiés, l'excitation portant sur la cicatrice opératoire, et là seulement, a produit un mouvement net du diaphragme. Cette restauration motrice se produisant uniquement après des arrachements partiels du nerf (moins de 10 cm.), et exigeant pour se produire un délai minimum de 1 an, il semble légitime de conclure à une régénération nerveuse partielle à partir du bout central du nerf opéré. Le rôle moteur du nerf accessoire (centre phrénique, sympathique, nerfs intercostaux), semble pratiquement nul.

Dans la paralysie diaphragmatique de l'hydropneumothorax (paralysie fonctionnelle), le muscle reste excitable par le nerf, mais les chronaxies du nerf et du muscle sont augmentées.

Les myiases chirurgicales. — *M. Brumpt.* — On désigne sous ce nom la production dans un but thérapeutique, d'une infection par les larves de certaines mouches ayant la propriété de se nourrir des parties mortifiées et purulentes des plaies dans lesquelles elles ont été placées sans s'attaquer aux tissus sains. Cette méthode préconisée en 1931 par feu le chirurgien américain W.-S. Baer de la Johns Hopkins Medical School est actuellement utilisée en Amérique dans de nombreux cas d'ostéomyélite et de diverses autres affections chroniques.

Au cours de son voyage au Mexique et aux Etats-Unis en 1932, le professeur Brumpt a eu l'occasion de voir à Puebla d'abord puis à Mexico et enfin à New-York les remarquables résultats obtenus. C'est pourquoi il a rapporté de New-York des larves de la précieuse mouche utilisée actuellement, afin d'en faire des élevages à son laboratoire de la Faculté de médecine, dans le but d'en répandre l'usage en France. La mou-

che en question est la *Lucilia sericata*, cet animal est très répandu dans le monde entier, mais il semble exister des races qui, pour des raisons diverses, sont plus ou moins aptes à être utilisées en chirurgie. C'est pourquoi M. Brumpt a préféré rapporter d'Amérique une mouche qui a déjà fait ses preuves en thérapeutique humaine.

Après avoir fait l'historique de la question remontant aux observations du baron Larrey qui, dès 1803, signala le rôle bienfaisant des larves d'une certaine mouche bleue de Syrie dans les plaies de guerre, il donne des détails sur la technique des élevages permanents de la mouche, les moyens d'obtenir des larves stériles prêtes à être utilisées par le chirurgien, enfin, il étudie les actions directes et indirectes exercées dans les plaies, rapidement débarrassées de certains microbes qui les souillent par les larves sécrétant des substances bactéricides.

Le wagon radiologique du chemin de fer du Nord. — ***M. Hirschberg.*** — Véritable dispensaire ambulant, il circule depuis plus de trois ans, il permet de faire bénéficier les agents et leurs familles d'une organisation perfectionnée qui lutte avec succès contre la tuberculose en la dépistant de bonne heure et qui répand sur une vaste étendue du territoire les bienfaits de la prophylaxie.

Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — ***M. Armand-Delille*** expose les résultats obtenus par l'Œuvre de Préservation de l'Enfance contre la tuberculose, fondée par le professeur Grancher en 1903. Cette œuvre qui compte actuellement 45 filiales, assure annuellement avec l'œuvre parisienne la protection de plus de 6.000 enfants, en placement familial.

Un certain nombre de Filiales départementales possèdent comme l'Œuvre parisienne des centres d'élevage pour nourrissons. Les résultats obtenus ont été les suivants :

Morbidité : 0,3 % ; mortalité : 0,1 %,

alors que si on laisse les enfants en contact avec les parents tuberculeux, la morbidité est de 60 % et la mortalité de 40 %. Dans les centres d'élevage, pour les nourrissons, elle ne dépasse pas 6 %.

L'Œuvre Grancher a de plus servi de modèle à de nombreuses œuvres, tant en France qu'à l'étranger, et les statistiques et chiffres de ces organisations sont sensiblement les mêmes ; elle a donc étendu ses bienfaits à un nombre d'enfants bien plus considérable que celui de ses pupilles.

La préservation par l'Œuvre Grancher est la plus efficace, la plus rapide et la moins coûteuse ; de plus, elle contribue au retour à la terre.

L'Œuvre Grancher a donc contribué d'une manière efficace à la prophylaxie de la tuberculose, et en attendant que la vaccination par le B. C. G. de Calmette soit généralisée, elle est appelée à rendre encore d'importants services.

Rapidité de l'envahissement ganglionnaire par le virus syphilitique chez le lapin. Contamination par syphilomes testiculaires. — ***MM. Bessemans*** et ***de Potter.***

Election de deux correspondants étrangers dans la 1re division (médecine).

Classement des candidats : en première ligne : MM. Roch (de Genève) et Haskovec (de Prague). En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Austrogesilo (de Rio de Janeiro) ; Baldwin (de Saranac Lake) ; Bensis (d'Athènes) ; Bonorino Udaondo (de Buenos-Aires) ; Danielopolu (de Bucarest).

M. Roch, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève et M. Haskovec, professeur de clinique neurologique à l'Université de Prague, sont élus membres correspondants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 juin 1933

Trois cas d'auride pigmentaire cutanée. — ***MM. Léon Bernard, Blanchy, Gauthier-Villard, Mayer*** et ***Mallarmé*** présentent trois malades atteints de pigmentation diffuse aurique bien qu'ils n'aient jamais présenté de signes d'intolérance à l'or.

Mélanodermie au cours de septicémies à perfringens. — ***M. Loeper.***

Rôle du vague sur la sécrétion de mucus gastrique et sur la leucocytose gastrique. — ***MM. Loeper, Faux*** et ***Olivier.***

Infantilisme de type hypophysaire. — ***MM. Lévy Valenti, Justin Besançon*** et ***Leblanc*** insistent sur l'utilité des stéréoradiographies de la selle turcique et des épreuves d'hyperglycémie alimentaire et insulinique.

Hépatonéphrite post-abortum avec ictère, hémoglobinurie et anurie. Transfusion massive et décapsulation rénale. Guérison. — ***MM. Laederich, Jean Berger, Mamou*** et ***Beauchesne*** rapportent l'observation d'une hépato-néphrite *post-abortum*, de nature infectieuse probablement à Bac. Perfringens, caractérisée par des accidents d'hémolyse formidable, avec ictère, laquage massif du sang, hémoglobinurie et bientôt anurie complète. Après deux transfusions sanguines de 550 à 300 c. c. restées sans effet, la malade étant moribonde, on pratique une transfusion massive de 1.500 c. c. En quelques heures, le processus hémolytique s'arrête, et l'état général se remonte suffisamment pour permettre de pratiquer deux jours plus tard, l'anurie persistant absolue, une décapsulation rénale unilatérale. Le soir même de l'opération on obtient trois centimètres cubes d'anurie, 11 c. c. le lendemain, 110 c. c. le surlendemain, 500 c. c. le troisième jour. Mais la concentration uréique et chlorurée reste faible, l'azotémie continue à monter, des vomissements et de la diarrhée révèlent un état chloropénique. Des injections intraveineuses de sérum salé à 20 % aux doses quotidiennes de 40 à 60 et même 70 c. c. finissent par obtenir la guérison parfaite de ce cas qui semblait désespéré.

M. Zagdoun.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 juin 1933

Le traitement des tuberculoses chirurgicales par l'huile, l'iode et les sels de calcium. — ***M. Finikoff*** considère que le traitement rationnel des tuberculoses chirurgicales doit être basé sur la stimulation des moyens de défense de l'organisme. Ce sont : le pouvoir lipolytique qui détruit par le ferment, la lipase, l'enveloppe cirograisseuse du bacille de Koch, le pouvoir protéolytique qui s'attaque aux albumines du bacille rendu vulnérable par la dissolution de l'enveloppe, et le pouvoir reminéralisateur dont il distingue deux phases, celle de décalcification et celle de la reminéralisation après la guérison clinique. Il attribue au calcium le rôle antitoxique, considérant que l'hypercalcification ne vient que lorsque la lutte est terminée. Le traitement consiste en injections intramusculaires d'un mélange d'huile d'arachides neutre stérilisée et de teinture d'iode, mélange fait extemporanément, et en administration de sels de calcium anorganiques à fortes doses. Les résultats obtenus par l'auteur se composent de 160 cas avec 126 guérisons, 24 améliorations et 10 échecs. 85 cas dus à d'autres auteurs ont donné 55 guérisons, 22 améliorations et 8 échecs.

Sur les 126 cas de l'auteur, il n'a observé que 3 récidives en huit ans, malgré que sa statistique porte surtout sur des cas fistulisés graves chez l'adulte.

Conduite à tenir en présence des os, corps étrangers de l'œsophage. — ***M. A. Soulas*** fait observer que dans l'œsophage, les os sont chez l'adulte de fréquents et graves corps étrangers qui traumatisent facilement et peuvent créer rapidement une infection œsophagienne et médiastinale. Leur présence et leur localisation élective (région cervicale) peuvent être précisées grâce à la radiographie après ingestion de bouillie bismuthée épaisse. Aucune manœuvre intempestive ne doit être tentée ; seule, l'œsophagoscopie doit être pratiquée sans hâte, mais dans les vingt-quatre premières heures avec beaucoup de prudence et selon les règles d'une technique rigoureuse.

Syncope adrénalino-chloroformique. — ***M. Pascalis*** montre que si la syncope anesthésique primitive est curable par injection intracardiaque d'adrénaline, la même médication est le plus sûr moyen d'achever le malade en cours de syncope secondaire toxique. L'adrénaline sensibilise les ganglions du cœur au chloroforme et leur permet de fixer une dose supplémentaire de poison. Il faut chez ces sujets, paralyser les ganglions par une injection intracardiaque d'atropine. L'importance du tonus neuro-végétatif dans l'action des anesthésiques, est primordiale. Ce tonus s'apprécie par la recherche du réflexe

oculo-cardiaque. Il peut être augmenté par l'ésérine ou diminué par l'atropine. MM. Pascalis et Garrelon ont tiré de ces constatations une méthode qui met à l'abri des syncopes.

Etude radiologique de la muqueuse utérine. — *MM. R. Leroux-Lebard, J. Garcia, Calderon* et *Jean Dalsace* montrent que l'hystéro-salpyngographie faite sous pression avec du lipiodol garde toute sa valeur dans le diagnostic et le traitement de la stérilité féminine. Mais cette méthode est souvent en défaut lorsqu'il s'agit de déceler des lésions intra-utérines surtout au niveau des faces. Les auteurs montrent l'intérêt d'une nouvelle méthode d'imprégnation de la muqueuse utérine qui permettrait le diagnostic plus complet de lésions que les autres modes d'investigation ne peuvent préciser avec autant de certitude.

Les médications adjuvantes dans le traitement de la syphilis. — *M. Sédillot* est d'avis qu'aux trois premières périodes de la syphilis, le tréponème ne sclérose jamais les cicatrices de ses lésions, comme le fait toujours le bacille de Koch. Dans le tabes, l'aortite, la paralysie générale, les plages de scléroses où nous voyons le tréponème coloniser, étaient des points de sclérose préformée, qui l'ont attiré, comme un terrain favorable à sa reviviscence. Pendant et surtout après le traitement actif de leurs syphilis nous devons imposer à nos clients l'hygiène de vie sévère qui leur évitera de faire vers la cinquantaine, de la sclérose. Nous ne devrons jamais permettre à la tension artérielle d'un syphilitique considéré comme guéri de s'élever même d'un point.

LUQUET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16 juin 1933

Traitement chirurgical de la stérilité tubaire. — *M. L. Bonnet* passe en revue les différentes opérations qui peuvent être pratiquées chez une femme stérile, lorsque les examens au lipiodol ont montré une sténose tubaire. Il insiste, en particulier, sur les deux opérations dirigées contre la sténose de l'origine tubaire : l'implantation de la trompe dans l'utérus, après résection du segment initial, et la greffe ovarienne après salpingectomie. Toutes ces opérations sont susceptibles d'être suivies de grossesses. En opérant avec des indications précises, les résultats doivent être améliorés, et il y a là une chirurgie conservatrice extrêmement intéressante qui doit mériter la confiance des chirurgiens.

Trois tumeurs osseuses à myéloplaxes traitées par des thérapeutiques différentes. — *M. Mayet* communique trois observations de tumeurs à myéloplaxes dont le diagnostic a été vérifié par l'examen histologique et qui ont été traitées par des thérapeutiques différentes : le curetage simple, l'amputation, la radiothérapie. Ces trois traitements correspondaient d'ailleurs à des indications spéciales à chacun des cas. Ils n'ont pas été suivis jusqu'à présent de récidives locales ni de généralisation. Le dernier cas est particulièrement instructif. La tumeur siégeait à la région supérieure du tibia. L'auteur, après avoir commencé l'évidemment à la curette des masses néoplasiques, dût s'arrêter devant une hémorragie très considérable; les fongosités restantes étaient animées de mouvements pulsatiles accentués : il s'agissait de la forme télangiectasique des tumeurs à myéloplaxes. La malade fut soumise à un traitement radiothérapique. On put constater la disparition des signes cliniques, de la douleur, de la tuméfaction et les radiographies montrèrent la reconstitution de la cavité néoplasique par du tissu osseux. La malade paraît guérie depuis huit mois.

Signification des azotémies inférieures à la normale. — *M. Iselin* établit qu'à côté des azotémiques normaux dont le taux d'urée sanguine est de 0 gr 30 et des hyperazotémiques, il existe une troisième catégorie : les hypoazotémiques. Alors que l'hyperazotémie n'est que le reflet d'un trouble de l'excrétion rénale et est peu toxique par elle-même, l'hypoazémie est révélatrice d'un trouble organique qui peut, chez les opérés, joindre un facteur extra-rénal toxique à la poussée normale d'hyperazotémie. Pratiquement, il faut considérer les hypoazotémiques et les hyperazotémiques comme des sujets pathologiques et les préparer à l'opération par une diététique appropriée.

Des conditions de sécurité et de succès au cours du forage de la prostate. — *M. G. Luys* rappelle qu'actuellement la mortalité opératoire du forage de la prostate est nulle, et précise les raisons pour lesquelles cette opération radicale est exempte de tout danger : 1° l'infection urineuse sera évitée par des soins pré-opératoires (lavages vésicaux, vaccins antiseptiques urinaires), des soins opératoires (sonde à demeure) et des soins post-opératoires (lavage au goutte à goutte) ; 2° l'hémorragie opératoire sera arrêtée par l'électrocoagulation ; l'hémorragie post-opératoire sera conjurée par la sonde-ballon ; 3° contre la pyurie les lavages vésicaux, les antiseptiques urinaires, les vaccins adéquats à la flore microbienne clarifieront les urines ; contre l'épididymite, les deux opérations de Steinach, pratiquées en une seule séance, mettront complètement à l'abri de cette complication. De toutes les opérations chirurgicales proposées pour la cure de l'hypertrophie de la prostate, aucune n'offre des résultats aussi sûrs de pronostic aussi bénin que le forage de la prostate.

Un cas d'ulcus duodénal avec hémorragies. — *MM. Victor Pauchet, P. Le Gac* et *G. Luquet* rapportent le cas d'un homme de 70 ans ayant présenté de grosses hématémèses et qui, opéré rapidement, fut trouvé porteur d'un ulcus duodénal. A ce sujet, ils insistent sur la différence existant entre les hémorragies qui, même très importantes, ne sont qu'un symptôme de l'ulcère et celles qui, primant tout par leur abondance et leur répétition, mettant la vie du malade en danger immédiat, nécessitent un traitement spécial si discuté encore à l'heure actuelle. C'est parce qu'on ne tient pas assez compte de cette différence que les statistiques présentées par les divers chirurgiens sont aussi dissemblables, le pourcentage des guérisons oscillant suivant les auteurs, entre 20 et 80 %.

Résultat éloigné d'une résection de la branche montante et du tiers postérieur de la partie horizontale de l'hémi maxillaire inférieur gauche pour une tumeur d'origine dentaire. — *M. Marcel Darcissac* présente un ancien opéré chez lequel l'intervention très mutilante n'a été suivie d'aucuns troubles fonctionnels, grâce à un traitement orthopédique post-opératoire d'environ six mois. Une greffe ostéo-cartilagineuse permettra ultérieurement de corriger la déformation faciale.

Polymorphisme néoplasique. — *M. Cresson* a fait successivement, à des dates différentes, les interventions suivantes chez une malade, actuellement âgée de 34 ans, et qui avait présenté dès l'âge de deux ans un sarcome du maxillaire supérieur qui a été opéré trois fois : quand elle avait 27 ans : une résection large du foie pour un kyste hématique du lobe droit, par une incision de Kehr (modifié par l'auteur) ; quand elle avait 32 ans ; par la même incision, l'ablation d'un endométriome kystique de la partie inférieure du mésentère, d'un fibrome à structure de lésions sur la corne utérine droite, et d'une autre masse myomateuse polybée sur la corne gauche qu'un examen histologique a montré en transformation sarcomateuse. L'auteur insiste sur le fait qu'une même incision de Kehr a pu servir à différentes reprises, et que parce qu'à sa terminaison, elle passe entre les deux droits de l'abdomen, il ne s'est produit aucune éventration.

Séance du 20 juin 1933

Remarques sur une statistique de 185 cas d'interventions chirurgicales pour prolapsus génitaux. — *M. Séjournet*, après avoir insisté sur le rôle primordial de l'accouchement et de la déchirure du périnée dans la genèse des prolapsus génitaux individualise trois types suivant la date d'apparition des prolapsus: précoce, tardif, intermédiaire. Sur 185 opérés, 139 avaient moins de 51 ans et 46 de 51 à 74 ans. Au point de vue anatomo-pathologique l'auteur note la fréquence des prolapsus mixtes (78 % des cas) la rareté relative des formes isolées : colpocèle (6,50 %), rectocèle (2,11 %) utérocèle (0,58 %). Après avoir rappelé les signes fonctionnels cardinaux : douleurs lombaires, impossibilité de faire des efforts, émissions involontaires d'urine, troubles de la vie sexuelle, il montre que, dans la forme à rideau cutané vulvaire, ces troubles sont parfois très marqués et peuvent créer un état psychique avec dépression nerveuse et mentale.

Dans 20 % des cas, la métrite chronique, rebelle à toute thérapeutique médicale, a nécessité l'amputation du col en complément de l'opération pratiquée pour le prolapsus. Le prolapsus n'est pas fatalement un obstacle à la grossesse ; mais celle-ci peut être interrompue (un cas) par défaut d'ascension de l'utérus et étranglement du col à la vulve. Cependant, la sté-

rilité est fréquente ; trois observations démonstratives prouvent l'influence de la périnéorraphie sur la fécondation.

Les indications chirurgicales doivent être très étendues. Les petits prolapsus méconnus, parfois très pénibles à supporter sont justiciables de l'opération. Celle-ci faite sous anesthésie rachidienne, doit avoir deux buts : 1° refouler la vessie dans la cavité pelvienne par décollement cystico-utéro-vaginal ; 2° refaire un plancher périnéal solide, par suture large des releveurs et reconstitution aussi complète que possible du périnée superficiel.

Dans les 185 cas, la mortalité a été nulle et les résultats immédiats et éloignés remarquables, témoignant de l'utilité de cette chirurgie réparatrice qui, en bien des cas, a transformé les conditions morales et physiques de la vie des opérés.

Un cas de libération de l'estomac après accidents consécutifs à une gastropexie. — *M. Weber* communique l'observation suivante. Une femme de 30 ans, qui souffrait de l'estomac depuis plusieurs années, subit une gastropexie par le procédé de Rovsing : fixation de l'estomac à la paroi abdominale. Les troubles s'aggravèrent après l'opération. Deux ans, après celle ci, la malade vint consulter l'auteur qui pratiqua la libération de l'estomac. Le résultat fut très favorable.

Kyste hydatique du poumon opéré — *M. Hautefort* présente un homme de 28 ans qu'il a opéré d'un kyste hydatique du poumon droit. Incision de la paroi et du poumon au bistouri électrique ; extirpation de la membrane tout entière ; mèche de gaze et drain. Quatorze jours après l'opération, phrénicectomie. Guérison. Il s'agissait d'un kyste mort, ne contenant aucune vésicule fille.

Etat actuel d'un malade ayant subi une désarticulation médio-tarsienne. (Chopart modifié). — *M. Hautefort* presente un malade qu'il a opéré suivant le procédé qu'il a décrit en 1923 à la Société des Chirurgiens de Paris, pour éviter une désarticulation médio-tarsienne, la bascule du calcanéum. Il fore dans la tête de l'astragale un tunnel horizontal dans lequel se croisent les tendons du jambier et du péronier antérieurs qui sont ensuite fixés l'un à l'autre, constituant ainsi une sangle qui s'est montrée toujours suffisante pour maintenir l'arrière tarse dans sa position normale. Le malade présenté, opéré un an auparavant, montre le bon résultat obtenu.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Douleurs croisées dans la tuberculose rénale

Les phénomènes douloureux à type coliques néphrétiques ne sont pas rares dans la tuberculose rénale, mais il est peu fréquent qu'ils siègent uniquement du côté sain. M. Reynard (*S. Nat. de M. et des S. M. de Lyon*, 23 nov. 1932) en rapporte cependant un exemple, le diagnostic du côté malade fut fait par l'examen endoscopique, et l'inoculation ; la néphrectomie fit cesser tous les troubles douloureux.

Deux cas d'ostéite costale staphylococcique

M. Yves Picot (*Comité Méd. des Bouches-du-Rhône*, déc. 1932) relate deux cas d'ostéite costale ayant eu, au début de leur évolution, l'apparence d'ostéite bacillaire. Les interventions qui furent faites consistèrent en la résection totale dans le premier cas de la douzième côte, et, dans le second cas, des 11ᵉ et 12ᵉ. L'évolution ultérieure montra qu'il ne s'agissait pas de tuberculose et l'examen du pus révéla qu'il s'agissait en l'espèce d'une suppuration staphylococcique. Les suites opératoires furent très banales, et l'état général ne tarda pas à se relever aussitôt après l'intervention. L'auteur insiste sur les difficultés au début d'un diagnostic étiologique et sur la nécessité qu'il y a à faire une résection costale totale ou tout au moins très étendue.

Nevralgie du trijumeau, révélatrice d'un épithélioma du sinus maxillaire

M. Rossert (*S. d'oto-rh.-laryng. de Paris*, 7 déc. 1932) rapporte l'histoire d'un malade de 76 ans, qui, pendant un an, présenta une névralgie du trijumeau gauche sans aucun autre symptôme. L'examen buccal, oculaire, la transillumination des sinus ne révélaient aucune anomalie. Par contre, l'exploration radiologique montra une obscurité dans la région du sinus maxillaire gauche. A l'intervention on constata que la paroi postérieure du sinus était détruite et qu'il existait des bourgeons de nature épithéliomateuse. Après nettoyage et radiumthérapie, les douleurs disparurent.

A propos du traitement de l'hydramnios

Chez une malade, présentant de l'hydramnios au troisième mois de sa grossesse, un traitement à l'iodure de potassium et au lipiodol fut institué. La grossesse évolua normalement jusqu'à terme. L'enfant pesait 3.800 grammes et le placenta qui présentait des lésions de syphilis pesait 600 grammes. (H. Vignes. *S. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 9 janvier 1933.)

Rupture de grossesse tubaire survenue après manœuvres abortives

M. Van Lande, à la Société de chirurgie d'Alger (27 *oct.* 1932) a rapporté l'histoire clinique d'une femme qui, après avoir eu un retard de règles et de vives douleurs à droite, présenta des pertes sanglantes. On pensa à une grossesse extra-utérine, mais ce diagnostic fut abandonné pour celui d'avortement banal, en raison de l'aveu de manœuvres abortives. Or, quelques jours plus tard apparut une inondation péritonéale. La laparotomie montra une trompe gravide rompue que l'on réséqua. Guérison.

Basedowisme et thérapeutique

Le Prof. Jeanneney a rapporté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (5 janv. 1933) un nouveau cas de basedowisme chez une jeune fille après emploi d'endocrisines thyroïdiennes absorbées dans le but de maigrir. Elle fut prise de tachycardie, de tremblements, et de gonflement du cou. La suppression du médicament fit cesser tous les accidents. Ces faits doivent être connus des praticiens.

Le traitement de l'ulcère de jambe par la méthode de Bourgraff

Dans le traitement des ulcères variqueux, MM. Vigne, J. Dusan et G. Gallian (*Com. Med. des Bouches-du-Rhône*, déc. 1932) ont obtenu de bons résultats avec la méthode de Bourgraff. C'est une méthode ambulatoire qui consiste à recouvrir l'ulcère d'une couche épaisse de pâte au perhydrol de zinc et la périphérie de l'ulcère d'une pâte à l'ichtyol pur et à l'oxyde de zinc. On entoure la région avec des compresses de gaze stérilisée. Le malade enroule le matin avant de se lever une bande élastique qu'il garde jusqu'au moment de se coucher.

Ce traitement permet au malade de continuer à vaquer à ses occupations. La cicatrisation est rapide au bout d'une dizaine de pansements (pansements renouvelés tous les deux ou trois jours). Il n'y a pas de récidive si l'on a soin de faire porter au malade la bande élastique une fois la cicatrisation obtenue.

Cas de psoriasis traité par sel d'or (triphal). Mort par œdème pulmonaire aigu à l'occasion d'une érythrodermie généralisée

A la Réunion dermatologique de Strasbourg (15 janv. 1933) M. Eichhorn a rapporté l'observation d'un psoriasique qui, traité par les sels d'or, mourut par œdème aigu des poumons, au cours d'une érythrodermie généralisée aurique.

Asystolie aiguë liée à un cancer pulmonaire latent

MM. Savy, P. Delore et Naussac ont présenté, à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, (31 janvier 1933), l'observation d'un homme de 57 ans qui manifesta brusquement un état d'insuffisance cardiaque aiguë avec syncopes à répétition. La mort survint au bout de huit jours. Un mois avant, il avait eu une petite hémoptysie dont il n'avait pas tenu compte. Il fut trouvé porteur d'un épithélioma hilaire du poumon gauche avec péricardite néoplasique. Les auteurs soulignent les difficultés du diagnostic et la rareté de pareil cas qui vient enrichir les formes atypiques déjà nombreuses du cancer pulmonaire. Plus souvent les phénomènes cardiaques surviennent secondairement ; ils ont une allure subaiguë et sont liés à la compression.

Verrues et végétations

M. Mornet (*S. fr. de Derm. et de S.*, 6 avril 1933) rapporte un cas de disparition de verrues vulgaires des mains après cautérisation de végétations vénériennes.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Défense de la machine. *Passage détaché d'un article de M. Elie Faure, article publié par le* MERCURE DE FRANCE (1er juin 1933) *et intitulé :* DÉFENSE ET ILLUSTRATION DE LA MACHINE :

... On acclame chaque soir, dit-on, une comédie qui condamne la machine avec autant de virulence que d'esprit. Je suis tout à fait convaincu que la plupart des spectateurs ont retenu leurs places par téléphone, qu'ils se servent de leurs jumelles pour voir de plus près les belles épaules des actrices que font briller les projecteurs, et que leur automobile les attend au coin de la rue. Et je ne doute point qu'ils consentent à ce que leur fils qui souffre d'un abcès du cerveau, soit trépané le lendemain matin avec la fraise électrique. N'est-il pas arrivé huit jours plus tôt, quelque chose d'affreux chez leurs voisins de palier ? Un enfant pris dans la nuit d'une crise d'appendicite. Le père, naturiste convaincu, ne tolérant pas chez lui le téléphone, et allant chercher son médecin à pied, car l'auto, qui se propose, est repoussée avec dégoût. Le médecin déjà appelé pour un accouchement. La longue attente jusqu'à l'aube. Le médecin, autre naturiste, ne disposant ni du téléphone, ni de l'auto, refusant l'autobus, refusant le métro, courant avec le père à l'autre bout de Paris chez le chirurgien, lui-même adepte de la mystique nouvelle et qui vient juste de sortir. L'opération pratiquée, après dix courses haletantes, avec vingt-quatre heures de retard. Est-il nécessaire de conter la suite. Les principes saufs, mais l'enfant agonisant, alors qu'il était encore possible de le sauver, le chirurgien spiritualiste se chargeant de mettre bon ordre à cette éventualité par trop matérialiste, car, d'accord en cela avec ses coreligionnaires, le père et le médecin, il ne veut pas entendre parler de cette machine indigne de l'esprit qui s'appelle un autoclave, s'il consent, à l'extrême rigueur, à utiliser ces autres petites machines qu'on nomme la pince hémostatique et le bistouri, que cette histoire ne soit que symbolique, n'est-ce pas souligner l'absurdité d'une campagne incapable de renoncer pour soutenir sa propagande, aux armes qu'elle réprouve ? Les excès qu'on reproche à la machine avec une sévérité croissante ne sont pas choses nouvelles dans le monde, sinon par l'apparence que sa puissance leur impose. L'histoire entière des hommes et de l'esprit est une marche redoutable d'excès en excès.

L'importance primordiale des Bureaux de santé dans la lutte instituée par nos ancêtres contre la peste. — POURQUOI LA PESTE NOUS A QUITTÉS. HISTOIRE DE LA PESTE EN FRANCE DU XVIe AU XVIIIe SIÈCLE. *Tel est le titre d'un mémoire paru dans la* REVUE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON (févr. 1933) *sous la signature de M. le Prof. Guiart. En voici un extrait :*

..... La médecine cependant n'était pas restée inactive ; on peut affirmer au contraire que jamais mesures d'hygiène ne furent prises avec autant d'intelligence et de volonté. C'est ce qui fait que malgré sa violence, l'épidémie fut en somme une des plus courtes qui aient été enregistrées. Le Bureau de santé fit des merveilles. Les mesures d'hygiène qui furent appliquées nous sont du reste parfaitement connues grâce à une très importante brochure intitulée l'*Ordre public pour la ville de Lyon pendant la maladie contagieuse*, qui fut publiée par Gaspard Chevalier, un des Commissaires de la Santé.

Elle sera réimprimée au cours de toutes les épidémies postérieures ou même lorsque la peste menacera simplement d'éclater. C'est un véritable ordre de mobilisation de toute une ville contre la peste et tout y est si bien prévu que si la peste revenait parmi nous on pourrait encore s'en inspirer.

Le *Bureau de santé* comprenait alors des Commissaires, un secrétaire, des médecins, des chirurgiens, des religieux, des hospitaliers, des parfumeurs et enfin des gardes armés pour assurer l'exécution des ordres.

Les *Commissaires de santé* étaient au nombre de dix, nommés chaque année par les Prévots et par les Echevins. Ils comprenaient : deux magistrats chargés de juger d'urgence ceux qui contrevenaient aux ordonnances ; un médecin, qui avait la direction générale de l'épidémie ; un ancien consul, chargé d'administrer l'hôpital et les quarantaines ; un commissaire chargé de recevoir les dénonciations, c'est-à-dire les déclarations ; un commissaire chargé du contrôle des suspects, des malades et des morts, un commissaire chargé de la surveillance des quarantaines ; un commissaire chargé du parfumage, autrement dit de la désinfection ; un commissaire pour le ravitaillement et enfin un commissaire trésorier.

Dès la première manifestation de l'épidémie les Commissaires s'étaient réunis afin d'instituer sans délai les mesures les plus urgentes. L'ordonnance qui fut affichée à la suite n'était en somme que la réédition de celle de 1582 ordonnant de nettoyer les maisons et les rues ordonnant de dénoncer les malades et de les transporter à l'hôpital des pestiférés et leurs familles aux quarantaines, réglant les inhumations, établissant la bulette et interdisant la vente des linges et vêtements ayant appartenu aux pestiférés.

Toute contravention était jugée par les deux magistrats du Bureau de santé et les peines promulguées étaient appliquées séance tenante. Ce n'étaient pas des décisions platoniques, comme celles de nos modernes commissions d'hygiène, qui se trouvent en réalité complètement désarmées. Nous avons déjà vu qu'en temps de peste on ne badinait pas avec l'hygiène et Bureaux de santé pouvaient publier des ordonnances entraînant la peine de mort. A Lyon en particulier on n'y manqua pas

C'est ainsi que tout étranger cherchant à pénétrer dans la ville sans son passeport sanitaire était aussitôt pendu. On pendait également les *corbeaux*, c'est-à-dire les croquemorts, dévalisant les cadavres ou les maisons !

Dans ce but des potences étaient dressées en différents points de la ville ; il y en avait une en permanence sur la place des Terreaux, une autre sur le pont de pierre dominant la Saône. Ces exécutions étaient faites par quatre gardes armés de carabines et qu'on appelait pour cette raison des *carabins*. Ils faisaient sans cesse des patrouilles à travers la ville pour s'assurer de l'exécution des mesures sanitaires. Rencontraient-ils un malade dans les rues ils le faisaient examiner par un chirurgien et, en cas de peste, il était arquebusé sans autre forme de procès.

Les personnes qui fréquentaient les malades, comme les médecins, les chirurgiens, les religieux et les hospitaliers pouvaient bien entendu circuler à travers la ville ; mais à la condition d'être revêtus d'une soutane noire avec une grande croix blanche ou rouge et de tenir bien ostensiblement dans la main un bâton blanc long d'un mètre, afin qu'on puisse les reconnaître et s'écarter d'eux. Toute personne suspecte trouvée dans un lieu public ou tout individu fréquentant les pestiférés trouvé sans bâton blanc étaient incontinent saisis par les carabins et attachés durant trois heures au plus prochain pilori ; deux piloris étaient dressés dans ce but, l'un sur la place du change et l'autre sur la place des Orangères (aujourd'hui place d'Albon). En cas de récidive l'individu était soumis à la peine de la dislocation des membres sur l'estrapade, qui se dressait en permanence au carrefour de la Grenette. Enfin s'il était pris une troisième fois, il était arquebusé sans pitié. Cette sévérité, qui peut paraître excessive, avait du moins comme résultat d'inspirer aux habitants le respect des ordonnances de la santé.

Un personnage particulièrement important était le *Commissaire médecin*, il siégeait en permanence au Bureau de santé. Il était chargé en effet de fournir aux chirurgiens les drogues dont ils avaient besoin et de veiller à la bonne qualité de celles fournies par les apothicaires. Deux fois par semaine il devait se rencontrer avec les chriurgiens pour savoir où en était l'épidémie et pour pouvoir leur donner des conseils. En cas de contestation au sujet d'un malade, il devait le visiter. Ce Commissaire médecin avait en réalité la direction générale de l'hygiène; toutefois son autorité s'exerçait surtout sur les médecins, les chirurgiens et les apothicaires. Le costume, imaginé par Delorme, ne paraît pas avoir été utilisé par les médecins et les chirurgiens lyonnais. Ils se contentaient d'un costume rappelant celui des religieux et des hospitaliers, à savoir une robe de pénitent, en toile huilée et cirée, portée par dessus les vêtements avec des gants de même tissu pour examiner les malades. A défaut de masque ils portaient sous la cagoule, suspendue au-dessous du nez, une éponge imbibée de vinaigre aromatique et ils mâchaient un morceau de racine d'angélique, laquelle avait la réputation a être un excellent préservatif contre la peste.

La découverte de la sérothérapie. — APOLLON (1), *revue littéraire et artistique des médecins publie les* SOUVENIRS D'UN PHYSIOLOGISTE (Professeur Richet). *En voici un extrait :*

.....Mais dans un autre cas, d'une majeure importance, la priorité ne fut pas acceptée, quoique étant incontestable. Il s'agit de la sérothérapie.

Et je dois à ce sujet entrer dans quelques détails ; car *cette découverte de la sérothérapie me tient à cœur plus qu'aucun autre de mes travaux de physiologie.*

En un de mes cours, faisant l'étude des substances extractives contenues dans le sang, je citais une très belle observation de Chauveau, à savoir que les moutons français peuvent prendre la maladie charbonneuse, tandis que les moutons algériens lui sont rebelles.

« Qui sait, disai-je alors, si cette résistance des moutons algériens au virus charbonneux n'est pas due aux substances extractives et innommées contenues dans le sang ? Il y aurait une expérience curieuse à faire, ce serait d'injecter le sang d'un mouton algérien à un mouton français. Peut-être alors communiquerait-on au mouton français la résistance du mouton algérien ? » (1882).

Mais une phrase émise dans un cours, sans aucune expérience à l'appui, ne constitue guère droit à une priorité quelconque.

Pendant cinq ans, je ne pus faire l'expérience que j'avais proposée. (Nous n'avons pas de moutons dans nos laboratoires). Mais en 1887, par une voie tout à fait détournée, j'ai pu faire sur le lapin, et réussir, cette belle expérience.

Parmi les chiens qu'on amenait au laboratoire, Il s'en trouva un qui portait une tumeur non ouverte, tumeur solide, dure, résistante, que nous jugeâmes être un cancer (assez fréquent chez les chiens).

Avec mon ami Héricourt, nous cherchâmes si quelque microbe n'en était pas la cause. Et en effet nous pûmes en isoler un, un staphylocoque, et le cultiver. Naturellement, nous injectâmes cette culture a d'autres chiens, espérant reproduire la tumeur. Mais l'échec fut complet. Il se développait bien une tumeur, mais c'était une sorte d'abcès qui tantôt se résorbait, tantôt devenait purulent. Sur des lapins, nous fîmes aussi l'injection de ce staphylocoque très spécial. Cela produisait une grosse tumeur œdémateuse, et le lapin mourait en trois ou quatre jours. Au contraire, les chiens, malades pendant quelques jours, ne mouraient pas.

Alors je pensai à faire avec ce microbe (mortel pour le lapin, non mortel pour le chien), l'expérience dont j'avais auparavant parié dans mon cours. *Puisque le chien est réfractaire, en injectant à des lapins du sang de chien, on les rendra aussi réfractaires.*

D'abord ce fut un échec sinistre ; car le lapin ne supporte pas, en injection intra-veineuse, le sang de chien. Nous pensâmes alors à tourner la difficulté en injectant le sang de chien non dans le système veineux du lapin, mais dans son péritoine. Après cette transfusion péritonéale, portant même sur 60 grammes de sang de chien, le lapin ne meurt pas.

Or, les lapins ayant reçu du sang de chien dans le péritoine résistaient aux microbes virulents beaucoup mieux que les lapins normaux.

En outre — fait essentiel — si, au lieu d'injecter du sang normal, nous injections le sang d'un chien ayant été depuis quelque temps infecté par notre staphylocoque et ayant guéri, le staphylocoque n'avait plus de prise sur les lapins ainsi transfusés, et ils survivaient.

Par conséquent, en injectant le sang d'un animal immunisé, on communique à l'animal injecté l'immunité que possédait l'animal (immunisé) dont on injectait le sang.

C'était tout le principe de la sérothérapie.

Comme cela paraît simple aujourd'hui ! *Alors, c'était absolument nouveau.*

Notre priorité, Behring ne l'a jamais reconnue. Il a osé prétendre que c'étaient des *phrases de philosophie naturelle* (*sic*).

Les belles expériences qu'il fit plus tard sur la sérothérapie de la diphtérie, l'ont certainement rendu très grand. Mais certainement aussi son obstination à ne pas reconnaître la priorité de notre découverte l'a rendu très petit.

Héricourt et moi nous comprîmes tout de suite la portée de cette expérience, et nous nous demandâmes sur quelle maladie nous ferions ces premiers essais d'hémothérapie, ou plutôt de sérothérapie. Nous eûmes à ce sujet une longue conversation historique pour nous.

(1) *Apollon*, nos 59 et 60, mars et avril 1933. J. Peyronnet et Cie, édit., Paris.

Malheureusement nous nous décidâmes pour la tuberculose qui ne nous a donné, au point de vue sérothérapique, que des résultats médiocres ou nuls, tandis que pour la diphtérie la thérapeutique par le sérum d'animal immunisé est merveilleuse.

Toutes nos incertitudes, tous nos essais, toutes nos hésitations, se passaient, bien entendu, avant que Berhing eût publié quoi que ce soit, de sorte que j'ai pu le 6 décembre 1890 faire la première injection de sérum qui ait été faite sur l'homme. J'étais alors professeur de physiologie à la Faculté et c'est dans le service de mon cher maître Verneuil à l'Hôtel-Dieu que je fis cette première injection de sérum immunisant. Je montrai aux élèves une petite ampoule de sérum immunisateur : « *Voilà peut-être*, leur disais-je, *un nouveau principe de thérapeutique qui sauvera beaucoup d'existences* ». J'ai donc fait la première injection sérothérapique sur l'animal comme sur l'homme. Dirai-je que Behring n'a jamais voulu l'avouer ? et qu'un autre de mes collègues se vantait, devant moi, d'avoir fait *en ville* la première sérothérapie ?

Si je me permets d'insister, c'est que les divers médecins qui ont parlé de la sérothérapie ne m'ont pas rendu justice.

La profession médicale a-t-elle perdu son prestige ? — *Extrait d'un discours du Docteur Dartigues, au banquet de la « Jeune Unfia » du 3 mai 1933, discours publié par la* Vie Médicale :

.....Il paraît que, dans les milieux familiaux, le médecin aurait perdu au point de vue social son prestige et qu'il serait considéré sous un jour péjoratif et de médisance même ; il paraît que, dans les familles, les mamans surtout ne sont pas disposées du tout à donner la main de leur fille à un médecin, sous le fallacieux prétexte qu'il était peu recommandable par sa vie, sa tenue et sa profession ravalée ! Bref, qu'il était rentré dans une catégorie de professions infériorisées ! et que bien plus dignes d'être agréés, étaient des avocats, des ingénieurs, des industriels, et peut-être a-t-on dit des épiciers ! ! ! Et voilà, paraît-il, où l'on en est arrivé par ignorance, mauvaise volonté, esprit de dénigrement.

Eh bien, Messieurs, Mesdemoiselles aussi qui faites également de la médecine, il faut lutter contre cet état d'esprit affligeant, contre cette affreuse injustice. Eh bien ! moi, j'y soupçonnerai plutôt, me retournant contre ces parents, une opinion hypocrite et un bas intérêt qui les fait décrier notre profession, parce qu'ils considèrent sans doute qu'elle n'est pas aussi lucrative que d'autres, parce qu'elle est dure et pénible sans qu'ils veuillent l'avouer, parce qu'elle n'est pas assez noble à leurs yeux !

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, protestez, protestez en faisant mieux connaître cette profession, protestez par votre dignité et votre irréprochable tenue morale, protestez par la manifestation de votre intelligence, protestez de toutes vos forces indignées. Croyez-moi, croyez-en un homme qui a vécu longtemps déjà et immensément lutté dans sa solitude, sans appuis et sans influences encourageantes et protectrices, croyez-moi : vous pouvez passer dans le milieu social, tête haute et parmi les plus honorables et souvent les plus dignes de respect et d'admiration. Croyez-moi, notre profession médicale est la plus belle de toutes, car avec les connaissances, les plus étendues, le savoir si durement acquis, au milieu du danger des infections, des contagions, des accidents, des piqûres anatomiques ou chirurgicales, vous portez en vous le plus bel idéal de dévouement et souvent de sacrifice : sacrifice de votre existence souvent risquée, sacrifice d'une vie constamment laborieuse mise au service du prochain et qui ne se rebute pas devant l'ingratitude bien fréquente.

Notre profession veut à la fois de la science, de l'intelligence, du sens affiné de la psychologie des gens auxquels vous ont préparés des humanités bien faites, ainsi que je vous le disais il y a quelques instants, de l'altruisme, du dévouement, de la charité intellectuelle et morale en un mot.

Notre profession, je le dis très haut, quand elle est remplie ainsi qu'il se doit, est celle qui exige le plus de qualités variées, de cerveau et de cœur et elle est la plus belle ! Oui, la plus belle de toutes. Certes ! je ne veux pas diminuer les autres professions qui ont ici quelques représentants ; il y a partout de l'intelligence, du labeur et aussi de la bonne volonté ; mais, c'est la profession médicale qui porte au plus haut degré le *sens de l'humain*. Aucune comparaison, sous ce jour, ne peut nous diminuer. Il n'y a pas de plus petit médecin, je veux dire de modeste médecin, qui ne connaisse la haute vertu de l'apostolat. Nous sommes, dans la société, à la tête de la phalange des hommes de bonne volonté et de dévouement et la véritable philanthropie est exercée par nous, parce que nous *payons de notre personne*, alors que tant l'exercent confortablement sur notre dos !

Alors, chers amis qui entrez dans la carrière, attachez-vous à mériter ce beau nom de médecin et glorifiez-le.

Les chahuts à la Faculté. — *M. le Professeur Noël Fiessinger écrit dans le* Journal des Praticiens (3 juin 1933) :

.....Mais la jeunesse des écoles devient trop agressive. On bombarde ici un jury d'agrégation, qui n'en peut mais, avec des œufs pourris, des tomates trop mûres, là, on l'écrase sous des injures grossières, ou bien ce sont les pauvres murs de la Faculté que l'on couvre d'inscriptions multicolores. La méthode a certainement changé. Autrefois, nous aimions autant le bruit, mais nos vociférations étaient pacifiques. Dans notre époque de Société des Nations, la jeunesse est devenue belliqueuse. Un ami bien renseigné me disait qu'on avait songé à remplacer les robes professorales par des armures du Musée des Invalides. Nous reverrons les gardes municipaux dans les amphithéâtres, que dis-je, je crains que l'on ne soit obligé de mobiliser des artilleurs. A quoi tout cela aboutit ? vous me le demandez. On a cassé un concours, compromis l'avenir de certains candidats. Pour une faute que l'on corrige par le bruit, on en couvre vingt autres. Jamais, un persécuté ne se trouve diminué et il trouvera toujours chez nous des amitiés qui vont le secourir et le grandir. Qu'est-il resté de nos chahuts passés ? Rien. Souvenons-nous du chahut de l'agrégation de 1911 ? Fut-il splendide ! Y a-t-il quelque chose de changé ? Non. On a essayé peut-être, mais ce fut pire et on en est au point de départ. La « scandalisation » de l'Internat sur qui retombe-t-elle ? Sur nous tous. Certes, je ne suis pas de ceux qui excusent les abus ! Il faut les connaître et les corriger. Mais tout ce bruit, tous ces cris, injures et projectiles, ne font que discréditer ceux qui les emploient. On parle d'abord de jeunesse orageuse, puis on préconise des sanctions et celles-ci touchent le plus souvent celui qui, inoffensif badaud, s'amuse un instant de cette expression brutale de la puissance qu'est le bombardement d'un jury en robe rouge. Et puis, cette jeunesse puissante, sait bien qui est responsable de l'affaire de l'Internat ! Elle le fait parfaitement, pourquoi n'est-elle pas allé manifester au cœur de l'affaire ? Pourquoi choisit-elle un amphithéâtre où elle représente la majorité écrasante ! J'avoue que je ne comprends plus. Mes jeunes amis, je vous donne un conseil, faites comme vous voudrez, mais je vous en prie, faites moins parler les journaux quotidiens. Cela manque d'élégance. Et c'est bien pénible d'entendre dire par le public, qui a si peu de tendresse pour nous : « Ah ! c'est encore les médecins ! »

Origine du mot aspirine. — *Du Docteur B. Lyonnet, médecin honoraire des hôpitaux dans le* Lyon Médical :

L'acide acétyl-salicylique, combinaison de l'anhydride acétique et de l'acide salicylique, a été découvert en 1852 par le chimiste français Gerhardt. Personne ne s'est inquiété de ce nouveau corps, jusqu'au jour où la maison Boyer, de Leverkusen, l'a fait connaître en 1899, sous le nom d'*aspirine*. Je m'étais toujours ingénié à trouver l'étymologie de cette appellation et j'avais protesté auprès d'un représentant de la maison Bayer contre l'obscurité de cette dénomination. Je reçus une lettre (c'était bien avant la guerre) de la firme allemande, me disant que le nom « aspirine » ne voulait rien dire du tout, mais avait été choisi pour pouvoir déposer la marque. On sait, en effet, qu'on ne peut déposer ni le nom chimique, ni un nom qui indiquerait, l'action du remède.

Pendant la guerre, on a cru que les marques allemandes allaient tomber. En juin 1916, le nom « aspirine » avait été déposé quatorze fois à ma connaissance depuis août 1914. Différents qualificatifs souvent patriotiques, y étaient ajoutés. Je signalerai « l'aspirine Bayard », transformation plus ou moins chevaleresque « d'aspirine Bayer ».

«..... Nos hôpitaux actuels qui sont construits sous le régime de la dépense maxima pour le rendement minimum, avec leur caractère de grandes usines ne s'ouvrant que deux à trois heures par jour, et demeurant fermées pour les actes médicaux de midi et demi jusqu'au lendemain neuf heures, ce qui est, à tous points de vue, parfaitement absurde. » (Professeur Leriche. Programme des études nécessaires à la formation d'un chirurgien. *La Presse Médicale*, 14 juin 1933.)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

Fondé en 1873. — N° 28 LE NUMÉRO : 50 Centimes 15 JUILLET 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 6 juillet. — M. FARCHY. La mastoïdectomie à lambeau périosté. — M. FRIEZ. Les luxations habituelles sans blocage de l'articulation temporo-maxillaire. — M. LAVAL. Etude du pouvoir antiseptique de la dibromoxymercuri-fluroscéine et de ses applications en thérapeutique. — M. LOUP. Néoformations inflammatoires du col vésical chez la femme. — M. GALLOT. La trépanation osseuse dans la dacryorhinostomie. — M. MAUDONNET. Les défauts congénitaux des mouvements de latéralité du globe oculaire avec rétraction « syndrome de Stilling ». — M. SELIN. L'extraction du cristallin transparent dans la myopie forte. — M. TISSOT-DAGUETTE. Troubles visuels après injections d'acétylsarsan. M. BARRIÈRE. Rétractions pulmonaires tuberculeuses. — Mlle EISENBERG. Etude clinique et thérapeutique de la colibacillurie. — M. LAPLAGNE. Essai sur la fonction gastrique dans l'asthme. — M. TOURNANT. Etude radiographique des pleurésies séro-fibrineuses. — M. BELEY. De la prophylaxie de l'acte antisocial chez le mineur instable. — M. KOANG. Etude sur l'épilepsie expérimentale d'après la méthode de Brown-Séquard. — M. RADU. Etude du syndrome de Korsakoff aigu. — M. THOMAS. Etude des limites de certains délires alcooliques. — M. AUDEBERT. Des hémorragies méningées au cours de la cirrhose du foie. — M. DESORMOUTS. Cornette Claude Mection. Contribution au 18e S. médical. — M. EIFERMANN. Etude historique d'un médicament ocytocique : la quinine. — M. GERO. Les pierres précieuses en thérapeutique. — M. GIGAULT DE LA BÉDOLLIÈRE. La vie de Charles de Lorme, médecin de Cour. M. ROUX-DESSARPS. La protection de la mère et de l'enfant et les Assurances sociales. — Mlle STROZECKA. Etude des rapports entre la natalité et la mortalité infantile.

8 juillet. — M. AUGYAL. Etude de la cure solaire des ostéo-arthrites tuberculeuses à Briançon. — M. BAIN. Densité sanguine et tension artérielle. — M. BARRIER. Les polyiodures. — M. CATZ. Les anisophygmies. Essai de classification. — M. ESCANDE. Etude de la pathogénie du syndrome de Mikulicz. — M. GONSALEZ WILLIS. La périarthrite dite rhumatismale de l'épaule. — M. ALLAS. Etude clinique des septicémies pneumococciques sans localisation. — M. BABIN-CHEVAYA. Les ondes hertziennes courtes. — M. COIGNON. Etude de l'érythème actinique localisé en thérapeutique. — M. GOBENSKA. Diathermie hypophysaire à faible intensité. — M. MAZER. Etudes radiologiques de l'anévrysme pariétal du cœur. — Mlle BOULLE. Les métastases orbitaires des tumeurs malignes de la région réno-surrénale chez l'enfant (syndrome d'Hutchinson). Mlle KAPP. Oxygénothérapie par voies respiratoires dans les broncho-pneumonies infantiles. — Mlle RIOM. Etude clinique des encéphalites aiguës chez l'enfant. — M. FUMAT. La maladie de Nicolas et Favre et son traitement par l'antimoine. — M. GUYON. Etude du traitement de la syphilis par le bismuth. — M. JALKH. Etude des traitements chirurgicaux du lupus tuberculeux. — M. NEL. Etude des iodides syphiloïdes. — M. SAINT-CÈNE. Dystrophies du bourgeon incisif et syphilis héréditaire.

5 juillet (Thèses vétérinaires). — M. THOMAS. La psittacose. — M. GHIER. Anémie infectieuse et tuberculose du cheval.

8 juillet. — M. ALQUIER. Piroplasmose canine et son traitement. — M. FAURE. Aspect économique du problème des viandes marocaines. — M. DROGUET. Syndrome paralysie des poules en France.

Concours de l'internat en médecine de 1932 (fait en mars 1933). — Liste des internes nommés pour les 80 places mises au concours :

1. MM. Le Beau, Catinat, Seringe, Barbier, de Graciansky, Mlle Lyon, M. de Botton, Mlle Abadi, MM. Delort, Carrez,

11. Siguier, Léger, Rossier, Douay, Mlle Lorain, MM. Malinsky, Gaube, Bour, Roy (André), Goldefy,

21. Meyer (Louis), Mallet, Barcat, Bénassy, Genty (P.), Adrianopoulos, Fasqueile, Domart, Lesobre, Jaïch,

31. Daum, Scémama, Bonhomme, Perret, Marcy, Maury, (Jacques), Picquart (Albert), Jouanneau, Mouchotte (Maurice), Parrot,

41. Vincent (Jean), Neyraud, Mlle Ladet, MM. Poncet, Cernéa, Maruelle, Sauvain, Brunhes, Borgida, Mlle Sainton,

51. MM. Girard (Emile), Le Cœur, Filhoulaud, Mlle Morel, MM. Haguier, de Maulmont, Aliker, Perrot, Moreno, Kipfer,

61. Rymer, Ullmann, Rogé (Raymond), Rendu, Bouvrain, Faulong, Orsoni (Paul), Corcos, Lanthier, Mlle Huguet,

71. MM. Porge, Demartial, Chatain (Jean), Scheid, Goyer, Mlle Philippe, MM. Herrenschmidt, Morin (Marcel), Gross, Thieffry,

81. Mouchotte (Robert), Maynadier, Grupper, Suire, Bourée, Moulinier, Duperrat.

Liste supplémentaire des internes nommés par application de l'arrêté des 16-18 février 1933 :

1. MM. Rambert, Netter, Varay, Baudouin, Duval, Orinstein, Temerson, Boutron, Marre, Tilitcheeff,

11. Boros, Dreyfus (Jacques), Mlle Salembiez, MM. Grépinet, Vautier, Bouteau, Sarradin, Maury (Maurice), Sautter, Boisonnet (Jacques),

21. Gisselbrecht.

— Concours de 1932 (fait en mars 1933). — Liste des externes en premier :

1. MM. Hanoun, Picquart (Antony), Hertz, Aschkenasy, Saïe, Monsaingeon, Delaitre, Beauchef, Longuet, Yglésias-y-Bétancourt.

11. Dupuy, Salvanet, Huchet, Mlle Bonnenfant, MM. Zarachovitch, Soullard, Mignot, Pêcher, Debidour, Mlle Lautmann,

21. M. Gautier (Jacques), Mlle Oehmichen, MM. Flourens, Leconte, Vignalou, Le Picard, Ledoux-Lebard, Tanret, Desrosiers, Clerc,

31. Hector.

Faculté de médecine de Lyon. — Par décret en date du 27 juin 1933, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, M. Bonnet (Paul), agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1933, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Rollet). (*J. O.*, 4 juillet 1933.)

Hôpitaux de Strasbourg. — Estimant qu'il y a tout intérêt pour les Facultés à ne pas vivre uniquement sur elles-mêmes, le Conseil de la Faculté de médecine de Strasbourg a demandé aux diverses villes des Facultés de province d'accepter le principe de la réciprocité pour le concours de l'internat. Les externes de ces villes pourront concourir à l'internat de Strasbourg et inversement, à condition bien entendu de se soumettre de part et d'autre aux conditions locales du concours de chaque internat.

Certaines villes possédaient déjà dans leur règlement de quoi répondre au vœu de Strasbourg. D'autres ont bien voulu le retenir et lui donner suite.

Si bien qu'aujourd'hui la réciprocité est établie entre Strasbourg et entre Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux et Alger.

Bourses d'études de l'Association amicale des médecins du Nord à Paris et Fondation Quivy. — Les étudiants en médecine pourvus de cinq inscriptions, au moins, et justifiant de l'insuffisance de leurs ressources financières peuvent, s'ils sont originaires de la région du Nord (Aisne, Ardennes, Nord, Pas-de-Calais, Somme), solliciter une bourse d'études de l'Association du Nord Médical (Association amicale reconnue d'utilité publique) ou le bénéfice de la Fondation Quivy qui est accordé de préférence à un originaire d'Anzin.

Les étudiants remplissant ces conditions s'adresseront dès maintenant au Docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, Paris (VIII°).

Cours de vacances d'anatomie. (Dissection). — En raison de la courte durée des études d'anatomie et afin de préparer les étudiants à leurs stages de clinique, il a été institué à Besançon un cours de vacances d'anatomie avec dissection.

Ce cours est destiné en principe aux étudiants reçus au P. C. N. Il est ouvert cependant à tous ceux qui veulent soit se perfectionner, soit faire des travaux personnels en anatomie.

Le cours a lieu du 15 septembre au 15 octobre.

Il sera organisé également pendant cette période pour ceux qui le désirent, un certain nombre d'excursions, de façon à permettre de parcourir la région touristique de la « Franche-Comté ».

Le droit à verser est de 200 francs, le nombre des inscriptions est limité.

Les auditeurs seront admis à fréquenter les cliniques hospitalières où des cours spéciaux seront faits à leur intention.

S'adresser pour tous renseignements complémentaires : *Laboratoire d'anatomie de l'Ecole de médecine, Besançon (Doubs).*

Bourses familiales du Corps médical (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs, mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille, s'est réuni le 27 juin et a examiné cinquante-deux demandes.

Dix bourses ont été attribuées à quatre confrères pères de dix, neuf, huit et six enfants, à un confrère tuberculeux père de quatre enfants et à cinq veuves de médecins. L'une d'elle reste avec six enfants âgés de moins de 13 ans, l'autre a perdu son mari l'an dernier après une longue et douloureuse maladie, malade elle-même et ayant à élever quatre enfants, n'a pour toutes ressources que le salaire de son fils aîné, employé de mairie ; la troisième est restée veuve à 35 ans avec trois enfants en bas âge.

Le jury d'attribution était composé de Mme Jayle, vice-présidente de la Société de femmes et enfants de médecins ; M. le Docteur Roussel, fondateur ; M. le Prof. Bazy, président de l'Association des médecins de la Seine ; M. Lanoye, chef du bureau de la natalité au ministère de la Santé publi que ; M. le Médecin général Geysen représentant M. le Médecin général Cadiot ; MM. les Docteurs Bellencontre, Darras, Bongrand, Foveau de Courmelles, Paul Lutaud, Vimont et Watelet, de l'Association générale des médecins de France ; M. le Docteur Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux.

Congrès international du rhumatisme. — Le IV° Congrès de la Ligue internationale contre le rhumatisme aura lieu à Moscou du 3 au 6 mai 1934.

Sur le programme sont mis à l'ordre du jour les sujets officiels : Le rhumatisme articulaire aigu dans ses différentes manifestations avec présentation de malades. Comme deuxième sujet officiel seront traitées les indications qui existent pour la balnéothérapie dans les diverses formes du rhumatisme et comme troisième sujet viendront les rapports sur les états rhumatismaux chez les travailleurs du transport, les mineurs et les métallurgistes.

Plusieurs experts ont déjà promis leur concours.

Durant le Congrès une exposition sera organisée. Les congressistes auront l'opportunité après le Congrès de visiter les différents sanatoria et les stations thermales du Caucase et du bord de la mer Noire.

Pour tous autres renseignements on est prié de s'adresser au bureau international de la Ligue, 489, Keizersgracht, Amsterdam.

Nécrologie. — Docteur Emile ALEX, de Roanne (Loire), ex-interne des hôpitaux de Lyon, décédé dans sa 66e année. — Docteur Eugène EYRIES, de Marseille. — Docteur Louis GANIAYRE-FONTANILLE, de Paris, 180, rue Lafayette (Xe). — Docteur Albert QUILLIOT, de Paris, 12, rue Jacob (VIe). — Docteur REBOUL, de Brignoles (Var), décédé à l'âge de 66 ans. — Docteur Henry THIERRY, de Paris, 23, rue Madame (VIe), ancien inspecteur général des Services d'hygiène de la Ville de Paris, décédé accidentellement. — Roger PERIGAUD, externe des hôpitaux de Paris, décédé dans sa 24e année. — Docteur Lambert MOTTART, doyen du Corps médical belge, décédé à l'âge de 92 ans, à Hannut. — Docteur Edgard SNYERS, de Liège.

BIBLIOGRAPHIE

Les Témoins de l'Epopée. II. *Journal d'un cousin de l'Impératrice* (1906-1813), par Maurice DE TASCHER. Un volume in-6. Prix : 15 francs avec une gravure hors texte et trois cartes dans le texte. En vente à la Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris, 6e.

Après le *Journal de la Campagne de Waterloo*, de Cavalié Mercer, voici que la nouvelle collection « les Témoins de l'épopée », vient de s'enrichir d'un second ouvrage du même genre, mais plus important, plus émouvant et plus précieux encore par les détails qu'il fournit à l'histoire et les observations directes qu'il contient sur les campagnes napoléoniennes de 1806 à 1813. Son auteur, Maurice de Tascher, était cousin, bien qu'à un degré assez éloigné, de l'impératrice Joséphine.

Il avait vingt ans quand, en 1806, il entra dans l'armée impériale. C'est à l'habitude qu'il avait prise et qu'il conserva jusqu'à ses derniers jours, de porter sur son carnet de route ses déplacements et ses impressions quotidiennes, même dans les moments les plus critiques et les pires conditions, que nous devons l'étonnante richesse d'informations de toute nature que contient son *Journal*. De 1806 à 1813, il nous est possible de le suivre, pas à pas, dans ses étonnantes randonnées à travers l'Europe.

Comme sous-lieutenant et, plus tard, comme capitaine, il a fait les campagnes d'Iéna, de Friedland, d'Espagne, de Wagram et de Russie. Blessé à Iéna, prisonnier après Baylen, mais rapatrié sur le même bâtiment sarde que le général Dupont, il part pour l'Autriche, en 1809. Après Wagram et l'armistice de Znaïm, après avoir visité le champ de bataille d'Austerlitz et assisté au passage du cortège qui accompagna l'archiduchesse Marie-Louise sur la route de France, il rentra à Paris assez tôt pour être présent aux fêtes du second mariage de Napoléon. Entre temps, il nous introduit chez sa cousine, l'ex-impératrice Joséphine qui le reçoit tantôt au château de Navarre et tantôt à la Malmaison.

Surviennent les événements de 1812, Maurice de Tascher fait toute la campagne de Russie, prend part à la sanglante bataille de la Moskowa, dont le bref mais saisissant tableau, tracé sur place, est plus évocateur que de longs récits ; il fait toute la retraite avec ce qui reste de la Grande Armée, couche sur la neige, transi de froid, souffre de toutes les privations, de toutes les tortures dont il trouve encore la force de noter les effets sur son carnet. Epuisé de fatigue, secoué par la fièvre, atteint de dysenterie, témoin impuissant de la mort de son frère cadet, il finit, au retour par être admis à l'hôpital de Berlin où il meurt le 27 janvier 1813. Il avait interrompu son journal dès le 9 du même mois.

Il est impossible de donner en un court article la moindre impression du prodigieux intérêt que présentent pour le lecteur chacune de ces pages du carnet de route de Maurice de Tascher conservé et annoté par son frère Ferdinand : impressions de témoin oculaire des événements qu'il a vécus, récits mêlés de descriptions, de notes pittoresques, de détails de mœurs, d'anecdotes de la Grande Armée. La sincérité de l'auteur est évidente. Il ne cherche pas à se faire valoir et d'ailleurs il écrivait son journal non pour être publié, mais pour lui-même, pour « charmer sa vieillesse » ! Il peint la guerre telle qu'il l'a vue, en bon observateur, sans phrases, sans recherche de l'effet littéraire et sans exagération, ce qui est rare dans les mémoires de la même époque. Et cependant, l'effet produit, pour n'avoir pas été voulu, n'en est que plus saisissant. Ses marches si pénibles à travers l'Espagne, les scènes de pillage et de massacres auxquelles il assiste, sa dure captivité de Baylen à Cadix, ses impressions de Wagram et de champ de bataille d'Essling, ses notes quotidiennes de la campagne de Russie, sont inoubliables pour qui en a subi l'émotion communicative

Un *Journal* de l'intérêt captivant et de la valeur de celui-là dépasse le gcercle des lecteurs napoléonisants et même, celui, plus large, des historiens. Il doit toucher, émouvoir et passionner tous ceux qui mettent les grandes réalités du passé au-dessus des plus belles œuvres d'imagination.

Marie-Louise. *La némésis de Napoléon*, par Alexandre MAHAN. Traduction française du colonel G. Gros. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 2 croquis et 8 gravures hors texte. Prix : 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

« L'abîme couvert de fleurs qui m'a perdu », a dit Napoléon dans le Mémorial de Sainte-Hélène, en parlant de son second mariage.

Cette nouvelle biographie de Marie-Louise, archiduchesse d'Autriche, Impératrice des Français, est basée sur les archives de la Cour de Vienne, qui, on le sait, n'ont été ouvertes aux chercheurs que par la Révolution de 1918, et, dont beaucoup ont été malheureusement brûlées en 1927, lors de l'incendie du Palais de Justice de Vienne.

Après un long travail de recherches dans ces archives, Alexandre Mahan est arrivé à démontrer qu'on peut vraiment appeler Marie-Louise la *Némésis de Napoléon* parce que, pendant les quatre années qu'elle a vécu avec lui, elle a été l'instrument de sa ruine et de sa déchéance.

Niaise et sans volonté, ont dit les uns ; dévergondée, mauvaise mère complice d'un crime, ont soutenu les autres. Jusqu'à présent, les historiens l'ont surtout jugée selon leur sympathie ou leur antipathie pour ceux à qui les événements l'ont liée : Napoléon, le duc de Reichstadt, François d'Autriche, Metternich. Le côté de sa vie que l'on a le plus fouillé est celui qui était susceptible d'éveiller la curiosité du lecteur, c'est-à-dire le côté condamnable.

En médecin, en psychologue, le Docteur Mahan dissèque l'âme de Marie-Louise, analyse les facteurs de nature si diverse qui ont contribué à former le conscient et l'inconscient de Marie-Louise. Il fait lumineusement ressortir l'empreinte ineffaçable de haine pour Napoléon que son atavisme, son éducation, l'entourage de son enfance avaient laissée dans son cœur, comment l'ardent désir de servir son pays, joint à l'amour filial a mué cette haine profonde en amour superficiel ; il nous fait suivre ensuite le chemin en sens inverse et nous voyons, sous l'action des événements et de la politique dont Metternich mène le jeu, l'amour céder la place à la haine, le mère devenir l'amante.

A côté de cette étude psychologique, le Docteur Mahan nous fait constater la coïncidence étrange qui existe entre tous les événements malheureux de la vie publique de Napoléon et les moindres incidents de sa vie conjugale : le déclin de son étoile commence à cette époque (n'a-t-on pas fait remarquer que Napoléon qui n'avait jamais perdu une bataille avant son second mariage, n'en gagna plus une après) ; on voit Marie-Louise agir consciemment ou non, comme une mauvaise fée qui fait échouer tous les plans de l'empereur, comme une Némésis qui lui assène, jusqu'à la fin, après sa fin, et même indirectement dans la personne de son fils, les coups les plus terribles.

Cet ouvrage, qui puise directement aux sources les plus sûres se lit comme un roman captivant. Il contient des pièces inédites en particulier des lettres surprenantes de Marie-Louise. C'est une importante contribution à la littérature napoléonienne qui prend sa place dans la Bibliothèque historique à côté du *Napoléon* d'Emil Ludwig et du *Fils de Napoléon* du Baron de Bourgoing.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'Organisation et des manifestations vitales

Par Éd. BETTERER

Tout homme, quelque inculte qu'il soit, distingue du premier coup d'œil un être vivant, végétal ou animal, d'un corps brut. Il explique la différence de ces deux sortes de corps en dotant l'être vivant d'un principe, ou d'une essence, différent de la matière morte. Les observateurs ne tardèrent pas à s'apercevoir que les êtres vivants étaient composés d'une matière arrangée d'une façon tout autre que les corps bruts. On donna à cet arrangement le nom d'*organisation*, c'est-à-dire qu'*on attacha* à l'idée de *vie*, celle d'une structure particulière de la matière. Voltaire et Buffon parlent à tout propos des êtres *organisés*, sans expliquer, il est vrai, en quoi consiste l'organisation.

Pendant des siècles, on expliqua ces différences, soit en admettant dans les êtres vivants un principe particulier (âme, force vitale, etc.), qui animerait la matière, soit en accordant à cette dernière la faculté de s'organiser ou de se vivifier elle-même dans certaines conditions.

A deux reprises différentes, Cl. Bernard (1) aborda ce problème : « La vie est-elle due à une puissance, à une force particulière, ou n'est-elle qu'une modalité des forces générales de la nature ? En d'autres termes, existe-t-il dans les êtres vivants une force spéciale qui soit distincte des forces physiques, chimiques ou mécaniques ? » On sait que, pour Cl. Bernard, les forces mécaniques, physiques et chimiques sont les seuls agents effectifs de l'organisme vivant. La vie n'apparaissant que dans une substance organisée, commençons par étudier cette dernière.

Qu'est-ce que c'est que l'organisation ? Voltaire parle déjà des êtres organisés pour désigner les êtres vivants, mais il néglige de dire en quoi ils se distinguent des corps bruts.

Buffon (2) propose de diviser la matière en *matière vivante* et *matière morte*, au lieu de dire *matière organisée* et *matière brute* ; le brut n'est que le mort.

Aux yeux de Buffon, les coquilles ne sont que des matières *brutes*, des débris et les parties mortes d'animaux ou de végétaux.

La distinction que fait Buffon ne correspond pas à la réalité ; une coquille n'est pas de la matière brute ; elle est organisée et résulte de l'union des éléments minéraux avec une substance qui a vécu et dont l'organisation ne fait aucun doute.

Ducrotay de Blainville (3) invoque les phénomènes nutritifs : dans les corps organisés, l'accroissement se fait par intussusception, tandis qu'elle se fait par superposition dans les corps inorganiques. Les premiers sont formés de combinaisons ternaires ou quaternaires.

Pour Aug. Comte, l'idée de vie suppose constamment la corrélation nécessaire de deux éléments indispensables, un organisme et un milieu.

La caractéristique de l'organisation est l'équilibre instable des molécules et des principes ainsi associés.

Ch. Robin (4) entend par *organisation* un état particulier d'association moléculaire de principes immédiats nombreux. C'est la faible stabilité de cette associaton qui caractérise la substance organisée.

Selon Cl. Bernard, l'organisation est la conséquence d'une loi organogénétique qui préexiste. Les recherches contemporaines confirment cette proposition.

I. — ORIGINE DES CORPS BRUTS ET DE LA MATIÈRE ORGANISÉE

Les philosophes de l'antiquité (indiens, grecs, etc.) croyaient à la préexistence de la matière ; c'était là le chaos qu'une puissance supérieure aurait débrouillé et mis en mouvement. Moïse proclame, par contre, que le chaos était le néant et que la parole de Dieu tira le monde du néant et sépara l'une de l'autre, l'eau de la matière. Ce serait l'intelligence qui présiderait à tout ordre matériel et intellectuel, ; l'accord des parties serait dû à un Etre souverainement intelligent. Les yeux, par exemple, auraient été faits pour voir. Un dessein dirigerait l'évolution des mondes ; c'est là l'opinion des cause-finaliers.

Voltaire (1) s'est demandé au milieu du XVIIIe siècle, « quelle est la main qui préside aux jeux des ressorts qui a transformé les corps bruts en êtres vivants ? »

Lamarck, Haeckel, etc., croyaient à la génération spontanée.

En 1884, l'hypothèse suivante fut émise par Nægeli : la première substance albuminoïde (base de toute substance vivante), se serait constituée dans une solution de corps inorganiques et se serait précipitée sous la forme de cristaux infiniment petits (micelles).

Remarquons que l'existence d'une substance albuminoïde implique la présence antérieure d'un être vivant et que les micelles avaient besoin de ce quelque chose de particulier qui les aurait animées.

Selon Wiesner (1892), les molécules chimiques se seraient groupées, suivant un arrangement spécial, et réussirent à posséder des propriétés vitales. W. Thomson (1893) assigna aux êtres primitifs une origine céleste : des météorites auraient apporté sur la terre des germes vivants. Ce ne sont pas là des hypothèses fondées sur des faits ; c'est de la fantaisie pure.

D'autres firent des expériences ; c'est ainsi que Woehler (1828), réussit à fabriquer de l'urée à l'aide de composés inorganiques (cyanogène et ammoniaque).

Berthelot effectua plus tard la synthèse des carbures d'hydrogène, puis celle des alcools et l'on conclut de là que la chimie aurait réalisé la formation des substances organiques. Cependant, un carbure d'hydrogène, comme les alcools, bien qu'ayant une composition identique à ceux qu'on trouve dans les êtres vivants, manque de ce quelque chose qui caractérise la vie et qui rend ces substances aptes à évoluer en êtres animés.

Les découvertes chimiques, physiques et mécaniques, nous renseignent sur la composition et les propriétés des corps bruts et des êtres vivants ; mais jusqu'à présent, il n'y a pas d'expérimentateur qui ait été assez heureux, pour donner la vie aux composés qu'il a pu fabriquer.

Camille Dreyfuss (2), ancien député, fait l'histoire de la terre et de ses habitants dans les termes suivants : « L'univers a existé d'abord à l'*état mécanique* ; nébuleuse en rotation, soumise à l'attraction universelle ; mais la chaleur, la lumière, l'électricité ont amené l'état *physique*, les combinaisons des corps, l'état *chimique* ; d'où enfin est dérivé l'état *organique*, issu tout naturellement du précédent. Du jour où les conditions de la vie ont été réunies, le protoplasma s'est formé aussi sûrement qu'un composé chimique quelconque dans les circonstances nécessaires à sa naissance. Et dès lors, la vie s'est étendue et multipliée à la surface du globe. »

C'est Moïse annonçant au peuple d'Israël, les hauts faits et les desseins de Jéhovah. Mais où sont les preuves de ces dires ?

Voici comment, je concois la formation des premières particules de substance vivante, mais je tiens à prévenir un tout chacun que je ne puis étayer mes vues sur des faits précis ou des expériences. La base matérielle de toute substance vi-

(1) *Phénomènes de la vie*. T. I, 1878 et *Science expérimentale*, 1878.
(2) BUFFON et DAUBENTON. — *Histoire naturelle*. T. II, p. 39, 1749.
(3) *De l'organisation des animaux*, p. XVIII, 1822.
(4) *Anatomie et physiologie cellulaires*, p. 20.

(1) Article Athée. — *Dictionnaire philosophique*.
(2) *L'évolution des mondes et des Sociétés*, p. 128, 1888.

vante ou protoplasma est un composé complexe peu fixe et instable, connu sous le nom d'*albuminoïde*. Il y a autant de sortes d'albuminoïdes qu'il y a d'espèces cellulaires ou animales.

Tout albuminoïde contient, en proportions variables du carbone, de l'hydrogène, de l'azote, de l'oxygène, des traces de soufre, du phosphore et parfois du fer. Comment se sont groupés et unis ces éléments ? Nous n'en connaissons pas les conditions ; nous ne savons pas à quelle époque et surtout nous ne pouvons pas dire s'il se forme encore aujourd'hui des substances albuminoïdes en dehors des germes venus de parents.

Comment ensuite ces éléments inorganiques combinés de façon instable se sont-ils animés ? La vie n'est ni une essence ni une entité qui existe en dehors de la matière.

A. — *Caractères de la matière organisée et vivante.*

La caractéristique de la plus grande partie des êtres organisés, ce sont les changements continuels qui se font dans les albuminoïdes et qui donnent lieu aux manifestations étrangères aux corps bruts. Les facteurs de ces manifestations ou phénomènes vitaux ne sauraient être que la chaleur, l'électricité, le mouvement ou les excitants variés qui agissent sur les albuminoïdes ; ils ont porté l'oxygène à consommer ou brûler une partie du carbone, de l'hydrogène, de l'azote, etc. ; de là la production de l'acide carbonique ou lactique et de l'urée.

Simultanément, il s'est dégagé de la chaleur, lors de cette désassimilation. Les éléments qui résistaient à la destruction effectuaient un travail intime qu'on n'observe pas dans les corps bruts : ils reconstruisaient et réparaient les pertes. En un mot, la désassimilation est accompagnée ou suivie de l'assimilation qui, l'emportant sur la première, accroît la masse albuminoïde ou protoplasmique. Si celle-ci subit des gains ou des pertes variables, si les excitations (mécaniques ou physico-chimiques) sont d'intensité et de valeur diverses, le protoplasma prendra une structure et des propriétés différentes.

Je passe sur les définitions qu'on a données de la vie, on les lira dans Cl. Bernard. Je me borne à en citer quelques exemples ; mais j'insiste sur un point capital qui est le suivant : depuis Bichat jusqu'aujourd'hui, tous les anatomistes et les physiologistes ont attaché une importance essentielle au double mouvement d'incorporation ou d'assimilation et à l'excrétion ou désassimilation dont les corps organisés ou vivants sont le siège.

On cherche dans des considérations générales, dit Bichat (1), la définition de la vie ; on la trouvera, je crois dans l'aperçu suivant : « *la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.* »

Tout ce qui entoure les corps vivants tend à les détruire. « Ils succomberaient s'ils n'avaient en eux un principe permanent de réaction ». Ce principe est celui de la vie ; inconnu dans sa nature, il ne peut être apprécié que par ses phénomènes. »

Bichat distingue la vie *organique et la vie animale*. Les végétaux et les animaux jouissent de la vie organique, qui se compose « d'une succession habituelle d'assimilation et d'excrétion ; par elles, il transforme sans cesse en sa propre substance, les molécules des corps voisins, et rejette ensuite ces molécules, lorsqu'elles lui sont devenues hétérogènes. Il ne vit qu'en lui par cette classe de fonctions ; par l'autre (vie animale), il existe hors de lui ; il est l'habitant du monde et non, comme le végétal, du lieu qui le vit naître. Il sent et aperçoit ce qui l'entoure, réfléchit ses sensations, se meut volontairement d'après leur influence, et le plus souvent, peut communiquer par la voix, ses désirs et ses craintes, ses plaisirs et ses peines ».

Pour G. Cuvier (2), l'essence de la vie consiste dans la faculté qu'ont certaines combinaisons corporelles de durer pendant un temps et sous une forme déterminée, en attirant sans cesse dans leur composition des substances environnantes, et en rendant aux éléments des portions de leur propre substance. La vie est donc un tourbillon plus ou moins rapide... Tant que ce mouvement subsiste, le corps où il s'exerce est *vivant* ; *il vit*. Lorsque le mouvement s'arrête sans retour, le corps *meurt*. Après la mort, il y a dissolution du corps ; « c'était donc par le mouvement vital que la dissolution était arrêtée et que les éléments du corps étaient momentanément réunis ».

Un tissu aréolaire dont les fibres ou les lames plus ou moins flexibles interceptent des liquides plus ou moins abondants est ce qu'on appelle l'*organisation* ; il n'y a que les *corps organisés*, qui puissent jouir de la vie... « Les efforts des physiciens n'ont pu encore nous montrer la matière s'organisant, soit d'elle-même, soit par une cause extérieure quelconque » (*loc. cit.*, p. 11). En ce qui concerne la naissance d'un être organisé, il descend de parents.

« En résumé, l'absorption, l'assimilation, l'exhalation, le développement, la génération, sont les fonctions communes à tous les êtres vivants » (*loc. cit.*, p. 15).

G. Cuvier (1) s'exprime à peu près dans les mêmes termes que Bichat : « L'idée de la vie est une des idées générales et obscures produites en nous par certaines suites de phénomènes que nous voyons se succéder dans un ordre constant et se tenir par des rapports mutuels. Quoique nous ignorions la nature du lieu qui les unit, nous sentons que ce lien doit exister et cela nous suffit pour nous les faire désigner par un nom que le vulgaire regarde comme le signe d'un principe particulier, quoique en effet, ce nom ne puisse jamais indiquer que l'ensemble des phénomènes qui ont donné lieu à sa formation.

« Ainsi notre propre corps et plusieurs autres qui ont avec lui des rapports de forme et de structure plus ou moins marqués, paraissent résister pendant un certain temps aux lois qui gouvernent les corps bruts, et même agir sur tout ce qui les environne, d'une manière entièrement contraire à ces lois, nous employons les noms de *vie*, de *force vitale* pour désigner ces exceptions, aux moins apparentes aux lois générales. »

Ce seraient donc l'assimilation et la désassimilation, c'est-à-dire un échange constant avec le milieu ambiant qui caractériserait la matière organisée ou vivante. Cependant, ce fait n'est pas général. Il existe, en effet, des animaux multicellulaires, les *tardigrades* et les *rotifères*, ainsi que de nombreux êtres unicellulaires (infusoires et bactéries), qui peuvent conserver la vie pendant un temps fort long sans faire aucun échange avec le milieu ambiant. Les tardigrades sont des arachnides munies de pièces buccales et de pattes, mais dépourvues de cœur et d'organes respiratoires. Les *rotifères* sont des vers ayant un ganglion nerveux dans la tête.

Les rotifères vivent dans l'eau bourbeuse des gouttières des toits. Dès la fin du XVII[e] siècle Leeuwenhoeck les découvrit et vit qu'ils pouvaient être desséchés sans mourir. Et un siècle plus tard Spallanzani fit des observations curieuses sur ces animalcules desséchés : ils conservent la vie pendant des années, résistent aux rayons du soleil, à une chaleur de près de 100°, au froid, au vide pour reprendre tous les caractères d'êtres vivants dès qu'on humecte de nouveau la poussière qui les contient.

Les tardigrades se comportent de même. Les anguillules du blé niellé ont la même faculté. Beaucoup d'êtres unicellulaires sont dans le même cas, tels sont nombre d'infusoires et les spores des bactéries, des champignons, des algues.

Donc, la matière vivante, peut par la dessication perdre les propriétés d'assimilation et de désassimilation, prendre l'apparence d'une substance morte, mais ne cesse pas de vivre puisque l'addition d'une goutte d'eau la remet en activité vitale.

Les plantes présentent en hiver un état analogue ; elles ne font plus ou guère d'échanges avec le milieu extérieur ; mais dès que le printemps revient, elles reprennent leur vie active. On dit que les plantes ont la *vie oscillante*.

Les outils dont se servent les êtres vivants, diffèrent de ceux des corps bruts ; ils sont également vivants ; on leur donne le nom d'organes ; ils sont composés des mêmes éléments que les corps bruts, mais ont un arrangement particu-

(1) *Recherches physiologiques sur la vie et la mort.*
(2) *Le règne animal*, T. I, p. 11, 1829.

(1) *Anatomie comparée*, T. I, p. 1, 1835.

lier. L'analyse chimique décèle dans les corps vivants et les organes les mêmes éléments que dans les corps bruts : mais ces éléments se renouvellent sans cesse dans les corps vivants, ce qui ne se fait pas dans les corps bruts ; à mesure que les organes s'usent, ils se réparent grâce à la transformation des éléments bruts en matière vivante.

Les êtres vivants produisent de la chaleur comme les corps bruts ; les poissons électriques forment de l'électricité qui ne diffère en rien de l'électricité d'une pile métallique. La vie n'est qu'une modalité des phénomènes généraux de la nature ; ce sont les instruments producteurs qui varient seuls. « Ne pourrait-on pas ajouter, dit Cl. Bernard (1), que l'intelligence elle-même, dont les phénomènes caractérisent l'expression la plus élevée de la vie, se révèle en dehors des êtres vivants dans l'harmonie des lois de l'univers ? Mais nulle part ailleurs que dans les êtres vivants, elle n'est traduite par des instruments qui la manifestent sous la forme de sensibilité, de volonté. »

Pour Cl. Bernard, l'organisme vivant fonctionne suivant les lois de la mécanique et de la physico-chimie ordinaire ; la seule différence consiste dans les instruments spéciaux ou organes des êtres vivants.

Les substances qui constituent les organes de l'être vivant sont constamment en voie de destruction et de renouvellement ; elles sont usées et disparaissent par désassimilation, mais elles sont remplacées par d'autres substances également vivantes qui se forment aux dépens d'éléments bruts introduits par l'alimentation. Dans un espace de temps plus ou moins court, la substance du corps se trouve renouvelée.

Les substances organisées se composent des mêmes éléments que les corps bruts ; c'est là, un fait bien établi par la chimie. Elles absorbent de l'oxygène et donnent naissance à des produits de désassimilation (urée, etc.). De plus, elles sont capables de réparer les pertes et de transformer les éléments des corps bruts en matière vivante.

Enfin, elles se modifient au point de vue physique et chimique selon le milieu où elles se trouvent et les facteurs qui agissent sur elles.

B. — *Modifications de la matière vivante sous l'influence des facteurs externes.*

Selon le milieu et les facteurs externes, le même tissu évolue dans un sens différent ; la cellule épithéliale qui est baignée par un liquide (tégument externe des poissons, cavité buccale de la plupart des mammifères) reste molle ; que, par contre, elle soit placée dans une atmosphère sèche (téguments des mammifères) ou exposée à subir l'action mécanique des aliments solides et durs (cavité buccale des ruminants), les dernières couches du revêtement épithélial s'épaississent et deviennent cornées.

Voici comment Cl. Bernard résume dans la *Science expérimentale* (p. 128), son opinion sur la différence des corps bruts et des êtres organisés.

C'est l'arrangement moléculaire qui est spécial aux êtres vivants, car les corps chimiques qui composent les êtres vivants sont absolument les mêmes que ceux qui forment la matière inorganique. Quant à l'origine de cet arrangement, elle nous échappe.

Les organes vivants s'usent et se détruisent sans cesse, mais les éléments histologiques s'y renouvellent sans cesse, à mesure que les organes se décomposent. Il y a réparation des pertes et transformation des éléments bruts en substance vivante.

Est-ce un principe intérieur qui préside à cette rénovation ?

Les éléments musculaires servent aux manifestations motrices, les nerveux à la sensibilité, les glandulaires à la sécrétion.

Pour Cl. Bernard, la matière n'engendre pas les phénomènes qu'elle manifeste. Elle n'est que le *substratum* qui donne aux phénomènes leurs conditions de manifestations.

Tout cela est exact ; mais ce qui actuellement reste caché, c'est la relation des corps vivants avec les corps bruts et les conditions dans lesquelles les premiers ont pris naissance aux dépens des seconds.

(1) *La Science expérimentale*, p. 117, 1878.

Les autres tissus obéissent à la même loi : le tissu conjonctif devient fibreux lorsqu'il subit des tractions ou des pressions notables ; les muscles acquièrent en fonctionnant une masse hyaline plus abondante et une trame élastique plus délicate, etc., etc. En l'absence d'exercice et de travail mécanique, les tissus et les organes ne tardent pas à rétrograder, à s'atrophier et même à disparaître. C'est ce qui est arrivé aux dents du fourmilier qui avale les fourmis, son seul aliment, sans les mâcher. Les fœtus de baleine ont des ébauches dentaires pourvues d'une mince couche de dentine, mais après la naissance, la baleine ne se sert que de ses fanons pour retenir les crevettes dont elle se nourrit et qu'elle avale telles quelles ; aussi la baleine adulte n'a-t-elle plus dans sa mâchoire inférieure que des rudiments de dents.

L'exercice et le travail activent la désassimilation et l'assimilation ; le manœuvre a besoin d'une nourriture plus abondante que l'homme de cabinet et ses tissus possèdent une vitalité supérieure à ceux de ce dernier.

Jusqu'à présent nous n'avons envisagé que les éléments qui élaborent des substances demeurant entre ou dans les cellules proprement dites (substances intercellulaires ou intracellulaires) ou bien des produits qui modifient les matières qui doivent être assimilées.

Il en est de même des glandes qui versent dans le sang des substances qui agissent sur les autres organes en activant leur fonctionnement ou en détruisant certains principes toxiques.

C. *Origine des êtres vivants actuels et influence des facteurs internes et externes sur le développement des organes.*

Si nous ignorons la façon dont le premier organisme a pris naissance, nous pouvons facilement suivre l'origine et le mode de formation des êtres vivants actuels qui ne sont que des parcelles détachées de leurs parents. Bien plus, il nous ese possible de montrer que la matière organisée apparaît toujourt sous la forme de petits corps contenant chacun un corpusculs central (noyau) entouré d'une masse demi-fluide, dite corpe cellulaire ou protoplasma. La portion périphérique de ces corps protoplasmiques ou cellules se modifie même de diverses façons et se distingue de la portion centrale nucléée par le fait qu'elle devient fibrillaire, homogène ou se charge de sels calcaires et semble distincte de la cellule de sorte qu'on la décrit sous le nom de *substance intercellulaire.*

D'autre part, les facteurs internes et externes jouent un rôle considérable dans cette évolution. Prenons pour exemple l'organe de la vue.

Les végétaux et les animaux inférieurs sont dépourvus d'yeux. Les méduses (polypes) et les astérides (échinodermes) qui se guident d'après la lumière pour trouver leur nourriture ou éviter l'ennemi commencent à posséder des taches ou points de pigment.

Dans le dernier groupe, ces taches pigmentaires sont formées de bâtonnets recouverts d'un cornée transparente. A mesure qu'on monte dans l'échelle des êtres, les yeux deviennent de plus en plus compliqués et parfaits. C'est ainsi que les céphalopodes (poulpe) sont pourvus d'organes visuels qui ne le cèdent guère à ceux des vertébrés.

Pour les yeux, comme pour toutes les parties du protoplasma, les facteurs mécaniques et physico-chimiques jouent le rôle capital dans leur développement et l'évolution des organes qui se perfectionnent sous leur influence ainsi qu'à force d'exercice. En l'absence d'usage, les organes s'atrophient et même disparaissent. Un petit rongeur, le *spalax*, ainsi que la taupe (insectivore) ne possèdent que des yeux rudimentaires cachés sous la fourrure parce que ces petits mammifères vivent sous terre dans des galeries obscures.

Bien que provenant de la même cellule (ovule fécondé), les éléments prennent peu à peu au cours de l'évolution, une structure et des propriétés vitales. Les organes de soutien (tissu conjonctif, cartilage, os), sont riches en substance conjonctive ou collagène. Les glandes sont formées de cellules épithéliales reposant par l'une de leurs faces sur du tissu conjonctif vasculaire. La plupart des glandes élaborent un produit qui est versé sur le tégument soit externe, soit interne et qui sert à transformer les aliments en substances assimilables ou à pro-

téger l'organisme. Plusieurs de ces glandes à conduit excréteur sécrètent de plus une substance fluide qui passe dans le sang et exerce une action spéciale sur les autres organes ; tels sont le pancréas, le foie, le testicule, l'ovaire. Enfin, il existe des glandes (thyroïde, capsule surrénale) qui sont privées de conduit excréteur et n'agissent sur l'organisme que par *sécrétion interne*. Citons encore les *capsules surrénales* élaborant et versant dans le sang une substance (adrénaline) qui augmente la contraction ou tonus des vaisseaux sanguins, tandis que l'extrait du lobe antérieur de l'hypophyse est, au contraire, vaso-dilatateur.

En résumé, les relations que la matière vivante ou protoplasma affecte avec les autres parties de l'organisme ou le monde ambiant sont des plus variées. Il se transforme en kératine ou mucus pour protéger les parties internes ; il élabore des liquides ou des fluides qui modifient les substances étrangères de façon à les rendre absorbables et assimilables ; il prend la consistance de fibres conjonctives ou élastiques ou de masse amorphe (tissus conjonctifs, élastiques, substance intercellulaire du cartilage et de l'os) pour constituer des organes de soutien. Le protoplasma est capable soit seul (ovule), soit uni à celui d'un élément mâle de donner naissance à une cellule qui, en se divisant et en évoluant, reproduit un organisme semblable à celui des parents.

Pendant que ces changements s'effectuent, les cellules continuent à élaborer et à verser dans la lymphe et le sang des substances qui agissent sur les organes et exercent une interaction nécessaire au bien-être de l'ensemble organique (*sécrétions internes*).

Les animaux ne se bornent pas aux relations précédentes ; ils reçoivent les impressions du monde extérieur et les transforment en mouvements qui réagissent sur le monde ambiant.

Les éléments qui effectuent ces transformations sont connus sous le nom de cellules nerveuses et de fibres musculaires. Les premières (cellules nerveuses) ont, au moins celles du cerveau, le pouvoir de nous rendre compte aussi bien de l'état du monde extérieur que de notre propre existence ; elles sont l'agent producteur et le siège de la personnalité, de l'intelligence ou du moi. Quelle est la substance du moi ? Est-elle solide, liquide ou fluide ? Est-elle incorporelle ou matérielle ? Est-elle d'origine différente des éléments organiques, ou un produit de ces derniers ?

L'une et l'autre opinions ont eu et continuent à avoir cours.

Il en est de même des *sentiments* (le bien, le mal, l'honnète, le malhonnête, le juste, l'injuste).

Nous en ignorons également la nature. Tout ce que nous savons, c'est que le moi, les sentiments ou moral, siègent dans les cellules cérébrales qui possèdent un protoplasma riche en phosphore (dit le *protagon*) ; mais le protagon, ne serait qu'un mélange de cérébrine et de lécithine.

(*A suivre.*)

« Une des objections qu'on élève contre la multiplication des sanatoriums, c'est leur *prix de revient*. Mais nous croyons que les sanatoriums qui ont été construits récemment, depuis l'application de la loi du 7 septembre 1929 et des décrets des 10 août 1920 et 30 mai 1932, ont coûté beaucoup trop cher.

Pour certains d'entre eux, on a dépensé sans limite, ne craignant pas d'organiser des services avec un luxe qui, pour des sanatoriums populaires, paraît parfaitement inutile. Tout s'en est ressenti, naturellement : le prix des lits et la dépense journalière qui, dans la plupart des grands sanatoriums populaires, ou assimilés, dépasse 30 francs par jour, tandis que la journée ne coûte à Bligny que 23 francs. » (Docteur Paul LE GENDRE. — La cure sanatoriale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Acad. de Médecine, séance du 13 juin 1933.)

La consommation de quinine dans le monde a été de 60.000 kilos en 1931. Les 9/10 du médicament sont fabriqués à Java et à Sumatra, tandis que le dernier dixième, aux Indes anglaises. (*L'Informateur Médical.*)

Contribution à l'étude des complications neuro-paralytiques post-rachianesthésiques

Par E. COHEN et M. SCHACHTER (Bucarest)

Dans l'étude présente, nous voulons insister surtout sur les complications neuro-paralytiques tardives post-rachianesthésiques.

De ces complications, celles qui concernent l'atteinte du nerf oculo-moteur externe, sont les plus connues, car les plus fréquemment décrites. Leur fréquence est selon Forgue et Basset de 1 - 5 ‰ des cas. Le Professeur Angelesco donne 8 cas sur ses 6.000 rachianesthésies, et M. Juvara affirme avoir vu un seul cas d'atteinte du 6e nerf cranien sur 11.000 rachianesthésies.

Dans son étude sur les complications de la rachianesthésie, Angelesco et Tovaru, divisent les paralysies post-rachi anesthésiques en centrales et périphériques, les premières plutôt rares, les dernières plus communes. Celles-ci concernent les nerfs craniens et rachidiens. Comme nous l'avons dit plus haut, la VIe paire cranienne est la plus atteinte ; viennent ensuite et dans une proportion moindre, l'oculo-moteur commun (cas de I. Barsan, in *Rev. sanit. milit.*, 1933, no. 1. XXXII (roum.) le droit interne, le grand oblique, le pathétique (cas observé par Manolesco et Butoianu). Parmi les complications neuro-paralytiques médullaires, on peut voir parfois : des syndromes Brown-Séquard, des monoplégies crurales et plus rarement des quadriplégies passagères, comme dans un cas récent décrit par Devraigne.

Les nerfs rachidiens les plus fréquemment atteints sont le sciatique poplité externe (cas signalés par Riche, Cotte, Dujarier, Cottalorda, Munchmeyer, Oudard, etc.) le péronnier, tandis qu'aux membres supérieurs, on a signalé des cas d'atteinte du radial ou du cubital, dans la suite de la rachianesthésie.

Mais en dehors des manifestations nettes de ces complications neuro-paralytiques, des auteurs, Albo et Pla, ont décrit en 1930 (dans la *Revue Sud-Américaine de méd. et chir.*, septembre) des signes d'atteinte nerveuse, se révélant seulement par un examen neurologique soigneux. Albo et Pla divisent ces signes médullaires cachés post-rachianesthésiques en : 1) signes pyramidaux (réflexes exagérés, clonus, Babinski) et 2) signes de claudication médullaire de type Dejerine.

Avant de passer aux considérations pathogéniques, exposons notre cas personnel, où nous avons observé des troubles dans le domaine du sciatique et sciatique poplité externe.

Observation. — Il s'agit d'une femme de 23 ans à laquelle on a fait au début de février 1933 une rachi avec 8 c. c. syncaïne et 0,25 gr. caféine, entre les Xe et XIe vertèbres dorsales. Cette rachianesthésie a été faite pour pouvoir extraire un fœtus mort au cours du neuvième mois, et qui se trouvait dans une position dystocique. On a extrait un fœtus de 3.650 gr., et les suites ont été normales pour la mère. Seulement six à sept jours après, quand la malade a essayé de quitter son lit, elle a remarqué une impotence fonctionnelle de son membre inférieur droit.

Pendant son alitement, elle a dû être sondée par suite de rétention d'urine. Actuellement, nous nous trouvons en face d'une femme de constitution asthénique typique, avec une pigmentation accentuée de la ligne blanche. A l'examen du membre inférieur droit, on constate une déficience motrice de ce membre. En effet, ce membre est en varus equin, et tous les mouvements sont réduits, surtout l'abaissement ; la force segmentaire est beaucoup diminuée pour la flexion et abolie pour l'extension. Les orteils exécutent des flexions mais esquissent seulement une extension Sensibilité subjective : la malade accuse des douleurs et fourmillements dans la jambe et pied droits, et des fourmillements du côté du talon gauche. Les masses musculaires de la jambe sont sensibles à la pression surtout du côté droit. Objectivement, on constate une zone d'hypoesthésie et hypoalgésie dans la région malléollaire externe, le bord externe du pied droit et au petit orteil du même côté. Le sciatique droit est doulou-

reux à la pression ; signe de Lasègue positif de ce côté. Les réflexes ostéo-tendineux : vifs aux membres supérieurs et aux deux rotuliens. Le réflexe d'Achille est plus vif à droite ; les réflexes plantaires se font en flexion plantaire : les abdominaux sont présents. La malade steppe pendant la marche. Le pli fessier est plus abaissé du côté malade et les masses musculaires sont hypotoniques B. W. est négatif dans le sang.

En résumé, il s'agit d'une femme, qui dans la suite de la rachianesthésie avec de la syncaïne, a présenté des signes de sciatique et de paralysie du sciatique poplité externe. Comme le mouvement de l'abaissement était plus déficitaire et que les troubles de la sensibilité touchaient seulement la marge externe du pied, on peut dire que du sciatique poplité externe, les racines du musculo-cutané étaient les plus atteintes.

Plusieurs théories se sont proposé d'expliquer les complications neuro-paralytiques post-rachianesthésiques, indifférentes de leur localisation sur les nerfs craniens ou spinaux. Toutes apportent sans doute une partie de vérité, aussi toutes méritent-elles, pour l'instant, d'être discutées.

La théorie mécanique, invoquée par Pappenheim attribue aux hémorragies capillaires qui se produisent par la ponction lombaire les manifestations paralytiques. En effet, dans les suites de la ponction lombaire exploratrice, l'on a pu signaler des paralysies de la VIe paire. Tout récemment, l'un d'entre nous a observé et décrit deux cas de ce genre (Radovici et Cohen, in *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Bucarest*, 1933). On a néanmoins objecté à cette théorie, le fait incontestable, que ces complications sont plus fréquentes après la rachianesthésie. Dans leur mémoire, Albo et Pla, n'ont pas observé des manifestations médullaires larvées, dans la suite de simples ponctions lombaires exploratrices.

La théorie toxique attribue les complications à la substance anesthésique. Mais on peut objecter en soutenant que l'anesthésique qui s'élimine dans les premières vingt-quatre heures, n'a rien à voir avec les paralysies qui apparaissent seulement après huit ou dix jours, en moyenne. Il est vrai que certains auteurs persistent à admettre la théorie toxique, en se basant sur la différence de la fréquence des complications neuro-paralytiques, en rapport avec le toxique employé. Ainsi, la stovaïne serait plus nocive que la percaïne ou la syncaïne.

La théorie méningée, est soutenue par Terrien surtout. Elle attribue aux altérations méningées, les paralysies post-rachianesthésiques. Elle se base entre autres, sur le fait que parfois, les paralysies sont précédées d'un état méningé (qui ne semble pas avoir été vu chez notre malade) et d'altérations chimiques et cytologiques du liquide céphalo-rachidien *dans la suite* de la rachianesthésie (chose signalée par Stéphanovitch). Il est possible que les altérations méningées s'accompagnent de lésions plus profondes, surtout dans les cas durables.

Pour M. Angelesco et Tovaru, les paralysies ne dépendent pas de la toxicité de la substance, ni de sa quantité, mais plutôt de la nature et des conditions où l'on exécute une rachianesthésie. En effet, ces auteurs ont remarqué que les accidents sont plus fréquents après des interventions sur des organes infectés ou en état d'infection latente. Plus encore, les saisons *froides* leur semblent accentuer la fréquence de ces mêmes complications neurologiques. L'existence d'un intervalle libre entre la rachianesthésie et l'apparition des complications paralytiques (intervalle qui est apprécié différemment par les auteurs, mais ne dépasse pas les six à quinze jours après l'intervention) est regardée par Angelesco et Tovaru comme étant une *période d'incubation*, chose propre à l'installation d'une infection. En un mot, pour les auteurs roumains, les complications neurologiques tardives, sont l'expression d'une infection généralement atténuée, passagère, qui provient de l'invasion du névraxe, par des germes venant de foyers plus ou moins actifs. Cette invasion se produit par suite de la rupture de la barrière méningée protectrice, par la ponction lombaire.

Pour expliquer l'atteinte fréquente de la VIe paire cranienne, M. J. Barsan admet que le toxique ou l'agent infectieux probable, touche plus facilement les noyaux *les plus rapprochés du lumen* où circule le liquide céphalo-rachidien. Or, l'on sait que le noyau du VIe nerf fait une saillie dans le plancher du IVe ventricule. Quand l'un des multiples noyaux de l'oculo-moteur commun ou du pathétique est rapproché du lumen de l'aqueduc de Sylvius, on peut avoir des paralysies, *mais partielles* de l'oculo-moteur commun ou du pathétique.

Pour terminer avec ces considérations pathogéniques, disons que M. Blatt (de Bucarest) croit pouvoir insister sur l'importance de la *constitution neuropathique* dans la production des accidents post-rachianesthésiques. Les sujets atteints d'un trouble du système nerveux central ou végétatif seraient plus capables de faire de pareils accidents. Aussi, chaque malade devrait-il être examiné au préalable.

HYDRO-CLIMATOLOGIE

La réorganisation médicale de la station climatique et thermale de Saint-Gervais-les-Bains

Par A. DESAUX et M. PAILLET

A la fin de 1930, la commune de Saint-Gervais-les-Bains rachetait le domaine thermal et décidait d'en faire l'exploitation sous le contrôle médical. Elle nous demanda d'étudier les moyens propres à la remise en marche de l'Etablissement thermal.

En janvier 1931, après avoir pris l'avis des médecins consultants de la station, nous traçâmes les grandes lignes d'une organisation qui fut quelques mois plus tard réalisée, grâce à l'appui de nos Maîtres et Amis qui vinrent nous aider dans cette entreprise, grâce à l'excellent esprit de la population toute entière qui sut s'imposer de lourds sacrifices.

Voici, sur cette organisation, un court aperçu destiné à faire comprendre l'esprit de cette collaboration médicale dont *le seul et unique but fut l'intérêt du malade.*

Par une convention signée en 1931, la commune de Saint-Gervais-les-Bains, désireuse d'exploiter ses eaux et son climat suivant les données scientifiques modernes, confia l'organisation médicale de la station à un Comité consultatif médical auquel fut réservée la direction des recherches scientifiques concernant le climat, les propriétés et l'utilisation des eaux.

Le Comité consultatif médical (association régie par la loi du 1er juillet 1901) fut formé sous le patronage de MM. les Professeurs Gougerot, Lemaître, Loeper, Nicolas, et constitué par: président, M. Sainton ; vice-président, M. Martingay ; secrétaire général, M. A. Desaux ; secrétaires adjoints, MM. Chouquet et Jean Lacassagne ; Antoine, Chavanne, Carle, Faroy, Gâté, Ramadier, Troisier, Turpin, H. Vignes (1).

Son seul but fut de faire œuvre nationale, scientifique et humanitaire ; il ne prit aucune part aux actes commerciaux ; il agit en dehors de toute combinaison financière, dans une indépendance absolue. Son unique désir fut que toutes les ressources de la station fussent employées au mieux des intérêts des malades, à quelques classes qu'ils appartiennent et suivant une technique perfectionnée.

Il apporta bénévolement son temps, son travail, ses conseils scientifiques. Il exigea en revanche que la commune et la Société fermière exploitante aient pour but exclusif l'intérêt du malade en écartant toute idée de spéculation.

Il s'inspira des avis du Service des mines chargé légalement de la surveillance des sources, — des conseils de techniciens géologues ou hydrologues, — des suggestions des médecins consultants de la station.

(1) Notre regretté ami Legrain faisait partie de ce Comité.

Il se tint constamment en liaison officielle avec la municipalité et en relations amicales avec une commission dite de liaison qui groupe les délégués des diverses organisations locales (Société fermière, Syndicats d'initiative, des hôteliers, etc.).

Il eut pour agent exécutif et représentant permanent à Saint-Gervais un médecin, directeur technique de l'établissement thermal, M. le Docteur Paillet.

La Société fermière, à laquelle la commune concéda l'exploitation commerciale des sources, fut formée exclusivement par les habitants du pays qui, prêtant leur capital à un taux rationnel et légal, acceptèrent de ne faire aucun bénéfice, tout bénéfice réalisé dans l'exploitation commerciale des eaux devant être employé à améliorer l'établissement thermal pour le plus grand bien des malades.

Cette Société fermière s'engagea à suivre les directives du Comité consultatif médical.

Les années 1931-1932-1933 virent les premières réalisations de cette collaboration d'un mode nouveau :

Sous la direction de M. le Professeur Piéry, une récente étude des eaux a été faite par M. Moret, professeur de géologie à la Faculté des sciences de Grenoble, par MM. les Professeurs de la Faculté de Lyon, Cluset, Florence, Nogier, Rochaix, aidés de MM. Kofmann, Milhaud :

Les captages des sources ont été revisés et améliorés ; leur surveillance et protection renforcées. Ajoutons qu'un sondage fréquent des glaciers met à l'abri d'une catastrophe analogue à celle de 1892 ;

L'établissement thermal, élevé en 1895 à 800 mètres des émergences et qui utilisait l'eau thermale refroidie puis réchauffée, a été abandonné; un nouvel établissement thermal, construit immédiatement au-dessus des sources, permet aujourd'hui d'employer, suivant les techniques modernes, une eau ayant conservé toutes ses propriétés physiques, chimiques et toute sa radioactivité :

L'étude du climat est entreprise ;

Des tables de régimes ont été instituées dans les hôtels ;

Des mesures d'hygiène urbaine ont été adoptées ; les unes visent la protection des eaux potables, la récolte et la distribution du lait (une laiterie moderne existe actuellement), l'organisation et le fonctionnement des abattoirs aujourd'hui reconstruits, l'enlèvement et la destruction des ordures ménagères, la suppression des poussières, le goudronnage des routes, le service des égouts, etc. ; — les autres tendent à mettre la station, fréquentée par les adultes et les enfants, à l'abri de la contagion : toute personne séjournant à Saint-Gervais-les-Bains doit être munie d'un certificat de non contagiosité.

Tels sont les résultats déjà obtenus. D'autres projets sont formés ; les détails en ont été fixés au cours des assemblées qui, en octobre 1931 et 1932, groupèrent à Saint-Gervais, aux côtés des techniciens géologues et hydrologues, le Comité consultatif médical, les médecins consultants de la station, la Municipalité, les diverses organisations locales.

Statistique des cas de syphilis récente au dispensaire Lailler en 1932. MM. Sézary et Duruy (*S. fr. de Derm. et de Syph.*, 9 février 1933) ont observé une diminution de 4 pour 100 dans le nombre des syphilitiques récents en 1932. La régres est lente, mais progressive depuis cinq ans.

« La Croisade pour l'appendicectomie prêchée par d'illustres chirurgiens dans certains journaux médicaux a révélé quelques hérétiques.

Un courageux mais téméraire confrère ose affirmer qu'il guérit les appendicites en ayant recours... aux sangsues...

« La preuve, écrit-il, que ma méthode est bonne, c'est que depuis vingt ans que je l'applique, tous mes malades ont guéri et qu'aucun d'eux n'a eu de récidive ». Il aurait pu ajouter en post-scriptum : « Et puis, c'est une méthode facile, on peut l'appliquer à domicile, elle convient à toutes les bourses ! » (Ch. Moigneteau. *Le Concours Médical*, 9 avril 1933.)

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude thérapeutique de l'arsénomyl ou 802 Mouneyrat

Par Madame le Docteur G. POUCHET-SOUFFLAND,
Assistante à l'hôpital des Enfants-Malades.

Il existe déjà de nombreux composés arsenicaux dont la valeur thérapeutique est très différente, surtout au point de vue des accidents plus ou moins sérieux, que leur emploi est susceptible d'entraîner. D'autre part, ces composés sont loin de posséder la même valeur tréponémicide et il n'y a pas de relation étroite entre cette valeur et l'éclosion des accidents qu'ils sont capables de provoquer.

L'expérimentation a montré que ces divers composés arsenicaux peuvent se rattacher à deux grandes séries, l'une dans laquelle l'arsenic fonctionne comme élément pentavalent et l'autre dans laquelle ce même arsenic fonctionne comme élément trivalent. A cette dernière série appartiennent les dérivés arsénoïques tels que le 606 et le 914 que l'on appelle communément *arsénos*. En général, les composés à arsenic trivalent sont plus toxiques que les composés à arsenic pentavalent, comme l'acide arsénieux (As trivalent) est plus toxique que l'acide arsénique (As pentavalent).

D'autre part, la structure moléculaire exerce sur l'action pharmacodynamique une influence au sujet de laquelle le Professeur Pouchet insistait, avec raison, dans son enseignement. Et l'exemple des trois acides salicyliques : ortho, méta et para, dont l'action microbicide est si différente, constitue le premier et le plus typique exemple de cette influence. Les rapports immédiats de l'arsenic avec les groupements plus ou moins complexes avec lesquels il échange ses atomicités, sa place dans la molécule, l'influence réciproque de ces groupements sont autant de causes qui orientent, si l'on peut ainsi dire, l'action pharmacodynamique dans le sens du médicament ou du poison, c'est-à-dire dans le sens de l'activité ou de la passivité.

Ce n'est pas, en effet, la fonction arséno à elle seule qui entraîne l'activité et il ne suffit pas de réduire un dérivé arsenical pentavalent pour le transformer en un arsénoïque actif. Pour que cette activité médicamenteuse se manifeste, il est nécessaire de fixer certains groupements plus ou moins complexes sur le noyau benzénique rattaché à la fonction arséno. L'exemple de l'arsénobenzol, $C^6H^5—As = As — C^6H^5$, complètement inactif contre le tréponème est une preuve évidente de ce fait.

En ce qui regarde plus spécialement les composés arsenicaux, M. Fourneau a démontré dans une remarquable série de recherches, la grande importance de la situation dans la molécule de l'élément As et des groupements composés qui lui sont adjoints dans cette molécule. Je renverrai ceux que cette question pourrait intéresser à l'étude détaillée publiée par le Professeur Pouchet (1).

Comme il est impossible de prévoir avec quelque certitude l'orientation qui pourra être imprimée à un dérivé déterminé par la position dans laquelle sera fixé un groupement substitué, il n'est pas inutile de s'évertuer à obtenir de nouveaux dérivés arsenicaux, malgré l'excellence de quelques-uns de ceux actuellement connus et utilisés. On peut toujours logiquement espérer que les qualités thérapeutiques prédomine-

(1) G. Pouchet. — A propos des arsénobenzènes. *Pratique médicale française*, novembre 1927, n° 11 *bis*, p. 371 Consulter également l'article *Chimiothérapie* de E. Fourneau, Biologie médicale, t. XVII, p. 156, Arsenic.

BIBLIOGRAPHIE

Urologie infantile, par les Docteurs Beer et Hyman. Préface de M. le Docteur E. Papin. Traduit de l'américain par le Docteur Busser. Un volume in-8° (20 × 15) de 259 pages, avec 50 figures. Prix : 40 francs. Librairie-imprimerie Gauthier-Villars, 55, quai des Grands Augustins, Paris (6e).

La chirurgie infantile est acceptée, par tous, comme une spécialité de la chirurgie générale, elle suffit à absorber l'activité de celui qui s'y consacre. Il existe aussi une urologie infantile qui doit, naturellement, être confiée aux urologistes, car les méthodes d'examen sont les mêmes que celles de l'urologie des adultes et demandent encore plus de patience et d'adresse. Tous les urologistes ne connaissent pas également bien ce territoire : il en est qui soignent rarement des enfants, d'autres jamais. Aussi faut-il être reconnaissant à Beer et à Hyman, particulièrement compétents en la matière, d'avoir écrit cet ouvrage. Il faut remercier, également, le Docteur Busser d'en avoir donné une excellente traduction qui sera favorablement accueillie par les spécialistes non familiarisés avec la langue anglaise. Il n'existe encore, chez nous, aucun livre de ce genre ; il faut même ajouter que l'urologie infantile n'y est pas organisée, la plupart des petits malades étant soignés dans les hôpitaux d'enfants où l'on fait appel à l'urologiste pour les examens spéciaux.

Les difficultés particulières de l'urologie chez les enfants, surtout chez les très jeunes enfants, proviennent de l'interrogatoire, où l'on a peine à faire préciser les symptômes subjectifs, et de l'emploi des procédés endoscopiques qui exige toujours l'anesthésie générale. La radiographie préalable joue un rôle important et permet de limiter les indications de l'endoscopie.

Comme la pathologie infantile en général, l'urologie infantile comprend des affections qu'on peut observer à tout âge, mais qui revêtent, chez l'enfant, un aspect particulier, et d'autres qui sont spéciales au jeune âge. Dans cette dernière catégorie de cas rentrent les anomalies de toutes sortes, si nombreuses au niveau de l'appareil génito-urinaire, depuis le phimosis et l'hypospadias jusqu'aux reins doubles, aux reins ectopiques, aux dilatations congénitales de l'uretère et du bassinet, en passant par les malformations vésicales (exstropie, diverticules). A l'enfance, également, est particulière la question de l'incontinence qui n'est pas toujours essentielle.

D'autre part, toutes les infections, la tuberculose, la lithiase, les tumeurs, les traumatismes, lésions communes à tous les âges, présentent, chez l'enfant, des caractères particuliers que les auteurs ont mis en relief.

Cet ouvrage, bien équilibré dans ses proportions modestes, est illustré d'un certain nombre de radiographies démonstratives. Chaque chapitre est suivi d'une courte bibliographie comprenant surtout des travaux américains et allemands, ce qui est particulièrement agréable pour nous qui désirons connaître, avant tout, les publications étrangères.

Les bâtards d'Esculape. Enquête chez les guérisseurs, par Paul Moinet. Un vol. in-16, 212 pages. Le François, éditeur. Prix : 12 francs.

M. Paul Moinet a classé en trois catégories : trafiquants, magnétiseurs, manipulateurs, les innombrables individus qui exercent illégalement la médecine. On pourrait discuter cette classification, car il ne manque pas de magnétiseurs ou de manipulateurs qui sont également trafiquants de panacées universelles, ni de manipulateurs qui ne reculent pas devant le magnétisme. Mais nous ne chicanerons pas l'auteur sur ce point, car ses observations sont prises sur le vif. Les scènes qu'il décrit, il les a vues, et il les retrace dans un style alerte et plein de vie. Son livre abonde en histoires caractéristiques et amusantes. Le sujet est néanmoins des plus graves. M. Paul Moinet en révélant les trucs variés des prétendus guérisseurs attire l'attention sur un réel péril social. Non seulement les charlatans de tout genre commettent de véritables escroqueries dont sont victimes les personnes trop crédules qui tombent entre leurs mains ; non seulement les intérêts du Corps médical et pharmaceutique sont gravement lésés par ces agissements, mais encore la santé même des malades est compromise par des pratiques qui détournent les intéressés d'un véritable traitement scientifique. M. Paul Moinet réclame donc une répression énergique de toutes les supercheries dont se rendent coupables ces guérisseurs sans crupules. On ne peut que s'associer à ce désir et déplorer avec lui l'indulgence des tribunaux et la mollesse des médecins authentiques qui dédaignent trop souvent de dénoncer ces concurrents déloyaux. Quant à nos confrères pharmaciens, il leur suffirait pour entrer dans les vues de l'auteur, de s'inspirer de l'exemple de ces apothicaires d'autrefois qui savaient généralement poursuivre énergiquement les aventuriers débitants de faux remèdes.

Une telle attitude serait d'autant plus légitime de leur part que l'exercice de leur profession, autorisé seulement après de longues études et dans des conditions strictement déterminées leur donne une autorité scientifique et morale dont ils ne doivent pas, par trop de modestie, hésiter à se prévaloir. Ils sont, comme les médecins, désignés pour lutter contre les bâtards d'Esculape exploiteurs cyniques de la naïveté de nombreux malades. La lecture de ce livre leur prouvera qu'en agissant ainsi ils serviront bien leur corporation et le public.

Marc-Antoine. Sa vie et son temps, par Arthur Weigall. Traduction par Maurice Gerin. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique. Prix : 36 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après *Cléopatre et Néron* le grand historien anglais Arthur Weigall nous donne avec Marc-Antoine un vrai chef-d'œuvre de reconstitution historique. C'est une des périodes les plus dramatiques de l'histoire que celle qui va de la mort de Jules César au triomphe d'Octave, de la fin de la Ré-

publique romaine à l'aube de l'Empire. Tous les personnages, hommes et femmes, qui occupent alors la scène du monde, font figures de héros shakespeariens par la violence de leurs passions déchaînées : les deux Gracches et leur mère Cornélie, Cicéron, dont Weigall fait un portrait effroyable, Jules César le demi-dieu, Pompée, Brutus, l'ambitieux et dangereux Octave, Cléopatre. Mais Marc-Antoine occupe une place à part. Aucun personnage de l'histoire n'a été jugé par ses contemporains plus diversement que lui. Cicéron qui le stigmatisa dans ses quatorze Philippiques, l'appelait « la bête immonde », tandis que les Grecs l'identifiaient avec Dionysios. En fait, Marc-Antoine avait de brillantes qualités, et une personnalité puissante, comme le prouve le professeur Weigall, et il eut toujours parmi les légions, comme parmi la plèbe romaine, une popularité que nul Romain n'égala.

Ernest Renan a dit de Marc-Antoine qu'il était un colosse-enfant, capable de conquérir le monde, incapable de résister à un plaisir. Et c'est bien tel qu'il nous apparaît dans la véritable résurrection qu'est cette biographie, où nous le voyons tour à tour valeureux dans les combats et sans frein et sans mesure dans les orgies, loyal envers son parti politique comme envers son amante Cléopatre qui devait pourtant causer sa perte. Quand on aura achevé cette biographie remarquabe, on pourra absoudre ou critiquer Marc-Antoine, mais on reconnaîtra en lui la figure *la plus humaine* de toute l'antiquité.

Le grand historien qu'est M. Arthur Weigall fait revivre avec une remarquable autorité et une interprétation personnelle des textes et des témoignages, les mœurs, le milieu, l'époque et les personnages. Il sait découvrir, sous les jugements superficiels et partiaux de l'Histoire, le vrai visage des hommes et la signification exacte des événements.

Histoire de la Piraterie, par Philip Gosse. Traduit de l'anglais par P. Teillac. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 4 croquis. Prix : 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

C'est à la fois en savant chroniqueur et en peintre épris de son sujet que M. Philip Gosse a écrit cette *Histoire de la Piraterie* qui restera une œuvre classique définitive.

M. Gosse est un historien anglais qui a consacré sa vie à rechercher et à collectionner les documents les plus divers relatifs aux pirates de tous les temps et de tous les pays.

Son œuvre se distingue des autres ouvrages sur le même sujet par la grande place qu'elle donne aux aventures de pirates dans les temps modernes, aventures beaucoup moins connues que celles du XVIe et du XVIIe siècles et plus extraordinaires peut-être.

« Écrire une histoire de la piraterie depuis ses lointaines origines serait une tâche impossible, dit M. Philip Gosse dans sa préface. Elle ressemblerait par trop à l'histoire maritime du monde. Ce que les pages qui suivent visent à faire, c'est montrer quelles conditions, géographiques et sociales, ont précédé l'essor de la piraterie : suivre ses ascensions et ses déclins, ses formes et ses vicissitudes ; peindre les membres les plus en vue de la profession.

L'importante bibliographie (ouvrages modernes et anciens, documents du temps, manuscrits rares) qui termine le volume montre combien est vaste l'érudition et la documentation de M. Philip Gosse sur ce sujet qui a été souvent traité d'une façon trop romancée.

Philippe II (1527-1598) par David Loth. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique avec 4 gravures hors texte. Prix : 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la série où ont paru récemment *Isabelle la Catholique* et *Charles-Quint* paraît aujourd'hui une remarquable biographie de Philippe II d'Espagne, le souverain le plus discuté de l'histoire. Bien que son règne n'ait pas eu seulement une importance nationale mais ait influé sur le destin de l'Europe durant plusieurs générations il n'existait pas en langue française de biographie complète de Philippe II, documentée aux sources modernes.

« Les archives espagnoles de Simancas, dit M. David Loth, en tête de sa bibliographie, fondées par Philippe II, contiennent les principaux éléments pour l'étude de son règne et de son caractère. La grande majorité de ces documents n'ont pas été publiés, et c'est grâce aux recherches, à Simancas, de Don Antonio Sierra-Corella, du département des Archives la Bibliothèque nationale de Madrid, que j'ai pu écrire cette biographie. Il m'a aussi facilité la consultation de documents enlevés à l'Espagne par Napoléon, ainsi que des archives de la Maison d'Albe, de la Bibliothèque nationale, de la collection Zabalburu et d'autres sources originales espagnoles. »

Dépouillé de tout le mystère et l'artificiel de la royauté, Philippe II n'apparaît plus ici comme « l'araignée de l'Escurial » le monstre inhumain que certains ne peuvent évoquer sans entrevoir les flammes des bûchers qu'il fit dresser, mais comme un homme complexe et souvent contradictoire, ardent dans ses passions, intraitable dans son fanatisme, bon père et bon époux, puis tyran sans merci quand sa puissance ou sa foi lui semblaient en danger, rusé parfois jusqu'au machiavélisme, malgré tout « trop petit pour son destin » et dont la psychologie inspire à la fois de l'effroi et de la pitié.

Autour du personnage principal, David Loth a fait revivre magistralement les autres protagonistes du grand drame que fut ce règne et qui représentent tout ce qu'il y avait alors de marquant en Europe : Marie Tudor, sa première femme, Elisabeth d'Angleterre, son frère le célèbre bâtard Don Juan d'Autriche, le vainqueur, de Lépante sa petite épouse Elisabeth de France son fils, le malheureux Don Carlos que Philippe II dit-on fit mourir, Antonio Perez le terrible duc d'Albe et son ennemi dans les Flandres le prince d'Orange, le pape Clément VII, etc.

ront sur les qualités toxiques et que les applications à la cure des spirochétoses donneront des résultats supérieurs à ceux obtenus jusqu'ici.

M. le Docteur Mouneyrat, agrégé des Facultés de médecine, auquel on doit déjà l'*Hectine* qui est l'amide benzènesulfonique de l'atoxyl vient de préparer un autre dérivé arsenical qu'il a appelé *Arsénomyl* ou 802 Mouneyrat. Les modifications apportées dans la constitution des chaînes latérales de cet arsénobenzène ont permis d'obtenir un composé qui, injecté par voie intramusculaire, se révèle *complètement indolore*, à n'importe quelle dose ; et, quoique très actif, il est peu toxique. Il est aussi actif que les divers arsénos, type arsénobenzène, employés par la voie intraveineuse et c'est ici le cas de rappeler l'opinion émise par le Professeur Gougerot au sujet des composés arsenicaux employés par la voie intramusculaire.

« Le médicament s'absorbe mieux et la perte par élimina- « tion rapide est plus lente ; la tolérance immédiate est incon- « testablement supérieure et les viscères sont moins souvent « lésés (rareté des ictères) ; la voie intramusculaire empêche la « plupart de ces accidents brusques, les phénomènes de choc, « les crises nitritoïdes, etc. Il y a donc là un avantage manifeste « et ce doit être la méthode de choix. »

L'arsénomyl est une poudre jaune-clair qui contient 15,5 à 16,5 p. 100 d'arsenic, soluble dans l'eau et donnant une solution stable quand on la conserve à l'abri de l'air. Les solutions aqueuses sont neutres à la teinture de tournesol ; elles ne précipitent ni par l'acide chlorhydrique, ni par l'acide acétique. La solution aqueuse additionnée de chlorure ferrique donne d'abord une coloration bleue, puis un précipité blanc qui se solubilise au bout de plusieurs heures, en même temps que se développe une coloration violette intense.

Dans sa thèse de doctorat, Mlle Jacqueline Mouneyrat a étudié les applications de ce produit au traitement de la syphilis et a communiqué ces résultats à la Société de thérapeutique, dans la séance du 9 décembre 1931.

La toxicité de l'arsénomyl est moindre que celle des autres arsénos. Chez le lapin, par exemple, la dose mortelle est d'environ 45 centigrammes par kgr. d'animal, tandis que celle du 914 est de 27 centigrammes. Chez ce même animal, infecté par le virus Truffi, le 802 guérit les lésions à la dose de 25 à 30 milligrammes par kgr. en employant l'injection intramusculaire. *Par la voie buccale*, on obtient la guérison à la dose de 30 à 35 milligrammes par kgr. et il est intéressant de noter qu'on peut réaliser la guérison par cette voie. Les souris infectées de fièvre récurrente sont guéries à la dose de 2 1/2 à 3 milligrammes par 20 grammes d'animal. Ces exprimentations, de même que les applications à la thérapeutique humaine ont été effectuées à l'hôpital Saint-Louis, à la policlinique Hillairet.

Les résultats se montrèrent excellents et le rythme de l'administration du médicament est maintenant définitivement fixé en ce qui concerne les adultes. On doit pratiquer une injection intramusculaire profonde dans la région fessière, à l'aide d'une aiguille longue et fine enfoncée perpendiculairement en haut et en dehors d'une ligne, allant de l'épine iliaque postérieure au sommet du grand trochanter, sur le malade assis. Bien que cela ne soit pas indispensable, il vaut mieux recommander au malade d'être à jeun au moment de la piqûre et de ne pas manger pendant trois heures après. Injections tous les quatre jours pour les premières doses de 30 et 50 centigrammes, tous les cinq jours pour les doses suivantes de 70, 90 centigrammes, 1 gr. 05 et même 1 gr. 20.

Je renvoie au mémoire original pour les détails du mode d'administration et les observations.

Les essais thérapeutiques ayant, jusqu'alors été pratiqués presque exclusivement sur des adultes, il était intéressant de rechercher si l'on obtiendrait des résultats équivalents et exempts d'inconvénients dans la thérapeutique infantile.

Depuis un certain nombre d'années, mon attention avait été attirée sur les améliorations et les guérisons réalisées par l'emploi des composés arsenicaux dans les adénopathies bacillaires. C'est ainsi que j'ai été amenée à rechercher quels seraient les résultats que pourrait déterminer l'emploi de l'arsénomyl dans ces mêmes conditions. Les tableaux ci-après résument un certain nombre d'observations concernant les petits malades traités au moyen de ce médicament.

Ils font ressortir que, sauf de très rares exceptions (4 pour 100 environ) les malades en traitement ont parfaitement supporté cette médication aux doses théoriques indiquées par le Docteur Jacqueline Mouneyrat dans sa thèse déjà citée. Il n'a presque jamais été observé ni éruption arsenicale, ni élévation de la température, ni intolérance gastrique, ni malaise d'aucune sorte. Dans deux cas seulement, sur les trente-six observations détaillées, on a dû s'arrêter à la huitième piqûre, en raison des troubles gastriques traduits par des vomissements. Dans un seul cas, le traitement ne put être supporté dès la seconde injection.

Il est à noter que, dans tous les cas où malgré le Wassermann négatif, tous les signes cliniques de la syphilis héréditaire ont été relevés, une amélioration très marquée a toujours été le résultat du traitement.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

La Rue

La Rue (famille des rutacées, comme le Buchu, la Jaborandi, le Quassia) exerce une action manifeste sur le *flux menstruel*. A petites doses (cinq centigrammes de poudre de Rue matin et soir, ou cinq gouttes d'essence), elle aide à l'apparition du flux s'il est imminent et en augmente la quantité. C'est un congestionnant de l'utérus. Il ne faut pas l'employer en dehors de l'époque où doivent se produire les règles : car, alors, elle détermine des phénomènes congestifs sans effet utile. A dose forte (cinq grammes de poudre), elle stimule les fibres utérins et les fibres musculaires du paramètre. Mais à cette dose, elle risque de déterminer de la gastro-entérite.

Son effet abortif est de même ordre que son effet excitomoteur. Il est indéniable dans l'espèce humaine et chez la lapine ; Mais cet effet n'est pas anodin : chez la lapine, l'avortement a lieu lorsque l'animal est dans le coma et, dans l'espèce humaine, l'avortement a lieu au milieu des phénomènes toxiques (salivasion, épigastralgie, vomissements, coliques, convulsions, myosis) pouvant amener la mort.

Les Anciens prétendaient que la Rue est *aphrodisiaque* chez la femme et serait anaphrodisiaque pour l'homme. Cette opposition des effets génitaux suivant le sexe a été signalée pour de nombreux médicaments : la vérification et la signification de ce fait présenteraient un réel intérêt.

Henri VIGNES.

« Ceux qui vivent dans les laboratoires et qui voient arriver chaque jour de nombreuses pièces en vue d'un diagnostic microscopique pourraient croire que le procès de la biopsie est gagné depuis longtemps. Mais à y regarder d'un peu près, il leur sera facile de se rendre compte — comme nous venons de le faire nous-mêmes — qu'il n'en est rien et que trop nombreuses encore sont les erreurs de diagnostic clinique commises, faute d'avoir eu recours à temps, à ce procédé de diagnostic, pourtant si simple, si inoffensif et dont la technique s'est considérablement perfectionnée dans ces dernières années. » (Prof. G. ROUSSY et Roger LEROUX. Les services que la biopsie peut rendre aux médecins et aux malades. *Journal Médical français*, mars 1933.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Pratique médicale

Deux intéressantes suggestions d'Oscar W. Bethea de New-Orleans.

1° *L'auscultation.*

Tantôt le malade respire trop vite, tantôt il respire trop lentement. Le cycle respiratoire est trop ample ou pas assez. Les mouvements du diaphragme sont saccadés. Une parfaite coopération entre le malade et le médecin est très difficile à réaliser.

Chaque individu a un rythme respiratoire particulier qui permet de l'ausculter dans les meilleures conditions ; il s'agit de le rechercher, de l'obtenir et de le maintenir.

Une des mains du médecin maintient le stéthoscope (il s'agit d'un appareil biauriculaire du type américain) : l'autre main dirige le rythme respiratoire. Le sujet aspire quand la main s'élève et expire quand elle s'abaisse. On obtient ainsi le rythme le plus favorable, ainsi que les changements de rythme et les arrêts en inspiration ou en expiration.

2° *L'injection hypodermique.*

On a l'habitude de pincer la peau entre le pouce et l'index et de faire pénétrer l'aiguille dans le bourrelet obtenu.

Un procédé plus *confortable* consiste à placer le pouce audessous du point choisi pour l'injection, à exercer une pression marquée en dedans et en bas, à piquer obliquement juste audessus. On tend et on amincit la peau au lieu de la *condenser*. Une figure montre l'opérateur pratiquant l'injection dans la région deltoïdienne.

(O. W. Bethea. Two suggestions : *a)* a method of securing the co-operation of the patient for auscultation and *b)* a technic for hypodermic injection. *New Orleans medical and surgical journal*, mars 1933.)

Intoxication

La méningite est une complication rare du saturnisme, vraisemblablement parce qu'elle nécessite une intoxication de longue durée et n'apparaît donc qu'après les manifestations courantes qui sont plus bénignes et servent de signal d'alarme.

La rareté des observations tient à bien d'autres causes. Certains auteurs n'ont pu vérifier l'exactitude de leur diagnostic par la ponction lombaire. Dans d'autres cas les troubles encéphalo-méningés ne pouvaient être attribués au saturnisme, par suite des antécédents alcooliques ou de la coexistence de l'artériosclérose ou d'une néphrite chronique.

Le malade, observé au Centre psychiatrique de Bruxelles, est un imprimeur de 56 ans, il a présenté le tableau clinique suivant :

1° Un syndrome d'hypertension intracranienne : céphalées, vomissements et torpeur cérébrale.

2° Des troubles psychiques à allure confusionnelle : désorientation, hébétude, hallucinations, accès d'agitation et amnésie lacunaire consécutive.

3° Un syndrome humoral : hyperleucocytose, hyperalbuminose et hyperglobulinose du liquide céphalo-rachidien ; forme dite méningée du benjoin colloïdal.

(H. Baonville et J. Titeca. Méningite saturnine. *Scalpel*, 4 mars 1933.)

Tuberculose

La lobite supérieure droite, localisation fréquente de la tuberculose de l'adulte, est une lésion dont le potentiel évolutif est assez accusé ; évoluant habituellement sous le type ulcéro-fibreux, elle conduit plus ou moins rapidement le malade à l'état de phtisie confirmée.

Le début brutal peut en imposer pour une affection aiguë du poumon étrangère à la bacillose ; le diagnostic précoce repose sur la constatation de la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Le diagnostic établi : il s'agit de mettre en œuvre une thérapeutique active, qui comprend tout d'abord une cure sanatoriale ; une observation attentive renseignera sur le potentiel évolutif.

Si l'amélioration n'est pas rapide et manifeste, on met en œuvre la collapsothérapie, qui compte un grand nombre de succès et de résultats durables.

La phrénicectomie, associée ou non aux méthodes plastiques, possède à son actif des cas heureux, guérison clinique ou stabilisation.

(H. Durieu. Considérations cliniques, radiologiques et thérapeutiques sur la lobite supérieure droite tuberculeuse. *Scalpel*, 11 mars 1933).

Quatre cent trente quatre cas de pleurésie ont été traités de 1912 à 1924 à la clinique médicale de Lund (Suède).

Deux cent trente de ces cas ne présentaient pas de symptômes d'une autre maladie quelconque ; ils n'eurent pas non plus de complications ; ils furent examinés en 1929 ; la période d'observation la plus courte fut de sept ans.

Trente-six furent perdus de vue ; parmi les 194 autres 47 étaient morts, 23 (11,9 %) de tuberculose pulmonaire et cinq (2,6 %) de tuberculose extrapulmonaire. Ces décès se répartissaient ainsi : 36 % dans les trois années et 55 % dans les cinq années qui suivirent l'apparition de la pleurésie.

Parmi les survivants, 142 (73,1 %) étaient en bon état, tandis que 5 (2,6 %) étaient en traitement pour une tuberculose pulmonaire manifeste.

Cent deux de ces sujets, bien portants en apparence, furent examinés (auscultation, radioscopie, sédimentation).

Six avaient de la tuberculose pulmonaire constatable à l'examen physique et aux rayons X ; l'examen radiologique révélait des lésions dans 21 cas et en laissait suspecter dans 38 cas. La tuberculose était donc constatée ou possible dans 59 % des cas.

C'est pourquoi le pleurétique doit être soumis à une surveillance attentive depuis le début, même si les résultats de l'examen sont négatifs.

(Ragnar Borelius. On the question of pleurisy and pulmonary tuberculosis. An after-examination *Acta medica Scandinavica*, 9 mars 1933.)

Chirurgie

La rupture traumatique isolée du pancréas est relativement rare ; ces cas sont opérés avec le diagnostic de péritonite par perforation ou d'hémorragie abdominale.

L'important c'est d'opérer précocement ; on obtient ainsi de 65 à 70 % de guérisons ; la technique varie suivant les chirurgiens ; les uns se bornent à drainer, les autres ajoutent au drainage la suture de la capsule du pancréas ; les résultats semblent équivalents.

L'auteur relate un cas de rupture traumatique isolée du pancréas chez un petit garçon de 3 ans ; le coup avait porté sur l'épigastre. L'intervention eut lieu vingt et une heures après l'accident et l'on trouva une rupture transversale du pancréas au niveau de la deuxième vertèbre lombaire ; on se contenta de mettre un drain au contact de la déchirure ; l'enfant guérit sans fistule et quitta l'hôpital 58 jours après l'opération.

(Nils Berglund. Falle traumatischer subcutaner isolierter Pancreasruptur. *Acta chirurgica Scandinavica*, 24 février 1933.)

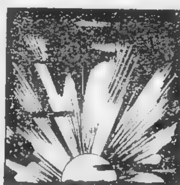
Les rétrécissements du rectum, soi-disant inflammatoires, sont décrits sous des appellations diverses : rectites proliférantes, sténosantes, stricture du rectum, syphilome ano-rectal, rétrécissements syphilitiques, tuberculeux, annulaires, hypertrophiques, etc. L'étiologie reste dans l'obscurité et, malgré des recherches étendues, nous nous appuyons trop souvent sur de simples hypothèses ; il nous manque des données précises et indiscutables.

Parmi les causes on a signalé la syphilis, la tuberculose, la blennorragie, la colite, la dysenterie, la bilharziose, le chancre mou, sans pouvoir du reste en fournir de preuve irréfutable. C'est assez étonnant, car ces rétrécissements présentent, dans la majorité des cas, des lésions bien caractérisées et une évolution assez typique.

La localisation fixe de l'infiltration rectale indique qu'il s'agit d'une infection anatomiquement déterminée ; la coexistence, assez souvent constatée, de l'éléphantiasis vulvaire avec l'affection ano-rectale fait supposer qu'il s'agit du même processus pathologique ; Jersild a proposé de donner à cette affection le nom d'éléphantiasis génito-ano-rectal.

Les recherches de Frei, Jersild et Nicolas-Favre établirent qu'il existe un rapport très net entre la lymphogranulomatose inguinale et l'éléphantiasis génito-ano-rectal. L'infection se fait par une ulcération, qui passe inaperçue, qui peut guérir rapidement sans laisser de traces ; c'est le point de départ de la lymphangite ; les régions atteintes dépendent en partie du siége de la lésion primitive.

BON LAIT PENDANT LES CHALEURS !



L'été rend soucieux les médecins d'enfants. Chaque vague de chaleur fait une dent de scie à la courbe de la mortalité infantile. Comment éviter les diarrhées fatales avec du lait mal protégé contre les fermentations dangereuses, et difficile à digérer par des bébés débilités par la chaleur ? En été surtout il faut un lait stérile et digestible.



Le lait concentré non sucré GLORIA répond à cette définition. Riche lait de Normandie, il est néanmoins léger à l'estomac parce qu'il est homogénéisé. Stérilisé aussitôt après sa récolte, il reste dans sa boîte à l'abri de tout germe jusqu'au moment de l'emploi. Il est véritablement frais, en ce sens qu'il n'a jamais fermenté.



Avec le GLORIA les bébés ne courent pas de risque. En été surtout les petites boîtes de 170 grammes sont très commodes pendant les premières semaines de l'allaitement. Comme avec tous autres laits n'oubliez pas les jus de fruits.

LAIT GLORIA, Sté Ame, 4, RUE ROUSSEL, PARIS

Sans doute constatera-t-on un jour que la lympho-granulomatose est une maladie beaucoup moins rare qu'on ne le suppose.

(Carl Wessel. Quelques notes à propos des rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Acta chirurgica Scandinavica*, 14 décembre 1932.)

Laboratoire

La vitesse de sédimentation tend de plus en plus à entrer dans la pratique courante.

Dans l'arthite uratique elle présente un parallélisme net avec la symptomatologie clinique, tandis qu'elle est indépendante, jusqu'à un certain point, de l'uricémie ; ainsi s'explique le maximum de la période de crise et le retour subit à la normale avec la disparition des symptômes.

Dans les cas où le processus morbide est latent, la vélocité de sédimentation se tient dans les limites normales, mais elle augmente quand apparaissent les signes d'un processus inflammatoire actif.

Dans l'ostéoarthrite déformante il est nécessaire de faire une distinction entre les formes initiales pures, dans lesquelles la vitesse de sédimentation est normale, et les formes avancées, fréquemment accompagnees de lésions inflammatoires secondaires, qui présentent une augmentation de vélocité, sans cependant atteindre les valeurs élevées constatées au cours des polyarthrites aiguës.

Dans les algies et les douleurs articulaires sans base organique, la vitesse de sédimentation se tient dans les limites de la normale ou légèrement au dessus, à condition qu'il n'existe pas d'autre cause susceptible de l'influencer.

La réaction fournit un moyen de différencier les formes cliniques, de suivre l'évolution et d'apprécier la valeur de la thérapeutique.

(F. Micheli. La velocita di sedimentazione globulare nell' artrite uratica, nella osteoartrosi de formante e nelle algie. *Minerva medica*, 3 mars 1933.)

Chez les tuberculeux chirurgicaux la vitesse de sédimentation dépend plus de l'état général que de l'étendue des lésions ; si l'état général est bon, il faut attacher une grande importance à la régularité de la précipitation, surtout quand la valeur de la première heure est normale ; la réaction renseigne sur l'état actuel du malade et n'a aucune valeur pronostique.

Dans les tuberculoses ostéo-articulaires sèches ou accompagnées d'une collection froide minime ou stabilisée, la vitesse de sédimentation est en relation étroite avec l'état général.

Dans les cas avec abcès volumineux, fermés ou fistulisés, sans surinfection, elle augmente en général, d'autant plus que la défense de l'organisme est moins bonne.

Dans les cas fistulisés et surinfectés, la vitesse de sédimentation est en général très augmentée, ce qui est dù vraisemblablement à la surinfection, car, contrairement à ce qui précède on n'observe pas de ralentissement lorsque l'état général s'améliore.

Dans les cas de coexistence de tuberculose pulmonaire la vitesse de sédimentation est fortement augmentée.

Dans les adenites simples, localisées le plus souvent à la région sous-maxillaire, la vitesse de sédimentation est toujours peu modifiée ou normale.

Dans les péritonites primaires l'augmentation de début disparaît quand l'état général se rétablit ; dans les formes secondaires à une tuberculose des annexes, la vitesse de sédimentation reste plus longtemps élevée et semble dépendre en premier lieu de l'affection génitale.

Dans la tuberculose génitale de l'homme la vitesse de sédimentation ne montre aucune modification appréciable.

Dans la tuberculose rénale la vitesse de sédimantation est en général peu ou pas modifiée, sauf pour les cas avancés ; ce fait est peut-être dû à l'élimination spontanée et régulière des produits toxiques par l'urine.

(Van Rolleghem et Wasserfallen. Remarques sur la vitesse de sédimentation des globules rouges chez les tuberculeux dits chirurgicaux. *Revue médicale de la Suisse romande*, 10 mars 1933.)

Sports

L'entraînement musculaire détermine des modifications caractéristiques de la tension artérielle.

Albert Govaerts, de Bruxelles, a mesuré la pression systolique, diastolique et moyenne chez 19 jeunes gens, exempts de toutes affections pathologiques, avant et après un entraînement de six mois d'exercices physiques, placés toujours dans les mêmes conditions d'observation : station assise, repos pendant une heure précédant la mesure, bras portant le brassard placé au niveau du cœur, utilisation d'un oscillomètre de Pachon à manomètre contrôlé, lecture de l'oscillation effectuée d'après la technique de Vaquez-Lian.

Avant l'entraînement on obtient les chiffres moyens suivants :

Pression systolique.............	12 cm.
Pression diastolique............	7 cm.
Indice oscillométrique..........	4 cm. 5
Pression moyenne...............	8 cm.

Après l'entraînement on trouve :

Pression systolique.............	13 cm.
Pression diastolique............	6 cm.
Indice oscillométrique..........	6 cm. 5
Pression moyenne...............	8 cm.

Les modifications de la tension artérielle sous l'influence de l'entraînement musculaire sont les suivantes : élevation de la pression systolique, diminution de la pression diastolique, accroissement de l'indice oscillométrique, stabilite de la pression moyenne avec tendance à l'abaissement.

Les chiffres de la pression artérielle sont beaucoup plus faibles que les valeurs moyennes habituellement admises ; cette remarque faite, on observe une réaction divergente des éléments mesurables de la tension artérielle avec accroissement de la pulsatilité artérielle.

De ces constatations se dégage un enseignement général : l'entraînement musculaire aboutit à une transformation du régime circulatoire portant particulièrement sur une diminution de résistances capillaires ayant pour conséquence une circulation périphérique plus facile.

Cette réaction vasculaire est évidemment caractéristique de l'organisme bien portant, c'est-à-dire de celui qui dispose librement du mécanisme de divers appareils régulateurs intervenant dans l'équilibre circulatoire, de l'intégrité anatomique et fonctionnelle des organes qui y participent.

(A. Govaerts. La réaction vasculaire à l'entraînement musculaire. (*Bruxelles médical*, 19 février 1933.)

Aphorismes

Dans la question de la transmission et de la contagion de la tuberculose il est bien connu qu'on ne peut exclure l'infection intrautérine (Guido Guidi, de Florence).

L'extraction totale de la cataracte modifie totalement la conception pathologique de sa maturité. (F. Poyales, de Madrid).

L'orthopédie contemporaine avance à pas de géant à la recherche de nouveaux procédés chirurgicaux de traitement des difformités du corps humain et les vieilles méthodes prothétiques vont sinon à l'oubli total, du moins au rôle modeste de contention des résultats obtenus par un acte opératoire (Alberto Inclan, de la Havane).

J. LAFONT.

« Prenons encore ce mot de « *biotropisme* », dont j'ai montré moi-même que le sens est trop étroit et qui a desservi jusqu'ici la belle découverte de MILIAN. Il évoque une théorie douteuse et jette la suspicion sur des faits exacts du plus haut intérêt. N'eût-il pas été plus sage de ne pas mettre sur des faits nouveaux des appellations évoquant de fausses analogies ou permettant des interprétations tendancieuses. » (Maurice RENAUD. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, octobre-novembre 1932.)

« Grand est le nombre de praticiens succombant à la tâche sans avoir pu faire de réserves pour leurs femmes et leurs enfants.

Exemples pris au hasard :

Un médecin parisien ayant consacré une partie de son temps à la défense professionnelle disparaît brusquement. Il laisse une veuve et plusieurs enfants. Ressources : aucune.

Un médecin colonial, à la fleur de l'âge, d'âme élevée et de courage connu, contracte la diphtérie dans un hôpital militaire. Il laisse une jeune veuve et un fils. Ressources : aucune.

C'est la misère dans l'honneur ! » (MOLINÉRY. L'entr'aide médicale : hier un dîner, demain un bal. *Paris Médical*, 25 février 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1933

Les tuberculoses chirurgicales. — *M. Mauclaire* estime que le traitement idéal des tuberculoses chirurgicales peut se faire dans les sanatoriums, soit suburbains, soit maritimes, soit d'altitude. Il insiste sur la nécessité d'une collaboration plus intime entre le médecin et le chirurgien qui doit trouver au sanatorium une installation chirurgicale complète. En terminant, il montre l'intérêt de la chirurgie conservatrice.

Sur les « maisons à cancer ». — *M. E. Marquis* (de Rennes) a fait une enquête portant sur 2.500 cancéreux. Sur ce chiffre, 77 seulement ont résidé dans un logement où ont été connus d'autres cancéreux.

Sur la totalité des cas observés au centre anticancéreux de Rennes, on trouve : ascendants 1,64 % ; descendants 0,08 % ; collatéraux 0,68 % ; conjoint 0,64 % ; maisons 0,94 %.

Ces chiffres, éloquents par eux-mêmes, plaident nettement contre le rôle de la contagion dans le cancer, et par conséquent contre la notion des maisons à cancer.

Ovulation et menstruation. — *M. Sergent* présente, au nom du Professeur *Araya* (de Rosario) une note résumant les intéressants travaux poursuivis, durant dix années, par cet auteur, travaux qui permettent d'admettre l'indépendance fonctionnelle de l'ovulation et de la menstruation et de comprendre l'absence de ponte ovulaire, l'ovulation sans menstruation, les irrégularités menstruelles, l'aménorrhée gravidique, l'ovulation pendant la grossesse.

Hérédité de la couleur des yeux. — *M. Paul Godin* (de Nice) (travail présenté par *M. Marfan*). — La couleur des yeux est un des caractères somatiques le plus fidèlement transmis par l'hérédité.

L'hérédité paternelle domine dans 19,5 pour 100 des cas.

La « dominance » appartient à l'hérédité maternelle 39 fois sur 100.

On rencontre l'hérédité mixte 29,3 fois sur 100.

L'absence d'hérédité paternelle ou maternelle s'observe 12,2 fois pour 100.

Quant aux rapports de l'hérédité avec l'évolution pubertaire de la couleur des yeux, étudiée précédemment par l'auteur, 80,5 sur 100 adolescents présentent dès 13 ans les couleurs héritées qui se stabiliseront à 18 ans ; et 19,5 pour 100 offrent des alternances d'hérédité maternelle et d'hérédité paternelle qui se termineront par la « dominance » définitive de l'une d'elles ou par leur fusion en une hérédité « mixte ».

La pigmentation et le masque du kala-azar autochtone de l'adulte. — *M. d'Œlsnitz* (de Nice) montre que la pigmentation cutanée du kala-azar autochtone de l'adulte, quoique beaucoup plus faible que celle de la maladie hindoue, est cependant assez constante. Très légère et à peine visible au début, elle devient nette et évidente aux stades avancés de la maladie, mais s'atténue durant les périodes de rémission spontanée.

Cette pigmentation de teinte beige ou chamois plus ou moins foncée se localise électivement aux régions génitales et périgénitales, aux seins, aux avant-bras, aux faces dorsales des mains et des pieds et surtout à la face où elle se cantonne dans les régions sus et sous-orbitaires et au pourtour de la bouche.

La pigmentation s'efface assez vite sous l'influence d'un traitement stibié efficace. Dans certains cas de stibio-résistance, on peut constater comme dans le kala-azar hindou, l'apparition de petites zones dépigmentées, *taches blanches cutanées*, que l'auteur n'a jamais observées avant ou en l'absence d'un traitement stibié.

Si elle est attentivement recherchée dans ses manifestations atténuées, la pigmentation cutanée paraît assez habituelle pour permettre de rapprocher le kala-azar autochtone de l'adulte de la maladie hindoue et pour l'opposer à la forme infantile méditerranéenne toujours dépourvue de pigmentation.

Intoxications mortelles ou de gravité variable en série par emploi d'un adhésif solubilisé par le benzène. Indications prophylactiques. — *MM. Heim de Balzac* et *Agasse-Lafont.*

Les échanges gazeux au cours des bains thermaux de Royat. — *MM. Mougeot* et *Aubertot.*

Election. — MM. Collin (de Nancy) et Morel (de Lyon) sont élus correspondants nationaux dans la IVe Division (Sciences biologiques).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1933

Azotémie post-opératoire. — *M. Fredet* estime que l'hyperazotémie n'est pas constante après les interventions chirurgicales. Parfois même on observe une hypoazotémie, surtout lorsqu'on a utilisé le protoxyde d'azote.

Lymphadénome gastrique. — *M. Michon* a pu enlever avec succès une volumineuse tumeur gastrique non adhérente. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un lymphadénome.

Occlusion intestinale post-opératoire. — *M. Okinczyc* rapporte une observation de M. Duncombe (de Nevers) qui, après appendicite grave drainée, observa une occlusion intestinale. Il fit une iléo-sigmoïdostomie et guérit sa malade.

Tumeur mixte sous-maxillaire. — *M. Soupault* rapporte deux observations de M. Barret (d'Angoulême) qui a obtenu deux succès, l'un par extirpation de la tumeur, l'autre par extirpation de la glande.

Coxarthrie après fracture du col du fémur. — Ce travail de *M. Clark* (de Posadena) est rapporté par M. Basset. Après fracture transcervicale, le résultat par appareil plâtré paraissait bon. Quatre ans plus tard survinrent des douleurs coïncidant avec une résorption de la tête et du col avec déformation.

Hématome sous-durale. — *M. Moulonguet* rapporte ce travail de MM. Lemonnier et Viteau qui concerne un hématome sous-dural à manifestations tardives. La trépanation permit d'obtenir un succès, mais il fallut la faire bilatérale. M. Moulonguet étudie à ce propos l'utilisation de la tension rétinienne et de la ponction des ventricules. Dans ces hématomes anciens, il faut enlever les néo-membranes d'enkystement.

M. Lenormant estime qu'il faut distinguer l'hématome sous-dural classique et les hématomes donnant des accidents très tardifs et qui se rapprochent de la pachyméningite hémorragique.

M. Proust constate que l'hypertension ventriculaire est souvent localisée du côté opposé au traumatisme, comme dans les expériences sur l'animal.

Anesthésie. — *M. L. Bazy* résume la discussion en cours. Il a une certaine appréhension envers l'anesthésie rachidienne. L'anesthésie générale semble regagner du terrain. Mais il faut savoir être éclectique et choisir son anesthésique suivant les malades et les cas.

Azotémie post-opératoire. — *M. Picot* considère que l'urée est un excitant sécrétoire du rein, tout comme l'acide carbonique est un excitant du centre respiratoire. Dans certains cas, l'absorption d'urée a amélioré la sécrétion urinaire.

Cancer du rectum. — *M. Alglave* présente un malade traité par l'exclusion et le radium et qui a actuellement une survie de onze ans.

Séance du 5 juillet 1933

Pincement du ligament rond dans les hernies épigastriques. — *M. Grégoire* a eu l'occasion, au cours d'une réfection de paroi, de prendre le ligament rond dans la suture. Il en résulta des douleurs intenses qui obligèrent à reintervenir. Guérison complète après résection du ligament rond et ablation du fil.

Pneumo péritonite post-opératoire. — *M. d'Allaines*

rapporte cette intéressante observation de *M. Séjournet* (de Paris) : le cinquième jour après une intervention pour appendicite pelvienne avec lésions des annexes droites, survient un énorme ballonnement abdominal. On pense à une occlusion batarde et l'on réintervient sous anesthésie locale. A l'ouverture du péritoine, issue une grande quantité de gaz. On vérifie l'état du petit bassin et on met de nouveau un drain. Quelques jours plus tard, issue de quelques matières et fermeture rapide de la fistule ainsi constituée.

M. d'Allaines discute la pathogénie de ces faits curieux et insiste sur le rôle du drainage dans un certain nombre de cas analogues.

Occlusion intestinale par séminome de l'ovaire. — *M. d'Allaines* analyse cette observation de *M. Doubrère* (de Rambouillet) concernant une occlusion survenue quelques jours après un accouchement normal. Un an plus tard survient une tuméfaction dans le ligament large droit. On fait une hystérectomie en pleine masse tumorale. Radiumthérapie. Guérison maintenue depuis cinq ans.

A *M.* Moulonguet, M. d'Allaines répond que le radium a été placé par un colpostat.

Torsion axiale d'un volumineux utérus fibromateux. — Cette observation de *M. Doubrère* est rapportée par *M. d'Allaines*. Le diagnostic pré-opératoire fut posé par ce fait que la partie haute du vagin avait aussi participé à la torsion.

Goitre volumineux à noyaux abberrants. — *M. Moulonguet* analyse cette observation de *M. Ho-Dac-Di* (de Hue) concernant un épithélioma thyroïdien avec envahissement ganglionnaire carotidien.

Hémorragie intrapéritonéale d'origine ovarienne. — *M. Proust* rapporte une nouvelle observation de rupture d'un kyste hématique de l'ovaire adressée par *M. Thalheimer*. Il insiste sur le syndrome appendiculaire que revêt souvent cet accident.

M. Moure a eu l'occasion d'observer une hémorragie d'origine ovarienne.

Os triangulaire du carpe. — *M. Mouchet* rapporte cette observation communiquée par *M. Roques* (de la Marine).

Torsion intraabdominale du grand épiploon. — *M. Basset* relate cette observation de *M. Rény* (de Saint-Dizier). La masse épiploïque tordue a été prise pour un plastron appendiculaire. Intervention. Guérison. Le rapporteur rappelle les signes propres de la torsion épiploïque.

M. Bazy a eu l'occasion d'en observer un cas. Il insiste aussi sur la discordance qui existe entre les signes physiques et les autres.

M. René Bloch a vu deux cas identiques.

Le lever précoce des opérés. — *M. Sauvé* analyse un travail sur ce sujet de *M. Folliasson* (de Grenoble), dont il ne semble pas que l'on puisse tirer des conclusions définitives.

Biloculation gastrique. — *M. Okinczyc* apporte les résultats de son expérience portant sur cinq observations. Il insiste sur l'opposition entre les sténoses cicatricielles et les sténoses évolutives qui relèvent de techniques différentes.

MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1933

Compression prolongée du cholédoque par une adénopathie bénigne. — *MM. Brûlé, Costedoat* et *Gatellier.*

Fréquence de l'ulcère de l'estomac dans l'île d'Andros. — *M. Rratsanos* (Andros).

Un cas de bistomatose hépatique à fasciola hépativa. Traitement par le tetrachlorure de carbone. — *MM. F. Meersseman, E. Friess* et *J. Bergondi* rapportent l'histoire d'une jeune femme, ayant séjourné plusieurs années au Maroc, et qui, après avoir souffert pendant longtemps de migraines et de troubles digestifs, a présenté trois crises de coliques hépatiques parfaitement caractéristiques. L'examen radiologique ne montrait pas de calculs, mais la bile obtenue par tubage duodénal renfermait des œufs de Fascio a hepatica, que l'on retrouvait d'ailleurs, quoique plus difficilement, à l'examen des fèces. L'éosinophilie sanguine était à 23 %. Après un traitement inefficace par l'émétine intramusculaire associé au drainage médical des voies biliaires, les auteurs, à la suite des constatations de MAROTEL dans la distomatose du mouton, ont eu recours au tétrachlorure de carbone. Les résultats ont été remarquables : guérison clinique complète se maintenant depuis plusieurs mois ; disparition rapide et définitive des œufs de la bile et des fèces ; régression de l'éosinophilie. Les auteurs insistent sur les avantages de ce traitement, ainsi que sur l'intérêt du tubage duodénal dons le diagnostic des parasitoses hépato-biliaires.

Malaria floculation et malariathérapie. — *MM. Le Bourdelès* et *Fribourg-Blanc.*

Maladie d'Osler à début hématurique. — *M. P. Bourgeois.*

Sur la néphrite aurique. — *M. Etienne Bernard.*

Gommes sternales, sterno cléido mastoïdiennes et lésions pulmonaires ayant simulé une maladie de Hogdkin. Guérison par le traitement anti-syphilitique. — *MM. Halbron, G. Lenormand, L. Benzaqueu,* et *Mlle Spire-Weil.*

Arthrite sous-occipitale avec phénomènes nerveux. — *M. Coste.*

Névrite ischémique aiguë. — *M. Coste.*

Néphrose lipoïdique chez un enfant de 21 mois. Evolution favorable après une complication de rougeole. — *MM. B. Weill-Hallé* et *A. Abaza* rapportent l'observation d'un enfant de 21 mois qui présente un syndrome néphrosique avec œdèmes considérables, atteignant le tiers de son poids ; albuminurie massive allant jusqu'à 21 grammes par litre, avec lactescence du sérum et diminution notable des protéines du sang.

La cause de cette néphrose reste inconnue. L'évolution clinique sembla montrer l'effet favorable de l'emploi d'un extrait thyroïdien associé au régime déchloruré ; alors que l'adjonction d'un régime hyperazoté fut moins favorable.

Ce fut l'apparition d'une rougeole intercurrente, compliquée de broncho-pneumonie et de mastoïdite qui amorça la guérison clinique en faisant fondre les œdèmes en moins de quinze jours et disparaître l'albuminurie de façon définitive.

L'état mental, physique et humoral des paralytiques généraux rebelles au stovarsol. — *MM. Sézary* et *Barbé* ont étudié l'évolution de la paralysie générale chez les sujets traités sans succès par le stovarsol sodique. Même dans ces cas, l'action de la médication est incontestable.

Tout d'abord, la durée de l'affection se trouve prolongée. De trois ans, chiffre habituel dans les cas non traités, elle peut être portée jusqu'à huit ou dix ans : 19 malades sur 38 ont atteint ces chiffres et 9 sont encore vivants.

L'état mental de ces sujets se caractérise par la disparition des troubles délirants habituels et par la substitution progressive d'un état démentiel simple.

Enfin, plus on s'éloigne du début du traitement et plus on voit disparaître les anomalies biologiques du sang et du liquide céphalo rachidien. Il semble bien que le processus syphilitique est éteint au bout de huit ans dans tous les cas.

Ces constatations montrent une fois de plus l'action du stovarsol sur la paralysie générale. Elles nous expliquent les échecs qu'on peut avoir avec cette médication et qui semblent dus à des lésions dégénératives résiduelles des cellules nerveuses.

Un cas de septicémie à bacillus funduliformis. — *MM. L. Jame* et *Ch. Jaulmes* rapportent l'observation d'un enfant de 8 ans qui à la suite d'une rhino-pharyngite présenta une otite double compliquée de mastoïdite. Malgré l'intervention chirurgicale apparurent brusquement des symptômes d'une infection générale à évolution rapidement mortelle. Une hémoculture en milieu aérobie permit d'isoler à l'état pur le bacillus funduliformis.

Après une étude bactériologique et expérimentale du germe, les auteurs soulignent le jeune âge du malade, la température

élevée qui se maintint à 42° pendant vingt heures, enfin le rôle possible du bacillus funduliformis dans le déterminisme de l'otite aiguë.

MM. E. Lesné, Robert Clément et ***P. Guillain*** rapportent l'observation d'une fillette de 9 ans atteinte de *maladie de Gaucher* caractérisée par une hépato-splénomegalie, avec intégrité de la formule sanguine et par des localisations osseuses. La ponction de la rate qui révèle les cellules caractéristiques constitue un procedé de diagnostic de haute valeur.

Le syndrome hémorragique, cutané et viscéral, avec anémie, particulièrement marqué chez cette enfant, disparut après splénectomie d'une rate de 1.500 gr. complètement envahie par les cellules de Gaucher. Mais cette intervention n'arrête pas le processus évolutif et après l'opération se développèrent de nouvelles localisations osseuses.

Le caractère familial de l'affection n'est pas ici apparent, à moins que la choroïdite maculaire d'un jeune frère ne corresponde à une forme fruste de la maladie.

Contribution à l'étude du diagnostic des pinéalomes. Forme oculaire tonico myoclonique simulant l'encéphalite épidémique. — ***MM. G. Guillain, P. Mollaret*** et ***I. Bertrand*** rapportent l'observation d'un malade âgé de 32 ans et atteint en août 1929 de somnolence et de céphalée. Trois mois plus tard apparaissent une gêne de la vision et des spasmes oculogyres. A son entrée à la Clinique de la Salpêtrière en mai 1930 on mit en évidence l'existence d'un léger syndrome parkinsonien avec facies figé, hypertonie diffuse de type plastique, exagération des réflexes de posture et du réflexe nasopalpébral. On constata au niveau des yeux, outre un strabisme convergent congénital, des myoclonies oculaires battant dans la direction de la convergence, une diminution de la verticalité du regard cédant en partie au traitement par la poudre de datura, et une inertie pupillaire totale, la stase papillaire, recherchée à de multiples examens, fit toujours défaut.

Des troubles psychiques à type de confusion mentale, apparaissaient le soir. La température était irrégulière, entre 36°8 et 38°. La ponction lombaire montrait de l'hyperalbuminose avec lymphocytes, une réaction de Wassermann négative et une légère précipitation du benjoin colloïdal dans les premiers tubes.

Le malade se cachectisa dans les mois suivants et mourut sans phénomènes nouveaux en septembre 1930. L'autopsie révéla l'existence d'une tumeur distendant les tubercules quadrijumeaux antérieurs, détruisant la calotte pédonculaire à l'exception des noyaux rouges et envahissant le IIIe ventricule et les noyaux internes des thalamus. Histologiquement, il s'agissait d'une tumeur rappelant l'aspect d'une épiphyse d'un enfant d'un mois, avec un stroma conjonctif assez développé et avec deux types cellulaires : petites cellules pseudolymphoïdes et grandes cellules polyédriques à gros noyaux.

Une telle observation montre bien le polymorphisme des pinéalomes. Si on retrouvait certains types classiques, paralysie fonctionnelle du regard et troubles pupillaires, il faut souligner l'absence constante de stase papillaire et surtout l'existence de spasmes oculogyres, de myoclonies oculaires et d'un syndrome parkinsonien, le tout simulant à l'extrême un état post-encéphalitique.

Néphrite aiguë consécutive à l'injection d'un vaccin polymicrobien. — ***MM. J. Paraf, M Chatron*** et ***A. Abaza*** rapportent l'observation d'un sujet bien portant qui le lendemain d'une injection de 4 c. c. de propidon, fit une néphrite aiguë œdémateuse et albuminurique d'abord, totale ensuite, avec azotémie et hypertension artérielle. Des accidents convulsifs et cardiaques mirent sa vie en danger. Pendant toute l'évolution de la maladie, les autres signes de réaction colloïdoclasique manquèrent.

Le malade guérit, sans séquelles, au bout d'un mois et demi. L'existence d'angines répétées, permet d'envisager la possibilité d'une débilité rénale préexistante, qui a favorisé l'action du choc protéinique.

Cette observation constitue un document de plus sur la participation rénale dans les phénomènes de choc et se rattache aux néphrites « anaphylactiques » de A. Tzanck. Elle met en garde contre les thérapeutiques protéiniques intempestives inutiles ou sans examen préalable de la fonction rénale.

Michelle Zagdoun.



Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Montaigne.

Le père de Napoléon III. — La naissance de Napoléon III est un problème complexe et qui n'a pas encore été abordé avec méthode, dit M. Pierre de Lacretelle (*Intermédiaire des Chercheurs et des Curieux*, 15 juin 1933) qui en résume ainsi les éléments essentiels :

« I. — Napoléon III est né le 20 avril 1808 à 1 heure du matin. La dernière tentative de rapprochement entre Louis Bonaparte et Hortense a eu lieu — indiscutablement — au plus tôt le 11 et au plus tard le 12 août 1807 à Toulouse. L'enfant, si le roi de Hollande est son père, est donc venu au monde environ vingt jours avant terme, et non pas huit comme le dit Hortense dans ses *Mémoires*.

II. — Les consultations des médecins qui soignèrent le roi Louis en 1803, 1804, 1811, 1812 ont été publiées ou analysées par M. André Dubosccq. De ces documents très précis, il résulte que le mari d'Hortense était un infirme, atteint d'une lésion de la moelle épinière avec déviation de la colonne vertébrale, paralysé à peu près totalement des deux mains et de la glotte, partiellement des avant-bras et des jambes. Ces accidents ont commencé à se manifester antérieurement au mariage, dans l'hiver 1801-1082, à Berlin, pendant une crise longue et violente. Crise consécutive à une maladie vénérienne contractée dit l'Empereur, dans le *Mémorial*, à Brescia, durant la campagne d'Italie, et pour laquelle Louis suivit tardivement un traitement spécial à la Faculté de Montpellier, de mars à août 1803.

III. — Dès la naissance du futur Napoléon III, le roi Louis a nettement répudié sa paternité dans une lettre à l'Empereur (14 mai 1808), bien qu'il se soit résigné plus tard à l'accepter. Les Napoléonides partageaient sans doute son sentiment car ni sa mère, ni ses sœurs, ni ses frères ne l'ont félicité de la naissance du prince ; il le constate dans une lettre à son oncle le cardinal Fesch (7 mai 1808).

IV. — Le point important est donc de savoir si l'enfant est né réellement avant terme. Hortense l'a bien compris car elle donne à ce sujet d'abondantes explications. Elles n'ont rien d'absolument invraisemblable, mais aucun témoignage contemporain du moins à ma connaissance, ne confirme la version d'un accouchement avant terme. Il faut également que Joséphine, lorsqu'elle apprit la nouvelle, ne fut pas surprise, comme elle aurait dû l'être, par cette délivrance très prématurée. Dans sa lettre de félicitations, elle écrit au contraire que son cœur se mit à battre quand elle vit entrer M. de Villeneuve ; « mais « mais j'avais l'espérance, dit-elle, qu'il n'avait à m'apprendre qu'un heureux événement ».

V. — Si la grossesse a été normale le délai habituel de 270 jours nous reporte au 25 juillet 1807. A cette date le roi Louis avait quitté depuis dix-neuf jours Cauterets, où sa femme était restée. Or, on sait qu'elle s'absenta deux jours de cette ville, précisément dans la nuit du 24 au 25 juillet, pour entreprendre une excursion au Vignemale. Cette dernière date figure en effet sur deux médailles d'or qu'elle offrit à ses guides avant son départ afin de commémorer l'ascension. Dans ses *Mémoires*, elle raconte qu'elle partit de Cauterets à 3 heures du matin, accompagnée seulement d'Adèle de Broc, sa fidèle confidente, et du peintre Anne-Claude Thiénon (alors âgé de 35 ans). Toujours d'après les *Mémoires*, ce dernier serait arrivé au terme de l'excursion dans un état de fatigue physique à propos duquel la reine s'étend longuement ; si longuement et avec tant de détails, qu'un esprit soupçonneux pourrait croire qu'elle cherche à le mettre hors de cause.

VI. — Si Napoléon III est né à terme il est clair que l'escapade du 25 juillet pèse lourdement sur sa naissance car c'est évidemment dans l'auberge de Gavarnie où elle passa la nuit du 25 au 26, qu'Hortense se serait alors rencontrée avec le père véritable de son troisième fils.

VII. — En résumé, Napoléon III est peut-être le fils du roi de

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

Hollande mais il existe un faisceau solide de présomptions qui ne permettent pas de l'affirmer. Il y a l'impotence de Louis et son désaveu de paternité ; il y a le fait singulier qu'Hortense a vécu trois fois conjugalement avec son mari infirme (et à intervalles très éloignés) et que chaque fois elle a mis ensuite au monde un enfant qu'aucune tare congénitale n'a marqué ; il y a le silence des Napoléonides, l'accouchement clandestin de 1811, la nuit du 25 au 26 juillet dans l'auberge de Gavarnie, qui coïncide exactement avec la naissance de Napoléon III. Il arrive sans doute qu'un paralytique, même aussi gravement atteint que Louis puisse être père ; et il arrive également qu'une mère accouche vingt jours avant terme. Mais il s'agit de cas peu fréquents. De telle sorte que si Napoléon III est un Bonaparte, il ne doit sa légitimité qu'à deux exceptions.

VIII. — Quant à l'amiral Verhuell, qu'on a nommé avec tant d'insistance depuis plus d'un siècle, il semble bien qu'on puisse le mettre aujourd'hui hors de cause ; on connaît en effet de lui une longue lettre officielle au roi Louis (2 p. 1 /2 gr. in-8°) entièrement autographe et datée de La Haye, 24 juillet 1807. Il ne pouvait donc se trouver le même jour à Cauterets. Toutefois, un autre Verhuell, frère de l'amiral et ambassadeur de Hollande à Madrid, a passé l'été dans les Pyrénées ; son âge permet de l'écarter. On ne peut en dire autant de son fils, mais il faudrait d'abord établir la présence de celui-ci à Cauterets ».

Comment devenir directeur de Bureau municipal d'Hygiène. — *Docteur Briau* (LE MOUVEMENT SANITAIRE, avril 1933).

La première chose à faire c'est d'obtenir le diplôme des Instituts officiellement habilités.

Voilà la première étape. Pas difficile : il s'agit, pour des gens déjà docteurs en médecine, d'approfondir une science qui n'a rien d'hermétique. Ceci fait, il faut lire régulièrement le *Journal Officiel*. On y trouvera consignées les vacances éventuelles de bureaux municipaux avec leurs conditions. Dès qu'une occasion se présentera, vite aller s'inscrire au 6e bureau de la Direction de l'Hygiène avec les papiers voulus. Ces papiers constituent des dossiers qu'une Commission du Conseil supérieur examine et d'après lesquels est dressée une liste des candidats considérés comme aptes aux fonctions ; l'Administration envoie cette liste au maire intéressé en laissant à ceux qui n'ont pas été considérés comme aptes le temps d'abord de maudire leurs juges, puis de protester utilement près du Conseil. Il peut en effet se produire des oublis faciles à réparer.

Docteur en médecine, diplômé d'hygiène, reconnu apte aux fonctions de directeur de bureau municipal, le candidat a encore tout à faire.

La liste des aptes qui a été adressée au maire contient, si le poste en vaut la peine, vingt ou trente noms : aucun n'est bon, sauf un, choisi d'avance. Le maire est en effet tout puissant pour désigner son fonctionnaire, pourvu que celui-ci soit reconnu apte. Le rôle du Conseil supérieur est strictement limité à l'établissement d'une liste d'aptitude. Il ne s'agit pas d'une sorte de concours sur titres. Il aurait cependant paru logique que le maire puisse être plus complètement éclairé et même guidé. On a essayé quelquefois d'établir un classement, mettant en première ligne des candidats dont le passé et les titres étaient vraiment hors de pair : mais ce souci de bien faire, non prévu par la loi, est absolument inutile. S'il y a vingt aptes classés un à un et que le vingtième soit son homme, le maire le désignera malgré tout et restera en pleine légalité.

Qu'arrivera-t-il si cet homme unique, favorisé des dieux, qui a su captiver l'amitié du maire n'est pas reconnu apte ? Le maire aura immanquablement un moment de bien mauvaise humeur qui aboutira à deux réactions possibles : *Première réaction* : « Je n'y tiens pas à leur bureau d'hygiène ! Je l'ai organisé parce qu'on me tourmentait pour que je me mette en « règle avec la loi : tout a très bien marché jusqu'ici sans cette « machine à embêtements. Puisqu'ils ne veulent pas de mon « copain, je ne marche plus ». Et, en effet, il laisse tout en panne.

Deuxième réaction : soit qu'il veuille à toutes forces caser son copain, soit qu'il estime qu'un poste sanitaire lui est indispensable, il monte un bureau d'hygiène hérétique, avec son non-apte. Il n'est plus dans la stricte légalité, mais il n'encourt aucune sanction, sauf que l'État ne participe pas aux frais du bureau. (Cette participation en réalité, est presque inpondérable)

Il lui faut donc partir à la conquête d'un maire.

Toute une science spéciale devrait être édifiée dans ce but. Ce n'est pas facile : il y a en France 36.000 maires et chacun d'eux a un tempérament particulier. Tous diffèrent par la cou-

P. L. M.

Mise en circulation du « Côte d'Azur Pulmann-Express » pendant la période des vacanc[es]

Pour qui n'aime pas voyager de nuit, le train idéal pour all[er] sur la Riviera est le « Côte d'Azur-Pulmann-Express ». Ce train composé de voitures-salons-Pulmann de 1re et de 2e classes qui a fonctionné pendant toute la saison d'hiver, est remis en circulation, entre Paris et Menton, du 10 juillet au 8 septembre, sauf les dimanches et fêtes.

Départ de Paris à 9 heures, de Lyon-Perrache à 15 h. 05 ; arrivée à Marseille à 19 h. 16, Cannes 22 heures, Juan-les-Pins 22 h. 10, Nice 22 h. 30, Menton 23 h. 11.

En sens inverse, le « Côte d'Azur-Pulmann-Express » part de Menton à 8 h. 20, de Nice à 9 heures, de Juan-les-Pins à 9. 17, de Cannes à 9 h. 26, de, Marseille à 12 h. 07 ; il arrive à Lyon à 16 h. 2[.] et à Paris à 22 h. 40. Il donne, à Lyon, des correspondances pour Saint-Etienne (arr. à 18 h. 11) Vichy (arr. à 20 h. 09), le Bourbonnais et l'Ouest de la France.

Le supplément de Pulmann est des plus modérés : en 2e classe, il ne représente que 64 fr. 60 de Paris à Lyon, 137 fr. 10 de Paris à Nice ou inversement. Les repas sont servis au voyageur à sa place, sans qu'il ait à se déranger.

Pour des indications plus détaillées, veuillez vous adresser aux gares ou aux agences de la Compagnie des Wagons-Lits.

leur du poil, des habits, de la culture et des opinions politiques ; aussi ne peut-on procéder par analyse. Il n'y a d'espoir que dans la synthèse. Il faut donc dégager quelques traits communs à ces 36.000 individualités. Il en est un qui domine la situation : les maires, sans exception, ne pensent qu'à une chose, leur réélection. C'est le postulat d'Euclide, d'où découlent deux corollaires : 1° ne rien faire pour ne pas embêter l'électeur ; 2° lui faire croire qu'on fait cependant beaucoup.

. . . .

La plupart de mes anciens collègues ont été nommés avec cette consigne formulée en termes plus ou moins estompés : « Je vous donne la place, mais contentez-vous de figurer sur le rôle municipal, sans bouger, c'est tout ce que je vous demande, et c'est ce que je vous demande surtout » Cela ne les a pas empêchés de faire beaucoup de choses et pour la plus grande gloire des dits maires ultérieurement convertis et s'essouflant à les suivre.

En conséquence, voilà quelques conseils qu'on pourrait suggérer : d'abord s'introduire dans la place comme un brave homme incapable d'une initiative quelconque, effacé, consciencieux cependant, désireux d'éviter les histoires. Pour cela, il faut savoir parlementer. Le verbe parlementer, hâtons-nous de le dire, n'a aucune parenté avec le substantif parlementaire, par lequel on désigne les sénateurs et les députés. Si nous considérons que savoir parlementer est la première qualité pour un hygiéniste, nous n'allons pas jusqu'à prétendre que les parlementaires, nos maîtres, sachent parlementer. Il est du reste encore plus difficile de parlementer avec les parlementaires qu'avec les maires : la preuve en est qu'il n'y a pas eu moyen, depuis trente-et-un ans, de leur faire étudier, sérieusement, la réorganisation de l'hygiène.

Il cherchera et trouvera bien quelque ville où le Directeur du bureau d'hygiène est arrivé près de l'heure de la retraite.

Qu'il aille s'installer dans son domaine, en amateur, et cherche à faire sa connaissance et la connaissance de ses passions accessoires : quel homme n'en a pas ? Pêche à la ligne, peinture à l'huile, T. S. F., pari mutuel, boursicotage, collection de timbres-postes, etc... Une fois ami avec ce vieux directeur, il lui proposera gracieusement de le remplacer, de temps à autre et l'enverra surveiller en Bourse ses mines d'or hésitantes, ou jeter des mouches artificielles à la truite astucieuse. Le titulaire prendra goût à ces petites vacances. Le maire s'habituera à cette figure nouvelle, souvent rencontrée, et qui devra garder une apparence avenante, débonnaire et sans reflet. Surtout, ne jamais laisser soupçonner ce feu intérieur qui consume tous les vrais hygiénistes. Quand la poire sera mûre, le vieux camarade étant allé planter ses choux, comme remplaçant le maire choisira notre ami qui, j'espère, lui en fera voir de dures.

Il remplira sa mission sans mécontenter trop de gens.

Avant tout, il faudra amener le maire à cette idée primordiale : c'est qu'attacher son nom à des œuvres utiles, même onéreuses, telles que dispensaires, consultations diverses, assainissement de quartiers, constituera pour lui une publicité de meilleur aloi que de dresser une statue en bronze à quelque Tartempion. C'est par l'exemple des autres maires qu'on agira : il n'en manque pas maintenant qui sont très fiers des progrès réalisés chez eux, quelquefois malgré eux.

. . . .

Voilà notre directeur appuyé sur un maire qui grogne peut-être mais qui l'écoute et le suit. C'est le gros morceau. Il lui faut alors parlementer de tous les autres côtés : avec les médecins praticiens sans lesquels il ne peut utilement travailler, avec les architectes, les ingénieurs, les techniciens qui sont des hommes si méticuleux, avec les infirmières-visiteuses qui sont des femmes... si femmes, avec les malades, les bien portants, les nouveau-nés et quelquefois les morts. Il doit plier en apparence devant tous, mais il ne doit jamais céder sauf, quelquefois, devant sa dactylo.

Puis l'heure de la retraite arrivera.

Il aura fait la gloire de plusieurs maires successifs, la fortune de plusieurs compagnies d'assainissement, la renommée de quelques architectes et s'en ira, usé, obscur, ignoré, avec quelquefois une toute petite retraite de rien du tout.

J'ai oublié de dire que pour être directeur de Bureau d'hygiène, il fallait avant tout, ne pas avoir besoin de gagner sa vie.

La médecine opératoire cadavérique. — *Professeur Leriche : Programme des études nécessaires à la formation d'un chirurgien.* (LA PRESSE MÉDICALE, 14 juin 1933.)

La médecine opératoire cadavérique est une des traditions de la chirurgie française, à laquelle nous tenons beaucoup. Nécessaire à l'époque où la chirurgie n'existait que comme une prestidigitation qui se pratiquait surtout sur les membres et sans anesthésie, où le chirurgien arrivant au concours n'avait encore que fort peu opéré et que très peu vu opérer, elle n'a plus la même valeur aujourd'hui, où le moindre candidat au concours a une expérience opératoire plus étendue que celle que beaucoup des grands chirurgiens du passé ont jamais possédée.

Nombre de chirurgiens pensent que son rôle est terminé. Auvray ne vient-il pas d'écrire, en parlant du concours des hôpitaux de Paris : « Il me semble qu'il y aurait avantage à supprimer purement et simplement, dans notre concours, la vieille épreuve de médecine opératoire, classique, combien vieille ! »

Il est certain qu'on ne s'entraîne pas à la chasse aux lions en faisant des cartons dans un stand, ou en tirant sur des lions empaillés. La poursuite des fauves exige plus d'attention, plus d'esprit d'observation, plus de minutie dans la préparation du tir et ce sera certainement dans quelques lustres, un sujet de

stupéfaction pour nos successeurs, de voir que nous sommes restés aussi longtemps attachés à des exercices éloignés, dans leur esprit et dans la lettre, de ce que nous faisons chaque jour. Les chaires de médecine opératoire devraient accentuer le mouvement qui les porte à devenir des chaires de thérapeutique chirurgicale. On devrait leur adjoindre un service hospitalier. Elles pourraient ainsi vraiment remplir leur fonction et servir au progrès chirurgical.

Je sais bien ce que l'on dit : la médecine opératoire classique apprend la méthode, la netteté, la précision. Mais je demeure persuadé que c'est à l'hôpital, comme aide, que journellement le futur chirurgien s'entraîne à la méthode, à la netteté, à la précision et à l'asepsie, au contact de l'homme malade. Qui donc oserait dire que si tel jeune chirurgien a une parfaite technique dans l'hystérectomie ou la gastro-entérostomie, c'est parce que, pendant des heures, il s'est entraîné au bord d'une table avec un grand couteau, à abattre en quelques secondes une épaule ou une hanche qui ne saigne pas ?

Que penserions-nous d'un ministre des P. T. T. qui ferait entraîner ses télégraphistes avec la signalisation à bras ?

Certes, il est nécessaire qu'on enseigne sur le cadavre à découvrir correctement les artères, à chercher les interlignes là où ils sont, à tailler des lambeaux convenables. Il est toujours excellent de s'imprégner de l'esprit de Farabeuf qui a substitué la précision au verbalisme. Mais il est mauvais de perdre un temps précieux à s'entraîner à une virtuosité qui ne servira plus aussitôt le concours passé. Pourquoi obliger le futur chirurgien à prendre des habitudes d'amphithéâtre, au sens romain du mot, habitudes qu'il devra perdre le jour où il fera des thyroïdectomies, des cholécystectomies, des gastrectomies, ou toutes autres opérations, dans lesquelles une minutie dépouillée de toute emphase opératoire est la clef du résultat ?

Et que de temps perdu à ces exercices. J'ai calculé, évidemment de façon très approximative, que j'ai passé quelques 320 heures à faire de la médecine opératoire avant d'arriver aux hôpitaux. Que je regrette aujourd'hui de n'en avoir pas consacré la moitié à me tremper dans la physiologie ou l'histologie pathologique.

Qu'il vaudrait mieux pour tout le monde, malades et chirurgiens qu'on s'entraînât à la technique en faisant de la chirurgie expérimentale. Il y a tant de problèmes obscurs dont l'étude exige, avec une technique parfaite, une réelle matrise opératoire. exige, avec une technique parfaite, une réelle maîtrise opératoire. Il serait facile de fixer à chaque apprenti chirurgien un programme de recherches, et de juger, au bout de quelques mois, sur ses résultats. On saurait ainsi ce que vaut l'homme, bien plus sûrement qu'en lui faisant exécuter, chronomètre en main, la désarticulation du coude ou du poignet qu'il ne fera peut-être jamais plus dans sa vie. (Avouerai-je en passant que je n'ai jamais fait une désarticulation du poignet et du coude sur le vivant ?) On peut être assuré que l'homme qui a su réussir les difficiles anastomoses qui permettent d'obtenir des ulcères chez le chien est mûr pour n'importe quelle opération, même s'il ne sait pas faire un Lisfranc en deux minutes. Et de même, celui qui sait découvrir le nerf de Hering et l'enlever au contact de la bifurcation carotidienne saura certainement opérer sur les artères de l'homme vivant mieux que celui qui a découvert trente fois la carotide primitive sur le cadavre. Est-il donc nécessaire d'insister ? Cela paraît si évident.

Lavoisier hygiéniste. — *Passage détaché d'une conférence du Docteur R. Dujarric de La Rivière, conférence publiée par* Strasbourg Médical (23 février et 15 mars 1933) :

Eau potable. — Lavoisier avait compris l'importance qu'il y a à distribuer aux habitants d'une ville de l'eau de bonne qualité. Son mémoire sur « La nature des eaux de la Ville de Rouen » (1) est particulièrement instructif à ce sujet.

« Autant, dit-il, les chimistes modernes se sont appliqués à l'analyse des eaux qu'ils ont improprement appelées du nom de minérales, autant ils ont négligé l'examen de celles qui s'emploient journellement pour les usages de la vie. Ces dernières cependant n'étaient pas moins dignes de leur attention ; elles intéressent, en effet, la société tout entière et principalement cette classe de citoyens dont les bras sont en même temps la force et la richesse de l'Etat. On sait que, dans certains pays, les femmes sont presque toutes attaquées d'excroissances charnues,connues sous le nom de goitre ... Les gens de l'art ont toujours pensé

(1) Tome III des « Œuvres ». Voir aussi dans ce tome, le rapport intitulé : De la nature des eaux d'une partie de la Franche-Comté, de l'Alsace, de la Lorraine, de la Champagne, de la Brie et du Valois.

que c'était à la nature des eaux qu'on devait attribuer, en grande partie, ces maladies locales ».

Il pensait aussi que la plupart des maladies auxquelles les matelots et les soldats sont sujets viennent de la mauvaise qualité des eaux (Rapport sur l'assainissement des eaux corrompues, 27 avril 1774) (1).

En 1769, Lavoisier eut à s'occuper de la question de l'adduction d'eau potable à Paris. Depuis longtemps, la qualité d'eau fournie aux parisiens était très insuffisante. Un ingénieur, M. de Parcieux, avait proposé d'amener à Paris l'eau de la rivière l'Yvette. Mais de Parcieux étant mort, son projet fut vivement attaqué. Lavoisier en prit la défense. Il montra d'abord que le projet avait été fort bien étudié.

« M. de Parcieux, dit Lavoisier, s'assura d'abord, que la pente était suffisante pour que l'eau pût parvenir aux quartiers les plus élevés de la ville. Il prit la peine de tracer lui-même la route que devait suivre le canal et d'en dresser une carte. Il eut la satisfaction de voir que la nature en avait fait tous les frais. Dans tout l'espace que le canal avait à parcourir, deux vallées de peu d'étendue, celle de Rongis, près Courvoy et celle de la rivière de Bièvre, étaient les seules qui s'opposassent au libre cours de l'eau et les ponts acqueducs nécessaires pour les travaux ne formeraient pas un objet de dépense très considérable, du moins relativement à la magnificence et à l'utilité du projet ».

L'eau de l'Yvette paraissait de quantité suffisante. L'Académie des sciences et la Faculté de médecine de Paris avaient fait des expériences à ce sujet. Il en résultait que « l'eau de la rivière l'Yvette, dit Lavoisier, est plus pure que celle d'Arcueil et que celle de Ville-d'Avray même, qui jouit d'une si grande réputation ».

L'épuration même de l'eau était prévue. On se débarrasserait, à l'aide de grilles de fer, des corps flottants dans l'eau. L'eau passerait ensuite dans de grands bassins où le courant se trouverait diminué et où se déposeraient les corps étrangers. Enfin, après avoir acquis par le dépôt, une pureté presque absolue, elle parviendrait « à un encaissement de gravier de plusieurs pieds d'épaisseur, à travers laquelle elle se filtrera et dans laquelle elle déposera le reste de matières qui pourraient altérer sa transparence ». Il sera nécessaire de nettoyer de temps en temps ces « repos » et quelquefois le canal lui-même. M. de Parcieux donnait dans son mémoire des moyens également sûrs et faciles pour y parvenir : On pratiquerait latéralement à chaque repos, une ou plusieurs vannes qu'on lèverait pour le nettoyer et par lesquelles on laisserait couler l'eau qui aurait servi à le laver.

C'était déjà une filtration bien comprise. Cette filtration rencontrait des objections comme en rencontre aujourd'hui la désinfection chimique. C'est ainsi que le Père Félicien qui avait attaqué le projet de M. de Parcieux avait écrit : « M. de Parcieux n'a-t-il pas sujet de craindre que le préjugé contre l'eau filtrée ne se réveille et ne fasse tort à son projet ? » Mais Lavoisier répond fort justement : « Quelle altération le Père Félicien pense-t-il donc que puisse causer à l'eau la filtration à travers une masse de cailloux et de matières vitrifiables ? Les eaux de sources, celles même qui passent pour les plus salubres, sont-elles autre chose que de l'eau filtrée et n'ont-elles pas traversé, dans l'intérieur de la terre, des encaissements immenses de sable, de pierres et de différentes matières ? ».

Lavoisier étudia aussi l'action de certaines substances chimiques sur les eaux. Il dit, en effet, dans son « Rapport sur un moyen d'éviter la corruption de l'eau à bord des navires » (1) : « On conçoit que la partie dominante de la liqueur de M. Faure de Beaufort étant l'acide vitriolique la propriété qu'a cet acide de s'unir aux parties alcalescentes et de les neutraliser la rend propre à prévenir ou même corriger la corruption des eaux ».

Lavoisier eut encore à étudier différents projets d'adduction d'eau à Paris. En particulier, celui de M. d'Auxiron (2) qui voulait établir une pompe à feu pour élever et distribuer les eaux de la Seine et celui de M. Perrin qui voulait conduire par un canal souterrain l'eau de la Seine dans un vaste puits situé sous l'Estrapade (3).

FRAUDES SUR LES BOISSONS ET DIVERS PRODUITS. — Dans un rapport sur la fasification des cidres » (4) Lavoisier signale certaines fraudes et le danger qu'elles font courir à la santé publique.

« On corrige les cidres aigres, dans les divers cantons de la Normandie, dit-il, soit en versant du sirop dans la tonne, soit en substituant du cidre doux à celui qu'ils tirent dans cette intention, ce qu'ils appellent recouper, soit en y ajoutant de la cendre, de la craie, mêlées quelquefois avec la litharge ou la céruse.

« Mais il n'en est pas de même de l'addition de la céruse ou de la litharge. La fraude faite avec ces chaux de plomb expose à de grands dangers et est toujours très punissable. »

Le « Rapport sur l'étamage par le procédé du sieur Biberel » (5), fournit à Lavoisier l'occasion de stigmatiser les commerçants qui trompent le public :

« Nous avons rendu compte à l'Académie l'année dernière, M. Macquer, M. Cadet et moi, de la découverte faite par le sieur Biberel, fondeur à Beauvais, d'un nouvel étamage destiné à revêtir les casseroles de cuivre. Cet étamage qui consistait principalement dans un alliage d'étain et de fonte de fer, présentait les avantages qui suivent... 5° de ne pouvoir communiquer aux aliments aucune qualité malfaisante. »

(1) « Œuvres », tome IV.

(1) « Œuvres », tome IV.
(2) « Œuvres », tome III.
(3) « Œuvres », tome IV.
(4) « Œuvres », tome III.
(5) « Œuvres », tome IV.

Or, le sieur Biberel ne tenait pas ses promesses et Lavoisier pria l'Académie de délibérer sur le parti à prendre pour mettre le public, le plus tôt possible en garde « contre l'infidélité du sieur Biberel ».

Enfin, il n'est pas de sujet indigne de son attention s'il présente quelque intérêt scientifique. Témoin ce rapport sur le rouge végétal qu'il présenta à l'Académie, le 26 juillet 1775 (1).

« Le rouge dont les femmes se servent pour colorer leur visage, considéré comme un objet de parure et d'ornement est sans doute peu fait pour occuper l'Académie. Cependant, lorsqu'elle a considéré que cette parure était adoptée par des classes entières de la Société et surtout par les femmes de la première qualité, elle a pensé qu'il ne lui était pas permis de rejeter ceux qui pourraient lui présenter des moyens de composer un rouge qui ne contînt rien de nuisible ni à la peau, ni à la santé en général.

« Cependant, sur ce qu'il a été observé à l'Académie que le plus grand nombre de parfumeurs de Paris n'employaient pour la fabrique de leur rouge que des teintures végétales, que, conséquemment, tous les parfumeurs de Paris ne manqueraient pas de réclamer successivement la même approbation, et que l'Académie serait continuellement interrompue pour un sujet aussi mince, elle a pensé qu'elle ne pouvait prononcer sur le rouge du sieur Dupont sans s'expliquer, en même temps, sur les différents rouges qui se débitent, en général, dans Paris, et elle a chargé M. Lavoisier et M. de Jussieu le jeune, de faire toutes les recherches et expériences qui pourraient être relatives à cet objet.

« Il est certain que le haut prix de la matière colorante du safranum et du carnim a pu quelquefois engager à leur substituer le cinabre et le vermillon et l'on trouve, en effet, d'anciennes recettes où on le prescrit en tout ou en partie. Cette préparation du rouge pourrait avoir de très grands inconvénients, mais il y a apparence qu'elle est très peu répandue dans le commerce. En effet, parmi une douzaine d'échantillons de rouge que MM. Lavoisier et de Jussieu le jeune se sont procurés chez les parfumeurs et merciers de Paris, en affectant même de demander les espèces les plus communes, il ne s'en est pas trouvé un seul qui contînt autre chose que de la cochenille et du safranum.

... D'après cela, toutes les fois qu'un rouge peut être décoloré par l'esprit-de-vin, c'est un rouge végétal, toutes les fois qu'il ne peut pas l'être par cette liqueur mais seulement par les alcalis, c'est un rouge animal.

MM. de Jussieu et Lavoisier ne se sont pas contentés de ces expériences pour s'assurer que les douze échantillons de rouge qu'ils s'étaient procurés ne contenaient aucune substance minérale ; ils les ont traités par la calcination, par la combinaison avec les acides et par la précipitation au moyen de l'alcali phlogistiqué ; ils n'ont obtenu, dans aucun cas, rien de métallique.

Il est donc constant qu'il ne se vend, en général, à Paris, que du rouge végétal, principalement tiré du safranum ».

Hygiène sociale. — Lavoisier en fit avant la lettre. Parmi les mémoires présentés à « l'Assemblée provinciale de l'Orléanais, en 1788 (et dont les manuscrits autographes existent à la Bibliothèque d'Orleans) il faut retenir le mémoire intitulé « Projet d'établissement d'une caisse de Bienfaisance dont l'objet serait d'assurer, aux vieillards et aux veuves, des secours contre l'indigence ». Lavoisier proposa de donner à ce Mémoire le titre suivant : « *Projet d'une caisse d'Assurances en faveur du peuple contre les atteintes de la misère et de la vieillesse* ».

Lavoisier proposa de former à Orléans « *Une Caisse d'épargne du peuple* ». Ce serait « un établissement où l'on recevrait les sommes qui seraient réunies par les personnes de tout âge et de toute condition qui voudraient se procurer elles-mêmes, à leurs veuves ou à leurs enfants, à quelque époque que ce fût, une rente viagère qui serait déterminée par les Tables réglées à cet effet. La province entière serait garante des engagements qui seraient pris par cette Caisse » (2). « Qui sait, dit Lavoisier, si l'art de vivre en société n'est pas susceptible comme tous les autres de se perfectionner, si une administration plus populaire, si une répartition plus égale dans les charges publiques, enfin, si le calme que répandra sur toute la vie la certitude d'une vieillesse heureuse et tranquille n'augmentera pas la vie moyenne des hommes et ne diminuera pas la mortalité ».

Lavoisier avait tout vu : les bénéfices moraux et les résultats pratiques des assurances vieillesse et maladie, ainsi que leur répercussion sur la santé publique.

(1) « Œuvres », tome IV.
(2) « Œuvres » tome VI.

Varia. *François Mauriac (Je suis Partout).*

Naguère, quand M. Mauriac n'était pas encore Immortel, il revint à son ancien bahut. Il s'imaginait, sinon des ares de triomphe, du moins quelque rumeur. Son nom bourdonnerait de cour en cour, de classe en classe. Les grands le glisseraient aux moyens, qui le chuchoteraient aux petits balbutiants. Ce nom, il le dit au custode, qui le lui fit répéter deux ou trois fois :

Monsieur... Monsieur... Maurigny... Maurigon...

Et, au parloir, sous les tableaux d'honneur où il ne figure plus, l'auteur du *Jeudi saint* pratiqua, trois quarts d'heure durant, la sainte vertu d'audience. A la fin survint le directeur, distrait, distant et poli, qui lui dit :

Monsieur désire...

Du coup, l'ancien élève reprit son chapeau et rentra dans le siècle, bien décidé à ne plus revenir qu'en esprit à ce berceau de son enfance studieuse.

....

Pourquoi l'élève Mauriac a-t-il laissé si peu de souvenirs dans la mémoire de ses maîtres ? C'est qu'il était le dernier né de quatre frères. Le premier en âge, Pierre, joignait à la beauté physique une intelligence très précoce. C'était l' « as » de la classe. Enfant, il jouait les dauphins dans la famille. On l'habillait comme un jeune infant, en costume de velours noir avec collerette de dentelle. Comme dans les bonnes familles bourgeoises, le magnifique harnachement passait au cadet, qui le refilait au troisième. Jamais l'habit de velours n'est arrivé jusqu'à François Mauriac. Et, comme il était chétif, on ne fondait sur lui aucune espérance.

On prévoyait à ses frères de fructueuses carrières. Et, sur ce point, les professeurs furent clairvoyants. Pierre Mauriac, l'aîné, est une des gloires de la Faculté de médecine de Bordeaux. Ce médecin est, par surcroît, un excellent écrivain. Le second frère, l'abbé Mauriac, est aumônier du lycée de la vineuse cité. Il est adoré de ses jeunes ouailles. Le troisième est avoué.

Il y a quelques années, l' « as » du collège et de la famille, Pierre, écrivit à son frère, le romancier, pour qui il professe la plus tendre admiration :

« Pends-toi, brave François ! Je serai de l'Académie avant toi. »

Il le fut, mais de l'Académie de Bordeaux, glorieuse compagnie qui compta parmi ses membres Montesquieu.

LA TÉTRADE DIGESTIVE DU Dʀ. ZIZINE



AGOCHOLINE

Agent de drainage biliaire

(1 à 3 cuillerées à café de granulé le matin à jeun)

En Argentine, en Uruguay, aux Etats-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

GASTROPANSEMENT

A base de Charbon ACTIF associé aux poudres inertes

(1 paquet le matin à jeun et au besoin le soir

PEPTODIASE

Eupeptique pour adultes et enfants

(Chlorure de Ca, Mg, et Na + amers de gentiane)

Adultes : 30 gouttes à chaque repas
Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)

Après les repas et au moment des douleurs :

Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

Laboratoires du Dʀ ZIZINE
24, Rue de Fécamp, PARIS (12e)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 29 LE NUMÉRO : 50 Centimes 22 JUILLET 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 10 juillet. — M. CAMÉNA D'ALMEIDA. Etude des pyéloplhébites au cours du syndrome de Banti. — M. MAZILIER. Etudes sur les traitement du nouveau-né issu de souche syphilitique. — M. FAU. Pneumo-gastrique et muqueuse de l'estomac. — M. ZILBERMAN. Etude sur l'opothérapie testiculaire.

11 juillet. — Mlle BARRERAS. Etude des métrites déciduiformes. — Mlle GAULIER-FAGUIÈRE. Traitement chirurgical restaurateur de la perméabilité tubaire dans les salpingites. — M. GONSALEZ-CÉLIS. Kystes des ménisques du genou. — M. WILBERT. Etude des vertiges tardifs dans les accidents du travail comportant un traumatisme cranien. — M. LAMY. Le point G étudié par les nouvelles méthodes de radiologie cardiaque. — M. BLONDEL. Le tissu réticulo-endothelial du foie et ses tumeurs malignes. — Mlle ROCHE. Etude du diabète sucré chez les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans. — M. ALAURENT. La diphtérie oculaire isolée dans la première enfance. — M. JOUEN. Sur un cas de maladie de Ritter avec lésions des glandes endocrines.

12 juillet. — M. LEVECQ. Fonctionnement de la clinique Baudelocque en 1931. — M. BRANDWEIN. Contribution à la recherche de l'ovulation chez la femme. — Mlle FAYOT. La diphtérie des vaccinés. — Mlle LAMBERJACH. Traitement des ménorragies et des métrorragies par les rayons ultra-violets associés à la médication calcique. — M. MANIL. De la gonococcie latente, fréquence, moyens de diagnostic. — M. BOURGGROFF. Etude de la relation des ulcères de jambes et des déficiences organiques. — M. RAMADIER. Splénomégalie hémolytique familiale. — M. DUBREIL. Sur quelques cas de fièvre typhoïde traités par l'iodobismuthate de quinine. — M. VERRE. Les troubles digestifs après phrénicectomie gauche. — M. BARDOU. Etude de l'éclairage des salles d'opération. — M. BOBARD. Transmission des maladies contagieuses par le médecin. — M. LICHTENBERG. Hygiène des latrines scolaires. — M. RUSIN. Teignes humaines de l'Afrique.

13 juillet. — M. GUET. Traitement des fractures pathologiques dans l'ostéopériostite de la mandibule. — M. PETIT. Etude et traitement des syndromes agranulocytaires toxiques. — M. BARDY. La perception au relief exact en stéréoradiographie. — M. LECOUILLARD. Traitement des sclérites par ionisation. — M. ROUSKOVA. Etat actuel du traitement de la stérilité féminine. M. ALDUY. Asthme et tuberculose. — M. DION. Etude de l'épilepsie associée. — M. MOTTET. Le sarcome d'Ewing. — M. VASSEROT. L'hygroma chronique simple de la bourse séreuse du psoas iliaque. — M. ARNAUD. Albumine et évolution bactérienne. Action comparative des albumines de l'œuf et du sérum sanguin. — M. LEBOUCHARD. Etude des causes d'erreurs en radiologie. Quelques cas de mauvaise interprétation. — M. DE STANKIEWICZ. Etude de la levure de bière dans l'alimentation humaine. — M. SULEM. Etude des déformations de l'estomac par aérocolie. — Mlle RIPERT. Traitement de la maladie d'Addison par l'extrait cortico-surrénal. — M. AYRIGNAC. Etude de la ration protéidique en régime normal.

Assistance publique à Paris. CONSULTATIONS. — L'article 23 du Règlement général sur le Service de santé est modifié ainsi qu'il suit :

La consultation de médecine est faite par des médecins des hôpitaux et à défaut par des assistants de consultation.

La consultation de chirurgie est faite :

dans les hôpitaux comportant deux ou plusieurs services de chirurgie, par un des chirurgiens des hôpitaux ou des candidats titulaires de deux admissibilités au concours de chirurgien des hôpitaux n'ayant pas été affecté à un emploi d'assistant de service dans les conditions prévues à l'article 46 du présent règlement ou par un des candidats au concours de chirurgien des hôpitaux titulaire d'une admissibilité.

La consultation peut être également confiée à un des chirurgiens honoraires.

Dans ce cas les chirurgiens honoraires exerceront leur choix immédiatement après les chirurgiens des hôpitaux.

Ils sont nommés pour une année à l'expiration de laquelle ils ne peuvent être maintenus en fonctions que sous les réserves exprimées aux paragraphes précédents.

Légion d'honneur. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — MM. le médecin général Oui, directeur du Service de santé de la 1re Région ; le médecin général inspecteur Lecomte, des troupes coloniales ; les médecins colonels Epaulard, Maiaval ; le médecin lieutenant-colonel Voivenel.

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Oudard.

Guerre. — Le médecin général Gay-Bonnet, directeur du Service de santé de la 4e Région, est nommé sous-directeur du Service de santé de la région de Paris.

Le médecin colonel Epaulard, sous-directeur du Service de santé de la 5e région, est nommé directeur du Service de santé de la 5e région, à Orléans.

Commission médicale. — Par arrêté du 3 juillet 1933, MM. les docteurs Brissaud et Vitry ont été nommés membres de la commission médicale instituée en vertu de l'article 4 du décret du 10 décembre 1929 relatif aux congés de longue durée pour tuberculose.

Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail. — Par arrêté du 6 juillet 1933, est nommé membre de la première section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) de la commission chargée de l'élaboration des tarifs de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accident du travail : M. Barthet, président honoraire de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France et des colonies, en remplacement de M. Vaudin, décédé.

Ministère de la Santé publique. — Le poste de médecin chef de service du quartier d'aliénés de l'hospice de Montauban

(Tarn-et-Garonne) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Vallet (cadre B) mis, sur sa demande, à la disposition du gouverneur général de l'Algérie.

Alliance d'hygiène sociale. — XXe *Congrès*. (Beauvais, 6, 7 et 8 octobre 1933.):— Les adhésions au Congrès sont gratuites. Elles doivent être adressées le plus tôt possible et en tout cas avant le 10 septembre, soit au Secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, 5, rue Las-Cases, Paris, soit à M. Collet, inspecteur de l'Assistance publique, directeur de l'Office départemental d'hygiène sociale à Beauvais.

Programme. — La séance d'ouverture aura lieu le vendredi 6 octobre, à 9 h. 30 ; celle de clôture le dimanche matin 8 octobre.

Les séances du Congrès se tiendront dans la salle des fêtes de l'Hôtel de Ville de Beauvais.

Le Comité enverra toutes indications complémentaires utiles aux personnes qui adresseront leur adhésion au Congrès.

Rapports qui seront présentés au Congrès :

Vendredi 6 octobre (matin) : L'Office departemental d'hygiène sociale et les services de l'enfance, par M. Collet, inspecteur de l'Assistance publique, directeur de l'Office départemental d'hygiène sociale de l'Oise. – Les consultations prenatales et les consultations de nourrissons, par M. le Docteur Gossart, président du Syndicat des médecins de l'Oise. — La lutte contre la syphilis et l'hérédo-syphilis, par M. le Docteur Pierrat, médecin spécialisé des dispensaires antisyphilitiques. — Les centres de protection infantile, par Mlle Geoffret, infirmière inspectrice des dispensaires antituberculeux, et Mlle Pillon, présidente du Syndicat des sages-femmes de l'Oise.

Samedi 7 octobre (matin). — L'Office privé de préservation antituberculeuse et la protection de l'enfance, par Mme la Baronne Edgard Lejeune, secrétaire générale de l Office privé. — L'Inspection médicale des écoles, par M. le Docteur Paquet, inspecteur départemental d'hygiène. — Les colonies de vacances de la région de Beauvais, par M. Billard, vice-président de l'Œuvre. — Les colonies de vacances de la région de Creil, par M. Borin, président de l'Œuvre. — L'enfance déficiente, par M. le Docteur Lauzier, médecin-chef de service de l'Asile d'aliénés de Clermont.

Dimanche 8 octobre (matin). — Le Centre municipal d'hygiène de Creil, par M. le Docteur Loyer, médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux, directeur du Centre. — La solidarité familiale de Beauvais, par M. Joly, maire de Beauvais. — La lutte contre la mortalité des enfants assistés, par Mme la Générale Pallu, présidente de l'Œuvre des mères et des enfants de Paris, directrice du groupement maternel de l'Oise. — L'apprentissage des enfants assistés, par M. Caron, directeur de la Ferme-École de Rouvroy-les-Merles, et Mme Brunet, directrice du Foyer-École ménagère de Clermont. — Discours de clôture.

Visites. — Pendant la durée du Congrès les visites suivantes seront organisées :

Vendredi 6 octobre, après-midi. — Le foyer-école ménagère des pupilles de l'Assistance publique de Clermont ; les œuvres maternelles et infantiles de Creil.

Samedi 7 octobre, après-midi. — Le préventorium pour filles de Chevrières ; les œuvres sociales de Compiègne ; le préventorium pour garçons de la Faisanderie.

Dimanche 8 octobre, après-midi. — La pouponnière Léon-Bernard de Beauvais ; la ferme-école des pupilles de l'Assistance publique de Rouvroy-les-Merles.

Congrès national des médecins amis du Vin de France. Ce Congrès se tiendra à Bordeaux les 7, 8 et 9 septembre prochain. Il est organisé par la Section girondine, que préside M. le le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde, et avec la collaboration des Docteurs Eylaud et Fagouet.

Jeudi 7 septembre. — Réunion des congressistes. — A 11 heures : Réception offerte par la Chambre de commerce de Bordeaux. — A 12 h. 30 : Banquet d'ouverture du Congrès. — A 15 heures : Visite des principaux chais de Bordeaux. — A 19 heures: Dîner individuel. — A 20 heures : Soirée.

Vendredi 8 septembre. — A 9 heures : Départ en autocar pour la région des grandes vins de Sauternes et de Saint-Emilion. Visite des principaux crus. — A 12 heures : Déjeuner au Château Yquem. — A 14 heures : Visite de l'Entre-deux-Mers. — A 15 heures : Arrivée à Saint-Emilion, visite de la ville et des crus réputés. — A 19 heures : Banquet.

Samedi 9 septembre. — A 9 heures : Départ en autocar pour la région du Médoc. Visite des grands crus. — A 12 heures : Déjeuner au Château Beychevelle. — A 15 heures : Suite des réceptions et visites. — A 9 heures : Banquet de clôture.

Au cours de ces divers déplacements, des causeries seront faites par les personnalités les plus compétentes sur « Le vin en médecine, son rôle dans l'hygiène et l'alimentation ». Comment se récolte et s'élève le vin, de l'art de composer une cave et de boire le vin, etc.

Ces causeries réunies en opuscules seront remises à chacun des congressistes.

La participation aux frais a été fixée à 400 francs par personne pour les trois jours. Ce prix comprend tous les frais, de l'arrivée à Bordeaux au départ, logement, banquet, autocar, etc.

Pour tous renseignements, envoi du programme détaillé, s'adresser au Docteur Fagouet, 57, cours G.-Clemenceau, à Bordeaux.

Congrès de l'insuffisance rénale. — Le Congrès de l'insuffisance rénale, déjà annoncé, aura lieu à Evian, les 18, 19 et 20 septembre, sous la présidence du Professeur Lemierre et sous la vice-présidence des Professeurs Loeper, Piery avec, comme secrétaire général, le Docteur Etienne Bernard, médecin des hôpitaux de Paris, et, comme secrétaire adjoint, le Docteur Ballet.

1. « Influence de la composition du plasma sanguin sur la production des œdèmes brightiques ». (Rapporteur : M. le Docteur

ABRAMI) ; 2. « Modifications du calcium sanguin dans l'insuffisance rénale. » (Rapporteurs : M. le Docteur Bennet Isod) ; 3. « Les azotémies d'origine extrarénale. » (Rapporteur : MM. les Docteurs CASTAIGNE et CHAUMERLIAC) ; 4. « La cholérèse dans les rapports avec la diurèse. » (Rapporteur : MM. les Docteurs CHABROL et Jean COTTET) ; 5. « Traitement hydrominéral de l'insuffisance rénale. » (Rapporteur : M. le Docteur GIRAUD) : 6. « Influence de l'imperméabilité rénale sur les métabolismes endogènes chez les néphritiques. » (Rapporteurs : MM. les Docteurs JEANBRAU et CHRISTOL) ; 7. « Les néphrites purement azotémiques. » (Rapporteur : M. le Docteur Guy LAROCHE) ; 8. « Relations entre l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale. » (Rapporteur : M. le Docteur LAUBRY) ; 9. « Aspect chirurgical de la question. » (Rapporteurs : MM. les Docteurs LEGUEU et FEY) ; 10. « Le chlorure dans les néphrites. » (Rapporteur : M. le Docteur MERKLEN) ; 11. « Modifications physico-chimiques du sang dans les états cardio-rénaux. » (Rapporteur : M. le Docteur MICHAUX) ; 12. « L'acidose et l'insuffisance rénale. » (Rapporteur : M. le Docteur RATHERY) ; 13. « Traitement des anuries d'origine infectieuse et toxique. » (Rapporteurs : MM. les Docteurs SAVY, THIERS et PEYCELON) ; 14. « Etat de l'élimination de l'eau dans l'insuffisance rénale. » (Rapporteur : M. le Docteur PASTEUR VALLERY-RADOT) ; 15. « Le rôle mécanique du foie dans le transit de l'eau. » (Rapporteur : MM. les Docteurs VILLARET, Justin BESANÇON et FAUVERT).

En dehors des rapports prévus, seront admises toutes les communications relatives aux sujets à l'ordre du jour du Congrès.

Pour toutes communications, s'adresser au Secrétariat du Congrès de l'insuffisance rénale, 21, rue de Londres, à Paris.

Médaille du Docteur Albert Monthus. — A l'occasion du départ des hôpitaux du Docteur Albert Monthus, ophtalmologiste de l'hôpital Necker-Enfants-Malades, un groupe de ses amis et élèves a décidé de lui offrir une médaille. L'exécution en a été confiée au maître Prudhomme. La date de la remise de la médaille sera fixée ultérieurement.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Prière de s'inscrire et d'envoyer les fonds soit en un chèque bancaire barré au nom du Docteur Georges Baillière, soit en un chèque postal (compte Paris 202) Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Nécrologie. — Docteur Jean BEUZART, de Crépy-en-Valois (Oise). — Docteur BOUSQUET, de Montpellier. — Docteur Paul CANOUET, de Paris, 3, rue Amiral Cloué (XVI[e]). — Docteurs DEROCHE, de Paris, 67, rue de Rome, décédé à l'âge de 73 ans. Docteur MEYER, médecin inspecteur général du cadre de réserve. — Docteur Georges MICHEL, de Bourmont (Haute-Marne). — Docteur OBISSIER, de Paris, 9, rue Brunel (XVII[e]). — Docteur Yves PICOT, de Marseille, décédé dans sa 43[e] année.

BIBLIOGRAPHIE

Scènes de la vie animale, par Léon BINET. Un volume chez Gallimard, Paris.

Un livre écrit par un physiologiste, par un homme de laboratoire qui est en même temps un clinicien est, à coup sûr, d'une lecture intéressante. Si, par surcroît, ce physiologiste se révèle curieux de la nature en général, s'il réussit à colorer de poésie, l'aridité de la science, il nous offre un véritable régal.

Ce régal, nous le devons au Docteur Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Dans un volume restreint comme nombre de pages, mais lourd de substance, il initie le grand public à quelques-unes des questions les plus étranges, et à coup sûr, les plus suggestives, de la physiologie comparée.

En dix-huit chapitres, écrits d'une plume alerte, d'un style que ne surchargent pas inutilement des termes trop techniques, L. Binet a groupé différentes scènes de la vie animale. A l'exception de quelques-unes, toutes se rapportent au problème, si passionnant de la sexualité. Voici quelques titres qui indiqueront au lecteur l'esprit de cette étude : L'offrande nuptiale, drames nuptiaux, œil et sexualité, l'appel du sexe, la chevauchée nuptiale, l'inversion du sexe, variations alimentaires et variations sexuelles, l'anneau nuptial.

Il ne faut pas analyser ce livre ; il faut le lire. On y verra les preuves du curieux anthropomorphisme que présente le monde animal, au point de vue de la sexualité.

La Grèce antique, source de toute sagesse et de toute poésie, faisait de l'amour le premier et le plus puissant des dieux. La physiologie apporte la preuve scientifique de cette conception.

Si quelques interprétations paraissent relever autant du domaine de la poésie, que de celui de la science, qui pourrait donc s'en plaindre ? A coup sûr, aucun des lecteurs qui considèrent, comme un plaisir trop rare de voir un même ouvrage citer à la fois les observations les plus indiscutables des expérimentateurs modernes, et quelques unes des paroles ailées du divin Platon.

Cyrille JEANNIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'action du vague sur la production du mucus gastrique

Par M. LOEPER et R. FAU

L'influence qu'exerce le vague sur la sécrétion chlorhydropeptique a été étudiée par nombre d'auteurs. Celle qu'il exerce sur la leucopédèse a été précisée par les travaux que depuis 1924 nous avons publiés avec M. Marchal. Reste l'action sur la sécrétion muqueuse que nous voudrions envisager aujourd'hui.

Nos premières recherches ont été purement histologiques et expérimentales et ont porté sur le chien. Des biopsies d'estomac étaient pratiquées, avant la section et après celle-ci.

Ces recherches nous ont montré combien la section du pneumogastrique élargissait les cavités muqueuses des cellules du revêtement fundique et combien la couche de mucus y était accrue. Parallèlement la leucopédèse interglandulaire était considérable.

Nos recherches ultérieures ont été surtout chimiques et faites chez l'homme après repas d'épreuve identiques et ingestion ou injection de substances vagotropes diverses.

Pour faciliter nos dosages nous avons utilisé le repas proposé jadis par l'un de nous avec Binet et Bechamp de l'albumine pure sucrée. Ce repas très homogène et hypertonique prolonge assez longtemps son séjour dans l'estomac pour permettre plusieurs prises successives. Les prises étaient faites toutes les 20 minutes jusqu'à l'heure. La mucine était dosée chaque fois par précipitation à froid, dessiccation et pesée.

Le premier médicament, injecté en général par voie veineuse a été l'atropine à la dose de un milligramme. Les deux premiers cas concernent des sujets sensiblement normaux, le troisième une dyspepsie hypo-chlorhydrique, les deux derniers une hyperchlorhydrie et un ulcus.

Voici les résultats obtenus avant le médicament et après lui à la 40e minute :

	Acidité 0/00		Pepsine 0/00	Lecopédèse p. mm. c.	Mucus 0/00
Normaux	H	A			
a) Avant	0,6	1,1	2	800	5,5
Après atropine	0	0,5	0	1.200	22.5
b) Avant	0.4	1,2	2	900	6
Après atropine	0	0,3	0	1.000	15
Dyspepsie					
Avant atropine	0,6	1,2	1	900	54
Après	0,1	0,4	0	1.000	125
Hyperchl.					
a) Avant	2,3	3,2	10	450	1
Après	0,1	0,7	2	1.350	60
b) Avant	1,9	2,5	10	400	2
Après	0,2	0,7	2	2.000	60

Comme on le voit, l'atropine diminue régulièrement et de façon notable le taux de l'acidité chlorhydrique et celui de la pepsine, mais elle accroît parallèlement celui du mucus et de la leucopédèse.

Les médicaments excitants du vague agissent exactement en sens inverse de l'atropine.

L'ésérine administrée *per os* à la dose de XL gouttes de génésérine diminue le mucus de 30 à 1 et la leucopédèse de 3.400 à 240 chez un hypochlorhydrique. Les deux actions sont parallèles.

Pour l'acétylcholine il existe une dissociation évidente car elle diminue la leucopédèse de 3.400 à 1.000 mais elle augmente le mucus de près de 10 fois. Sans doute cette dissociation tient-elle à ce que l'acétylcholine agit non sur le vague seul mais aussi sur les éléments cellulaires eux-mêmes.

Pour bien marquer l'action du système nerveux gastrique dans la production du mucus nous avons étudié une tabétique atteinte de crises gastriques et chez laquelle le système nerveux était certainement malade :

	Acidité		Pepsine	Leucopédèse	Mucus
Tabes	H	AT			
Avant	0.1	0,4	0	380	5
Après atropine	0	0,4	0	1.200	7,5

La réponse fut ici presque nulle pour l'acidité et la pepsine évidente sur la leucopédèse, mais à peine marquée pour le mucus.

Ainsi le vague apparait comme un excitant chlorhydropeptique mais comme un inhibiteur de leucopédèse et de mucus.

Ces constatations sont intéressantes pour le thérapeute autant que pour le biologiste.

Si l'on admet, en effet, que le mucus et la leucopédèse protègent la muqueuse gastrique on comprend que l'atropine agisse à la fois comme antiacide et comme réparatrice des lésions de l'estomac.

La dose infinitésimale peut-elle avoir une action thérapeutique ?

Par le Docteur FERREYROLLES, de la Bourboule

Si la thérapeutique étiologique est la thérapeutique idéale chaque fois qu'elle est possible, il n'en est pas moins vrai qu'elle reste la plupart du temps fort difficile à cause de la complexité étiologique des affections que nous sommes appelés à soigner. Nous avons donc la plupart du temps recours à une thérapeutique physiologique : nous corrigeons les troubles apportés à la physiologie normale par la maladie par l'action physiologique connue d'un remède déterminé.

Mais cette action physiologique peut varier dans une assez large mesure et, d'une façon générale, toutes choses égales d'ailleurs, l'intensité de l'action est proportionnelle à la dose administrée. Il est certain aussi que les différences de doses entraînent souvent, l'intensité mise à part, des effets différents, parfois même opposés. Les exemples de ce fait sont nombreux : une petite dose d'opium est excitante, une dose plus forte provoque le sommeil ; une dose modérée d'atropine accélère le pouls, une dose plus forte le ralentit après l'avoir accéléré, une dose de chlorure de calcium facilite la coagulation, une dose plus forte l'empêche. C'est ce que le Professeur Lépine a étudié sous le nom de : « Phase contraire de l'action des médicaments ».

Les deux phases de l'action d'un médicament étant reconnues et déterminées, est-il possible, en modifiant la dose usuelle, d'obtenir d'un médicament un effet diamétralement opposé à celui qu'on est habitué d'attendre de lui ?

Les essais ont donné de bons résultats, l'ipéca, par exemple, à faible dose excite l'appétit, à dose plus forte il le diminue en provoquant le dégoût. Mais, dit le Professeur Lépine : « Il ne faut pas s'attendre à voir réaliser d'une façon certaine et constante, avec des médicaments même savamment administrés les phases contraires », et Gubler ajoutait : « Au-dessous de certaines doses il n'y a pas d'effets produits ».

Or, aujourd'hui Gubler aurait tort, Lépine aussi.

◆◆

Nous savons actuellement retrouver l'action de doses extrêmement faibles de médicaments sur certains organismes, et les travaux de l'école Widal, en particulier, nous ont montré qu'il ne semble pas y avoir pratiquement de limite dans l'effet de la dose minima active pour certains, alors qu'elle reste sans effet apparent sur d'autres, et nous ne sommes plus surpris lorsque nous lisons à propos de l'action pathogène ou thérapeutique d'un poison ou d'un remède : « Il suffit pour cela de la dose infinitésimale.... »

La dose infinitésimale

L'infiniment petit, l'infinitésimal, dans les faits et la théorie que je vais vous exposer n'a pas la signification que lui attribuent dans le domaine de l'abstrait les mathématiciens. Il y a, dit M. Hallion, pour le thérapeute ou le médecin une limite de petitesse, non seulement pour les grandeurs accessibles à nos sens, mais même pour les plus minuscules qu'il y ait lieu d'envisager. Pour le chimiste l'unité la plus petite est l'atome. Pour le physicien c'est aujourd'hui l'électron qui lui apparaît comme un constituant minuscule de l'atome. Pour le biologiste, c'était hier le microbe visible, c'est maintenant le microbe invisible, les virus-filtrants, trop grêles pour être aperçus même à l'ultra-microscope, c'est pour le moins, si l'on fait du micelle l'unité vivante, une particule assez restreinte pour se rapprocher de l'état d'un corps dissous, mais assez complexe encore, et par conséquent assez grand pour rendre possible les fonctions de réaction et de reproduction qui caractérisent la vie.

Dans le langage de la thérapeutique, la dose infiniment petite ou infinitésimale est celle qu'utilisent les homœopathes qu'ils réalisent par une longue série de dilutions et de succussions progressives.

L'infinitésimal, en fin de compte, n'est autre chose que l'infiniment petit par rapport à une certaine grandeur, qui, pour le biologiste est celle de l'être vivant qu'il considère, pour le médecin : le corps humain.

La chimie, la physique et la biologie nous démontrent aujourd'hui la réalité et même l'importance première de l'action dévolue, dans certains cas à des proportions de matières étonnamment faibles.

En chimie : le chlorure de mercure, les sels de cuivre à la dose de 1/700.000.000 provoquent des floculations. 1/100.000.000 de plomb réagit à l'hydrogène sulfureux. L'épreuve de Marsh pour la recherche de l'arsenic découvre une partie dans 200.000.000, c'est-à-dire dans la 8e ou 9e décimale et l'épreuve d'Helliot pour le Hg est positive à 7.500.000.000.

1/1.000.000 d'albumine réagit au chlorure d'or.

1/1.000.000 d'acétone réagit à la teinture d'iode.

Les physiciens ont démontré que dans 1/1.000 de milligr. d'hydrogène les électrons, sorte de monde solaire en miniature, se comptent par milliers de milliards.

Dans les laboratoires spéciaux de radioactivité des techniciens habiles arrivent à déceler par l'émanation et à mesurer avec exactitude des quantités de radium de l'ordre de trois cent millièmes de millionième de milligr.

Et Boutaric qui a écrit la vie des atomes : « Un milligramme de matière projetée à l'allure des particules de radium emmagasine la même énergie que 20 trains-express de 100 tonnes chacun, marchant à 120 kilomètres à l'heure. Si donc un milligramme de matière lancée avec cette vitesse était arrêté brusquement par un obstacle, il y produirait le même bouleversement que 20 trains arrivant à 120 kilomètres à l'heure de différents points de l'horizon ».

En biologie, Charles Richet a démontré qu'un millième de milligr. de formol pour 1.000 litres d'eau agit sur le microbe de la fermentation lactique.

Gabriel Bertrand a, par des expériences impeccables, montré que la croissance par l'Aspergillus Niger était heureusement influencée par la présence, dans le milieu où on le cultive, d'un décimilliardième de manganèse (1).

Charles Richet a également montré que le Vanadium ou l'eau de mer à la même dose peuvent exciter la fermentation. A des doses longtemps considérées comme impondérables, c'est-à-dire par action à distance plus que par contact, l'argent s'est montré, entre les mains de nombreux chercheurs comme capable d'inhiber la pullulation de cultures microbiennes. Cette action antiseptique d'après Spiro et Freundlich se manifesterait par des doses d'argent de 0.000.0015 à 000.000.015 d'argent par litre.

Autre exemple : l'iode comme Speingler et Gugenheim, Fisher et Loewi l'ont bien démontré agit à des doses faibles dont l'action était complètement ignorée jusqu'ici, faute de méthode suffisamment sensible pour les apprécier. On a pu constater une action physiologique nette avec l'acide prussique à 1/40.000.000.

MM. Pilod et Codevelle ont montré que quelques centimètres cubes d'eau distillée en contact avec une lamelle de cuivre d'une surface totale de 1 centimètre carré pouvait acquérir un pouvoir microbicide et pouvait sans précaution spéciale, conserver son activité pendant plus d'un an et demi.

La pharmacologie d'il y a vingt ans ne soupçonnait pas les faits de ce genre, pas plus qu'elle n'aurait admis que Wells et Hosborne puissent, avec des doses infinitésimales de 0.000.000.05 d'ovalbumine obtenir des phénomènes de sensibilisation, et que, comme Prétet et Martiny l'ont expérimentalement démontré, on puisse provoquer une anaphylaxie passive sur un cobaye avec 5 c.c. d'une solution d'ovalbumine au taux de 10 ou 12 x en une heure, montrant que la sensibilisation et son apparition sont inversement proportionnelles au taux de la dilution.

H. d'Hérelle obtient une lyse après plus de 900 dilutions d'une culture bactérienne de même nature que celle qui est le point de départ de dilutions successives.

Le sens du goût peut découvrir un corps sucré : l'alpha antipezzylle aldoïcine à 1/150.000.000, l'amertume de la strychnine jusqu'à 1/700.000.

Fisher et Penzodt (2) ont montré que 1/460.000.000 de milligramme de Merkapton donne une odeur perceptible à l'odorat, et nous devons considérer que le sens de l'olfaction chez l'homme est presque inexistant par rapport à celui des chiens et des insectes. Cela peut donner une idée de la divisibilité de la matière et des actions des impondérables sur les phénomènes de la vie.

L'adrénaline, hormone et médicament, dont une fraction de milligramme avec un nombre de molécules, infime après tout, par rapport à la masse du corps et même seulement du sang, suffit à produire des effets physiologiques puissants.

Les diastases perdent leurs propriétés si on les dépouille de traces de substances minérales, le manganèse par exemple. C'est à l'action de traces infinitésimales de certains corps que sont dues les différences observées dans les sucres, l'hémoglobine, la chlorophylle, etc... Nous savons par les travaux d'Aronstein sur le blanc d'œuf, que l'on peut, par une dialyse prolongée rendre les albumines incoagulables par la chaleur. La constitution intime de la molécule d'albumine est donc bouleversée, transformée lorsqu'elle est privée de ses infinitésimaux minéraux.

Et les vitamines ? Leur connaissance n'est pas quantitative. Quoiqu'il en soit nous savons qu'une simple trace de celle-ci suffit aux besoins nutritifs et que de leur absence la mort peut résulter.

Le poison du Bacillus Boticinus peut tuer une souris à la dose de 0.000.003 c. c. C'est-à-dire 1/2 c.c. d'une solution à la 5e x, si cette toxine est acidifiée cette action augmente de 1 trillion de fois et parfois de 1 quatrillion de fois, c'est-à-dire 1/2 c.c. à la 17e ou de la 20e x.

(1) Compte rendu, Académie des Sciences, 151.
(2) Justin LIEBIG, *Annales of Chemist try*. Vol. 239, 1887.

TABLETTES PANTERIC

P., D. & Co.

Résistent à l'action du suc gastrique

LES Tablettes Panteric renferment une pancréatine à activité triplée et grâce à leur enrobage spécial elles ne sont pas affectées par le suc gastrique qui dérange l'action pancréatique. Elles ne se désintègrent qu'au contact de la sécrétion alcaline du duodénum qui favorise l'activité enzymatique.

En flacons de 25 et 100.



INDICATIONS : Indigestion intestinale, troubles digestifs de la tuberculose et des maladies de la dénutrition, l'asthme dû à une anaphylaxie alimentaire, l'urticaire et la colite avec fermentation, la maigreur constitutionnelle, et aussi comme auxiliaire dans le traitement du diabète.



Littérature et échantillon :
SCOTT & FILS,
48 Boulevard du Parc,
Neuilly-sur-Seine.

PARKE, DAVIS & Co.
LONDRES

---

un régime bien établi complète une bonne ordonnance

et pour être bien établi un régime doit comporter l'emploi des produits **Heudebe**

Aux *azotémiques*, prescrivez le

PAIN HYPOAZOTE *Heudebert*

qui est fabriqué en incorporant à des farines de blé normales le maximum d'éléments composés qui, produisant par leur désintégration peu d'azote urinaire ne fatiguent pas les reins même les plus gravement lésés.

L'Insuline ne convient pas à 75 % des diabétiques chez qui rien ne saurait remplacer le régime (Ratery, *Paris Médical* ; Blum et Schwob, *Presse Médicale*. Gray, *Boston and Surg. Jal.* ; M. Labbé, *Presse Médicale*).

Ordonnez aux *diabétiques* le

PAIN DE GLUTEN *Heudebert*

le seul qui ne contienne pas plus de 5 à 10 % d'hydrates de carbone.

Pour combattre l'*atonie intestinale* de vos malades, conse

PAIN COMPLET *Heudebe*

qui a été enrichi en éléments cellulosiques à l'aide de moutures très p

Aux *dyspeptiques*, aux *entéritiques*, supprimez le pain or et remplacez-le par

les Biscottes, le Pain grillé, les Longuets ou les Gressins *Heudebe*

Leurs amidons, par la cuisson et par le malaxage préalable de la pâte, subi une véritable prédigestion qui les a en grande partie transformés trines et en sucres directement assimilables.

Si vous avez besoin de renseignements pour établir un régime, n'hésitez pas à vous adresser aux Etablissements

Heudebert

à NANTERRE (Seine)

Et les travaux du Professeur Vincent sur la neutralisation des toxines virulentes. « Le palmitate de soude neutralise à dose infinitésimale la toxine du tétanos, de la dysenterie, de la typhoïde, etc... Il suffit d'un centième de milligramme pour neutraliser un centimètre cube de toxine tétanique, contenant cent fois la dose mortelle.

Lévy-Darras, dans un travail sur les eaux d'Evian rapporte qu'un centimètre cube d'eau d'Evian injecté sous la peau, détermine, dans les heures qui suivent une diminution du volume des urines et une modification de leur constitution, que ces symptômes durent un temps plus ou moins long, dépassant souvent plus de vingt-quatre heures et sont suivies d'une phase de polyurie prononcée.

La thérapeutique par les éléctrolytes, écrivait Billiard, il y a plus de 10 ans est celle de l'avenir, et il montrait que ceux contenus dans une cuillerée à café d'eau minérale pouvaient inactiver des doses mortelles de toxines tétanique, diphtérique ou de venin de vipères. Nous pourrions citer encore de nombreux exemples de cette action de l'infinitésimal, ce serait fastidieux.

Des quantités de travaux ont été faits sur la constitution intime de la cellule et le nombre des infinitésimaux qui entrent dans sa composition. pendant ces dernières années s'est considérablement accru. D'une façon générale nous pouvons considérer le protoplasme comme formé de la combinaison des molécules les plus variées, agitées de mouvements désordonnés de translation et de rotation.

Les particules micellaires possèdent des charges électriques et créent autour d'elles une onde électro-magnétique, une véritable vibration. Cette vibration existe, elle a été mise en évidence par Charles Henry qui en a mesuré la longueur d'onde.

« Et, dans ce microscome en perpétuelle vibration qu'est la cellule vivante, disait le Professeur Loeper dans sa leçon inaugurale, tout s'agite dans une danse effrénée, les atomes s'attirent, s'unissent et se repoussent suivant leur ionisation, comme s'unissent dans un bal les couples de danseurs suivant leurs sympathies ».

« Si un corps franchit la barrière du bal, il est aussitôt happé entraîné dans la ronde suivant son affinité chimique et son potentiel électrique. Ainsi s'expliquent dans un même milieu l'accroissement des ions et des cations, les variations d'acidités ou d'alcalinités des humeurs et aussi la spécificité chimique ou physico-chimique de certaines thérapeutiques ».

Nous pouvons donc parfaitement admettre que les particules intra-atomiques des divers médicaments, même et surtout à dose infinitésimale, soient également l'origine de mouvements vibratoires et que leur action dépende de l'accord de résonance qu'elles ont vis-à-vis de la vibration cellulaire.

Et c'est sans tenir peut-être assez compte de cette chimie physiologique ou même de l'état physique du médicament que l'on a cru porter le coup le plus rude à la pratique des dilutions homœopathiques. Le Docteur Lazard démontrait, en invoquant les données alors admises sur l'ordre de grandeur des atomes, que les dilutions successives des substances médicamenteuses, réalisées suivant la formule homœopathique devraient fatalement aboutir à exclure toute trace, tout atome de produit dissous, dont on attendait une action thérapeutique.

Il lui a été répondu maintes fois par des physiciens, par des mathématiciens, et ces dernières années M. Berné a montré les erreurs de la critique et les possibilités d'action de ces dilutions. Je ne suivrai pas ces auteurs dans leurs calculs, ce n'est pas de ma compétence, ce que le médecin veut, quelle que soit l'interprétation qu'on lui en donne, ce sont des expériences tangibles, évidentes de l'action du remède qu'on lui affirme devoir être actif, c'est donc seulement sur le plan expérimental que nous devons nous placer pour montrer que dans les dilutions très poussées, il y a quand même quelque chose, et que ce « quelque chose vaut la peine d'être étudié ».

Abrams a découvert un jour que les réflexes d'un individu, tourné face à l'ouest et relié à la terre devenaient extrêmement sensibles. Il en déduisait avec raison que cela était dû sans doute à l'action magnétique de la terre sur l'individu. Plus tard il a trouvé que si l'on met en contact avec cet individu tourné face à l'ouest et relié à la terre le sang d'un malade au moyen d'un fil conducteur, certains réflexes devenaient apparents sous la forme d'une zone de matité qui donnait en même temps au doigt percuté une sensation de résistance. Il conclut que le sang possédait une propriété inconnue jusqu'ici qu'il appela « énergie » pour lui donner un nom. Plus tard il tenta de couper cette énergie qui allait du sang du malade par une résistance et il remarqua que les zones de matité disparaissaient tout d'abord pour réapparaître ensuite lors d'une résistance déterminée. Après de très nombreuses recherches, Abrams a conclu que le sang de chaque malade avait une énergie propre qui pouvait être déterminée par la production de certaines résistances de zones de matité sur l'abdomen d'un sujet sain, zones de matité différentes de forme et de localisation.

A Glascow, le Docteur Boyd, médecin très distingué, cherchait en collaboration des physiciens et des chimistes de l'Université, à démontrer d'une façon tangible par le laboratoire, l'action de la dose infinitésimale des médicaments dont il constatait l'action dans sa pratique journalière. Etude de l'état colloïdal du sang et de la matière, étude des molécules, des atomes, des ions, recherches spectromicroscopiques, recherche de la résistance électrique, etc... Rien ne pouvait démontrer au laboratoire l'énergie de la dilution infinitésimale. Et le ridicule entourant l'action du médicament à dose homœopathique, continuait à rester le gros argument contre l'emploi de l'infinitésimal en thérapeutique.

Il eut la bonne fortune de connaître les travaux d'Abrams, et par le même procédé ou par un procédé analogue, il pensa pouvoir mettre en évidence l'énergie du médicament. Au moyen de son émanomètre, avec des médicaments dont les dilutions atteignent la cent millième, il a pu produire des reflexes chez l'homme sain, différents suivant les médicaments et d'intensité différente suivant le taux de la dilution, réflexes qui lui permettent d'identifier les produits soumis à son examen.

Ces faits parurent tellement extraordinaires à la Société Royale de médecine de Londres qu'elle a nommé, pour les vérifier, une commission de savants qui ont établi les expériences de contrôle de la plus grande sévérité. J'en ai publié l'étude dans le *Bulletin Médical*, n° 27, 1925. Il sera facile à tous ceux que la question peut intéresser, de s'y reporter. Voici les conclusions de la Commission : « Il a paru à la Commission que le hasard n'était pas en cause, et il a fallu admettre les faits énoncés par Boyd ou penser que le Docteur Wahteley Smith a été victime d'une adroite supercherie, hypothèse qui fut écartée. Cependant ces faits, tellement surprenants avant d'être définitivement admis comme vrais, devaient être contrôlés par d'autres personnes, et la Commission décida de procéder à de nouvelles expériences. Les membres tombèrent d'accord pour s'adjoindre MM. Ej. Dingwall, officier de la Société for Physical Recearches, connu par ses travaux sur les méthodes de supercherie, de prestidigitation, de clairvoyance, de photographie spirite, etc., et dont la compétence est universellement connue. Nous avons fait avec son concours une nouvelle série d'expériences, avec des appareils, des médicaments et des expérimentateurs différents. Les résultats furent identiques à ceux trouvés par le Docteur Watheley Smith, et les expériences de Boyd n'en furent pas moins impressionnantes. La Commission a jugé inutile de procéder à de nouvelles expériences ».

Par conséquent il a été démontré et officiellement reconnu que la dilution homœopathique poussée jusqu'à la cent millième, avait une action biologique contrôlable et que pour chaque médicament cette action est spécifique.

Boyd et Mac Crae ont pu établir un certain nombre de groupes sanguins auquel pour chaque trouble particulier correspondait un groupe de médicaments dont l'action est curative.

Point n'est besoin pourtant d'expériences aussi précises pour entraîner les convictions. Rien n'est plus facile, à condition d'avoir un réactif de bonne foi, suffisamment sensible pour que ces réactions apparaissent d'une façon assez nette pour être indéniables. Quelques-uns de mes confrères des villes d'eaux : Molinéry, Dufrénoy, à Barèges, le Professeur Alloy, à Toulouse, Billiard, Mougeot, moi-même en Auvergne avons étudié l'action des eaux minérales sur le développement des plantes et avons noté l'action favorable, nulle ou empêchante de certaines d'entre elles. J'ai pu mettre en évidence l'action de différentes dilutions des eaux de la Bourboule et les résultats donnés pour chaque culture furent extrêmement nets ; la 200e paraissant avoir le pouvoir agocytique le plus marqué.

Ce réactif biologique a du reste été employé récemment en Angleterre par les Docteurs Orre et Leith pour des expériences similaires et tout aussi concluantes.

Le Docteur Jarricot, de Lyon, a également publié de bien curieuses expériences qui lui ont permis de conclure qu'une substance dissoute dans un solvant confère à ce solvant des propriétés spécifiques qu'il conserve même si par des dilutions successives la dispersion homogène de la substance est poussée bien au delà du moment où elle peut figurer encore dans le solvant sous une forme matérielle, tout au moins dans l'état actuel de nos idées sur la dissolvabilité de la matière. Il a pu mettre en lumière des modifications du cœur de grenouille avec de la vératrine, l'adrénaline, l'atropine, etc.. d'où il croit pouvoir énoncer une loi de constance dynamique spécifique qui s'énoncerait ainsi : « Tout contact par dilution avec les éléments d'une substance confère indéfiniment au solvant de cette substance, des caractères spécifiques ». On conçoit, ajoute-t-il, comment ce principe dynamie spécifique éclairerait les actions médicamenteuses liées à l'emploi de doses très faibles.

Mais beaucoup plus simplement et d'une façon plus marquante, le Docteur Dodel, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, vient d'apporter la confirmation expérimentale de l'action d'un remède par sa seule action de présence si l'on peut dire.

Il injecte dans son laboratoire à une série de cobayes des doses mortelles de sulfate de spartéine et de sulfate de strychnine, les animaux meurent. Il injecte un autre lot au sommet du Puy-de-Dôme, les animaux résistent au poison.

La température, l'altitude étant éliminées, il en arrive à invoquer après toute une série d'hypothèses, les qualités propres de la roche sous-jacente, et il refait ses expériences le long d'une route en trois points distants de 500 mètres, à la même altitude et sur des terrains de nature différente. Seuls résistent quatre cobayes injectés sur des affleurements de domite, ceux injectés sur du gneis ou des projections basaltiques meurent. Il transporta alors des fragments de domite au Laboratoire de l'Ecole de médecine et on voit des animaux placés sur un fragment résister à la dose habituellement mortelle de spartéine, alors que les témoins placés sur le sol à quelques mètres de là succombent ; le même phénomène se reproduit avec un fragment de lave rapporté du Vésuve.

« Il nous semble, dit-il, hors de doute que c'est par leurs qualités propres que ces roches modifient la réceptivité du cobaye pour des poisons du système nerveux, tels que la spartéine et la strychnine. Après avoir recherché la possibilité de l'émission de radiations, nous sommes amenés à considérer comme probable le dégagement d'une émanation radioactive par ces roches éruptives, ce que nous nous proposons de démontrer ultérieurement ».

Ces expériences m'ont paru confirmer celles de Boyd et de ses élèves, et le Docteur Mac Crae qui n'a pu terminer à temps ses expériences me signale qu'il faut placer la domite dans un des médicaments du 10e groupe, c'est-à-dire dans celui de arnica, arsenic iodé, sulfate de chaux, nitrate d'urane, acide nitrique, laurier cerise, etc.

En tout cas, ces expériences prouvent que même lorsque l'action physiologique d'une dose médicamenteuse n'est pas apparente il ne s'ensuit pas qu'il ne doive pas y avoir d'action thérapeutique.

Les cobayes témoins de Dodel n'avaient présenté aucun symptôme susceptible d'attirer l'attention.

La nullité d'effets observés n'entraîne pas d'ailleurs, dit Manquat, comme conséquence l'inactivité thérapeutique car il y a des effets qui ne se manifestent qu'à l'occasion d'une maladie, d'un trouble fonctionnel ou d'un symptôme.

Le Docteur Zimmer assistant du Professeur Bier, de Berlin, a montré qu'il fallait 250.000 fois moins d'acide formique pour produire des symptômes chez un goutteux qu'il n'en faut pour les produire chez un individu sain et il n'est pas un de vous qui n'ignore combien peut être pénible pour un fumeur invétéré ayant le mal de mer la simple odeur d'une fumée de cigarette. Cela à cause de la réceptivité de la cellule malade. « Tout doit être ramené à la cellule », disait Wirchow. Chaque cellule a sa personnalité, elle seule peut puiser dans le milieu qui l'entoure le remède dont elle a besoin et pas d'autre, et ce remède lui-même a un tropisme défini, c'est-à-dire une force qui le pousse vers le système cellulaire approprié.

Nous comprenons donc parfaitement qu'une dose infinitésimale puisse agir sur une cellule malade et avoir une action thérapeutique. Mais nous comprenons également qu'elle ne puisse le faire que dans des cas bien déterminés. Cette action est conditionnée par les lois qui régissent les phénomènes étudiés en physiologie sous le nom de dynamogénie dont l'application récente en thérapeutique est la méthode de désensibilisation spécifique ou non spécifique mais que depuis toujours on appelle la loi de similitude, dont l'emploi de la dose infinitésimale n'est qu'un corollaire.

(*A suivre*).

De l'organisation et des manifestations vitales

par **Éd. RETTERER**

(*Suite et fin*)

II. — Vie cérébrale

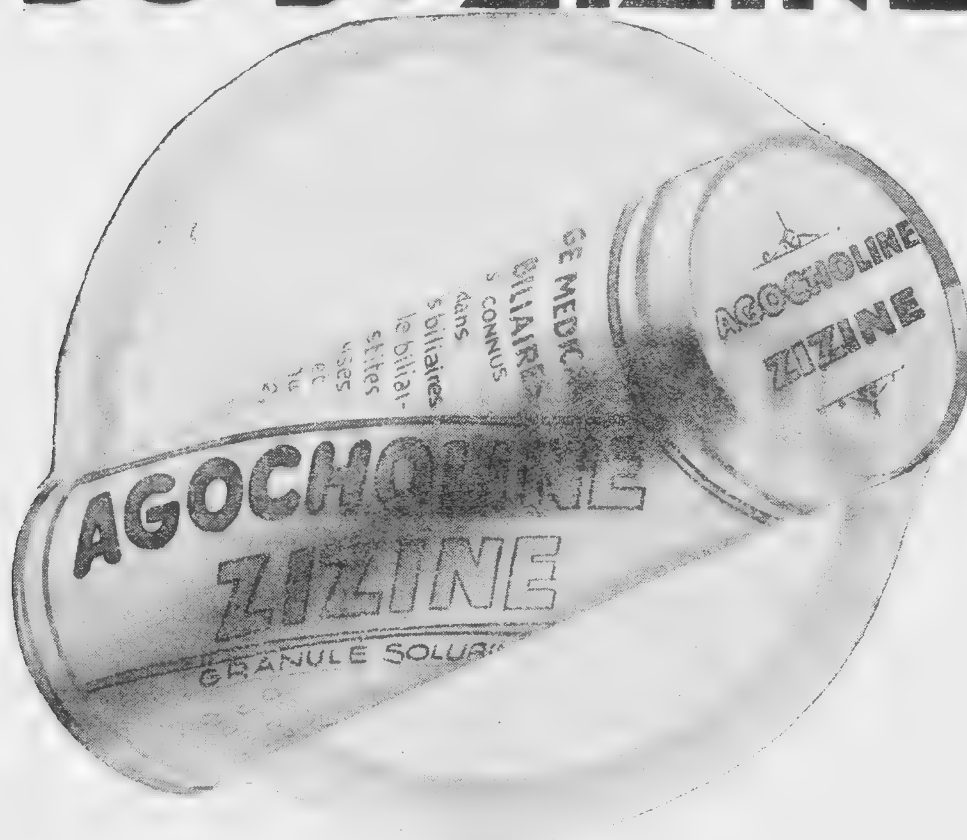
L'excitation d'un nerf sensitif est suivie d'une réaction organique, sécrétoire ou motrice ; c'est là l'*acte réflexe* que Rouget a défini impression transformée en mouvement.

L'impression se transmet par le nerf sensitif à une cellule sensitive qui agit sur la cellule motrice, laquelle influence à son tour, une cellule sécrétoire ou une cellule ou fibre musculaire.

En ce qui concerne le cerveau, il y a plus. Après avoir pris conscience d'une excitation périphérique, la cellule cérébrale en conserve l'image et devient pensée ou idée. L'ensemble des pensées et des idées constitue le moi qui peut réagir de suite sur le monde extérieur ou bien demeurer au repos, et après être resté silencieux et caché se rendre manifeste par la voix ou la locomotion.

Dès la plus haute antiquité, on a tenté d'expliquer la nature des phénomènes que nous venons de mentionner et l'on a admis tour à tour un *plasma nerveux, des esprits animaux,* un

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

fluide ou *influx nerveux*, un *mouvement moléculaire* des éléments nerveux, le développement de l'électricité, etc.

Malheureusement toutes ces hypothèses ne nous apprennent pas grand'chose sur ce qui se passe dans la cellule nerveuse et ses prolongements.

Par quel mécanisme l'image des objets se peint-il dans la cellule cérébrale ? Sous quelle forme celle-ci en garde-t-elle le souvenir ? Comment l'exercice perfectionne-t-il cette image ou idée ? Les physiologistes modernes mettent l'ensemble de ces faits sur le compte *des mouvements moléculaires*. Malheureusement, nous ignorons la nature de ces derniers qui échappent aussi bien à nos instruments enregistreurs qu'à la conscience. D'autre part, la somme des pensées et des idées forme un tout indivisible, le *moi*. Où se loge ce dernier ? Quelle est la substance ou substratum de ce moi ? Dans l'intervalle qui sépare l'impression et la sensation d'avec la pensée, il y a non seulement transformation de mouvement, mais encore création de quelque chose de nouveau qui persiste après la disparition de l'impression et de la sensation. Ce moi n'existe pas encore chez l'enfant à la naissance, il résulte de l'action que le monde extérieur exerce sur le cerveau.

De tout temps, les philosophes ont agité les questions que nous venons de nous poser.

Pour Descartes, Dieu seul est la cause efficiente du mouvement. La matière contient, selon La Mettrie, cette force motrice.

« Je n'ai, a écrit Voltaire, des idées que parce que j'ai des images dans la tête. Il est bien triste d'avoir tant d'idées et de ne savoir au juste la nature des idées. Mais, si vous ne savez pas positivement ce que c'est qu'une idée, si vous ignorez d'où elles viennent, vous savez du moins d'où elles vous viennent. Les idées nous viennent par les sens ».

En ce qui concerne la sensation, voici comment s'exprime Voltaire.

« Nous commençons par sentir. Un homme qui naîtrait privé de ses cinq sens serait privé de toute idée, s'il pouvait vivre. Les notions métaphysiques ne viennent que par les sens ; on commence par mesurer un cercle ou un triangle, si on n'a pas vu une tranche de cercle, si on n'a pas vu ou touché un cercle ou un triangle ? Comment se faire une idée imparfaite de l'infini, qu'en reculant des bornes ? Et comment retrancher des bornes, sans en avoir vu ou senti ? »

Qu'est-ce que l'intelligence ? Comme d'Alembert l'avait fait, nous continuons à nous demander : cette intelligence de l'homme et des animaux est-elle étrangère à la matière ou n'est-elle qu'une propriété dépendante de l'organisation ?

Selon Bergson (1), l'esprit ou l'âme prend contact avec la matière et s'en distingue d'abord ... La matière ne se souvient pas du passé ; elle répète le passé sans cesse ; son passé est donné dans le présent... Quant à l'esprit, il se dégage de plus en plus du rythme d'écoulement des choses ; il retient de mieux en mieux le passé pour influencer de plus en plus profondément l'avenir... Un être qui évolue plus ou moins librement crée à chaque instant quelque chose de nouveau ; c'est donc en vain qu'on chercherait à lire son passé dans le présent, si le passé ne se développe pas en lui en souvenir.

La vie est une cause première qui nous échappe comme toutes les causes premières, a écrit Cl. Bernard (2), et dont la science expérimentale n'a pas à se préoccuper ; mais toutes les manifestations vitales, depuis la simple contraction musculaire jusqu'à l'expression de l'intelligence et à l'apparition de l'idée créatrice organique ont, chez les êtres vivants, des conditions physico-chimiques d'existence bien déterminées que nous pouvons saisir, et sur lesquelles nous pouvons agir pour régler les phénomènes auxquels président les éléments histologiques.

III. — Conceptions diverses de la vie corporelle et de la vie cérébrale

Les Egyptiens et les Isréalites ne croyaient pas à la survivance de l'âme ; ils admettaient la résurrection du corps.

(1) *Matière et mémoire.*
(2) *La Science expérimentale*, p. 137, 1878.

L'homme primitif confond la vie avec le souffle (*anima*, souffle) ou le sang, parce que la cessation de la respiration ou la perte du sang est le précurseur de la mort.

Les sauvages immolent des êtres humains à la mort de leur chef pour que leurs âmes accompagnent le défunt dans l'autre monde et se mettent à son service. Chez les anciens Grecs, les sacrifices humains se faisaient dans le même but.

Dans les quatre premiers siècles de notre ère, on pensa avec Tertullien, que l'âme s'éteignait avec le corps ; mais au jugement dernier, elle se rallumait comme une chandelle.

A. *Spiritualisme.*

Aujourd'hui l'immortalité de l'âme est un dogme essentiel de la religion chrétienne. Platon, Sénèque, Cicéron, Pascal sont du même avis sur ce point.

Platon attribuait aux bêtes une âme immortelle.

Il admettait trois principes de la vie : l'*âme appétitive*, logée dans le bas-ventre, l'*âme irritative*, située dans la poitrine et l'âme *raisonnable*, siégeant dans la tête.

Par conviction ou par crainte d'excommunication, les philosophes, les naturalistes et les médecins des siècles passés se rallièrent au spiritualisme.

Faire intervenir pour expliquer les actes normaux et morbides de l'économie des entités indépendantes de la matière et dont l'existence ne peut être prouvée, c'est faire du *spiritualisme*.

Ces entités ont été décrites sous les noms d'*esprits animaux*, d'*archées*, d'*ame*, de *principe vital*, etc. (1).

« L'homme est composé, a écrit Riolan (2), de deux natures grandement différentes, de l'âme et du corps, celle-là jointe au corps est le principe de vie et de toutes les actions... L'âme vient de Dieu... »

Dans sa réponse au *Syndic de la Faculté de théologie* (1751), Buffon affirme comme principes évidents « la *spiritualité et l'immortalité* de notre âme ».

L'esprit humain est une chose indépendante du corps, laquelle n'y fait qu'une habitation passagère ; après quoi, elle jouira sans lui de tous les avantages de la spiritualité. (Bougainvilliers, *Réfutation de Spinoza.*)

Stahl expliquait chaque phénomène de la vie et chaque maladie par l'intervention de l'âme agissant sur la matière inerte ; c'est là la doctrine de l'*animisme*, c'est l'être immatériel supposé, appelé *âme* qui est la cause de l'activité de tous les organes, de tous les tissus de l'économie.

La *force vitale* est une pure entité, continue Ch. Robin, quand on la considère indépendamment du corps vivant ; c'était là l'âme intelligente de Stahl, l'archée de Van Helmont. Il y a trois propriétés fondamentales dans la matière organisée : la nutrition, la contractilité et la sensibilité.

B. *Matérialisme.*

Epicure et ses partisans rejettent l'existence des substances spirituelles, tout provient de la matière. Lucrèce est du même avis, mais, si on le lit attentivement, il est facile de se convaincre qu'il distingue le corps et l'âme.

En effet, Lucrèce (3) regarde l'esprit et l'âme comme étrangers ou distincts de la matière : « Quand l'homme, après la retraite de l'esprit et de la matière, jouit du repos de la mort » ..... Notre corps est l'enveloppe de l'âme qui, de son côté, en est la gardienne et la protectrice... Donc, refuser le sentiment au corps, pour l'attribuer à l'âme, qui est répandue dans tous nos membres, c'est combattre l'évidence. L'âme est formée de molécules, imperceptibles, beaucoup plus déliées que les éléments de l'eau, des nuages et de la fumée...

Pour Lucrèce (livre V, vers. 790) traitant de l'origine des êtres vivants, la terre a reçu, avec raison, le nom de mère, parce que tout a été tiré de son sein. Aujourd'hui encore, beaucoup d'être vivants se forment dans la terre à l'aide de la pluie et de la chaleur du soleil.

(1) Littré et Robin. — *Dictionnaire de médecine*. Article Animisme.
(2) Œuvres de Riolan. — *Anthropographie*, p. 3, 1629.
(3) *Œuvres complètes*, livre III vers. 205 et suivants.



Est-il donc étonnant qu'un plus grand nombre d'animaux plus robustes soient sortis dans le temps où la terre et l'air jouissaient de la vigueur du jeune âge ?

Ignorance de la matière vivante et hypothèses fantaisistes sur l'origine des êtres vivants, telles sont les notions scientifiques de Lucrèce, pour qui l'âme est formée de molécules très déliées.

C. *Point de vue positiviste.*

Les positivistes renoncent à toute spéculation de l'absolu, à toute recherche des causes finales, quelque forme qu'elles prennent soit par rapport à l'origine des choses, soit par rapport à leur fin ou but ; les connaissances sont donc toujours relatives. Il convient de distinguer les connaissances abstraites des connaissances concrètes.

Les matérialistes ou positivistes nient dans les éléments anatomiques et les tissus végétaux et animaux, l'existence de propriétés différentes de celles du corps brut ; ils expliquent les fonctions normales et les troubles morbides de l'économie vivante par les lois de la mécanique, de la physique et de la chimie seulement. Ils ne s'occupent pas des causes premières (Dieu, âme, nature, etc.) ; ils ne font pas intervenir les causes hypothétiques des entités ontologiques (principe vital, esprit vital, archée, etc.).

Les manifestations de la matière vivante sont dues aux propriétés de cette dernière, lesquelles n'existent point en dehors de cette matière vivante ou organisée ; nul acte de la pensée n'a existé en dehors de la matière organisée cérébrale soumise elle-même à la circulation et à la nutrition, pas plus qu'on n'a vu la contractilité sans fibres musculaires et ainsi des autres.

L'ensemble des actes successivement présentés par un ou plusieurs êtres dans la série des âges qu'ils ont parcourus, dit Ch. Robin (1), cas auquel on se sert plutôt du terme vitalité, et dans ces actes comptent ceux du système nerveux central dont le mot *âme* désigne l'ensemble. L'âme est en effet l'un des modes de vitalité, contrairement à l'hypothèse qui en faisait un être distinct, et dit *que la vie de l'âme est d'un autre ordre que la vie du corps.* Il n'y a par suite pas à traiter dans cet article d'une autre vie que de celle qui est immanente à la matière organique. Ramener l'explication de tous les phénomènes à des propriétés mécaniques est l'un des pas les plus grands et les plus hardis qu'on ait faits en philosophie ; nous le devons à Descartes et les phénomènes de la vie devront donc être rattachés aux lois générales de la matière (de Blainville, 1829).

D. *Métapsychique.*

En 1822, Ducrotay de Blainville écrivit que, loin d'être l'organe de la pensée, le cerveau n'en était que le *substratum.* En 1922, Ch. Richet émet une hypothèse analogue.

En effet, pour Ch. Richet (2), il se produit dans l'homme, de nombreux phénomènes qui ne relèvent ni des sens, ni de l'intelligence.

Ils ne sont pas dus à des forces aveugles ou physico-chimiques ; ils déterminent les pressentiments, les mouvements d'objets sans contact. Ils semblent avoir de l'intellectualité, des volontés, des intentions humaines ; ce sont là les caractères des phénomènes métapsychiques.

La métapsychique ne dépend pas du cerveau humain.

Voici comment Ch. Richet comprend la relation qui existe entre l'intelligence et le cerveau : la pensée existe en dehors du cerveau et la cellule cérébrale l'extériorise, comme le rein élimine les éléments de l'urine qui ont été fabriqués en dehors du rein (*loc. cit.*, p. 770).

Selon Ch. Richet, « tout semble prouver que l'intelligence est fonction du cerveau, qu'elle dépend de l'intégrité de l'appareil cérébral, de la quantité et de la qualité du sang qui irrigue le cerveau.

Selon Ch. Richet, il se produit de nombreux faits qui prouveraient l'existence de phénomènes ne relevant pas de nos sens, ni de notre intelligence. Il donne à cette science le nom de *métapsychique.* Le fait métapsychique serait dû à une intelligence inconnue (humaine ou non humaine). Chez l'homme, les sources de connaissances sont les sens, cette étude constitue la psychologie. Quant aux forces qui déterminent les pressentiments, les télépathies, les mouvements des objets sans contact, les apparitions et certains phénomènes mécaniques et lumineux, elles ne paraissent pas être aveugles et inconscientes, comme le chlore, le mercure et le soleil. Elles n'ont pas le caractère de fatalité attachée aux phénomènes mécaniques et chimiques. Elles semblent avoir des intellectualités, des volontés, des *intentions* qui ne sont peut être pas humaines. L'*intellectualité*, c'est-à-dire le choix, l'intention, la décision conforme à quelque volonté personnelle, inconnue, voilà le caractère de tout phénomène métapsychique.

Autour de nous vibrent des forces *quelquefois accessibles* ; nous n'en voyons que les effets sans en soupçonner la nature ; tels sont les mouvements d'objets sans contact, les maisons hantées, les fantômes, etc.

Quand l'intelligence est ébranlée, par certaines vibrations qui n'émeuvent pas nos sens normaux, c'est la *cryptesthésie.*

Pour Ch. Richet, le système nerveux central posséderait un inhabituel et tout à fait extraordinaire pouvoir sur les phénomènes organiques.

Outre l'intelligence, fonction du cerveau, Ch. Richet (*loc. cit.*, p. 737) admet l'existence d'autres intelligences qui ne dépendent pas du cerveau.

Selon Ch. Richet, l'intelligence peut exister sans cellule nerveuse, sans substratum matériel. « La preuve que ces êtres existent n'est pas faite, conclut Ch. Richet, mais leur possibilité est évidente. »

La cellule nerveuse est, pour l'animal, la condition de l'intelligence ; mais cela ne prouve nullement que pour *tout phénomène d'intelligence*, il y ait nécessité d'une cellule nerveuse, voire des éléments chimiques que nous appelons matériels.

L'intelligence, je le répète à dessein, se trouve, selon Ch. Richet, dans la substance cérébrale et dans toute matière vivante : « La pensée, conclut Ch. Richet, existe en dehors du cerveau, et la cellule cérébrale l'extériorise, comme le rein élimine, les éléments de l'urine qui ont été fabriqués en dehors du rein ».

CRITIQUE

Quelle est l'origine de la vie cérébrale ? quelle est la nature de l'intelligence ? La pensée, la mémoire existent ; la pensée est donc une *essence.* Est-elle un produit, une élaboration de la cellule cérébrale, ou bien comme le soutient Ch. Richet, vient-elle d'ailleurs et la cellule cérébrale ne fait-elle que l'extérioriser ? A mon avis, la cellule cérébrale la fabrique sous l'influence des excitations dues aux impressions, aux sensations, à la réflexion. L'enfant à la naissance a des cellules cérébrales, mais point d'intelligence, parce que, les organes des sens n'ont pas encore fonctionné. Quelle est la nature intime de la pensée, de l'intelligence ? Est-elle matérielle ou immatérielle ? Nous l'ignorons, car nous ne pouvons démontrer ni l'une ni l'autre alternative.

La pensée ou l'intelligence n'ont rien de matériel ; cependant, elles se manifestent à des degrés divers de développement chez les animaux et chez tous les êtres humains. Bien plus, elles se montrent chez tous à l'état d'un seul tout dont les parties ou facultés ne peuvent être séparées. Alors se pose la question suivante : ce tout indivisible peut-il survivre aux éléments, c'est-à-dire aux cellules cérébrales qui l'ont produit ?

Il est actuellement impossible de répondre à cette question. Les spiritualistes qui admettent l'origine extra-matérielle ou surnaturelle de l'âme considèrent la destruction de l'instrument (cellule cérébrale) comme la mise en liberté du principe spirituel qui quitte sa prison pour poursuivre ailleurs son existence et son évolution. Pour les matérialistes, la pensée et l'intelligence n'étant qu'un phénomène, une manifestation fugace des cellules cérébrales, s'évaporent, se dissipent jusqu'à la disparition totale de leurs facultés et des principes qui les constituent.

Les positivistes ont raison de soutenir qu'il est nécessaire de décrire les phénomènes dans l'ordre dans lequel ils appa-

(1) Article vie. *Dictionnaire de médecine* de LITTRÉ et ROBIN.
(2) *Traité de métapsychique*, 1922.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences cliniques de médecine infantile, par le Docteur H. Grenet, 2e série. Un volume in-8° raisin d'environ 272 pages, 33 figures, 1933. Prix : 30 francs. Vigot, éditeur, Paris.

Ces conférences, qui ont été faites à l'hôpital Bretonneau, sont conçues dans un but pratique. Quelques-unes envisagent des questions générales d'intérêt toujours actuel. La plupart sont consacrées à des maladies qui présentent chez l'enfant une fréquence particulière ou des caractères spéciaux : par des observations cliniques et des exemples tirés de la pratique de l'auteur, le lecteur est mis directement en présence des difficultés de diagnostic, de pronostic ou de thérapeutique. Certains des sujets étudiés ont été renouvelés par des travaux récents : on s'est efforcé d'en donner une mise au point claire et impartiale. Ces leçons sont rédigées dans un esprit clinique qui, nous l'espérons, en rendra la lecture facile, et les fera bien accueillir des élèves et des médecins soucieux de se familiariser avec les difficultés de la pathologie infantile.

Pour les étudiants auxquels cet ouvrage est spécialement destiné, l'auteur a pensé qu'il serait utile de rappeler quelques règles de déontologie ; elles sont exposées dans une première leçon publiée sous forme d'avant-propos.

Collection des Universités de France, sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. *Rutilius Namatianus sur son retour.* Texte établi et traduit avec une introduction de 26 pages par J. Vessereau, professeur au Lycée Hoche (Versailles), et F. Préchac, professeur à la Faculté des Lettres de Lille. Prix : 12 francs ! Exemplaire numéroté : 25 francs. Société d'édition « Les Belles-Lettres », 91, boulevard Raspail, Paris.

Récit en vers d'un voyage accompli d'Italie en Gaule par un Gaulois d'origine, devenu Préfet de Rome et rappelé dans sa patrie par les ravages des Barbares.

Dans ce journal de route, le poète raconte les vicissitudes et les surprises d'un voyage par terre et par mer au IVe siècle et il évoque d'une manière agréable et curieuse la vie romaine au moment de son déclin.

Les textes français. — *Racine : Port-Royal.* Lettres à l'auteur des imaginaires abrégé de l'histoire de Port-Royal. Texte établi et présenté avec une introduction par Gonzague Truc. Un volume in-8° écu, 221 pages. Prix : 21 francs ; édition numérotée sur Auvergne pur chiffon : 115 francs; édition numérotée sur biblio pelure India, 5[illegible] francs.

Après son théâtre complet, paru en quatre volumes, les Textes français publient les écrits de Racine se rapportant à Port-Royal.

Précédé des deux lettres adressées à l'Auteur des Hérésies et des deux Visionnaires, ainsi qu'aux Apologistes, l'Abrégé de l'Histoire de Port-Royal, du plus haut intérêt pour l'historien, réunit pour la première fois toutes les pièces concernant ce grand sujet de l'histoire littéraire et philosophique de la France. Une abondante introduction met au point les nombreuses questions soulevées par la publication de cette œuvre inachevée du grand écrivain.

Les Artistes préhistoriques, par Morin-Jean. Un volume, 128 pages, 24 planches hors texte. Broché : 12 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VIe).

Dans la collection « Les Grands Artistes », M. Morin-Jean fait paraître Les artistes préhistoriques.

Traitant des origines même de l'humanité, ce volume attendu condense en quelques pages abondamment illustrées, l'un des sujets les plus actuels et les plus passionnants : l'Art préhistorique, celui des plus vieux maîtres du monde.

Écrit dans une langue claire, dépouillée de tout appareil scientifique ce livre permettra aux curieux des origines de l'art, de se mettre rapidement et sans effort au courant de connaissances qui appartenaient, il n'y a pas encore longtemps, au domaine d'une des sciences les plus fermées et les plus austères.

En le lisant, on apprendra que, si haut que l'on remonte dans la nuit des temps, on rencontre des sculpteurs, des graveurs et des peintres en possession d'un splendide métier, grâce auquel nous pouvons connaître, à travers les siècles, jusqu'aux secrets de leur âme et de leur sensibilité.

Il faut ajouter que l'iconographie de cet ouvrage a été particulièrement soignée. Les matières premières, l'outillage, ainsi que les arts de la parure, ont fait l'objet de plusieurs gravures. Puis défilent les bas-reliefs, les mammouths, les peintures des cavernes et des grottes ; c'est, en vingt-quatre planches,un ensemble d'un haut intérêt.

Ivan le Terrible, le premier tsar, par Stephen Graham. Un volume in-8 de la Bibliothèque historique. Prix : 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ivan le Terrible, « le Néron russe » est un des hommes les plus extraordinaires de l'Histoire, et la légende elle-même a été incapable de concevoir un personnage aussi monstrueux.

Mé... » de piété fanatique et de cruauté inhumaine, Ivan le Terrible, fait comprendre toute la Russie qu'il créa. Le récit de sa vie exerce une sorte d'horrible fascination.

Le livre de Stephen Graham, qui a passé la plus grande partie de sa vie en Russie, et qui, connaissant bien ce pays et ses mœurs, sait dans son livre montrer la psychologie derrière l'Histoire, est basé uniquement sur les faits et les documents — en particulier sur la chronique du prince Andrei Kourbski, contemporain du Terrible. C'est une véritable réussite historique, une des meilleures biographies qui aient paru depuis longtemps.

En Occident, on considère généralement que Pierre le Grand est le plus remarquable des Tsars. En Russie, aussi bien sous le règne des Romanov que sous celui de Lénine et des bolchevistes, c'est Ivan qui a toujours tenu dans l'opinion la première place. « Esclaves et Slaves ont besoin d'un tyran pour les gouverner », dit le proverbe. C'est ce qui explique sans doute l'immense prestige qu'a gardé « ce très étonnant Russe parmi les Russes », malgré ses crimes, dans la mémoire du peuple sur lequel il a régné plus longtemps qu'aucun autre souverain.

La présente biographie est la première qui donne au complet le récit de tous les actes de sa vie privée et de sa vie publique. Jamais quand la Russie était monarchique, on n'aurait pu écrire aussi librement sur un monarque russe, et les historiens non russes n'avaient pas la possibilité de se documenter aux sources directes. Il ne faut pas croire toutefois que M. Graham ne nous présente qu'un monstre. « Ivan ne fut jamais un fou titubant de vice en vice. Tout son règne est marqué par l'absolue domination de sa volonté et de son caractère ». Si l'on veut bien comprendre ce qu'est la Russie d'aujourd'hui, il faut moins chercher les traces laissées par Pierre le Grand ou Catherine la Grande que celles laissées par Ivan le Terrible, ou plutôt, au sens russe exact de son nom : Ivan le Menaçant.

Les Pierres brûlées, par René Thiébault. Un volume 224 pages. 12 francs. E. Figuière éditeur, 166, boulevard Montparnasse, Paris.

C'est une série de nouvelles, dont la première, la plus longue est un petit chef-d'œuvre de l'espèce.

Un bon livre qui apportera au nom de notre confrère M. René Thiébault une consécration bien méritée.

Biocratie, communisme ou fascisme ? par le Docteur Pierre Rosenthal. Un volume in-16 jésus, 112 pages. Prix : 6 francs. André Gommès, éditeur, 53, boulevard du Montparnasse, Paris, 6e.

Sans se soucier de l'épithète que l'on donnera à la Biocratie, l'auteur transpose tout simplement quelques lois essentielles qui régissent les sociétés cellulaires (dont l'homme) dans une société humaine (la France).

Paul Darsier, président du Conseil devient dictateur.

Sans destruction matérielle, l'application des vérités biologiques ouvre une ère nouvelle pour le pays.

Paris se réveille le premier jour de la dictature. Nous assistons à la réaction des différents milieux sociaux que nous retrouvons le soir de ce même jour, puis deux mois plus tard.

Le style est sobre, ironique parfois, et le lecteur intéressé, puis séduit.

Eloges de la cuisine française. Présentation de Sacha Guitry par Edouard Nignon. Bel ouvrage in 8 (19 × 23,5) de 450 pages, imprimé en baskerville sur beau papier vélin et contenant une très importante partie décorative tirée en couleur (titres, en têtes, lettres ornées culs de lampe), dessinée spécialement par Pierre Courtois. L'exemplaire sous couverture rempliée, prix : 100 francs. L'édition d'art H. Piazza, 19, rue Bonaparte, Paris.

La publication des Eloges de la Cuisine française, ouvrage d'un genre tout nouveau, suit de peu la célébration du centenaire d'Antoine Carême. Continuateur de l'illustre devancier, M. Edouard Nignon, l'un des grands maîtres de la Cuisine française, s'est proposé de condenser en un volume le meilleur de son art. Ce livre est d'abord un acte de foi professionnelle émouvant et une rapide autobiographie ; c'est ensuite, et surtout, après un historique de la Cuisine et du Vin, le plus complet et le plus précieux manuel de Cuisine artistique. Les mets les plus appréciés des gastronomes illustres, les trouvailles les plus sensationnelles de l'auteur, qui fut et demeure une grande « toque blanche », les conseils les plus judicieux quant à l'utilisation des ressources saisonnières, à l'élaboration d'un menu, au choix des vins et aux exigences de leur présentation font de ce livre une œuvre exceptionnelle. L'auteur a traité son sujet avec une grande ferveur ; il se montre également soucieux de précision technique et de poésie dans l'expression. Son ouvrage sera prisé non seulement des professionnels, mais de tous les vrais gourmets désireux d'accroître leurs connaissances gastronomiques et culinaires, de tous les maîtres de maison soucieux d'assurer ou de conserver à leur table un renom d'excellence.

La Vierge et l'Enfant dans l'art français, par Maurice Vloberg. Introduction par le R. P. Doncœur. Couvertures de Robert Lanz. Dessins en couleurs de Charles Jouas. 200 reproductions de chefs-d'œuvre. Prix : les deux volumes sur grand vélin de Rives : 100 francs ; sur papier « Beaux Pays », 60 francs. Editions B. Arthaud, successeur des Editions J. Rey, 23, Grande-Rue, Grenoble.

...Ce volume, qui s'adresse à tous les publics, va connaître un immense succès ; d'ores et déjà, on peut le classer au nombre restreint des ouvrages d'art destinés à rester.

Artistes et curieux y trouveront pour la première fois réunis une foule de renseignements inédits ou éparpillés jusqu'ici dans des ouvrages souvent introuvables ; les illustrations leur permettront des rapprochements qu'il était impossible de faire jusqu'à ce jour.

Le texte de Maurice Vloberg est plein de vues originales. On ne sait ce qu'il faut le plus admirer, de l'érudition de l'auteur, de la façon attrayante dont il a étudié ce sujet qui jamais, jusqu'à présent, n'avait été traité dans son ensemble, ou de la tendresse qui se devine sous chacune de ses phrases.

C'est un grand livre d'art qu'il a écrit ; c'est aussi le livre de la mère. Il doit être lu dans toutes les familles. C'est par sa lecture que la jeunesse doit recevoir sa première initiation à l'Art. Nul cadeau ne peut lui donner davantage de plaisir.



raissent et se déroulent ; mais l'être humain se demande quelle est leur cause et cherche à déterminer les conditions de leur production. Après avoir vu le soleil se lever à l'est, monter à l'horizon, puis descendre et disparaître à l'ouest, il s'est demandé si c'est l'astre du jour qui se meut ou si c'est la terre qui tourne autour de lui. Par le calcul, il a réussi à démontrer que la cause du mouvement est la gravitation universelle.

On voit une pierre qui roule, il est naturel de rechercher les raisons qui l'ont mise en mouvement. Les positivistes font bien d'insister sur le premier point, c'est-à-dire l'observation de la pierre qui se déplace ; mais l'homme de science ne doit pas s'en tenir là, il a le devoir de remonter à la source, à la cause qui a mis la pierre en mouvement.

Nous voyons déjà l'ébauche de cette faculté apparaître chez les animaux qui, atteints par un projectile ne se contentent pas de se sauver, mais se retournent et s'arrêtent pour se rendre compte de l'agent qui leur a fait mal. Il y a plus, le chien qui a les mêmes ancêtres que le chacal, a acquis, à force d'exercice des qualités et des facultés qui sont bien supérieures à celles de ce dernier, parce que ses cellules cérébrales ont travaillé davantage ; c'est là, ce qui distingue l'homme civilisé du sauvage.

Alors se pose un nouveau problème : comment se fait-il que le chien et le singe qui, par leur organisation et leur développement intellectuel se rapprochent le plus de l'homme n'ont, depuis des siècles, pas dépassé certaines limites et n'ont pas évolué en êtres plus perfectibles à la façon de l'espèce humaine ? Supposons que tous les groupes de vertébrés, les mammifères en particulier, aient suivi l'exemple de l'homme primitif et aient progressé, au point de vue intellectuel de façon à s'associer et à former des syndicats luttant contre la suprématie et la tyrannie de l'homme. Ils viendraient facilement à bout du genre humain et ne se soumettraient plus à l'esclavage et à la destruction. Ce serait fait et du règne humain, de l'ordre et surtout de la subordination des êtres qui existent à la surface de la terre. Il semble donc, qu'il a été établi des barrières infranchissables dans le monde animal.

Comparons, d'autre part, la manière d'être et de penser des animaux les plus voisins de l'homme à celle de ce dernier. Je ne crois pas que jamais chien, jamais singe n'ait admiré le ciel étoilé d'une belle nuit d'été, qu'il se soit demandé d'où viennent ces milliers de mondes et ce qui peut bien se trouver encore au delà de ce que nous voyons. Cet ordre admirable et ces merveilles sont-ils les résultats du hasard ou du jeu des forces physico-chimiques ? Pour quelles raisons l'homme seul se demande-t-il s'il n'y a pas un dessein qui a réglé l'arrangement des choses et l'évolution des mondes.

Selon les conditions où se trouvent les corps bruts ou les êtres vivants, ils produisent de la chaleur, de l'électricité, des actions mécaniques, de la lumière, etc... Jusqu'à présent la matière inorganique n'a pas abouti à l'élaboration de phénomènes intellectuels ; les cellules cérébrales seules en sont capables, tant qu'elles sont vivantes et en voie de nutrition et de rénovation moléculaire, de donner naissance au sentiment et à la pensée. Quelle est l'essence de la pensée et du sentiment ? Jamais on n'a réussi à les séparer de la cellule et cependant ils existent. Nous ne connaissons que les conditions dans lesquelles ils sont élaborés ; nous savons qu'ils constituent le moi, mais nous ignorons leur nature et leur essence.

Je ne crois pas que l'intelligence humaine ait une autre source que la cellule cérébrale et que celle-ci n'ait d'autre rôle que de l'extérioriser. La cellule cérébrale élabore la pensée et l'intelligence dont nous ignorons la nature et dont nous ne pouvons qu'enregistrer les manifestations.

IV. Vie morale

Le sauvage n'a aucune notion du bien et du mal, du juste et de l'injuste ; il regarde les vices comme des qualités et tue son adversaire et son ennemi pour avoir le droit de porter une plume, insigne accordé à quiconque a assassiné un être humain (1). Les nations de haute culture continuent à offrir le même spectacle : en l'honneur du bon Dieu, elles envahissent les pays neutres et massacrent les populations. Les traités qu'ils ont signés sont des chiffons de papier, etc., etc. Le mensonge et la calomnie deviennent des vertus nationales.

Pareille pratique ne fleurit pas uniquement en politique ; L'histoire abonde en infamies de ce genre aussi bien chez les littéraires que chez les scientifiques. S'il n'est plus admis de supprimer en les brûlant ou en les faisant mettre au cachot ceux à qui l'on porte envie ou qui vous gênent, on invente et on fait circuler sur leur compte des imputations que l'on sait fausses.

Je passe sur les manœuvres louches dont j'ai été témoin, dont chacun a vu des exemples dans le monde savant et dont l'unique but a été d'écarter et de perdre le candidat qui déplaisait. Pour ne point m'exposer à citer des personnalités dont les fils, les amis et les élèves sont encore vivants, je me borne à mentionner le passage suivant de Maurice la Châtre (1) : « La calomnie se déchaîne de préférence sur les hommes de bien, contre ceux qui sont utiles à l'humanité et dont les talents, les vertus, le caractère sont une perpétuelle et insupportable offense pour les incapables, les impuissants, les méchants et les envieux. L'envie, en effet, est le vice qui fournit le plus redoutable contingent à l'armée déjà si nombreuse des calomniateurs. Elle flétrit la vertu comme le limaçon flétrit la rose. On ferait un gros volume si l'on voulait recueillir, par ordre de dates, les principales calomnies que, de tout temps, on a répandues sur les hommes de génie. Molière fut accusé d'avoir épousé sa fille et Beaumarchais d'avoir empoisonné ses deux premières femmes. De quelles accusations follement calomnieuses n'ont pas été poursuivies Voltaire, J.-J. Rousseau, les encyclopédistes et les hommes de la Révolution française. L'un d'eux, Marie-Joseph Chénier, auteur de *Tibère* et des paroles du *Chant du Départ*, eut, durant une partie de son existence, à repousser des attaques acharnées de ses calomniateurs, qui voulaient faire voir en lui, sinon le bourreau, au moins le complice moral de la condamnation à mort de son frère, l'illustre André Chénier. C'est lui qui, dans une magnifique épître sur la *calomnie*, rejetant à ses accusateurs le mépris dont ils essayèrent de le couvrir s'écriait avec éloquence : « *Nul n'a besoin d'honneur, tous ont besoin d'argent* ».

Ils mettent en pratique la maxime des Pères de l'Eglise : La fin justifie les moyens.

Mais comment distinguer les savants intègres et les hommes de bien d'avec les exploiteurs ? Ducrotay de Blainville (2), nous en a donné la recette, il y a plus d'un siècle : la probité, dit-il est aussi indispensable dans la science que dans la société.

« Si je conçois en effet, écrit-il dans une note, que dans la biographie, il soit utile et nécessaire de faire connaître la vie privée d'un observateur, c'est afin de montrer que, par l'histoire de sa conduite morale et par la peinture de son caractère, quelle confiance méritent ses observations scientifiques. »

A force de scruter le monde inorganique et organisé, les savants oublient de distinguer le bien du mal, le juste de l'injuste. Il est certain, selon le mot de Voltaire, que celui qui a inventé la navette l'emporte considérablement sur celui qui imagina les idées innées.

Cependant, la conduite de la vie doit être réglée sur l'équité et la pensée et non uniquement sur les arts mécaniques. A quoi bon tous les honneurs, toutes les places bien rétribuées, quand chacun sait qu'ils ont été acquis par l'injustice, la fraude et le mensonge ?

En un mot, les motifs qui règlent la conduite des hommes dits de haute culture sont encore ceux du sauvage et des peuples qui, comme nous l'apprend l'histoire, auraient été les précurseurs de la civilisation ; c'est un mélange, une alliance d'intérêts et de profits pécuniaires, d'intrigues, d'esprit de domination et de vaine gloriole. Ceux qui pensent et agissent honnêtement passent pour des naïfs, c'est-à-dire des imbéciles. Les grands savants ignorent ou foulent au pied toute morale, comme ont toujours fait et continuent à faire les peuples barbares, bien qu'ils affichent les prétentions de haute culture.

(1) Voir Retterer, *Religion, science et morale*, p. 275, 1927.

(1) Art. Calomnie. *Dictionnaire universel*, 1857.
(2) *Cours de physiologie générale*. T. I, p. 35, 1829.

La morale n'est point le privilège de tel ou tel groupement, soit politique, soit religieux (monarchique, républicain, hébraïque, chrétien, musulman ou païen), celui qui a le sentiment du juste et de l'injuste, du bien et du mal, de l'honnête, et du déshonnête et qui pratique l'un et s'abstient de l'autre, a la vraie morale. Travaillons donc à bien penser, écrivait Pascal. Mais, pour bien penser, il ne suffit pas de se représenter dans l'esprit des apparences, des fantômes ou ce que les autres ont pensé. Il faut étudier et connaître la réalité, savoir en un mot. C'est sur cette dernière donnée qu'il convient de méditer ; c'est là la base solide d'une pensée pouvant servir de point de départ à un acte bon ou mauvais, juste ou injuste.

Malheureusement, on a de tout temps, comme font encore les savants du XXe siècle, pris son propre intérêt ou celui de la Compagnie dont on fait partie pour la règle qui doit diriger l'action. On confond l'intérêt avec la morale, c'est-à-dire qu'on assujettit la loi morale à ses propres intérêts.

V. — Survivance du moi

Aux yeux de nombreux savants, il peut paraître déplacé de traiter la question, de la survivance du moi dans un article relatif à la matière vivante. A mon avis, il n'en est rien, car, comme nous l'avons vu, la pensée est une élaboration de la cellule cérébrale.

Nous nous bornons à rappeler que les anciens Egyptiens et Hébreux croyaient à la résurrection, c'est-à-dire qu'après un ou plusieurs milliers d'années, le squelette revenait à la vie.

Chez les Grecs et les Romains, les *mânes*, les *ombres* survivaient au corps et allaient séjourner et se promener sur les bords du Styx.

Aujourd'hui encore, on voit des peuples sauvages enterrer dans la tombe du chef, les armes de ce dernier ; même immoler des chevaux et des esclaves pour que, dans le nouveau séjour, le mort trouve tout le nécessaire pour continuer son genre de vie et ses exploits.

Tout cela n'est que le produit de l'imagination, de la pure fable ; c'est entendu, mais, c'est une preuve que de tout temps, l'homme a nourri l'espoir de revivre un jour et de ne pas mourir tout entier.

Passons maintenant aux croyances actuelles des peuples dits civilisés.

Pour les *spiritualistes*, la mort n'est que la disjonction ou séparation d'un être immatériel, venu des sphères célestes, d'avec la matière ; celle-ci se dissoudra, tandis que celui-là continuera à survivre dans le paradis ou l'enfer. Je diffère des spiritualistes parce que je crois que l'être spirituel, ou le moi est de provenance matérielle, avant de manifester sa présence chez l'enfant, il faut que la cellule cérébrale ait été modifiée par les impressions venues des organes des sens. Plus les impressions et les sensations se multiplient, plus le moi se développe et se perfectionne.

Quant aux *matérialistes*, ils ont raison, à mon avis, de soutenir que la pensée, l'intelligence, l'âme en un mot, est un produit de la matière vivante ; mais je me demande quelles sont les preuves qu'ils ont pour oser affirmer que le moi est anéanti dès que la matière vivante, c'est-à-dire le corps meurt.

Nous avons vu que selon Ch. Richet, la pensée ou l'intelligence peut exister en dehors du cerveau qui ne fait que l'extérioriser. Quant à la croyance à la persistance ou survivance du moi après la mort, ce physiologiste la considère comme un enfantillage. « Et puis, qu'est-ce qui survivra de ce moi ? Le vieillard tombé en enfance depuis trois ans, aura-t-il le *moi* de sa vigueur intellectuelle ou le *moi* de sa décrépitude ? Le *moi* d'un individu qui bégayait continuera-t-il à s'exprimer en bégayant dans l'Au delà ? Quelles puérilités. » (Ch. Richet, *loc. cit.*, p. 770).

Nous avons vu que, d'après Ch. Richet, l'intelligence, et la pensée peuvent exister en dehors de la cellule cérébrale qui ne fait que l'extérioriser. Pour quelles raisons, ne persisteraient-elles pas, ne survivraient-elles pas après la mort de la cellule cérébrale ?

On voit les grandes incertitudes qui règnent sur l'origine et la survivance de la pensée ou du moi. Il me semble que quelques citations empruntées à des hommes de science de haute valeur ne sont pas déplacées.

M. de Quatrefages (1), comparant l'animal à l'homme, écrit que l'animal veut, se souvient, raisonne, aime et hait, comme fait l'homme. Mais ce dernier s'en distingue par la notion qu'il a du bien et du mal moral, du juste et de l'injuste. Nous avons vu que le sauvage est dépourvu de cette notion. L'homme enfin, ajoute Quatrefages croit à une autre vie.

Lyell (2) appelle l'attention sur la raison, cette faculté progressive et perfectible que l'archevêque de Canterbury regardait, il y a un siècle, comme l'attribut spécial et exclusif de l'humanité.

C'est à l'homme seul qu'est donnée la croyance à une vie future ; elle est conforme à sa raison et satisfait bien au sentiment religieux que la nature a enraciné dans son âme ; lui seul a cette doctrine qui tend à l'élever moralement et intellectuellement dans l'échelle de l'existence et qui porte des fruits d'un caractère si différent de ceux que produisent l'erreur et l'illusion.

J. Loeb (3) considère tous les phénomènes qui se produisent dans les êtres vivants comme identiques à ceux des corps bruts. Cependant, J. Loeb (*loc. cit.*, p. 391) avoue franchement que jusqu'à présent, il existe des processus qui sont différents dans la nature inorganique et chez les êtres organisés : « Il est certain que personne jusqu'ici n'a observé au sens absolu du mot, conclut J. Loeb, la transformation d'une substance morte en substance vivante ; nous ne connaissons pas de fait, quant à présent, qui puisse servir de point de départ, à l'étude expérimentale du problème ainsi posé. Mais nous avons vu que les plantes et les animaux pendant leur croissance, transforment continuellement de la substance morte en substance vivante. »

Dans la préface de ce livre, A. Giard fait une remarque qu'il est intéressant de noter : « Convient-il de se borner à cette conception exclusivement physiologique ? Vouloir appliquer strictement à la matière vivante les principes ordinaires de la mécanique actuelle, n'est-ce pas exagérer la valeur explicative de ce qui n'est au fond qu'une comparaison et une première approximation de la réalité ? »

Selon les spirites, la conscience persisterait après la mort ; il ne se produit pas non plus d'émanations matérielles (ectoplasma) aux dépens de notre corps ou de notre intelligence ; il n'y a pas d'esprits, ni anges, ni démons qui interviennent dans les affaires humaines.

A la naissance, le moi n'existe pas ; il se développe au fur et à mesure que les organes des sens fonctionnent. Il se perfectionne par la répétition des sensations et de la réflexion à la condition que la cellule cérébrale fonctionne. Ce sont là des faits que chacun peut vérifier sur ses semblables et sur soi-même. Quant à la nature (immatérielle ou corporelle) de ce moi nous sommes dans une ignorance complète. Survit-il à la dissolution de la cellule cérébrale ou périt-il avec elle ?

Pour Huxley, la pensée et la conscience sont une production du cerveau. Elles résultent de l'association avec la matière. Si la matière meurt, la pensée et la conscience disparaîtront-elles ? « Si quelqu'un dit, conclut Huxley, que la conscience ne peut exister, sauf en relation de cause à effet avec certaines molécules organiques, je lui demande comment il le sait ».

J'ai un souvenir des plus nets, d'événements qui se sons passés, il y a 50 et 60 ans. Où se sont fixées et conservées ces images ? Nous savons que la matière vivante se renouvelle sans cesse, et que, dans l'espace de quelques années, il ne reste pas une molécule de la matière organisée d'il y a dix à quinze ans. Il est infiniment probable que les cellules cérébrales sont soumises à la même loi d'assimilation et de désassimilation.

Si l'image persiste, de deux choses l'une : ou bien la vieille cellule, en voie de destruction transmet aux molécules nouvelles, l'impression et le souvenir du passé ou bien le moi, incorporel et

(1) *Unité de l'espèce humaine*, pp. 19 et 22, 1861.
(2) *L'ancienneté de l'homme*, traduction française, p. 529, 1861.
(3) *La dynamique de la vie*, édition française, 1908.

immatériel a un substratum capable de garder les notions du passé. L'une et l'autre hypothèse ne peuvent actuellement être vérifiées; mais le fait reste, à savoir que le souvenir, ou la mémoire, est lié à l'intégrité des cellules cérébrales et à la persistance du moi. Quelle est l'essence de ce moi, je serais très heureux si l'on me donnait quelques éclaircissements sur ce point qui intéresse aussi bien le physiologiste que le philosophe.

Nous avons vu que le sentiment et la pensée existent et leur origine se trouve dans les cellules cérébrales. Ils sont incorporels et immatériels : une substance, une essence, un *substratum*, dont la nature en un mot, nous est absolument inconnue et qui est la condition de la sensation, de la volonté, des idées et de la pensée. Sous ce rapport nous ne sommes guère plus avancés qu'on l'était du temps de Voltaire qui écrivait (art. : Sensation, *Dictionnaire philosophique*) : « Vous allez sans doute demander comment la sensation des animaux périssant avec eux, la pensée de l'homme ne périra pas. Je ne peux répondre à cette question ; je n'en sais pas assez pour la résoudre... Nous ignorons malheureusement ce que c'est que ces deux facultés (sensation et pensée) ; nous les avons, mais leur origine ne nous est pas plus connue qu'à l'huître, à l'ortie de mer, au polype, aux vermisseaux et aux plantes ! »

Par quelle mécanique inconcevable, le sentiment est-il dans tout mon corps et la pensée dans ma seule tête ? »

De l'analyse des faits, je conclus : le sentiment et la pensée sont une élaboration des cellules cérébrales. Nous en enregistrons les propriétés et les effets ; mais nous n'en devinons pas la nature, de même que nous ignorons s'ils survivent à la dissolution du corps.

H. Milne-Edwards (1) a écrit :

« Dans la Nature, rien ne se perd, rien ne se crée, tout ce qui est nouveau est le résultat de la transformation de choses préexistantes, de même que la destruction est un changement non un anéantissement. » Si nous appliquons ces formules à ce qui se passe dans la formation de la pensée et du moi, nous trouvons qu'elles contiennent quelques propositions vraies, et, d'autres qui sont discutables, sinon fausses.

L'exemple suivant, est démonstratif. Clemenceau était matérialiste et mécréant. Foch, au contraire, spiritualiste et profondément religieux. Or, enfants, ces deux hommes avaient une personnalité, un moi, pour ainsi dire indifférent sinon neutre. C'est donc à la suite des impressions, des sensations et de l'exercice que la personnalité, le moi s'est développé dans un sens différent chez l'un et l'autre. Il s'agit là d'une véritable création.

A la mort des cellules cérébrales, le moi de Clemenceau et celui de Foch se sont évanouis, au moins à nos yeux. Mais il reste à établir si cette disparition du moi tient à ce qu'il s'est séparé de la matière pour mener une vie indépendante, ou, si le moi a péri avec la cellule cérébrale, ou bien encore, s'il est retourné à la source d'où il avait émané. Comment contrôler l'une ou l'autre hypothèse ? Nous ne savons qu'une chose, c'est que la conscience du moi se perd avec la vie de la cellule cérébrale. Autant l'existence du moi est réelle et que le moi acquiert, selon l'exercice, des degrés variables de développement et de perfection, autant sa persistance après la mort de la cellule cérébrale est sujette à caution.

Conclusion

La matière organisée et vivante, possède des éléments semblables à ceux qui constituent les corps bruts. Comment se sont-ils groupés, pour former les êtres vivants et pour acquérir des propriétés toutes différentes ? Nous l'ignorons. Nous sommes réduits à enregistrer les échanges intimes qu'ils font avec le milieu ambiant et les phénomènes d'assimilation et de désassimilation qui font défaut aux corps bruts. Nous les voyons se reproduire et se modifier sous l'influence des facteurs internes et externes. Les corps bruts n'ont pas pareilles facultés, de même qu'ils manquent d'intelligence et de sentiments.

Si les partisans du spiritualisme et du matérialisme s'accordent sur les faits que nous venons d'énoncer, ils se séparent dès qu'il s'agit de la cellule cérébrale, qui, outre, l'assimilation et la désassimilation, a le pouvoir de nous rendre compte des impressions du monde extérieur et de l'état de notre propre corps. Les cellules cérébrales élaborent un principe, un fluide, une essence dont la nature nous est inconnue, mais qui nous permet de prendre conscience de nous-même et d'agir sur le milieu ambiant. Tandis que la plupart des autres parties organisées et vivantes sécrètent des substances liquides, demi-liquides ou solides pour édifier les tissus et les organes de digestion, de respiration, de circulation, de mouvement et de soutien, les cellules cérébrales élaborent des substances ou des principes dont la nature nous échappe, mais dont nous voyons les effets. Ces substances et ces principes constituent un être réel, le *moi* dont la nature est incorporelle ou immatérielle. Ce moi survit-il à la dissolution des cellules cérébrales ? Les uns répondent par l'affirmative, les autres par la négative, mais toute preuve nous fait défaut.

Nous en sommes donc réduits à émettre des arguments en faveur de l'une ou l'autre hypothèse.

Le savant qui a passé son existence à chercher et à poursuivre la vérité, l'homme de bien qui a soulagé les misères humaines et les souffrances de ses semblables finiront-ils de la même façon que celui qui a passé son existence à tricher, à mentir et à faire du mal à son prochain ? A chacun de résoudre ce problème selon ses sentiments et sa conscience ; mais il me semble peu scientifique de traiter de chimère ou de puérilité, la solution d'un problème qui, dans l'état actuel de nos connaissances, est encore en suspens.

Celui qui a fait son devoir d'homme, qui pratique le bien et le juste finira-t-il dans le même néant que ceux qui ont passé leur vie à mentir et à attraper leurs semblables ? C'est là une question de moralité qui dépasse le domaine des phénomènes physico-chimiques. Si le transformisme a jeté infiniment de lumière sur l'évolution des êtres vivants, il n'a pas levé un coin du voile qui nous cache l'origine des êtres vivants, la nature et la destinée de ce fluide ou essence qui nous renseigne sur le monde extérieur et sur nous-même, ainsi que sur notre destinée.

(1) *Physiologie et anatomie comparée*. T. XIV, p. 343, 1881.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Chirurgie.

La question de la meilleure anesthésie continue à être la grande préoccupation des chirurgiens. Faisant le « tour d'horizon des progrès de l'anesthésie » M. Robert Monod, voit se dessiner deux tendances.

L'une est l'abandon partiel de l'anesthésie par inhalation d'éther en faveur de méthodes troublant moins l'état somatique ou psychique de l'opéré, ou améliorant considérablement les conditions opératoires.

Trois méthodes permettent en effet aujourd'hui de pratiquer en toute sécurité toute la chirurgie, à l'exclusion des anesthésies par inhalations, à la condition de les cantonner dans leur rayon d'action normal :

la rachi-anesthésie pour l'étage *sous*-ombilical ;

l'anesthésie splanchnique pour l'étage *sus*-ombilical de l'abdomen ;

l'anesthésie par lavement à l'avertine pour l'étage sus-diaphragmatique : tête, cou, thorax.

Ces trois méthodes perfectionnées, la rachi-anesthésie devenue contrôlable grâce à la méthode de Pitkin, l'anesthésie splanchnique bien réglée, suivant la technique de Braun que Finsterer vient tout récemment de nous montrer, le lavement à l'avertine utilisé comme anesthésique de base, remplissent aujourd'hui tous les desiderata exigés pour une bonne anesthésie.

Toutes les trois trouvent dans l'éphédrine un correcteur excellent.

A l'inverse de cette tendance, il convient d'indiquer celle qui, depuis peu, tend à remettre en faveur les anesthésies par inhalation et notamment l'éthérisation. Elle trouve sa justification dans la récente mise en pratique du carbogène d'Henderson, agent à la fois prophylactique et curateur des complications pulmonaires post-anesthésiques, tribut, sans lui, encore trop fréquent, des narcoses par inhalation prolongée de substances volatiles.

C'est par un éclectisme judicieux que l'on établira la part qu'il convient d'attribuer, suivant les cas, à l'une ou à l'autre de ces deux tendances.

(Robert Monod. Les progrès récents en anesthésie. *Gazette des Hôpitaux*, 20 mai et 1er juillet 1933).

L'angiome vertébral est un nouveau venu dans la pathologie rachidienne. Une quinzaine d'observations seulement ont été publiées.

Le cas rapporté par MM. Guillain, Decourt et Bertrand, en 1928, se révélant par un syndrome de compression médullaire grave, est tout à fait typique. A l'examen anatomique, il s'agissait « d'un angiome caverneux, infiltrant et détruisant progressivement l'os spongieux des vertèbres, mais doué simultanément d'un pouvoir ostéogénétique ». Cette tumeur de consistance dure, s'étendait symétriquement sur une longueur d'environ 8 centimètres, dans la région dorsale moyenne, au niveau des septième, huitième et neuvième dorsales. Elle donnait l'impression d'un os spongieux « formé de squelette trabéculaire ossifié, peu dense ».

Hors des cavités trabéculaires solides, on pouvait facilement énucléer les masses molles, qu'elles contenaient, masses creusées de cavités et rappelant une échinococcose intra-osseuse de forme infiltrante multi-alvéolaire.

Le sujet âgé de dix-huit ans, était entré à la Salpêtrière pour des troubles paraplégiques datant de dix-sept mois. A l'inverse des tumeurs cérébrales et des cancers, ce sont les troubles moteurs qui ont signalé la compression de la moelle dans les cas graves décrits jusqu'ici. L'absence ou la médiocrité des troubles sensitifs faisaient contraste.

Exceptionnellement, ce sont des phénomènes douloureux sans symptômes objectifs qui attirent l'attention. Tous les angiomes ne s'extériorisent pas cliniquement. Sur dix cas qu'il a pu retrouver dans la littérature, Eimar Perman en a trouvé six s'accompagnant de compression médullaire et quatre qui n'avaient été qu'une trouvaille d'autopsie. Topfer ayant coupé 2.154 corps vertébraux, dit avoir trouvé 257 fois de petits angiomes.

Ceux-ci étaient du volume d'un petit pois ou avaient envahi complètement la vertèbre, siégeaient pour la plupart dans le corps (trois fois dans les arcs et quatre fois dans les apophyses épineuses).

L'inaptitude de l'angiome à l'extension expliquerait l'indolence fréquente de cette lésion vertébrale.

Ce sont les vertèbres dorsales moyennes qui sont le plus souvent atteintes, quelquefois plusieurs de suite ou plusieurs séparément, mais jamais les cervicales. L'image radiographique est faite de la juxta-position de petites plages claires séparées par des cloisons.

Des points plus sombres représentent la croisée de trabécules plus épaisses. Au point de vue médico-légal, cet aspect vertébral ne saurait être méconnu.

L'observation rapportée par M. C. Rœderer le montre bien, c'est presque par hasard que cet auteur découvrit un angiome vertébral en examinant les radiographies du rachis d'une jeune femme qui était venue le trouver pour des douleurs radiculaires persistantes, mal localisées, apparues quelque temps après une chute sur le dos, à plat, de sa hauteur.

» Si l'on n'avait connaissance de faits semblables, ne serait-on pas tenté, à bon droit, de rapporter au traumatisme ces étranges images radiographiques ? »

(C. Rœderer. L'angiome vertébral. *Paris Médical*, 17 juin 1933).

Pathologie générale.

Le choc émotif est susceptible de produire un déséquilibre humoral en tout analogue au choc anaphylactique. Tout se passe comme si l'émotion provoquait l'introduction brusque dans l'organisme d'une protéine ou albumine sensibilisante. Le rôle de l'émotion dans la production d'accidents d'ordre anaphylactique ne fait plus de doute, ainsi que le montrent les nombreuses observations rapportées par les auteurs.

« Flandin a cité récemment le cas d'un jeune garçon de 10 ans qui voit son frère plonger par trois fois dans une rivière profonde pour retirer un enfant qui s'y noyait, il assiste aux efforts faits pour ranimer la victime, éprouve une émotion allant jusqu'à l'angoisse, est atteint d'un tremblement involontaire et éprouve dans la nuit une éruption généralisée d'urticaire.

Un homme de 50 ans éprouve une vive émotion dans les affaires dont il s'occupe et a le soir une poussée d'urticaire.

Un homme de 56 ans est pris d'un œdème de Quincke en apprenant la mort de son fils tué à la guerre et six ans après voit réapparaître le même phénomène en apprenant la maladie grave d'un deuxième fils à l'étranger.

Assez souvent c'est sur un terrain de sensibilisation aux protéines que l'émotion provoque le même phénomène que l'injection ou l'ingestion de l'antigène.

Dracoulidès d'Athènes, considère l'émotion comme un antigène et pense que celle-ci crée un terrain propre à l'éclosion d'un certain nombre de dermatoses qu'il propose d'appeler les psychodermoses. Il croit que l'émotion est tantôt susceptible de provoquer une psychodermose chez un sujet colloïdoclasique, tantôt capable à elle seule de créer le terrain colloïdoclasique. Dans la majorité des observations que nous avons pu recueillir nous n'avons pas vu l'émotion quelle que soit son intensité provoquer ni choc hémoclasique ni accident cilnique consécutif chez des individus stables et dont le terrain n'était pas préparé par un déséquilibre neurotonique et endocrinien. »

Parmi les malades atteints d'urticaire, de maladie de Quincke, d'eczéma, d'herpès et même de syndrome de Reynaud, on en trouve un certain nombre qui signalent eux-mêmes l'action de l'émotion et principalement de la peur ou de la colère dans la production des accidents qui les amènent à consulter le médecin. Certains individus sont hypersensibles au choc émotif, comme d'autres le sont au produit de la fatigue musculaire, aux agents physiques comme le froid, les rayons ultra-violets, les rayons X, les perturbations atmosphériques, les protéines alimentaires ou colloïdiques. Si le choc émotif est susceptible de déterminer des accidents en provoquant des perturbations humorales, il est logique d'admettre qu'il est de la même façon susceptible dans certains cas de produire des effets contraires, c'est-à-dire favorables. May a signalé un cas d'urticaire guéri par le choc émotif.

Joltrain cite un fait identique. Une sœur de la rue Bizet est en pleine poussée d'urticaire à la suite d'un repas de fraises. Elle assiste à la mort subite d'un de ses malades. Son urticaire disparait spontanément.

On a rapporté des faits analogues pour la migraine.

« F. Widal aimait à raconter que très sujet aux migraines il en avait une extrêmement violente le jour de son concours d'agrégation qui disparut comme par enchantement au moment même où il apparaissait dans l'amphithéâtre pour faire sa leçon. Nous l'avons vu arriver à Bruxelles pour une conférence avec une migraine atroce, accompagnée de vomissements, et d'une pâleur impressionnante du visage, pénétrer dans un amphithéâtre pour essayer de prononcer quelques paroles d'excuse. Dès les premiers mots le visage se colore, la migraine disparaît et pendant toute la durée de la conférence qui fut particulièrement brillante, la guérison semble complète.

Il n'est pas rare de voir au cours des catastrophes des malades atteints de maladies infectieuses guérir brusquement.

Ainsi donc la thérapeutique par la suggestion ou le torpillage peut avoir un effet analogue et provoquer dans l'organisme une perturbation humorale, une modification physico-chimique susceptible de rétablir un équilibre momentanément troublé ».

(E. Joltrain. L'émotion facteur de déséquilibre humoral. *La Presse Médicale*, 7 juin 1933.)

Obstétrique

Dans les formes graves des vomissements de la grossesse, les investigations cliniques ne suffisent pas à établir le pronostic, ni à instituer une thérapeutique rationnelle. Il est indispensable de recourir aux données du laboratoire :

Examens réguliers des urines qui permettent de noter la présence éventuelle de l'albumine, de l'urobiline, des pigments biliaires, d acide diacétique ou d'acétone ;

Examens réguliers du sang qui montreront souvent — comme dans l'observation rapportée par les auteurs — une *chloropénie* et une *azotémie* plus ou moins marquées.

« *Dès qu'on constate la chloropénie, — laquelle semble tenir sous sa dépendance et la persistance des vomissements et l'azotémie, — il faut agir par le seul traitement rationnel et efficace : la rechloruration.*

Le mode de traitement est simple. On peut tout d'abord, si la situation est particulièrement critique, injecter dans la veine, 1, 2 ou 3 fois par jour, 10 c. c. de la solution salée hypertonique à 20 pour 100. Puis, l'on continuera par les injections quotidiennes de 1-2 litres de sérum physiologique sous la peau, qui ont en plus l'avantage de lutter contre la déshydratation de



ces malades. On fera absorber par la bouche des aliments salés, dès qu'ils seront tolérés. On donnera, selon les cas, 10-20 gr. de NaCl par jour ; on se basera sur le taux des chlorures sanguins pour fixer le taux même de la chloruration. Si la chlorémie est revenue près de la normale, et si les vomissements ont cessé, le sel contenu dans une alimentation normale suffit pour équilibrer complètement le taux des chlorures sanguins.

Il est évident que la rechloruration n'empêche en rien la mise en œuvre des autres modes de traitement des vomissements graves ».

(A. Schwaab et P. Walther. Vomissements graves de la grossesse. Hypochlorémie et azotémie. *La Presse Médicale*, 31 mai 1933.)

Thérapeutique

Les acides aminés ont une action remarquablement rapide et efficace sur les phénomènes douloureux gastriques. MM. A.-G. Weiss et Aron ayant fait une communication récente sur ce sujet, à la Société de biologie de Strasbourg, M. J. Lenormand signale que dès octobre 1932, il a commencé à traiter les ulcères gastriques et duodénaux par les acides aminés. Il semble que le meilleur mode d'administration de cette substance soit l'injection quotidienne et intradermique de deux dixièmes de centimètre cube d'une solution de tryptophane à 2 p. 100 et d'histidine à 4 p. 100.

Les deux auteurs strasbourgeois ont été amenés à employer chez l'homme cette thérapeutique, à la suite des faits expérimentaux suivants :

Ayant, par dérivation du duodénum dans l'iléon terminal, déterminé chez le chien la production de lésions ulcéreuses ils pensèrent que ces dernières étaient dues à une carence d'acides aminés. Il leur suffit de soumettre les chiens expérimentés à des injections quotidiennes d'une solution de tryptophane et d'histidine pour éviter l'apparition de ces ulcères auxquels succombaient, sans exception, les animaux témoins.

Cinq ulcéreux, choisis au hasard, bénéficièrent largement des injections d'acides aminés. Après une série de vingt piqûres, tous les signes cliniques et radiologiques d'ulcère auraient disparu.

De son côté, J. Lenormand se borne à constater l'action sédative, remarquablement rapide mais temporaire de l'association tryptophane-histidine sur les phénomènes douloureux gastriques. Il faut être prudent dans l'interprétation des résultats. Il semble, ce qui demande confirmation, que l'association des deux acides aminés agit, non en freinant la chlorhydrie gastrique, mais en provoquant une hypersécrétion de mucus.

(J. Lenormand. Traitement des douleurs gastriques et duodénales par les acides aminés. *Paris Médical*, 10 juin 1933.)

Pratiquement, en présence des douleurs atroces de l'infarctus du cœur, un seul médicament s'impose, c'est la morphine. « Son administration par voie buccale sera presque toujours insuffisante. Sans souci de l'état de shock dans lequel se trouve le malade, nous en donnons d'emblée deux centigrammes en injection hypodermique. Il nous est arrivé dans des cas particulièrement rebelles, d'injecter la morphine directement dans les veines, à une dose ne dépassant alors pas un centigramme. Les injections pourront être répétées à plusieurs reprises, selon l'intensité de la douleur, la crainte du médicament ne devant en aucun cas faire oublier l'extrême gravité de la maladie.

La morphine sera utilement combinée à de petites doses d'*atropine* qui en diminuent l'action vagotonique et exercent une influence favorable sur les troubles gastriques, spécialement les nausées et les vomissements, phénomènes si fréquents lors de l'oblitération du rameau descendant de l'artère coronaire gauche, et que l'injection de morphine risque toujours d'exagérer. Il n'est pas exclu, d'autre part, que l'atropine, en paralysant le vague, puisse développer une action bienfaisante sur le spasme éventuel des coronaires, spasme réflexe dû à l'hyperexcitabilité du pneumogastrique. Si la morphine doit être administrée *larga manu*, l'atropine, en revanche, devra être donnée avec plus de précautions, par quarts de milligramme, pour éviter toute action nuisible sur l'excitabilité du myocarde.

Les succédanés de la morphine, spécialement l'*héroïne* et surtout la *papavérine*, seront également utiles. »

(Professeur Georges Bickel, de Genève. Le traitement de l'infarctus du myocarde. *Paris Médical*, 6 mai 1933.)

Varia

Il y a quelques années un malade me fut adressé, par un médecin très averti, comme atteint d'une sténose pylorique, au stade de l'intolérance. Un de mes assistants, R. Fontaine, élève de Léon Blum, reconnut sans peine une azotémie par manque de sel. Le malade fut rechloruré et guérit. Que serait-il arrivé, si je l'avais opéré ? Et livré à moi-même, peut-être l'eussé-je fait. Ne pense-t on pas en réfléchissant à ce simple fait qu'il est parfois bon pour un chirurgien de connaître quelque chose de la chimie des humeurs ?

(Professeur Leriche. Programme des études nécessaires à la formation d'un chirurgien. *La Presse Médicale*, 14 juin 1933.)

***

On connaît des cas de canitie subite survenant à la suite d'une émotion et si Sabouraud n'est pas convaincu de son rôle dans la pathogénie des mèches blanches, Raoul Bernard, en revanche, a récemment insisté sur la pathogénie émotive de ces phénomènes. Il a fait dans le *Bruxelles Médical* une vaste enquête sur ces faits. Il semble bien prouvé, d'après les documents apportés par les auteurs les plus divers, que l'émotion seule peut provoquer l'immédiate décoloration des cheveux.

(L. Joltrain. L'émotion facteur de déséquilibre humoral. *La Presse Médicale*, 7 juin 1933.)

***

Quand on relit les différents travaux afférents à la spondylite traumatique, on a l'impression que cette affection correspond non pas à une entité nosographique, mais à un syndrome clinique dans lequel, à tort ou à raison, on a rangé des faits assez hétéroclites.

(André Thomas, H. Schaeffer et Huc. Spondylite traumatique avec ostéoporose étendue du rachis chez un tabétique. *La Presse Médicale*, 21 juin 1933.)

***

Depuis quelque temps, j'utilise pour l'anesthésie urétro-vésicale un anesthésique d'un genre nouveau qui s'appelle le Nestosyl. Résultant de l'association d'éthers de la série para-aminobenzoïque et de la série phtalique, il ne contient aucun produit ni du tableau A ni du tableau B et semble à peu près dépourvu de toxicité. Il est cependant puissamment anesthésique. Il suffit de quelques instants d'application dans l'urètre pour que l'anesthésie soit obtenue. Ce produit me paraît particulièrement précieux pour les explorations urétrales banales. Pour les explorations optiques urétro-cystoscopiques, il a l'inconvénient de n'être jusqu'à présent livré que sous forme de solution huileuse, dont les gouttes, non miscibles à l'eau, nécessitent un lavage assez prolongé avant les explorations cystoscopiques.

(Maurice Chevassu. Les anesthésiques en urologie. *Gazette des Hôpitaux*, 20 mai 1933.)

***

Personnellement, au cours de recherches systématiques sur les anomalies électrocardiographiques dans la diphtérie, pratiquées sur 100 sujets, nous avons relevé deux exemples de dissociation auriculo-ventriculaire. Relativement peu fréquente puisqu'on ne la retrouve que dans la proportion de 2 à 4 p. 100 chez les diphtériques, alors que l'ensemble des anomalies électrocardiographiques atteint 30 à 40 p. 100, la dissociation auriculo-ventriculaire ne s'observe jamais au cours des angines bénignes, mais seulement dans ces formes graves profondément toxiques, presque toujours en rapport avec la sérothérapie trop tardive. Il n'existe pas de prédisposition de sexe, et l'âge des sujets frappés ne semble en relation qu'avec la période habituelle où sévit la diphtérie si bien que la complication, surtout notée au cours de la deuxième enfance, peut se rencontrer indifféremment chez un tout jeune enfant comme chez un adolescent ou même un adulte... L'évolution de la dissociation auriculoventriculaire se fait, sauf très rares exceptions, vers la mort.

(E. Lesné, A. Clerc et B. Zadoc-Kahn. La dissociation auriculo-ventriculaire au cours de la diphtérie. *Paris Médical*, 6 mai 1933.)

***

Les diverticules de la prostate sont des cavités de volume et de morphologie variables, qui débouchent dans l'urètre postérieur par un ou plusieurs orifices dont l'aspect rappelle à l'urétroscope l'image cytoscopique des diverticules vésicaux.

Leur pathogénie serait le plus souvent la suivante : une infection urétrale aiguë, dont la blennorragie fournit le type, crée dans la prostate un certain nombre de petits foyers qui s'abcèdent et s'éliminent dans l'urètre ; ce sont les cavités ainsi formées dont les parois s'organisent qui, lorsque ultérieurement l'urétrite aiguë aura disparu, constitueront les diverticules.

(Pierre Thévenard. Les diverticules prostatiques. *La Science médicale pratique*, 1er mars 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1933

Laits malodorants et à mauvais goût. — *M. A. Nevot* signale les inconvénients du traitement des laits, provenant de vaches recevant une alimentation riche en produits fermentés ou en résidus industriels, par la pasteurisation suivie de refroidissement en système clos à l'abri de l'air. Il se développe dans de tels laits une odeur de rancidité et un goût savonneux en rapport avec la formation de produits dont il y a tout lieu de suspecter la nocivité au point de vue alimentaire.

M. Nevot propose deux méthodes pour remédier à ces inconvénients :

L'une préventive, consiste à ne pas tolérer l'emploi de produits fermentés, de résidus industriels dans l'alimentation des vaches devant fournir un lait de choix. En particulier, il est à souhaiter que soient fixés d'une manière précise les aliments à proscrire dans les étables fournissant, en application de la circulaire interministérielle du 15 novembre 1927, un lait officiellement contrôlé à l'origine.

La deuxième méthode consiste à ne permettre dans le traitement du lait de vaches recevant l'alimentation condamnée ci-dessus, que l'utilisation d'appareils industriels assurant le refroidissement du lait en présence de l'air après son chauffage à haute ou basse température en vase clos ; l'aération des laits amenant la disparition de produits qui ont leur origine dans une alimentation des vaches laitières condamnée depuis longtemps par les hygiénistes et les pédiatres.

La glutathionémie au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. — *MM. L. Béthoux et G. Carraz.* Au cours de la tuberculose pulmonaire chronique de la femme et des enfants, le glutathion total du sang est diminué ; ce fait est dû à la diminution du glutathion réduit et du glutathion oxydé, mais tandis que la diminution du glutathion réduit est relativement faible est fixe, — ceci sans doute en rapport avec le léger degré d'anémie — la diminution du glutathion oxydé est plus accusée et plus variable, paraissant due à d'autres facteurs que l'anémie. Cette diminution dans le taux du glutathion réduit et oxydé du sang ne parait pas liée à la gravité de la maladie ni à l'étendue du processus de caséification.

L'organisation de la lutte contre la tuberculose dans le cadre d'un département. — *M. J. Leclercq* expose l'œuvre en voie d'achèvement dans le département du Nord, où l'on a multiplié les dispensaires, créé un préventorinm des Tout-Petits à Monceau-Saint-Waast, et construit un sanatorium de plaine à Felleries-Liessies.

Le pivot de l'organisation départementale sera un centre de cure pour maladies pulmonaires, en voie d'édidification dans la banlieue de Lille. Cet établissement sera à la fois un centre de placement immediat et de prophylaxie, un hôpital de traitement, un organisme de triage et de sélection, auxquels seront adjoints des consultations externes et un office de médecine sociale.

Il importe de coordonner ainsi les différents moyens de lutte, et de réglementer les réalisations jusqu'ici trop souvent indisciplinées.

Lumière et réceptivité. — *MM. Velu et Zottner.*

Séance du 18 juillet 1933

A propos de deux cas de réactions biologiques de grossesse particulièrement précoce. — *A. Brindeau, H. Hinglais* et *M. Hinglais.* — Il s'agissait dans les deux cas de grossesse extra-utérine rompue. Dans le premier (grossesse isthmique) la malade n'avait qu'un retard de 24 heures, dans le second l'opération fut faite quatorze jours après le début des règles précédentes (grossesse interstitielle). Les trompes extraites par laparotomie furent examinées au microscope. Les coupes montraient une activité très grande et l'ectodème frétal qui avait perforé la paroi tubaire. Cette activité ne semblait du reste pas être plus vive que dans les villosités normales très jeunes.

L'examen des urines et du sang a montré la présence du Prolan dans les deux cas.

Il nous a paru intéressant de rapporter ces résultats qui sans perdre de leur intérêt pratique, précisent quelques points de la physiologie gravidique puisque chez une femme bien réglée n'ayant pas eu de retard on a pu constater la présence nette du Prolan.

Modifications à apporter à l'ancienne technique héliothérapique ne favorisant pas la pigmentation solaire. — *M. Ch. Brody* (de Grasse), attire l'attention sur quelques points qui, jusqu'ici, n'ont pas été suffisamment mis en lumière et où ses observations cliniques diffèrent des conceptions courantes.

1° On prétend que la « pigmentation marche, au cours de la cure, parallèlement à la guérison ». Il n'en est rien.

2° Dans l'application de l'héliothérapie actuelle, on croit que plus on fait de soleil, plus vite on guérit et que l'efficacité de la cure solaire est fonction de la durée des bains.

Or, avec des doses minimes, presque homœopathique à côté des doses actuelles, M. Brody obtient des résultats thérapeutiques au moins aussi merveilleux que n'importe où avec les fortes doses.

3° Certains auteurs mentionnent le fait d'accoutumance ; néanmoins, dans l'application de la technique héliothérapique classique, on ne doit pas tenir compte de la diminution de la photo-sensibilité des malades ou de leur accoutumance aux rayons solaires.

4° Actuellement, dans les établissements d'héliothérapie, les malades sont exposés pendant des années, tous les jours ensoleillés, aux irradiations, sans aucune interruption du traitement. Cette cure continue et aveugle, fait plus de mal que de bien et ne doit plus se faire.

Régression des kératites et des opacités cornéennes expérimentales sous l'action de l'éther benzyl-cinnamique. — *M. J. Jacobson.* — Les injections de la solution d'éther benzyl-cinnamique agissent sur les opacifications de la cornée, qu'elles soient ou non superficielles, qu'elles résultent d'une plaie cornéenne ou d'une infiltration d'origine inflammatoire.

D'une manière générale, les injections agissent d'autant mieux que l'opacité est plus récente.

Du côté de la conjonctive, on observe une disparition des infiltrations, les phénomènes inflammatoires s'amendent, ce qui paraît expliquer l'agrandissement de la fente palpébrale.

Sérum antiamaril d'origine animale. — *MM. Pettit* et *Stefanopoulo.*

Des rapports de l'oxygénation des eaux minérales de la Bourboule (source Choussy avec la glycémie du lapin. — *M. Clogne* et *Mme Drilhon.*

Sur un cas d'idiotie amaurotique du type Vogt Spielmeyer et ses relations avec la maladie de Niemann-Pick. — *M. Marinesco.*

« C'est une erreur pour un médecin qui s'installe d'opter pour un appartement cher....... Un médecin qui s'installe n'est pour l'ordinaire pas riche. S'il habite un appartement impressionnant, le malade se demande, car il a l'esprit pratique français « qui payera tout cela ? ». Et il redoute que ce soit lui-même. Les étrangers, au contraire, sont avant tout accessibles à la démonstration des apparences....... Il y a vingt-cinq ans, le médecin le plus couru de la capitale, H. Huchard n'avait qu'un appartement de dix-huit cents francs. Et ses honoraires étaient les plus élevés des médecins parisiens. En médecine, l'homme dépasse singulièrement les aspects du cadre ». (L'Installation du Médecin. *Journal des Praticiens*, nos 19 et 21, 1933.)

« Je crois fort que si l'on mettait dix candidats au concours, semblables à ce que j'étais, devant un autoclave, il y en aurait bien probablement neuf qui ne sauraient pas le faire marcher.

« Nous devrions tout de même savoir cela. Mais qui donc nous l'a jamais enseigné ? » (Professeur Leriche. — Programme des études nécessaires à la formation d'un chirurgien. *La Presse Médicale*, 14 juin 1933.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

M. Charles Richet et la Société de Biologie. Quelques souvenirs. *Passage détaché des* SOUVENIRS D'UN PHYSIOLOGISTE (APOLLON. *Revue littéraire et artistique des médecins*, avril 1933.)

..... Je m'étais présenté à la Société de Biologie et, un matin, alors que je ne croyais pas du tout devoir être nommé, mon confrère et ami Hallopeau est venu m'annoncer qu'il ferait campagne pour moi et que, selon toute apparence, je serais nommé. J'en ai eu une joie très vive, presque enfantine, beaucoup plus grande assurément que lorsque, maintes années après, je fus nommé président de ladite société.

Cette chère Société de Biologie ! je ne peux y penser sans émotion. Je la fréquentais assidûment. Tous les samedis, à 4 h. 1/2, je gravissais l'escalier tortueux qui se trouvait dans la cour de l'École de médecine, au-dessus du musée Dupuytren. Claude Bernard en était le président. Puis ce fut Paul Bert. Dumontpallier était l'actif secrétaire général. Il arrivait avec sa serviette bourrée de papiers qu'il dépouillait consciencieusement. Je trouvais là des maîtres et des amis. La plus grande fraternité régnait entre nous, ce qui n'excluait pas des discussions parfois fort vives. Abprès chaque communication, une discussion était ouverte, et chacun de nous exposait ses idées et ses objections. Je regrette énormément que cette habitude soit presque perdue. Aujourd'hui une présentation quelconque ne rencontre jamais d'opposition. Comme on n'a pas écouté, on ne contredit pas. Et, je le répète, c'est grand dommage, car les discussions avaient quelquefois une certaine saveur.

J'ai eu maille à partir, pour ma part, avec Laborde, avec Rabuteau, avec d'Arsonval, sans que ces polémiques aient entraîné une brouille quelconque.

Cependant, avec Strauss, qui, je ne sais pourquoi, me détestait franchement, la discussion fut souvent aigre.

Mon cher ami Louis Olivier et moi, nous avions pu démontrer qu'il y a dans le péritoine des poisons de nombreux microbes, ce qui n'est pas étonnant, puisqu'ils ont un pore péritonéal. D'assez longues études au Havre nous avaient permis, à Olivier et à moi, d'établir le fait en toute certitude.

Quand j'ai fait cette communication à la Société de Biologie, Strauss crut devoir prendre la parole : « *Je ne crois pas un traître mot de ce que vient de nous dire M. Richet.* » — « *Mais*, ai-je répondu, *que M. Strauss y croie ou n'y croie pas, cela n'a pas la plus mince importance. Il s'agit simplement de savoir si le fait est exact ou non.* » Or nos observations étaient absolument exactes.

Puisque je parle de Strauss, je vais mentionner le fait suivant qui est vraiment d'un bon comique. Strauss était secrétaire général des *Archives de médecine expérimentale*. Or, après avoir établi le principe de la sérothérapie, dans un assez court mémoire, je relatais les expériences sur lesquelles je m'appuyais pour prouver que le sang des animaux immunisés contre un virus confère l'immunité aux animaux normaux quand on leur injecte le sang de l'animal immunisé. Strauss me renvoya mon mémoire et en refusa l'insertion en me donnant je ne sais quelles hétéroclites raisons.

Ainsi, le seul mémoire scientifique, je dis *le seul*, dont on m'ait refusé l'insertion, est celui qui établissait le principe de la sérothérapie, une des grandes conquêtes de la biologie moderne. N'est-ce pas assez curieux ?

Auteurs dont un journal rejette le travail, que cela soit pour vous une consolation.

Quand on fait une communication à la Société de Biologie — je parle des temps anciens, car il en est autrement aujourd'hui, — pour peu qu'on indique des choses nouvelles et intéressantes, on est contredit, et parfois très vivement. Au contraire, si personne ne fait d'objection, c'est qu'il ne s'agit de rien de vraiment notable.

Aujourd'hui la Société de Biologie a été plus ou moins envahie par les sciences bactériologiques, et tout un vocabulaire nouveau, que les gens de mon vieil âge ont quelque peine à comprendre d'une manière adéquate, remplace le style français et clair des biologistes d'autrefois. La vieille physiologie, celle de Brown-Séquard, de Claude Bernard, de Marey, de Chauveau, n'est plus du tout la biologie actuelle.

La Société de Biologie est extrêmement florissante. Auguste Pettit, qui en a été longtemps l'éminent secrétaire général, lui a donné, par son intelligente énergie, une belle activité. Il y a aujourd'hui des succursales de la Société de Biologie de Paris, à Bordeaux, à Lyon, à Marseille, à Bruxelles, à Bucarest, à Lisbonne, à Buenos-Ayres, etc.

Le principe du recrutement est tout à fait excellent. Le nombre des médecins est limité, et les élections parfois très disputées. Mais on n'attend pas, pour faire une nomination, qu'un des membres titulaires soit décédé. Après qu'on a été pendant neuf ans titulaire, on devient automatiquement membre honoraire avec droits tout à fait égaux à ceux des membres titulaires. Toutefois une place est rendue vacante, de sorte que le renouvellement de la Société par un sang plus jeune se trouve assuré.

En somme, je ne crois pas qu'il y ait dans le monde entier une société physiologique qui ait un passé, un présent et un avenir aussi brillants que ceux de la Société de Biologie de Paris. Ses *Bulletins* sont tout à fait précieux. La collection complète en est extrêmement rare (je crois même qu'il n'y en a guère (au moins en France) d'autre exemplaire que le mien) : car j'ai la chance d'avoir dans ma bibliothèque cette précieuse collection. J'ai acquis les premiers volumes à la vente de la bibliothèque de Claude Bernard, qui lui-même les avait achetés à la vente de Giraldès.

La table analytique et onomastique de ces *Bulletins* est merveilleusement faite par Pettit. On ne peut faire de recherches biologiques sérieuses si on ne l'a consultée.

Anecdote. — L'Informateur médical.

M. Chavigny, au cours de son rapport (Médecine légale et bactériologie) au 18e Congrès de médecine légale de langue française, rapporte entre autres l'anecdote suivante : Quelques hommes, des étrangers — parmi ses ennemis, — tentèrent un jour de mettre à profit le sentiment amoureux de Napoléon III pour le ruiner dans sa santé, dans sa vie. S'étant procuré une drôlesse, jeune et merveilleusement belle, mais atteinte d'un mal terrible, ils la placèrent sur le passage de l'Empereur à sa sortie des Tuileries, dans l'espérance qu'il la remarquerait. Napoléon III la vit en effet (mais son étoile veillait-elle en ce moment sur lui, même dans les choses de son intimité ?) il ne la souhaita point et les organisateurs de cet attentat d'un nouveau genre en furent pour leurs peines et leur infamie.

Varia. — *Le docteur Armaingaud et la statue de Montaigne.* Je suis partout.

Ce docteur Armaingaud, qui a donné un chèque de cent mille francs aux *Amis de Montaigne*, pour ériger à Paris la statue du subtil Gascon, est Bordelais et positiviste. Ses deux grands hommes : Montaigne et Auguste Comte. Pour lui Montaigne est le précurseur d'Auguste Comte et Auguste Comte est le disciple de Montaigne. L'un ne va pas sans l'autre. Toute la bibliothèque médicale du docteur Armaingaud tient dans les ouvrages de Montaigne et d'Auguste Comte. C'est son *codex*. Et il en vaut bien un autre, puisque le docteur Armaingaud a près de quatre-vingt-cinq ans.

Le docteur bordelais a publié maints opuscules sur Montaigne. Il y a eu de retentissantes querelles, au sujet de La Boétie, avec M. Fortunat Strowski. Il s'agissait du *Contr'un*, pamphlet jacobin avant la lettre. De qui cette déclamation ? De l'ami de Montaigne, décédé prématurément ? Non ! déclare le docteur Armaingaud ; par le style, la vigueur de pensée et le positivisme, cette pièce est de Montaigne. Et comme le futur maire de Bordeaux joignait à ses hardiesses beaucoup de politique, il a fourré ses idées avancées sous le bonnet de son ami mort. Ainsi l'auteur des *Essais* aurait été un opportuniste.

Voilà pourquoi, sans doute, M. Barthou s'est dérangé, a revêtu l'uniforme persillé et ceint le glaive des harangues pour le goguenard Montaigne. Mais où était M. Marquet, accusé d'opportunisme par le citoyen Blum-Shylock ?

Le sculpteur Landowski, chargé d'exécuter l'effigie de Montaigne, croyait trouver de nombreux documents iconographiques dans la collection du docteur Armaingaud.

— Vous verrez, lui disait ce dernier, j'ai une pièce étonnante, unique : c'est Montaigne tout craché !

Et de le mener chez lui, aux environs de la Sorbonne. Et de montrer à l'imagier son portrait, à lui, Armaingaud, en costume de Montaigne : pourpoint à crevés, à la Henri III, chausses collantes groseille, souliers à la poulaine, toquet à plumes. Et, à la main, les *Essais*.

— N'est-ce pas qu'il est parlant ? répétait le docteur Armaingaud.

Dans le square de Cluny, large comme une feuille de persil, sur lequel s'érigent déjà, comme des escargots, quelques monuments cocasses, se dressera, l'an prochain, la statue du docteur Armaingaud,... je veux dire de Montaigne.

On félicitait l'excellent médecin girondin de sa générosité :

— Cent mille francs, *cap de Diou*, vous n'y allez pas avec le dos de la cuiller. Un tel chèque ne se trouve pas dans le pas d'un ministre ! Vous êtes un Mécène, un grand Mécène.

— Si vous voulez, fit modestement le médecin octogénaire. Mais voilà ! j'avais ces cent mille francs disponibles. Et après avoir examiné la cote de la Bourse, j'ai considéré que mettre mon argent en pierre c'était encore le placement le plus solide, sous la République.

Pasteur artiste. — *M. Charles Clerc vient de consacrer à* Pasteur artiste (La Revue des Spécialités, mai 1933) *une excellente étude dont nous reproduisons l'essentiel, avec le regret de ne pouvoir en donner l'illustration.*

« Ces dessins et ces pastels sont des œuvres de jeunesse. Ils datent de près d'un siècle, c'est-à-dire du temps où Pasteur, enfant ou jeune homme, avait encore quelques loisirs. Période exceptionnelle dans sa longue carrière, vouée au plus écrasant labeur. Eut-il parfois, à l'âge d'homme, lorsque la solution de quelque grand problème lui valait un apaisement d'esprit ou une velléité de repos, la tentation passagère de revenir à ses crayons ? On peut le supposer. Mais ce qui est certain, c'est qu'il n'en trouva jamais le temps.

Reportons-nous à l'époque où il était encore écolier. La petite ville jurassienne d'Arbois, où il passa la plus grande partie de son enfance, est traversée par une limpide rivière, la Cuisance. Quand il avait treize ans, en 1835, Pasteur longeait souvent ses rives avec un groupe d'enfants, pour de joyeuses parties de

pêche à l'épervier. Mais il arrivait aussi, les jours de congé, que, résistant aux appels de ses petits camarades de l'école primaire, Pasteur restât au logis, tout proche de la tannerie paternelle, située aux portes mêmes d'Arbois.

Le plaisir de l'enfant, ces jours là, c'était de dessiner. Il tenait ce goût de son père, Jean-Joseph Pasteur, ancien sous-officier de la Grande Armée, qui se plaisait, sa tâche terminée, à dessiner et à peindre. Sur une porte de sa tannerie, il avait un jour copié une des images les plus populaires de la Restauration : celle du vieux soldat laboureur, appuyé sur sa bêche, qui évoque avec mélancolie les glorieuses campagnes de sa jeunesse.

Il y avait alors au Collège d'Arbois, dont l'école primaire occupait l'une des salles annexes, un professeur de dessin qui s'appelait Pointurier. C'était, surtout dans ses lithographies, un artiste de talent, qui nous a laissé de lui-même, écrit M. René Vallery-Radot, un portrait où « il apparaît la physionomie cordiale, le regard brillant, la bouche souriante sous une moustache épaisse, le cou joyeusement dégagé ».

Il encouragea les premiers essais du jeune Louis Pasteur : croquis hâtifs, esquissés le soir à la veillée, pendant que son père lisait, copies au fusain ou à la mine de plomb que l'enfant, déjà sévère pour lui-même, déchirait souvent après les avoir montrés aux siens.

Rien ne nous est resté des conseils que Pointurier donnait au débutant. Mais il est permis d'imaginer que le professeur l'engageait à observer, à prendre pour modèles les visages qu'il connaissait le mieux et dont les traits, les expressions étaient gravés en son esprit. C'est ainsi qu'un jour, ses pastels en main, Louis Pasteur s'essaya au portrait de sa mère, non pas en costume d'apparat, mais telle qu'il la voyait deux fois par semaine, quand elle se rendait au marché d'Arbois, son frais bonnet sur la tête et les épaules couvertes d'un sombre châle écossais. En quelques heures de pose, le portrait fut achevé. Il était si ressemblant, traduisait avec tant de sincérité les qualités d'énergie et de droiture de cette alerte ménagère au regard clair et vif, que les voisins, les amis s'exclamèrent. Pointurier, à son tour, félicita l'enfant, pour qui tout Arbois, dès lors, entrevit une vocation d'artiste.

Mais ces dispositions n'étaient pas sans inquiéter le père de Pasteur, qui ambitionnait pour son fils une carrière moins hasardeuse. Il avait assez lu pour se représenter ce que pouvait être à Paris les débuts d'un artiste, à cette époque où, comme le dit Musset dans sa *Confession d'un enfant du siècle*, « l'amour, traité comme la gloire et comme la religion, n'était plus qu'une illusion ancienne ».

Il redoutait les grisettes, les bols de punch, les bals publics et s'en ouvrit à quelques-uns de ses amis : Dumont, le vieux médecin de l'hospice d'Arbois, Bousson de Mairet, professeur au Collège, dont Pasteur n'allait pas tarder à devenir l'élève en seconde et en rhétorique et surtout au principal du même Collège, Romanet.

A cette époque où l'encombrement ne régnait pas encore dans les classes, les maîtres avaient tout loisir de suivre leurs élèves, de les observer d'assez près pour discerner leurs qualités. Sans être au collège un élève particulièrement brillant, Louis Pasteur s'y faisait du moins remarquer par l'assiduité et la régularité de son labeur. Rien ne pouvait le distraire quand il travaillait, penché sur son pupitre. Excellente condition pour mener à bien de fortes études, pour se préparer à l'Ecole normale et à la carrière universitaire.

Cette orientation-là avait, bien entendu, les préférences de Joseph Pasteur. Mais il n'empêchait pas son fils de reprendre, aux heures de délassement, ses crayons ou ses pastels.

Tous les dessins du collégien dont le nom devait plus tard emplir le monde ne nous ont pas été conservés — et c'est grand dommage. Il lui arrivait de prendre pour modèles, non seulement ses camarades, mais aussi leurs proches. Ayant fait poser devant lui son condisciple Alfred Beschet, il fut sollicité d'entreprendre aussi le portrait des deux sœurs de celui-ci, Arthémie et Othilie Beschet. Seul le portrait de cette dernière a échappé aux dispersions, et, comme on en pourra juger par l'une de nos reproductions, il est assez remarquable pour nous faire regretter la perte des deux autres. L'artiste de quinze ans a représenté de profil la jeune fille, de cinq ans plus âgée que lui ; le regard baissé, elle lit une « Vie de saint Louis ». Un grand col de mousseline brodé au plumetis, tombant sur une ample manche à volants tuyautés, pare cette liseuse au haut chignon natté, dont l'image ne jurerait pas auprès de l'œuvre d'un primitif. Nulle recherche de l'effet : on sent que le portraitiste ne s'est soucié ni d'idéaliser, ni d'inventer, mais seulement de rendre la vérité, de fixer une expression et une attitude dans toute leur simplicité.

Une galerie de types. — Mais l'art du portraitiste n'est pas tout entier dans la ressemblance. Il faut encore que son étude soit assez fouillée, assez profonde pour dégager le caractère de la physionomie qu'il a devant lui, pour que nous puissions au premier coup d'œil reconnaître à quelle classe, à quel type social elle appartient.

Il y a, à ce point de vue, dans la petite galerie qu'a laissée Pasteur artiste, des œuvres qui révèlent chez lui un véritable « tempérament ». Ce futur maître de l'observation scientifique ne laissait passer, devant son chevalet, aucun des détails essentiels où se trahit la psychologie du modèle.

Voici par exemple un officier de la garde municipale de Paris, le capitaine Barbier, qui villégiaturait à Arbois et dont le portrait au pastel fut exécuté pendant les vacances scolaires en 1838.

Un vrai personnage de Balzac. L'auteur de la « Comédie humaine », qui a campé avec tant de relief son inoubliable colonel Chabert, aurait eu plaisir à traduire par la plume l'expressif caractère de cette physionomie haute en couleurs, aux favoris en partie masqués par le col et l'engonçante cravate, au « bouc » batailleur ponctuant le menton.

C'est le capitaine Barbier qui décida Joseph Pasteur à envoyer son fils poursuivre ses études à Paris, en octobre 1838. A l'institution Barbet, toute voisine de ce vieux couvent des Feuillantines dont une dépendance avait abrité l'enfance de Victor Hugo, l'exilé de seize ans, qui suivait les cours du Lycée Saint-Louis, regretta vite l'heureuse maison familiale et son cher Arbois dominé par la tour carrée de l'église. Un même spleen tenaillait son père qui, un jour, n'y tint plus et vint chercher son fils.

Et de cette affection mutuelle, c'est encore à un portrait de Pasteur que nous pouvons demander l'apparent témoignage. Car, deux jours avant de quitter Arbois, il avait voulu fixer l'image de son père. Et il n'avait pu s'empêcher de traduire cette expression de mélancolie, due à l'obsession de la séparation prochaine, qui nous frappe dans ce beau pastel. Joseph Pasteur avait alors 47 ans. L'énergie, l'intelligence baignent son visage

au front haut, au menton largement modelé. C'est l'un des rares portraits que le jeune artiste n'ait pas signés. Sans doute se proposait-il, avec un souci de perfection où sa tendresse filiale avait plus de part que son orgueil, de le retoucher plus tard.

Ramené au collège d'Arbois, délivré du « mal du pays », Louis Pasteur ne se fit pas prier pour reprendre ses pastels quand on l'en sollicitait. Il fit alors, suivant l'expression de son fervent biographe, des portraits à cœur joie : en celui du tonnelier Pierre-Joseph Gaidot, vieillard imberbe, au front sillonné de rides, aux fins cheveux presque aussi blancs que la cravate qui éclaire l'échancrure de son gilet jaune, tranchant sur l'habit bleu, nous reconnaissons encore un type : Gaidot était certainement de la lignée des vétérans dont la gaîté foncière avait survécu à travers tant de bouleversements historiques et qui ne manquaient pas d'entonner, au dessert, les joyeux couplets de Béranger.

A ce portrait pourrait faire pendant — car c'est aussi un portrait de vieillard — celui de Pierre Blondeau, receveur des domaines et conservateur des hypothèques d'Arbois. Mais ce n'est pas seulement par l'uniforme aux boutons fleurdelysés et au col brodé d'argent qu'on reconnaît à première vue un modèle d'une autre classe sociale : l'expression, les yeux nous la disent. Pasteur savait voir.

Un autre beau portrait en témoigne, à peu près de la même époque et que nous reproduisons ici. Il représente M. Ferdinand Maizier, un propriétaire de vignobles, en habit bleu barbeau et gilet chaudron. Les lèvres épaisses n'ont pas été corrigées par le jeune artiste, moins soucieux d'embellir son modèle que de traduire l'intelligence d'une physionomie peu banale.

La fin d'une vocation. — Une vingtaine de portraits nous restent de ces années où Pasteur avait encore le loisir de donner libre cours à ses goûts artistiques. Les citer tous, dans le cadre d'une aussi courte étude, serait s'exposer à d'inévitables redites.

Signalons pourtant qu'il n'y a pas dans cette galerie, — aujourd'hui dispersée en maintes de nos provinces, et pieusement conservée par toutes les familles qui en possèdent quelque pièce — que des portraits de notabilités d'Arbois, comme ceux du maire Pareau ou de sa fille Hortense. Au Collège royal de Besançon, dont il fut pensionnaire depuis la fin de 1839 jusqu'à son entrée à l'École normale plusieurs camarades de Pasteur posèrent tour à tour devant lui. Car c'est avec une réputation d'artiste qu'il y était arrivé : nous le savons par le témoignage de son ancien condisciple, Jules Marcou, qui fut professeur de géologie à l'Université de Cambridge.

C'était souvent pendant les heures de dessin que Pasteur se faisait le portraitiste de ses jeunes camarades. Le professeur, M. Flageoulet, s'intéressait à ses travaux, lui donnait d'excellents conseils. Dans une lettre à ses parents, datée du 26 janvier 1840, le futur normalien note qu'en travaillant sous la direction de ce maître, il fait « beaucoup de progrès pour le coloris, sinon pour la ressemblance. »

Un profil de jeune homme figurant dans l'illustration de ces pages appartient à ce groupe de portraits de collégiens. Œuvre tout à fait curieuse par les solides qualités d'observation qu'on y trouve. Il n'est pas jusqu'à la fixité du regard pendant la pose que le jeune artiste n'ait fidèlement reproduite.

Dans la chambre qu'il partageait au Collège de Besançon avec son camarade Marcou, Pasteur avait peint sur le mur une fresque représentant un épisode du *Childe Harold* de Byron, l'une de ses lectures favorites. Un regrettable badigeonnage a malheureusement recouvert cette peinture, dont la valeur serait aujourd'hui inappréciable.

Un peu avant la vingtième année, Pasteur s'essaya à la lithographie, toujours par des portraits de camarades : celui qu'il fit ainsi de Chappuis — le philosophe Chappuis, comme on l'appelait au Collège — était à ses yeux, sans bien entendu qu'il prononçât lui-même le mot, son « chef-d'œuvre ». « Je n'ai, je crois, écrivait-il à ses parents, rien fait d'aussi bien dessiné et d'aussi ressemblant ».

Il voyait juste, et ces lithographies n'ont pas échappé à l'attention des critiques d'art, puisque l'un d'eux, M. Henri Beraldi, a fait une place à Pasteur dans son ouvrage consacré aux « Graveurs du XIXe siècle ».

Le dernier essai artistique de Pasteur fut le portrait au pastel qu'il fit, en 1842, de son camarade Jules Marcou. Le jeune homme nous apparaît sanglé dans sa tunique de collégien, le visage sérieux sous les cheveux blonds.

Un an plus tard, Pasteur était admis à l'École normale. Ce fut le point de départ d'un labeur acharné, qui n'allait plus jamais lui permettre de revenir à ses pastels ou à ses crayons.

Il ne cessa pourtant de s'intéresser aux choses de l'art. Lui qui, faute de loisirs, n'allait pas au théâtre, ne manquait pas de visiter chaque année le Salon de peinture. Il y appréciait en connaisseur les œuvres marquantes, entre autres celle de son ami Henner ou du peintre Edelfelt, auquel on doit un si beau portrait du grand savant dans son laboratoire.

« Personne ne regrettera, a écrit M. Durand-Gréville, que Pasteur ait choisi la carrière scientifique. Mais, s'il l'avait voulu, il serait devenu quelqu'un parmi les peintres et, qui sait ? peut-être un très grand peintre. »

Telle est bien — conclut M. Charles Clerc, en effet — l'impression qu'en éprouve en étudiant l'œuvre de Pasteur artiste. Un amateur, si l'on veut, mais un amateur dont les débuts annonçaient un portraitiste de classe, qui eût été l'un des servants de ce qu'Ingres a appelé « la probité de l'art ».

Les suicides augmentent. — NEW-YORK HERALD :

Le nombre des suicides a augmenté dans le monde entier pendant l'année 1932, ainsi que l'annonce une statistique publiée par la section des assurances du « Spectator ». Aux États-Unis, il y a eu 23.000 suicides en 1932 et en 1931 il y en avait eu 20.000.

La proportion pour 100 villes d'Amérique s'est élevée de 20,5 par 100.000 habitants en 1931 à 21,3 en 1932, la plus forte proportion qu'on ait atteinte depuis 1908 (en 1908, le chiffre en était de 21,6). La plus forte proportion se trouve dans les villes du Far-West et du Middle-West.

Les statistiques établies depuis dix ans ont montré que 25 pour cent des suicidés étaient divorcés, 26 pour cent étaient veufs, 12,5 pour cent mariés et 9,5 pour cent célibataires. (*Lu.*)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

FONDÉ EN 1873. — N° 30 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 JUILLET 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Médecins, chirurgiens, spécialistes présents à Paris pendant les vacances. *Médecins* :

Docteur René Bénard, médecin de l'hôpital Laënnec, 47 *bis*, boulevard des Invalides, présent à Paris à partir du 4 septembre.

Docteur Roger de Brun, 221, faubourg Saint-Honoré, sera à Paris en août.

Chirurgien :

Docteur Paul Funck Brentano, chirurgien des hôpitaux, 182, rue de l'Université, présent en août et septembre.

Spécialistes :

Docteur René Deron, assistant à l'hôpital Bichat (gastro-entérologie,) 2, place de Passy, sera à Paris, en août et en septembre.

Docteur Raymond Tournay (phlébologie), 2, rue Dupuytren, sera absent de Paris du 20 août au 20 septembre.

Docteur Leroux-Robert (oto-rhino-laryngologie), sera à Paris en août et septembre : lundi, mercredi, vendredi, 3 heures, 18, rue Dauphine ; mardi, jeudi, samedi, 3 heures, 36, rue Washington.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS FRANÇAIS ÉLECTROLOGISTES ET RADIOLOGISTES. — Membres du Syndicat ayant fait connaître leur présence à Paris :

Du 22 au 31 juillet : MM. Aubourg, Beau, Chéron, Colanéri, Colombier, Cottenot, Darbois, Dariaux, Dioclès, Fleig, Foubert, Fraikin, Gaucher, Gauillard, Gibert, Huet, Lévy-Lebahr, Maingot, Moret, Portret, Renaux, Schmitt, Serrand, Surmont, Surrel, Thoyer-Rozat, Truchot, Zimmern.

Du 1er au 8 août : MM. Aubourg, Chéron, Colanéri, Colombier, Cottenot, Darbois, Dariaux, Dioclès, Gaucher, Gibert, Huet, Lévy-Lebarh, Maingot, Moret, Portret, Quivy, Renaux, Schmitt, Serrand, Thoyer-Rozat, Truchot.

Du 8 au 15 août : MM. Aubourg, Chataignon, Chéron, Colanéri, Colombier, Cottenot, Darbois, Dariaux, Dioclès, Gaucher, Gibert, Huet, Lévy-Lebahr, Maingot, Moret, Portret, Quivy, Renaux, Schmitt, Serrand, Surmont, Thoyer-Rozat, Truchot.

Du 15 au 22 août : MM. Aubourg, Bisson, Cassan, Chastaignon, Colanéri, Colombier, Darbois, Dariaux, Dioclès, Gibert, Huet, Lévy-Lebahr, Loubier, Maingot, Morel, Moutard, Portret, Quivy, Renaux, Schmitt, Surmont, Thoyer-Rozat, Truchot.

Du 22 au 31 août : MM. Aubourg, Bisson, Cassan, Chastaignon, Colanéri, Colombier, Darbois, Dariaux, Dioclès, Gibert, Robert Lehmann, Lévy-Lebahr, Loubier, Maingot, Morel, Moutard, Portret, Quivy, Schmitt, Surmont, Thoyer-Rozat, Truchot.

Du 1er *au 8 septembre* : MM. Aubourg, Beau, Bisson, Cassan, Chataignon, Colanéri, Colombier, Dariaux, Fraikin, Gauillard, Gibert, Hélie, Robert Lehmann, Lepennetier, Lévy-Lebahr, Loubier, Maingot, Moret, Moutard, Quivy, Renaux, Surmont, Thoyer Rozat, Truchot, Zimmern.

Du 8 au 15 septembre : MM. Aubourg, Beau, Bisson, Cassan, Chataignon, Colanéri, Colombier, Dariaux, Foubert, Fraikin, Gaucher, Gauillard, Gibert, Hélie, Robert Lehmann, Lepennetier, Lévy-Lebahr, Loubier, Maingot, Morel, Moutard, Quivy, Renaux, Surmont, Thoyer-Rozat, Truchot, Zimmern.

Du 15 au 22 septembre : MM. Aubourg, Beau, Bisson, Cassan, Chataignon, Colanéri, Colombier, Dariaux, Dioclès, Fleig, Foubert, Fraikin, Gaucher, Gauillard, Gibert, Hélie, Huet, Robert Lehmann, Lepennetier, Lévy-Lebahr, Loubier, Maingot, Moret, Moutard, Quivy, Renaux, Schmitt, Serrand, Surmont, Surrel, Thoyer-Rozat, Truchot, Zimmern.

Du 22 au 30 septembre : MM. Aubourg, Beau, Cassan, Chataignon, Chéron, Colanéri, Colombier, Cottenot, Darbois, Dariaux, Dioclès, Fleig, Foubert, Fraikin, Gaucher, Gauillard, Gibert, Hélie, Huet, Robert Lehmann, Lepennetier, Lévy-Lebahr, Loubier, Maingot, Moret, Moutard, Quivy, Rénaux, Schmitt, Serrand, Surmont, Surrel, Thoyer-Rozat, Truchot, Zimmern.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Docteurs Beauvieux (de Bordeaux), Beauweraerts (de Lille), Carrère (de Montpellier), Chaton (de Besançon), Clavelin et Couturier (Val-de-Grâce), Crampon (de Lille), Duvernoy (de Besançon), Fribourg-Blanc (Val-de-Grâce), Gabrielle (de Lyon), Gabrielle (E. S. S. Lyon), Hanns (de Strasbourg), Lacaze (Val-de-Grâce), Lavier (de Lille), Le Berre (E. S. S. Toulon), Loygue (d'Amiens), Noël (de Lyon), Petiteau (de Bordeaux), Poulain (d'Amiens), Schneider (Ecole supérieure de guerre), Sénevet (d'Alger), Zoeller (Val-de-Grâce).

Officiers d'Académie. — MM. les Docteurs Billard (de Reims), Bouillot, Brunet et Busser (de Paris), Castebert (de Bordeaux), Ceccaldi (de Lyon), Chartier (de Paris), Colrat (de Lyon), Coquoin (de Paris), Damany (de Toulon), David (de Paris), Delore et Despeignes (de Lyon), Drouet (de Toulouse), Galliard (de Paris), Gernez (de Lille), Guérin (de Paris), Guibal (de Montpellier), Laine (de Lille), Lapeyrie (de Montpellier), Le Chuiton (E. S. S. marine, Bordeaux), Le Conte des Floris (de Besançon), Marcailhou d'Aymerie (de Saint-Cyr), Milhaud (de Lyon), Montier (de Nantes), Paliard (de Lyon), Perrin (de Reims), Petit (de Saint-Maixent), Mme Pillet (de Lyon), MM. Poy (Val-de-Grâce), Rolland (de Brest), Saby (E. S. S., Lyon), Santenoise (Nancy), Sedallian, Vial et Vincent (de Lyon), Weiss (de Strasbourg), Yver (de Toulon).

Médaille des épidémies. — *Médaille d'or.* — M. Gandrille, étudiant en médecine.

Médaille de vermeil. — M. le Docteur R. Weissenbach, médecin de l'hôpital Broca.

Médaille d'argent. — MM. les Docteurs Vial et Peloquin (Marac), Baruteau (Henrichemont,) David-Chausse (Bordeaux), Mazères (Paris), Loisel (Rouen), Franquet (Reims).

Médaille de bronze. — MM. les Docteurs d'Escrivain, Keller (Maroc), F. S. Purdy (Sydney), Haushalter (de Nancy), Bouchard (de Clermont), Croll (de Paris) ; Gerbaz (d'Aix-les-Bains).

MM. Legrand et Murat, internes en médecine des hôpitaux de Marseille ; Ledru, interne suppléant des hôpitaux de Lyon ; Coen, interne à l'hôpital Lariboisière ; Coste, interne à l'hôpital Trousseau ; Lellouch, interne à l'hôpital Saint-Antoine ; Chassaing, interne à l'hôpital de Melun.

M. Bernard et Mlle Montagnier, externes en médecine des hôpitaux de Marseille ; Vigier, externe des hôpitaux civils de Grenoble ; Burthiault et Roman, externes des hôpitaux de Lyon ; Brumpt, externe à l'hôpital Claude-Bernard ; Mlle Kaplan, fais fonct. d'externe à l'hôpital Tenon ; MM. Mercier, stagiaire fais. fonct. d'externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades ; Molinéry, externe à l'hôpital Lariboisière.

M. Verges, étudiant en médecine à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille ; M. Huriau étudiant en médecine, à Paris.

Facultés de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a proposé pour le titre de professeur honoraire : MM. les Professeurs Legueu et Mauclaire.

A la suite des concours qui ont eu lieu ces jours derniers à la Faculté de médecine de Paris, sont proposés pour les fonctions de chefs de clinique :

Chirurgie : MM. Cordier, Couvelaire, André Sicard, Tailhefer, Vuillième.

Chirurgie infantile : MM. Armingeat et Pierre Bertrand.

Médecine : MM. Bonnard, Busson, Cachera, Jean Fouquet, Roger Goldberg, Mlle Heinmann, M. Lenègre-Thourin, Mlle Riom, MM. Soulié, O. Tournant, Uhry, Jean Weill.

Médecine infantile : MM. Ducas et Gouyen.

Médecine propédeutique : M. Mézard.

Maladies infectieuses : M. Worms.

Maladies mentales : M. Rondepierre et Mme Roudinesco.

Maladies nerveuses : MM. Desoille et Sigwald.

Tuberculose : M. Bernal.

Urologie : MM. Pérard et Bouchard.

Faculté de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a proposé pour la chaire d'histoire naturelle et de matière médicale : en première ligne, M. le Professeur Golse ; en seconde ligne, M. le Professeur agrégé Raymond Sigalas.

Faculté de Lyon. — Après concours, M. le Docteur Chapuy a été nommé chef de clinique médicale (professeur Pic).

M. le Docteur Charachon a été nommé chef de clinique oto-rhino-laryngologique.

Ecoles de médecine de Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le mercredi 10 janvier 1934 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Grande chancellerie. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur A. Mossé, professeur agrégé honoraire à la Faculté de médecine de Toulouse.

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Pignol, médecin commandant honoraire.

Guerre. — *Au grade d'officier.* — Active : MM. Duchêne-Marullaz, Vielle, Jacques, Fourcade, Cristau, Laforge, Ferot, Thellier, Lecomte, Champeaux, Costa, Troude, Sorlat, Ehringer, Belbèze, Bouissou, Melnotte, Boutin, Renoux, Larroque.

Troupes coloniales : MM. Peyre, Lailheugne, Allary, Robert, Le Fers.

M. le Docteur Gaujoux (V.-P.-M.).

Au grade de chevalier. — MM. Bonnet, Prétet, Maniguet, Pozzo di Borgo, Odier, Deminuid, Peysson, Vuathier, Tritault, Duhart, Berthod.

Troupes coloniales : MM. Wiart, Hascoet, Bazinet.

Réserve : *Au grade d'officier.* — MM. Daireaux, Le Guelinel, de Lignerolles, Sousselier, Moureaux, Goinard, Schmitt, Chifoliau, Poulhes.

MM. Julia, Trille, Gassin, Blondeau, Grysez, Kolb, Contet, Rosenthal, Roniet, Soulé, Sireyjol.

Troupes coloniales : MM. Rousseau, Lescure, Meslin.

Au grade de chevalier. — MM. Cros, Morlat, Crauste, Viel, Reynat, Guiot, Lœwenhard, Vernon, Laime, Clermonthe, Sari, Testard, Meileau-Ponty, Beauchesne, Morin, Beniaya, Masseret, Ort, Martin, Viguier, Richard, Saintos, Poncin, Violet, Secret, Hausman, Bayard, Robert, Bonnet, Boisseuil, Béclère, Rhenier, Féraud, Josephson, Sauveplane, Vieux-Pernon, Parsat, Manet, Guinoiseau, Vinchon, Chavalet, Deumié, Martin, Ferry, Cleisz, Fenard, Armaing, Imbaud, Boucaut, Vicq, Fronty, Monnier, Duvillier, Lèques, Senges, Greffier, Mausse, Limouzi, Le Pannetier de Roissay, Perochon, Codevelle, Massie, Collet, Wertz, Hilaire, Scherb, Goldsmith, Collet, Affichard, Debar, Matet, Bourhis, Fourrière, Bera, Colanéri, Escalier, Créange, Pujade, Evrard, Thuriot, Girard, Feutrié, Rabut, Boutin, Gilles, Derancourt, Saxe, Fourcard, Houard, Herbreteau, Carras, Torlay, Gueméné, Maurel, Fataccioli, Gaillard, Parès, Michard, Domard, Charbonnel, Benon, Lemoine, Battesti, Koenig, André, Voutier, Gaume, Fayard, Raynaud, Compayré, Reynaud, Goublot, Gy, Caillaud, Dhéry, Chenet, Mairesse, de Verbizier, Aillet, Nespoulos, Even, Jacquot, Laporte, Montet, Debauge, Borst, Nouvel, Antonelli.

Troupes coloniales : M. Passarini.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. (25, boulevard Saint-Jacques, Paris XIVe. Téléphone : Glacière 06-65.) — *Cours de Service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes soicales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes.* (Huitième session, novembre 1933) — Treize leçons du 13 au 18 novembre 1933, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la clinique Baudelocque.

Programme. — Première leçon. M. le Professeur Gougerot, lundi 13 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Danger des maladies vénériennes. — Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. — Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

Deuxième leçon. M. le Professeur Gougerot, lundi 13 novembre, à 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les méthodes de

diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire).

Troisième leçon. M. le Docteur MILIAN, mardi 14 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. — Modes de contamination.

Quatrième leçon. M. le Docteur QUEYRAT, mardi 14 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Les modes de traitement de la syphilis.

Cinquième leçon. M. le Docteur JANET, mercredi 15 novembre, à l'Institut Alfred-Fournier : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant : son importance sociale. — Moyens de diagnostic.

Sixième leçon. M. le Docteur LOUSTE, mercredi 15 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Technique du service social dans un dispensaire. — Devoirs de l'assistante sociale.

Septième leçon. M. le Docteur Marcel PINARD, mercredi 15 novembre, à 15 heures, à la Clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal) : Grossesse et syphilis. — Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. — Rôle de l'assistante sociale.

Huitième leçon. M. le Docteur Robert RABUT, jeudi 16 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La lutte contre la prostitution. — Œuvres de protection et de relèvement.

Neuvième leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, jeudi 16 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Histoire de la syphilis.

Dixième leçon. M. le Docteur Pierre FERNET, vendredi 17 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les hérédo-syphilitiques.

Onzième leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, vendredi 17 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Syphilis familiale. — Les enquêtes dans les familles.

Douzième leçon. M. le Professeur GOUGEROT, samedi 18 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Propagande antivénérienne.

Treizième leçon. M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, samedi 18 novembre, à 10 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : Education et hygiène des vénériens. — Examen prénuptial.

Visites du Musée de l'hôpital Saint-Louis : deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Docteur Brodier : le jeudi 16 novembre, à 16 heures, et le samedi 18 novembre, à 11 h. 30.

Le cours est gratuit. Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre Péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), le plus tôt possible.

Une carte d'admission strictement personnelle leur sera délivrée.

Ecole de stage de service social : la Ligue nationale française contre le Péril vénérien a créé une Ecole de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction technique de cette école de stage est confiée au Service social à l'hôpital.

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) ou au Service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

Nécrologie. — Docteur Georges AUSSILLONUX, père, de Narbonne (Aude). — Docteur T. BASTIDE, de Saint-Ambroix (Gard). — Docteur Maurice BLOCH, de Paris, 39, rue Labruyère (IXe). — Docteur Emmanuel CALIGNON, de Lyon-Saint-Fons (Rhône), décédé dans sa 82e année. — Docteur Charles CARRY, de Lyon, médecin radiologue du dispensaire général, décédé accidentellement à l'âge de 44 ans. Il était le fils du Docteur Amédée Carry, ancien président de la Société des médecins praticiens de Lyon. — Docteur Georges-Marie CHANOINE, médecin commandant en retraite, décédé à Besançon dans sa 49e année. — Docteur Maurice CHAUSSE, d'Alès (Gard). — Docteur LACOMBE, de La Vernarède (Gard). — Docteur Henri MICHEL, de Vendres (Hérault). — Docteur DE MORAMBERT, de Le Bouscat (Gironde). — Docteur Joseph NARICH, de Nîmes (Gard). — Docteur Louis QUERMONE, de Caen, médecin honoraire des hôpitaux. — Docteur VARAY, d'Annecy (Haute-Savoie), chirurgien de l'hôpital. — Docteur Léon-Joseph LUDWIG STEINER, de Vevey (Suisse). — Docteur V. RUBESKA, professeur de gynécologie à l'Université de Prague, décédé à l'âge de 79 ans. — Docteur SHANNON, de Glasgow.

TRAVAUX ORIGINAUX

La dose infinitésimale peut-elle avoir une action thérapeutique ?

Par le Docteur FERREYROLLES, de La Bourboule.

(*Suite et fin*).

La loi de similitude conditionne en thérapeutique l'action de la voie infinitésimale

L'immense fatras de doctrines médicales élaborées au cours des siècles passés gravite autour de deux principes absolument opposés. L'un s'exprime par la formule hippocratique « *Similia, similibus, curantur* », l'autre par l'axiome énoncé cinq siècles plus tard par Galien « *Contraria, contrariis, curantur* ».

Ni Hippocrate, ni Galien certes n'étaient absolus dans leur dogmatisme, leur intelligence était trop puissante pour ne pas comprendre combien la vérité est multiple et confuse, mais la différence d'esprit que l'on observe entre ces deux écoles se traduit essentiellement par une divergence sur ce point capital de la thérapeutique.

Lutte en somme de deux conceptions différentes. Pour Galien et ses disciples la maladie est due à une cause occasionnelle fortuite, extérieure à l'individu. « Il n'existe pas de troubles fonctionnels sans altération antécédente de l'état matériel, le trouble de la fonction est la manifestation de la maladie, l'altération de l'état matériel est la maladie elle-même. L'organisme subit, en quelque sorte passivement, le genre de maladie qui lui est imposé par les accidents du milieu ». Toute la thérapeutique est donc orientée contre la cause. Guérir, c'est empêcher la maladie de se dérouler par une intervention dont l'action est contraire. Cette tendance d'esprit aboutit à une recherche purement analytique et fragmentaire de la cause et la thérapeutique varie, par conséquent suivant l'idée que l'on se fait de l'étiologie des maladies.

Pour Hippocrate et son école, la maladie est l'aboutissement d'un « *quid ignotum* » préexistant, d'une aptitude préalable de l'organisme qui a pu demeurer latente, la maladie n'est pas due à une cause locale mais générale qui s'étend à tout l'organisme, à toute son histoire. Elle se traduit par une série de symptômes qui sont l'expression de l'effort de la nature pour retrouver son équilibre momentanément perdu. Ces symptômes il ne faut pas les combattre mais les favoriser, la médication devra donc agir dans le même sens que la maladie pour aider la nature médicatrice et doit s'adresser à l'être tout entier, elle est synthétique et constitutionnelle.

Ces deux courants eurent à travers les siècles à peu près également des périodes alternatives d'épanouissement et d'abandon. Vers la fin du siècle dernier et au début de celui-ci, au fur et à mesure que « nos connaissances augmentaient » avec la découverte du microscope, de la pathologie cellulaire, des microbes, des idées d'infection, des différents procédés d'examen de plus en plus précis, on a pu rêver d'une médecine impersonnelle où le diagnostic établi par des réactions de laboratoire, serait indéformable par le coefficient personnel, et le traitement fixé comme en vertu d'une équation, mais cette imagination n'a pas résisté au contrôle des faits. Force est aujourd'hui de faire intervenir à nouveau la notion de terrain et cette action vitale que Claude-Bernard hésitait à définir et qui fait que l'individu fait sa maladie à lui, strictement individualisée.

On revient à l'hippocratisme et à ses méthodes thérapeutique codifiées il y a plus de cent ans par Hahnemann.

Quelles sont les expériences qui ont servi de base à Hahnemann et quelle est la logique qui a présidé à ses raisonnements ?

Vers la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe on est entiché de systèmes et l'on soigne les maladies par la représentation spéculative que l'on s'en fait. Pour les uns, les mécanistes avec Boerhave, toute la vie se ramène à des phénomènes d'ordre physique et mécanique. Les lois des leviers et les lois de l'hydraulique s'appliquent au corps humain. La thérapeutique doit contenir les tendances exagérées des maladies. Pour les autres, la théorie vitaliste de Van Helmont, de Stahl, explique toutes les maladies et toutes les guérisons par l'âme. Tout mouvement se fait dans un but déterminé, tout déterminisme implique intelligence et l'intelligence réside dans l'âme, mais l'âme domine la matière, l'âme est donc le réceptacle suprême de toutes les résistances contre la maladie : l'âme les dirige vers la guérison.

Bichat, Broussais, toute la Faculté de Paris sont favorables au mécanisme. Bordeu, Barthez, la Faculté de Montpellier soutiennent le vitalisme qui repose sur les notions de force vitale, médicatrice, la thérapeutique consiste pour eux à soutenir l'organisme dans ses réactions d'ensemble, tandis que les mécanistes s'efforcent de combattre la cause supposée du mal.

Mais nulle part aucune règle, aucune méthode sur laquelle le praticien puisse asseoir sa thérapeutique.

Hahnemann, médecin, gémit de cette incertitude ; il lit, dévore anciens et modernes ; les traduit, les commente, les abrège, les assimile et à 34 ans est déjà célèbre par son érudition. Traduisant la « Matière médicale » de l'Ecossais Cullen, il fut frappé des propriétés remarquables que cet auteur attribue au quinquina dans les affections les plus diverses, ce qui semblait en contradiction avec les idées que l'on pouvait avoir sur leur étiologie. Etant donnée la personnalité de Cullen, ces contradictions devaient n'être qu'apparentes. Il crut que le meilleur moyen de savoir, serait d'expérimenter et de vérifier sur lui-même les effets du quinquina. Il en prit une décoction plusieurs jours de suite et ne tarda pas à éprouver les effets analogues à ceux contre lesquels Cullen vantait son action : faiblesse, accès fébriles intermittents, douleurs rhumatismales, sueurs, diarrhée, etc.

Ce fut pour lui un trait de lumière, il y entrevit une confirmation de la loi des semblables, mentionnée par Hippocrate, étudiée par Paracelse et le R. P. Kircher et pensa aussitôt que cette loi pourrait bien avoir en thérapeutique une portée plus vaste que celle que l'on avait soupçonnée jusqu'ici.

Il répéta ses expériences et essaya toute une série de substances connues alors comme spécifiques contre certains états bien déterminés, il vit que l'absorption de toutes ces substances pouvait reproduire chez l'homme sain les symptômes essentiels des affections contre lesquelles elles étaient préconisées, il renversa alors la question et il étudia sur l'homme sain l'effet de substances dont on ignorait l'action pour voir si, à l'aide des effets qu'elles produiraient (effets qu'il appela pathogéniques) il pourrait les employer avec succès contre les affections caractérisées par la production de symptômes semblables.

Il insista beaucoup sur la nécessité d'expérimenter les remèdes sur l'individu sain, pour une plus grande précision, de façon à ce que l'on ne puisse confondre les symptômes de la maladie avec ceux provoqués par le remède. Le succès justifia son attente, l'effet de ses remèdes sur ces états lui parut plus direct, plus rapide, meilleur que ceux des remèdes que l'on avait l'habitude de leur opposer. L'expérimentation lui parut dès lors indispensable à la base de la thérapeutique. *Ce n'est que par l'expérimentation d'une substance médicamenteuse sur l'homme sain et par*

◆◆

les effets produits que l'on pourra en déduire son action thérapeutique.

Ces expériences, il les répéta dans sa clinique pendant quinze ans sans en parler à personne et ce n'est qu'après s'être assuré que les faits observés en série justifiaient ses conceptions, qu'il publia son premier ouvrage : « Médecine de l'expérience ».

« *Pour guérir, disait il, aussi promptement que sûrement et aussi doucement que possible, cherchez avant tout et dans tous les cas accessibles à l'action d'un agent médicinal, un médicament qui puisse produire sur un homme en santé des effets semblables à l'affection qu'il s'agit de guérir, et n'ayez recours aux divers méthodes employées jusqu'ici que dans les cas où vous manquerez de remède à action directe.* »

En 1796, il affirma la nécessité de faire du principe *Similia, Similibus, Curantur* disent les uns, curentur disent les autres (jusqu'alors l'exception) le grand principe de la thérapeutique en même temps qu'il en limite les possibilités. Sa méthode devient l'homœopathie, de homoios semblable, et pathos : affection. En même temps il tâchait de faire une classification nouvelle des états morbides plus utile pour le praticien, en les désignant sous le nom du médicament semblable qui les guérit, au lieu des anciennes appellations qui ne correspondaient plus à ses idées.

Mais plus Hahnemann s'appliquait à expérimenter l'action des différentes substances sur l'homme sain, plus il fut frappé du fait que l'action d'un remède était le plus souvent suivie d'une action opposée, ce qui lui fit distinguer les effets primitifs des médicaments et leurs effets secondaires. Il attribua les premiers à la dose employée, à l'action toxique du remède sur l'organisme, les seconds à la réaction spontanée de l'organisme tendant à combattre l'état pathologique que la substance médicamenteuse avait créé. C'est à cette action secondaire, sans doute, que devait être attribuée l'action curative du remède : elle seule dès lors importait. Il fallait par conséquent, chercher à supprimer l'action primitive du remède ou la réduire en tout cas au minimum, en abaissant les doses et déterminer pour chaque remède la dose minima utile pour produire l'effet consécutif avec le minimum d'action première, même sur l'expérimentateur le plus susceptible. « Car, remarque-t-il, tout le monde n'est pas également susceptible à une substance, tous les individus en expériences ne présentent pas la totalité des symptômes dont se compose la maladie artificielle qu'elle pourrait occasionner. Pour se faire une image exacte d'une maladie, il faut étudier de nombreux cas et distinguer les symptômes constants de ceux qui sont accidentels. » Il en est de même pour l'étude d'un remède.

Expérimentateur d'un côté, malade de l'autre, doivent présenter une certaine susceptibilité, une certaine sensibilité à l'action du remède pour que, sur eux puisse, se développer l'action semblable du remède, de même que la maladie doit également rencontrer une réceptivité naturelle de certains de ces organes pour que tel ou tel symptôme se développe chez eux plutôt que chez tel ou tel autre.

Cette prédisposition n'est qu'une manifestation de leur moi intime qui imprime son cachet particulier à l'action du remède comme à l'action de la maladie. C'est ce moi qu'il faut toucher. Pour le bien connaître, il faut savoir les symptômes qui lui appartiennent en propre, c'est-à-dire au milieu de toutes ses sensations physiques, de toutes ses réactions normales, distinguer celles qui l'individualisent, et trouver le remède qui les couvrira toutes. D'où la nécessité d'étudier le malade complètement par un interrrogatoire très poussé qui permettra de se rendre compte de la valeur relative des signes de la maladie et celle d'égale importance de ceux provoqués par le semblable, le remède en l'espèce.

A cause de cette sensibilité spécifique, de cette idiosyncrasie, la dose nécessaire pour produire un effet devrait pouvoir être faible. Il diminue donc progressivement les doses qu'il avait jusqu'alors employées. Il remarque que presque tous les médicaments étaient aptes à produire des effets pathogéniques et à opérer des guérisons à doses infiniment plus petites que celles employées habituellement, « à des doses tellement faibles, dit-il plus tard, que la raison s'oppose à y croire ». Par conséquent lorsqu'on applique la loi de similitude, il faut « employer toujours la dose minima utile » ; dose qui peut être très différente pour chacune des substances utilisées et peut aller pour certaines à la dose infinitésimale, et qui doit cependant ne pas être inférieure en action à la maladie elle-même et pouvoir provoquer après absorption une aggravation curative presque imperceptible.

L'expérimentation lui montre parfois que, dans les dilutions très poussées, il ne doit rester qu'une dose de matière tellement faible que pour que les effets en soient apparents, cette matière doit évidemment avoir en elle même quelque chose d'autre que sa masse qui agit, une force spéciale, une dynamique propre : « *Faibles mortels que nous sommes, nous n'avons coutume de considérer les choses visibles et palpables que comme des matières mortes. Nous en tenant à la surface des choses, nous avons coutume de considérer les apparences ; nous ne pouvons concevoir les véritables vertus de la matière, mais surtout des matières médicinales qu'en faisant attention à tous leurs effets, en les jugeant sans prévention. Leur véritable essence est dynamique et consiste en des forces immatérielles* ».

Pour développer au maximum ce dynamisme, pour libérer au maximum ces forces, il faut triturer, diluer la matière, soumettre ces dilutions et ces triturations à des succussions successives car « *rien dans la nature ne manque de vie ou de force, c'est à l'homme de les développer* » Et plus loin : « *dans la nature, la matière est peu de chose les forces sont presque tout, la matière est force* ».

Donc triturer la matière la diluer jusqu'à sa plus impondérable division ce n'est pas seulement accomplir un acte mécanique, c'est encore et surtout libérer l'énergie la matière première peut disparaître en apparence, l'essence s'en retrouve tout entière dans ce dynamisme libéré.

Cette action dynamique remarque Hahnemann, prolonge du reste ses effets, même après cessation de l'administration des doses, pour certaines substances au delà de plusieurs semaines, pour d'autres un temps beaucoup plus court, pour quelques-unes, elle s'épuise en 24 heures parfois en quelques heures, plus tôt encore pour d'autres. Ce qui l'a amené à établir pour chaque substance une durée approximative de durée d'action des remèdes et préciser leur mode d'administration dans les états aigus et dans les états chroniques. Plus la maladie est à marche rapide, plus souvent devra être répété le médicament dans les maladies comme le choléra par exemple, on pourra soulager le malade en lui donnant une dose de camphora toutes les cinq à dix minutes, tandis que dans les maladies chroniques, plusieurs semaines d'intervalle pourront être parfois nécessaires entre chaque dose.

Cette action, une fois déclenchée, la chose la plus rationnelle qu'on puisse faire, c'est de laisser marcher sans entrave, sans y ajouter l'action d'une nouvelle dose ou d'un nouveau remède, ce qui gênerait le processus de la guérison au point de la compromettre tout à fait. Si elle tardait à s'établir, c'est que le médicament a été sans doute mal choisi et plutôt que de continuer à en administrer de nouvelles doses, il faut s'efforcer de trouver le bon. D'où cet autre corollaire : « Ne jamais répéter les doses tant que l'action du remède n'est pas épuisée ». Il faut savoir attendre.

Par quoi se manifeste l'action du remède bien choisi ou correctement prescrit ? L'expérience a montré que la dose du médicament véritablement indiqué ne laisse presque jamais de provoquer une réaction se traduisant par une véritable aggravation des symptômes, aggravation passagère de quelques heures en général, suivie d'une amélioration générale et progressive.

Cette amélioration pour être vraiment curative, devra se faire dans l'ordre inverse de celui où les symptômes

sont apparus, le malade se sent d'abord mieux dans l'ensemble, puis s'améliorent les organes les plus importants, les autres ensuite, la peau enfin.

Toute amélioration qui se produirait dans un ordre différent de celui-ci, de haut en bas, de l'extérieur à l'intérieur n'est pas durable. Suivant que sous l'influence du remède, cette aggravation est courte et légère, rapide ou durable, tardive et plus ou moins marquée, suivie ou non d'une amélioration, rapide, tardive, plus au moins nette, suivie d'une disparition totale ou partielle des symptômes ou de l'apparition de symptômes nouveaux, on peut en déduire l'action du remède sur la maladie et faire un pronostic quant au résultat du traitement.

Telles sont dans leurs grandes lignes les règles qu'Hahnemann a déduites de l'expérimentation et qu'il a données comme permettant seules d'obtenir un bon résultat thérapeutique de l'application de la loi des semblables. Et ne vous semble-t-il pas que la concordance de ses vues avec la réalité des choses semble se vérifier assez souvent pour que nous puissions dire qu'il eut pour le moins des inspirations singulièrement pénétrantes ?

Si la loi de similitude n'eut pas, vers la fin du siècle dernier, et jusqu'à ces dernières années, la fortune qu'elle méritait c'est parce que son application heurtait profondément nos préoccupations thérapeutiques. Nous avions depuis Pasteur une conception de la spécificité étiologique de la maladie à laquelle nous devions opposer une thérapeutique spécifique elle aussi. C'était un dogme classique, intangible, il était semblait-il, tout à fait antiscientifique d'émettre la prétention de guérir un malade en ne tenant compte que des modalités de la maladie, des réactions personnelles du malade à l'infection, c'est-à-dire, sans se préoccuper de la spécificité du germe.

« Mais voilà que, comme disait le Professeur Besançon dans son discours d'ouverture du dernier Congrès de médecine, nous assistons depuis quelques années à un remaniement profond des doctrines du passé. Nous nous faisons de la maladie une conception nouvelle.

« Aux préoccupations presque exclusivement étiologique d'autrefois, ont succédé des préoccupations de mécanisme physio-pathologique et de pathogénie.

« Nous sommes, à l'heure actuelle, sous le signe de la pathogénie. La notion de cause si importante qu'elle demeure, passe cependant au second plan ; nous pouvons nous faire une représentation de la maladie, nous pouvons même la traiter scientifiquement alors que nous en ignorons la cause. »

Et de l'étude de l'allergie, des travaux de Ravaut et de Rabeau montrant par le miroir cutané que certaines lésions secondaires pourraient bien avoir la signification de phénomènes allergiques qui doivent amener la guérison, le Professeur Besançon conclut :

« Ce qu'il faut retenir de tous ces faits, c'est qu'à côté de l'importance de la spécificité du germe qui demeure comme par le passé, c'est aussi celle des réactions véritables selon l'époque de la maladie, celle du type lésionnel contre lequel il y a lieu d'instituer une thérapeutique non pas parasitotrope, mais en réalité nosotrope, comme l'est l'iodure de potassium par exemple, qui semble agir, non pas contre l'infection syphilitique en général, mais contre la gomme syphilitique, comme il agit sur la gomme sporotrichosique sur le nodule actinomycosique. »

« L'avenir de la thérapeutique étant de plus en plus dans la connaissance précise, plus que dans l'étiologie spécifique du mécanisme physico-pathologique des symptômes et de la pathogénie générale de la maladie, et ainsi dans l'application thérapeutique, non d'une médication spécifique pour chaque maladie mais de médications variées contre les modalités réactionnelles présentées par le malade aux divers stades de la maladie. »

Hahnemann ne disait guère autre chose....

C'est donc sous l'autorité du Professeur Besançon que je vais essayer de vous démontrer que le remède choisi suivant la loi de similitude et administré à dose infinitésimale permet d'atteindre le but thérapeutique qu'il nous propose avec Leriche et Policard, c'est-à-dire non plus tuer le microbe, mais stimuler ou refreiner les fonctions physiologiques des tissus.

Depuis toujours on sait que beaucoup d'affections guérissent toutes seules, par une mise en jeu spontanée des moyens de self-défense de l'organisme que l'on groupe sous le nom de nature médicatrice. La mise en action de ces moyens de défense étant provoquée par l'agent pathogène lui-même, il semble tout naturel que l'on essaye de l'utiliser pour les renforcer. Mais pour que l'organisme ne subisse pas un choc surajouté trop fort, auquel il ne pourrait résister, il devenait tout naturel de l'employer avec la plus grande circonspection. Cet agent pathogène inconnu le plus souvent, impossible à isoler, il fallait lui chercher un analogue qui, employé de la même façon, remplirait le même but, provoquant une réaction de défense qui doit se faire, si nous avons raison, par une aggravation légère par suite du choc surajouté, dans le sens de la maladie.

Le Professeur Marage l'a expérimentalement démontré par des expériences pleines d'intérêt.

On sait que nombre de malades hyperacides éprouvent une aggravation plus ou moins grande lorsqu'ils font usage de bicarbonate de soude ou d'eaux minérales alcalines, ce qui semble peu conforme au but que l'on s'était proposé.

Or, si l'on met en présence du saccharomycès képhir et du bacillus caucasinus en présence de lait on a une production de képhir ou d'acide lactique. Il semble, cliniquement parlant, que si l'on met ces deux ferments en présence de lait ou de bicarbonate de soude, leur travail sera gêné et la production d'acide lactique diminué. Il y aura formation de lactate de chaux et dégagement d'acide carbonique. Or, il se passe justement le contraire, il y a augmentation de la production d'acide lactique qui peut passer par litre de 7 gr. 2 à 9 gr. 54 et de 8 gr. 19 à 9 gr. 54 dans les cas les plus favorables.

« L'organisme, dit le Professeur Marage, ne saurait être considéré comme un récipient inerte dans lequel se produiraient des réactions suivant les lois de la chimie. L'organisme se défend contre les médicaments et les réactions produites sont absolument contraires à ce que l'on attendait. Médicalement parlant, c'est une aggravation. »

Et dans une deuxième note, le Professeur Marage étudia l'influence sur la réaction de doses allant de 0,01 centigr. à un millionnième de milligr. par centimètre cube, et il conclut :

« Les résultats sont intéressants parce qu'ils montrent que les effets des doses infinitésimales de médicaments peuvent, dans un organisme étant dans des conditions spéciales produire des effets énergiques et parfois même plus énergiques que des médicaments employés à doses pondérables. »

Ceci est confirmé du reste par une expérience des plus remarquables par sa précision à ce point de vue : celle de Marcel Haendel et J. Malet.

En injectant de la peptone, du lait, etc., à des animaux, ces auteurs paralysent le système réticulo-endothélial qui, peu après cette injection n'absorbe plus l'encre de Chine comme normalement. En préparant l'animal par une série d'injections de peptone ou de lait précédant de quelques jours celle de l'encre de Chine, on constate que les grains de charbons sont mieux absorbés que normalement par le système réticulo-endothélial qui est devenu plus actif du fait de cette préparation (*Deut. med. Woch*, 1er février 1929).

Puisque nous savons dans quel sens la nature réagit contre la maladie et par conséquent le sens dans lequel doit s'exercer l'action du remède, *peut-on trouver un médicament capable de reproduire les symptômes de la maladie ? Rien ne s'y oppose.*

« Il existe une si grande analogie, dit Claude-Bernard, entre les symptômes d'une affection ordinaire et les désordres qui résultent de l'ingestion d'une substance

toxique dans l'économie que l'on peut, jusqu'à un certain point considérer les effets du poison comme le type le plus légitime des actions morbides ».

Il nous suffira donc d'étudier avec le plus grand soin l'action physiologique du remède sur l'homme sain, c'est-à-dire au fond la petite toxicologie, pour en déduire les effets thérapeutiques chez le malade qui présentera les mêmes symptômes. Je pourrais citer une longue série d'exemples avec la digitale, le mercure qui réactive la syphilis qu'il guérit, l'arsenic qui fait disparaître les troubles qu'il avait produits. Le plus connu est celui de l'ipéca, si bien étudié par MM. Widal, Abrami et Joltrain qui reproduit physiologiquement une série de syndromes morbides connus, qu'il est également, comme la clinique le démontre, capable de guérir. Certains de ces syndromes peuvent être assez complets pour nous donner l'image complète d'un type morbide classique, la modalité physio-pathologique du coefficient individuel, suivant l'expression du Professeur Laignel-Lavastine. Il ne s'exprime du reste pas autrement qu'Hahnemann lorsqu'il écrit : « Le tempérament étant la modalité physiologique du coefficient réactionnel individuel peut parfaitement avoir une dominante fonctionnelle endocrinienne ou chimique. Je verrais très bien des tempéraments signalés par la prédominance de l'ion calcium, de l'ion potassium, de l'ion fer ».

La pathogénésie des remèdes peut nous fournir de très nombreux exemples. Prenons par exemple, le syndrome que l'on rencontre le plus souvent dans la vie moderne. Il s'agit d'un homme d'affaires nerveux avec une vie de bureau intense, pleine de soucis et de préoccupations. Il quitte le soir sa table de travail, harrassé, éprouve alors le besoin de stimulants, prend porto ou cocktails ou cherche au contraire à calmer ses nerfs par l'abus du tabac ou de sédatifs. Il entre chez lui fatigué, irritable, le moindre rien l'agace, la moindre contradiction le met hors de lui, il gourmande l'un et l'autre. Après dîner, se sentant trop nerveux, sort pour s'étourdir, rentre tard, prend une pilule laxative et s'endort peut-être après avoir très probablement calmé ses ardeurs jusqu'à complet épuisement. Vers trois heures du matin, il se réveille, tous les soucis de la journée lui reviennent en tête et il ne peut pas, quoiqu'il fasse, retrouver le sommeil et ce n'est qu'au petit jour qu'il pourra goûter enfin le repos.

Il se réveille las, mélancolique, la tête lourde, ses conjonctives sont jaunâtres, sa langue est chargée, il se sent mal à l'aise ? Il avale habituellement la fameuse poudre de Bourget, s'habille en hâte, retourne à ses affaires avec une sensation d'infériorité qui lui pèse. Toujours pressé, c'est une hypersensibilité de tous ses sens, sensible à la lumière, aux bruits, aux odeurs, aux courants d'air, il s'enrhume au moindre froid, sa peau, tout son corps est douloureux. Il déjeune sans appétit, abuse du café, de digestifs, car il sait qu'il digère mal. Tout se passe bien d'abord, mais deux heures après il se sent rouge congestionné, il a un poids sur l'estomac, des crampes du pyrosis avec gonflement, des gaz qu'il ne peut expulser, son laxatif, sa poudre du matin n'agissent pas à sa guise. Il a des besoins fréquents et inefficaces d'aller à la selle, des hémorroïdes, parfois même du prurit anal. Il veut uriner ; sa vessie est pleine et pourtant il est obligé de pousser pour la vider, et tout cela l'irrite autant que les mille et un détails de son travail journalier. Les jours se suivent et son mal va tous les jours s'aggravant. Il va consulter : l'un soigne son tube digestif, l'autre son foie, l'autre son sympathique : l'amélioration est toujours passagère plus il prend de médicaments, plus c'est la même chose.

Or, le syndrome présenté par ce malade n'est-il pas exactement le même que celui produit par l'ingestion de strychnine ? M. Manquat nous dit que la strychnine a pour effet d'exalter péniblement l'impressionnabilité des organes des sens, de provoquer des troubles de la vue, elle produit une sorte d'anxiété qui se traduit par l'expression du visage. La strychnine porte également son action sur le sympathique, tous les muscles à fibre lisse peuvent être pris de convulsions réflexes, le fait est surtout marqué sur l'intestin et la vessie, elle accélère les battements du cœur et la respiration peut devenir pénible par suite du spasme des muscles inspirateurs.

Son ingestion fait pâlir la muqueuse de l'estomac et de l'intestin par action réflexe disent Nottenagel et Rombach ; dans les cas d'hyperpepsie MM. Hayem et C. Wagner ont remarqué que, si tout au début, l'évacuation de l'estomac était hâtée, l'excitation motrice ne tardait pas à se transformer en un affaiblissement de la mobilité stomacale. La sécrétion diminue plutôt qu'elle n'augmente et le spasme de la vessie peut occasionner de la rétention d'urine, Trousseaux et Pidoux signalent des érections diurnes et nocturnes sous son influence.

Je pourrais vous faire la même pathogénie du soufre, de l'arsenic et du phosphore, de la chaux, du chlorure de sodium et de beaucoup d'autres médicaments que nous utilisons dans les maladies de la nutrition et dont l'absorption rétablirait rapidement l'équilibre normal du malade s'ils étaient seulement prescrits suivant les principes que nous étudions. Tétau a étudié ces médicaments dans leurs rapports avec les troubles neuro-endocriniens sympathiques comme le voulait Laignel-Lavastine. Vous pourriez consulter avec profit son ouvrage (1).

Mais le médicament semblable dans son action à l'agent morbide protège-t-il contre la maladie ?

Nous savons bien que l'administration d'une petite dose de semblable peut protéger l'organisme contre les effets du semblable. Nous savons qu'une injection de sérum, suivant la méthode de Besredka protège contre les accidents sériques, nous savons qu'une première injection à dose faible protège l'organisme contre les doses toxiques d'extraits d'organes, etc. Mais cela ne nous heurte pas : — thérapeutique spécifique contre accidents spécifiques, — ce qui nous heurtait, surtout dans l'homœopathie, c'était l'idée que la toxine microbienne puisse être inactivée par une dose infinitésimale de poison animal, végétal ou minéral qui aurait le même effet thérapeutique que les vaccins ou les sérums spécifiques. Et pourtant la vaccinothérapie était un premier pas dans cette voie, elle n'est pas strictement spécifique mais analogue. La vaccine est une émulsion capable de donner la maladie, mais rendue inefficace par la chaleur ou tel autre procédé qui lui fait perdre ses caractères primitifs. Elle ne peut, dès lors, ni produire de toxine, ni donner la maladie comme l'émulsion première, mais seulement en provoquer les symptômes.

Quelle que soit la dose administrée, le vaccin antityphoïdique par exemple, ne donnera jamais que de la céphalée, de la courbature, des malaises, de la température, mais pas la typhoïde, il est pourtant préventif et curatif.

Sir Almoth Wright a montré la non spécificité des vaccinations, il n'était pas sans avoir noté que les stock-vaccins donnaient quelquefois mieux que les auto vaccins, il en arrivait en cas d'insuccès de ces derniers à préconiser l'emploi de vaccins analogues.

Bien mieux Emile Roux a montré que le vaccin rabique immunise contre le venin, Mme Phisalix que le venin de crapaud immunise contre la rage, et Billard nous montre d'abord que tout une série de toxines neurotropes peuvent s'inactiver réciproquement. Il a démontré expérimentalement que des poisons analogues injectés à des animaux s'inactivent au lieu que leurs effets ne s'ajoutent, que des poisons végétaux comme la spartéine protège également l'animal contre des poisons organiques comme la toxine diphtérique ou le venin de vipère, que des poisons minéraux peuvent protéger contre des poisons végétaux ou des poisons organiques, que le formol de l'anatoxine suffit à protéger contre la diphtérie. L'eau de la Bourboule protège contre la spartéine et contre la

(1) Les Polychrestes homœopathiques dans leurs rapports avec les troubles endocrino-sympathiques.

toxine tétanique. Saint-Nectaire contre la toxine diphtérique, Châtel-Guyon contre les venins, simplement parce qu'ils ont une action biologique analogue, action biologique dont la connaissance devient en thérapeutique de la plus grande importance. Ces faits inattendus continuent du reste à être mal connus du médecin qui ignore également les contre-expériences de Dodel, tant est ancré dans nos esprits cette idée de « spécificité ».

Mais ce tropisme, ces actions électives comment les reconnaître et les distinguer ? Par une étude aussi complète que possible de leur action physiologique avec toutes les modalités propres à chaque cas particulier. Ce n'est pas la douleur qui caractérise le rhumatisme, mais l'aggravation par le mouvement ou le temps humide, l'amélioration la nuit ou par le repos, etc. La dyspnée ne constitue pas la crise d'asthme, mais la forme de la crise, l'heure, la cause de la crise, etc., tous les symptômes individuels qui eux, vont être différents et qui nous permettront une individualisation plus serrée du remède, c'est-à-dire une indication plus précise, donc plus efficace.

Hahnemann insiste sur la nécessité d'une similitude complète de tous les symptômes, de toutes les sensations, de toutes les impressions particulières et aujourd'hui, c'est Sir James Mackenzie qui, dans son remarquable ouvrage « Les symptômes et leur interprétation », nous rappelle que le clinicien ne doit pas se laisser guider par le laboratoire, que l'étude attentive de la seule symptomatologie peut véritablement conduire au diagnostic. Il nous recommande d'étudier patiemment, non seulement toutes les sensations éprouvées par le malade, mais encore tous les changements de caractère. Laignel-Lavastine veut également nous faire étudier la biologie différencielle, application du précepte d'Aristote : « chercher l'individuel ; la caractéristique de chacun ». *C'est la conception magistrale du Professeur Richet qui exprimait en 1910, au Congrès de Vienne : « Nous ne sommes encore qu'au début de cette chimie des impondérables, fondée sur l'analyse des fonctions biologiques. Elles nous conduit immédiatement dans un domaine qui, jusqu'aujourd'hui était resté à peu près inexploré (?) à savoir la physiologie des individus* ». Et alors que toute ma génération médicale était plutôt mise en défiance contre les signes subjectifs présentés par les malades on enseigne aujourd'hui que la maladie comporte toujours un certain nombre de modifications de l'activité psychologique et morale.

« Il y a en toxicologie, dit le Professeur Richet, une règle absolue qu'on oublie trop souvent, c'est que toute action toxique destructive est précédée d'une action excitatrice, plus ou moins longue, plus ou moins stable ; une cellule qui meurt par un poison, avant de mourir, est stimulée dans son action » C'est cette action excitatrice que la dose infinitésimale a la prétention de rendre plus longue, stable jusqu'à la guérison. Et toute l'importance du choix de la dose du médicament à administrer, suivant la gravité de l'état du malade est manifeste, elle a du reste été bien mise en évidence par les expériences du Professeur Jabodie Bose. Il a conservé plusieurs lots de plantes dans des conditions différentes, pour les mettre pour ainsi dire dans des conditions de santé différentes et les a traitées par une même solution médicamenteuse et il a montré que, sous l'influence d'une même dose, un lot peut mourir, un autre lot ne pas être influencé, un troisième se développer d'une façon extraordinaire.

« Plus est avancé le processus morbide, dit Hugo Schultz, moins forte a besoin d'être l'excitation venant du dehors pour atteindre un effet d'une certaine intensité et l'on peut dire que l'excitation latente, résultat de l'état moribond d'un nerf s'ajoute à l'excitation venue du dehors. »

Il est donc aisé de comprendre que pour déclencher cette excitation, il suffira de doses faibles, infiniment faibles, impondérables même.....

N'est-il pas frappant de constater que pour provoquer les phénomènes de phylaxie il ne semble pas qu'il ait fallu des doses supérieures à celles qui provoquaient l'anaphylaxie et la désanaphylactisation, pourquoi en faudrait-il plus pour provoquer une action thérapeutique ?

L'application de la loi de similitude — et sans doute de toutes les lois de thérapeutique — comporte la connaissance parfois bien oubliée de l'importance du facteur temps. Il faut attendre l'effet d'un médicament avant d'en répéter la dose.

« J'étais trop pressé, disait Billard, lorsqu'il étudiait la phylaxie, contre le facteur temps, nous ne pouvons rien ». Beaucoup de ses expériences négatives devinrent positives lorsqu'intervint le facteur temps. Il faut savoir attendre, il est inutile et peut-être dangereux de répéter la dose tant que la première n'a pas épuisé son effet. »

Tout ceci, ceux qui ont étudié la vaccinothérapie l'ont découvert à nouveau. Pour obtenir les résultats les meilleurs en vaccinothérapie il faut une dose infinitésimale de vaccin, reconnaître la sensibilité différente des individus à une même dose suivant leur état de santé, et donner des doses d'autant moins actives que le sujet est plus faible. Il ne faut pas répéter la dose pendant la phase négative et tant que dure l'amélioration provoquée par la dose administrée. Le Docteur Bach, de Londres, ne conseille-t-il pas dans les affections chroniques de savoir attendre plusieurs semaines parfois le résultat de la dose de vaccin et de la répéter lorsqu'elle aura donné tout son effet.

Si vous avez compris combien la prescription d'un remède d'après la loi de similitude demande de connaissances précises, vous comprendrez l'insuccès qui suit forcément une prescription inexacte et combien ces insuccès furent nombreux entre les mains de critiques inexpérimentés.

Vous le voyez, rien n'est tout à fait nouveau dans nos conceptions et nos découvertes modernes et rien dans l'homœopathie ne contredit les faits scientifiquement acquis.

Et ne vous semble-t-il pas maintenant que la thérapeutique par le semblable, avec son corollaire : l'emploi de la dose infinitésimale ne soit un des meilleurs moyens dont nous disposons pour mettre en jeu les forces de défense de l'organisme, moyen dont nous n'avons plus le droit d'ignorer les possibilités, mais dont nous devons également connaître et délimiter les frontières.

Mais nous devons savoir que la défense de l'organisme, processus naturel de guérison par le similia similibus, n'est qu'un des aspects de la lutte contre la maladie et qu'un des premiers auxiliaires que la science met à notre disposition, auxiliaire dont vous devez également connaître les possibilités et délimiter aussi les frontières.

« Peu importe disait Wirchow que vous cherchiez à faire avancer la science par des recherches anatomiques, pathologiques, par la clinique ou le laboratoire, la science est assez vaste pour occuper toutes les intelligences, à condition que vous ne soyez pas exclusifs, que vous ne dépassiez pas les limites de vos possibilités et n'ayez pas la prétention de tout parfaire ».

Suivons le conseil de Wirchow, profitons des acquisitions de tous, soyons simplement des médecins, dont la seule ambition est de faire un peu de bien.

« Un statut à l'herboristerie ? Je n'en vois qu'un. A l'époque où les Facultés de pharmacie sont surencombrées de bacheliers, il est aussi suranné de créer des herboristes qu'il serait inopportun de créer de nouveau des officiers de santé, des pharmaciens et des sages-femmes de 2e classe.

« Tout, dans la société de demain, doit être de première classe. Que ceux qui aiment l'herboristerie fassent leur pharmacie. L'Ecole unique est là pour permettre aux plus modestes écoliers d'y accéder. Si les sénateurs sont plus sages que le Parlement de 1928-1932, et ils n'auront pas de mal à l'être, ils renverront le projet de loi au Palais-Bourbon en exprimant le vœu que, dorénavant, le diplôme d'herboriste soit supprimé. » (Léon Bruel. — Le coup de l'herboriste. L'Informateur Médical, 7 mai 1933.)

◆◆◆

CHRONIQUE

Syphilis congénitale

La syphilis congénitale que les auteurs français continuent seuls, ou presque seuls, à appeler syphilis héréditaire, soulève quant à son mécanisme des problèmes dont l'intérêt n'est pas seulement doctrinaire. Aussi faut-il savoir gré à M. Pizzéra d'avoir étudié ce problème et d'y avoir apporté une contribution personnelle importante, en même temps qu'une consciencieuse documentation (1).

Depuis l'article de Paul et Emile Diday dans le Dictionnaire des Sciences médicales de Dechambre (1884), il n'a guère paru en France de travaux d'ensemble sur la syphilis congénitale. Cependant les idées professées à cette période ont évolué : de nouvelles théories ont été formulées, en particulier dans les pays de langue allemande, et des faits nouveaux sont apparus tels que la découverte du spirochète, les inventions de Wassermann, une connaissance plus précise du cycle évolutif du virus syphilitique.

Aussi Pizzéra, pensant qu'une mise au point de l'état actuel de la question serait favorablement accueillie, a-t il consacré sa thèse au problème de la contamination syphilitique de l'embryon et du fœtus « en se limitant, du reste, à la première génération ».

Après une courte étude du virus syphilitique, cette thèse comprend quatre chapitres consacrés successivement « aux différentes contaminations de l'enfant par la mère, de la mère par l'enfant et de l'enfant par le père » et à la conception moderne des « lois » de Colles et de Proféta. Enfin, les deux derniers chapitres que nous réduirons à un seul font la synthèse de ces différentes études et en développent les conclusions.

* * *

Le virus syphilitique

L'auteur admet qu'à côté de la forme classique du tréponème, il faut faire une place aux formes « granulaire » et « invisible » décrites dans certains travaux récents.

L'existence de la forme granulaire semble être démontrée par les recherches de Meïrowsky, de Manouélian et de Sézary. Une coupe de foie hérédo-syphilitique est d'ailleurs reproduite par l'auteur et certains aspects cliniques de cette forme granulaire y sont décelables.

Quant au « type » invisible, la notion s'en dégage des inoculations d'Eberson et Engmann, de Salesby et Greenbaum, de Levaditi. Il aurait même, pour Pierre Lépine, une virulence particulière et cette conclusion se rapproche de celle admise par Ch. Nicolle en ce qui concerne le « type » pré-visible des spirochètes des fièvres récurrentes.

La connaissance de ce véritable cycle évolutif du tréponème « ouvre des horizons nouveaux sur ces questions, si « importantes de la syphilis germinative... et de la syphilis « du produit de conception au cours des premiers mois de « la gestation ».

* * *

La contamination de l'enfant par la mère

Elle n'est plus à démontrer aujourd'hui et les statistiques prouvent toutes, avec éloquence, son influence néfaste. Chez les femmes en gestation atteintes de syphilis, Lépileur de Lourcine admet un pourcentage d'interruption de grossesse de 37 %, Alfred Fournier, de 43 % en clientèle de ville et de 87 % en clientèle d'hôpital. La statistique de Charpentier admet 42 % d'interruptions, celles, plus récentes d'Orrel (Vienne), de Lévy-Solal et de Conoril (Thèse de Lyon, 1929) donnent des chiffres analogues, sinon plus élevés.

Cette contamination peut avoir lieu :

par fécondation d'un ovule syphilitique : c'est la syphilis *germinative* ;

au cours de la gestation, par la circulation sanguine placentaire : c'est la *syphilis hématogène diaplacentaire* ;

au moment même de l'accouchement : soit par voie sanguine, c'est la *syphilis intra-partum* ; soit par contact de l'enfant avec des manifestations virulentes localisées aux voies génitales maternelles, c'est la *syphilis par contamination au passage*.

Ces diverses éventualités vont être étudiées tour à tour.

Quant à la distinction classique entre la syphilis embryonnaire et la syphilis fœtale, l'auteur ne la conserve pas : pour éviter les redites lorsque seront envisagées les contaminations de l'embryon et du fœtus de 3 à 4 mois, et parce que cette distinction n'est pas anatomiquement justifiable. On sait qu'elle est basée sur le moment d'apparition du placenta. Or l'élément placentaire essentiel, la villosité, est constitué très tôt, dès le stade vitellin, pour faire communiquer la circulation maternelle et celle du fœtus. « Donc il est logique de ne décrire qu'une syphilis ovulaire ou germinative et, qu'il s'agisse de l'embryon ou du fœtus, une syphilis hématogène, transmise à travers la villosité choriale ou placentaire ».

A) Syphilis germinative

Ce mode de contamination, que les expressions « Syphilis d'incarnation » ou « Syphilis conceptionnelle » caractériseraient mieux, a été admis comme seul possible par Kassowitz en 1875. Par la suite, d'ailleurs, cet auteur a reconnu la réalité d'une transmission par voie placentaire, Alfred Fournier, tout en admettant cette dernière n'a pas rejeté le mode précédent. Finger a fait de même, bien que pour lui il ne fut nullement prouvé.

Mais en 1903, Matzenauer, considérant que toutes les maladies infectieuses se transmettent par voie placentaire, a nié absolument la transmission germinative ovulaire ou spermatique. Son travail reste à l'origine de toutes les discussions actuelles dont certaines n'aboutissent pas aux mêmes conclusions.

Voyons quelles seront celles de M. Pizzéra après étude des trois données du problème : l'ovule syphilitique, l'avortement des premiers mois, les grossesses gémellaires.

1) **L'ovule syphilitique.** — L'infection syphilitique peut frapper les trompes et les ovaires. Certaines observations cliniques en font foi (Bouchard et Lépine, Ballantyne et William) et surtout certains documents anatomiques et microbiologiques (Wassilef, Lévy-Solal).

Plus intéressante encore est la présence du tréponème dans l'ovaire. (Magalhaès et Simmonds) et l'ovule (Levaditi et Sauvage) mais de tels ovules sont-ils capables de vivre et de se segmenter ? Les célèbres expériences de Francotte (1894) semblent prouver le contraire et constituent une base très sérieuse aux objections des négateurs de la syphilis germinative.

Des arguments tirés de la biologie comparée peuvent cependant leur être opposés : ainsi, les expériences de Koch sur le passage des germes de la fièvre récurrente par l'ovule de la tique et celles de Levaditi et Manouélian sur la transmission de la spirillose des poules. A vrai dire, ces conclusions qui valent pour des œufs méroblastiques ne sauraient être étendues à la syphilis de l'ovule humain dont le mode de segmentation est tout différent.

Quant à l'argument de Rietschel, basé sur la disproportion de volume entre l'ovule et le spirochète, vaut-il encore depuis que nous connaissons le cycle évolutif du tréponème ?

(1) Gustave Pizzéra. — Sur la contamination syphilitique de l'embryon et du fœtus. Thèse de Lyon 1932. Imprimerie de Trévoux, éditeur.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique médicale : VI. *Cœur et sang*, par Maurice LOEPER, avec la collaboration de MM. A. LEMAIRE, E. DONZELOT, Ch. AUBERTIN, A. CLERC, G. MARCHAL, R. BOIGEY, M. MOUQUIN, P. EMILE-WEIL, A. TZANCK. Un volume de 312 pages avec 31 figures, 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

PREMIÈRE PARTIE. — *Les grandes médications* (M. LOEPER). — I. Introduction à la thérapeutique des maladies de la circulation. — II. L'asystolie et la digitale. — III. Insuffisance ventriculaire et ouabaïne. — IV. Les médicaments mineurs de l'insuffisance cardiaque.— V. Médications générales des cardiaques. — VI. Traitement de l'endocardite infectieuse — VII. Traitement de la syncope (A. Lemaire).

DEUXIÈME PARTIE. — *Régimes et diététique*. — I. Le régime des cardiaques et la nutrition du cœur. Sucre et insuline (M. Loeper). — II. Hygiène physique du cardiaque (M. Boigey).

TROISIÈME PARTIE. — *Traitement des troubles du rythme cardiaque*. — I. Les bradycardies et leur traitement (E. Donzelot). — II. Le traitement des tachycardies (C. Aubertin). — III. La quinine et la quinidine dans le traitement de l'arythmie complète (A. Clerc). — IV. Traitement des palpitations et des extrasystoles (G. Marchal).

QUATRIÈME PARTIE. — *Le sang*. — I. Le traitement chimique des anémies (M. Mouquin). — II. Traitement de la maladie de Biermer par l'hépatothérapie (P. Emile-Weil). — III. Transfusion sanguine, hémothérapie (A. Tzanck). — IV. La médication leucolytique (C. Aubertin). — V. Les médications hémostatiques (G. Marchal).

Le cancer du côlon droit. *Etude anatomo-chirurgicale*, par Jean GOSSET. Un volume de 326 pages avec 45 figures, 28 planches, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage repose à la fois sur l'étude de cinquante observations inédites représentant la statistique intégrale du Professeur Gosset et sur une discussion approfondie de l'évolution actuelle de la chirurgie colique en France et à l'étranger. Dans ce travail, essentiellement consacré à la thérapeutique chirurgicale des cancers du côlon droit, l'auteur a cependant été amené à reprendre en quelques brefs chapitres, certaines données anatomiques, anatomo-pathologiques et cliniques dont l'importance pratique est considérable : moyens de fixité, dont dépend la mobilisation de l'intestin, vascularisation artérielle et lymphatique qui règle l'étendue de la résection, anatomie pathologique et clinique qui montrent la gravité de ces tumeurs et les problèmes de leur diagnostic précoce.

Au point de vue du traitement, les indications des différentes méthodes sont longuement pesées et discutées. Comme il s'agit de néoplasmes dont les résultats opératoires éloignés sont bons, mais dont l'exérèse, souvent trop tardive est sérieuse et délicate, l'auteur donne nettement la préférence aux opérations larges, mais sûres, comme l'hémicolectomie avec iléo-transversostomie préalable. De même sont signalés tous les détails de technique ou de soins préopératoires qui peuvent abaisser la mortalité de l'intervention radicale tout en étendant ses possibilités et son champ d'action.

La technique de l'hémicolectomie en deux temps est enfin minutieusement exposée, classique dans ses grandes lignes, originale en quelques points, en particulier dans le mode de mobilisation colique.

Port-Royal, par Jean RACINE. Texte établi et présenté par M. GONZAGUE TRUC. Un vol. in-8 écu, 250 pages, de la collection « Les Textes Français », publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. Société Les Belles Lettres. Prix : 21 francs.

La collection « Les Textes Français » poursuit la publication de l'œuvre de Racine. Après les quatre volumes du *Théâtre*, désormais complet, elle donne, aujourd'hui, les écrits de Racine se rapportant à Port-Royal.

Chacun sait la sorte de drame qui s'est joué entre Racine et le Monastère où il passa les premières années de son éducation ; on sait aussi que, repentant, il a voulu consacrer à ses anciens maîtres de véritables apologies, après les avoir déchirés dans les deux lettres qui précisément sont à la tête de ce recueil. Il s'agit des deux *Lettres à l'Auteur des Hérésies imaginaires* et à ses « Apologistes ».

On trouvera, à la suite, l'*Abrégé de l'Histoire de Port-Royal* et diverses pièces annexées relatives à cette histoire. Cet ensemble présente pour l'historien le plus haut intérêt. Le simple lecteur prendra déjà à cette incomparable prose de Racine tout le plaisir et le profit que peut donner l'art littéraire.

Cette édition a été procurée par M. Gonzague Truc et revisée, conformément aux principes de l'Association Guillaume Budé, par M. Jean Morel. On trouvera toutes les discussions relatives au texte dans l'introduction. Ce texte a été établi toutes les fois qu'il a été possible d'après le manuscrit de Racine, et, en divers cas litigieux, c'est toujours le texte qu'eût en dernier lieu préféré Racine qui a prévalu. Il faut savoir, en effet, que l'*Abrégé* soumis par Racine à Boileau avait été, en plus d'un endroit, recopié et retouché par celui-ci. Le système critique de notre édition serre donc de plus près le texte même de Racine que ne l'avait fait l'édition Mesnard (Grands Ecrivains de la France.)

En outre, il a été tenu compte, à propos de l'*Abrégé*, de l'édition publiée en 1908 par Gazier, d'après un manuscrit préparé pour l'impression par Jean-Baptiste Racine, fils aîné du poète. L'éditeur explique pourquoi tout en utilisant cette édition, il n'a pas cru devoir en faire son texte de base.

Ajoutons enfin que c'est la première fois qu'on trouvera réunies dans

un volume de format commode toutes les pièces concernant le grand sujet de l'histoire philosophique et littéraire de la France : Port-Royal.

Revue d'Histoire littéraire de la France. Abonnement : France, 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro de janvier-mars 1933 : I. Ch. H. Boudhors : Observations et recherches sur le « Discours des passions de l'Amour » attribué à Pascal. — H. A. Grubbs : La genèse des « Maximes » de La Rochefoucauld. — Antonin Debidour : Une source probable des « Burgraves ». — Georges Thouvenin : La légende orientale de Nemrod et « le Glaive » de Victor Hugo. — II. Mélanges. — Les Italiens de 1604 à l'Hôtel de Bourgogne (R. Lebègue). — Note sur Pascal traducteur de la Bible (J. Dedieu). — Correspondante inédite entre Thomas Barthe (1759-1785) (*suite*) (M. Henriet). — Callot, Aloyius Bertrand, Baudelaire Mallarmé et Valery (Robert Gavelle). — Autour du titre «Le Rouge et le Noir » (H. Jacouret). — La « Duplicité » de Lamennais (G. Charlier). — Note sur les sources de Victor Hugo et sur un disciple récent du spiritisme hugolien (Denis Saurat). — Note baudelairienne (A. Ferran). — Une source de Leconte de Lisle (P. Jourda). — III. Comptes rendus. — IV. Chronique. Informations.

La Petite Histoire. **Femmes** (Amours évanouies), par G. Lenôtre. Un vol. in-8°, couverture illustrée, 4 hors-texte en hélio. 15 francs. Editions Bernard Grasset, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

La série de « La Petite Histoire » que G. Lenôtre inaugura si magistralement avec *Napoléon* (croquis de l'Epopée) s'enrichit d'un livre tout différent, mais d'une extrême réduction.

Femmes : images de grandes et de petites dames qui furent aimables et aimées et n'ont fait que passer dans l'Histoire.

On y voit des reines et des bourgeoises, des artistes et des bas-bleus, des comédiennes et des sujets d'Opéra folâtres ou malheureuses, coquettes ou tragiques, ces figures si diversifiées par leur provenance et si unifiées par leur désir de plaire possèdent toutes un trait commun, la courte illusion du bonheur !

La diathermie et ses applications médicales, par le Docteur Duhem. Deuxième édition, entièrement revue et augmentée. Un volume in-8 (20 × 13) de 147 pages, avec 37 figures : 20 francs. Librairie Gauthier-Villars, 55, Quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

Dans ce travail, l'auteur laisse volontairement de côté toutes les applications de tension des courants de haute fréquence, qui feront l'objet d'une publication ultérieure. Il n'envisage que les applications purement médicales de la diathermie, champ déjà très vaste que l'auteur aborde après avoir étudié le mécanisme de la formation des ondes de haute fréquence à travers un circuit électrique oscillant, et après avoir décrit les principaux appareils de diathermie utilisés dans la pratique courante.

Il montre que les indications thérapeutiques de la diathermie découlent directement de ses propriétés physiologiques , et il donne de précieuses indications pratiques pour l'application correcte et inoffensive de ce mode de traitement.

Dégagé de toutes préoccupations purement théoriques, ce petit livre, court et précis, est le fruit de l'expérience personnelle déjà longue de l'auteur. Il pourra rendre de précieux services au médecin praticien en lui indiquant toutes les ressources qu'il peut tirer d'un procédé d'électrothérapie qui tend à juste titre à se répandre de plus en plus.

Table des Matières.



Au total, l'exposé de cette controverse montre à la fois que le doute subsiste encore et que la syphilis germinative n'est pas théoriquement impossible.

2) **L'avortement des premiers mois.** — Cette conclusion conduit à admettre la possibilité de cet avortement encore qu'il puisse relever d'une syphilis chorio-placentaire, éventualité que l'auteur envisagera plus loin.

Rietschel, Thomsen (Copenhague), Eric Hoffmann ont nié l'étiologie syphilitique des avortements précoces. De même, dans un travail où il passe en revue nombre d'opinions médicales, Zappert conclut : « il faut admettre... que l'avortement syphilitique se fait dans la deuxième moitié de la gestation ». C'est aussi le résultat des recherches que Trinchese a poursuivies avec les procédés les plus modernes.

Peut-être est-ce aller bien loin : l'action abortive précoce de la syphilis, que dénoncent tous ces traités classiques, semble être démontrée par trois ordres d'éléments :

Cliniques : Certes nombre d'avortements, même répétés, relèvent de causes physiologiques ou infectieuses extrasyphilitiques que l'examen permet de retrouver. Mais il est des avortements suspects, des expulsions d' « œufs clairs » qui doivent faire songer à la syphilis. Les femmes qui font ces avortements ont, d'après les recherches de M. Pizzéra, un Wassermann positif dans 27 % des cas. La valeur diagnostique de cette réaction appelle sans doute des réserves mais elle est souvent confirmée par l'heureuse influence du traitement antispécifique sur l'évolution des grossesses ultérieures. La seule objection sérieuse est que ces avortements traduisent une syphilis de l'endomètre, donc maternelle et non fœtale.

Parasitologiques : « Il est un fait, c'est qu'on n'a jamais trouvé de tréponèmes... dans les fœtus des premiers mois » même si la mère était manifestement vérolée. Les recherches de M. Pizzéra sont d'accord là-dessus avec toutes les recherches antérieures.

Néanmoins, rien ne permet de rejeter l'hypothèse d'Hochsinger : que le fœtus puisse être infecté par la forme granulaire ou invisible du virus syphilitique. Des inoculations sont à faire qui pourront même la confirmer.

Anatomo-pathologiques : L'existence de lésions syphilitiques sur les placentas de moins de 5 mois a aussi été niée, en particulier par Thomsen (1905). Par contre on observerait des lésions d'endométrite syphilitique intense capables d'amener la chute d'un œuf non encore contaminé (Monckerberg et Avilès).

A dire vrai, l'absence de lésions placentaires spécifiques n'est pas un argument de valeur car les travaux de Nélis, Perez, Nattan-Larrier et Brindeau tendent à prouver qu'il n'y a pas de lésions placentaires caractéristiques de la syphilis.

Par contre l'existence certaine d'une endométrite syphilitique serait un argument de poids contre la syphilis embryonnaire. Mais les précisions nous manquent sur les caractères de cette endométrite et, de ce fait, il nous est encore impossible de nier avec certitude l'avortement syphilitique précoce. Seul persiste un doute sur sa pathogénie.

3) **Les grossesses gémellaires.** — Leurs rapports avec la syphilis sont reconnus, en ce qui concerne les univitellines, par la majorité des auteurs : par Grancher, Marfan, Hutinel, Bar, Couvelaire et Gallo... pour ne citer que ceux-là.

Mais M. Pizzéra se propose surtout d'étudier ici ces cas où deux jumeaux, nés d'une mère syphilitique, ne participent pas également à l'infection maternelle. Ces cas, qui font penser à une transmission « germinative ovulaire », sont d'ailleurs rares et mal connus.

Finger les divise en deux groupes : 1° où les enfants présentent tous deux une syphilis dont les manifestations diffèrent soit par le moment d'apparition, soit par l'intensité ; 2° où l'un des jumeaux est syphilitique et l'autre absolument sain.

Mais avec Halsund il faut reconnaître que la base scientifique de ces faits manque trop souvent : la surveillance de l'enfant sain n'a pas été assez prolongée, l'examen de l'arrière-faix n'a pas été pratiqué. De sorte que les observations à retenir sont en petit nombre : celles de Cassel, de F. Weiss et d'Orrel sur des uni-vitellines ; celles de Gusserow et Nagel, de Martin, de Paucot sur des bi-vitellines. Il s'en dégage cette conclusion que « dans la grossesse uni-vitelline, les jumeaux sont ou tous deux syphilitiques, ou tous deux complètement exempts de syphilis... ; dans la grossesse bi-vitelline, seule, on peut voir la naissance d'un jumeau infecté, tandis que l'autre reste sain ». En effet, dans le premier cas un seul ovule est fécondé et le placenta est unique. il s'ensuit que les deux produits doivent être contaminés ; dans le second, deux ovules sont fécondés, il existe deux placentas, aussi la contamination peut-elle n'atteindre qu'un des jumeaux. Pour expliquer cette infection unique on peut invoquer une transmission germinative ovulaire et c'est pourquoi l'auteur a placé ici l'étude des grossesses gémellaires. Mais on peut aussi accepter l'hypothèse d'une transmission placentaire, hypothèse que la connaissance de certains faits vient étayer. C'est d'abord l'observation de cas de variole maternelle transmise à un seul des jumeaux et dont Vinay a bien précisé le mécanisme : il réside dans la résistance différente des deux placentas.

La transmission du streptocoque est également possible dans les mêmes conditions (obs. de Chambrelent). En présence de ces faits, il est difficile d'invoquer pour la syphilis une pathogénie différente et de ne pas voir « dans ces gémelliparités particulières, un simple mode de transmission par voie diaplacentaire ».

C) *Syphilis hématogène chorio placentaire*

L'auteur va grouper sous ce titre tout ce qui a trait à la contamination de l'embryon ou du fœtus par la voie sanguine maternelle.

La prépondérance de ce mode de transmission a été reconnue dans la première moitié du XIXe siècle par Astruc, Bell, Swediaur, Bertin, Michel Cullerier, Lagneau, Cazenave, Gibert, Ricord et un peu plus tard par Cullerier fils et le Norvégien Dewre. Depuis une trentaine d'années Matzenauer s'en est fait le défenseur ardent. Augagneur, Carle, Herich, Hoffmann ont suivi et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle ce mode de transmission est universellement admis. Cependant quelques points restent encore à préciser selon que la mère a été contaminée avant ou après la conception :

1) *La syphilis maternelle anticonceptionnelle* est intéressante à un triple point de vue :

a)) D'abord en ce qui concerne la durée de son pouvoir de transmission. Pour Kassowitz (1875) cette durée serait de quatorze ans au maximum après lesquels la faculté de transmission disparaîtrait spontanément. Diday et Roger ont bien décrit cette disparition progressive qu'une statistique d'A. Fournier vient confirmer.

En réalité il s'agit plutôt d'une diminution de la nocivité comme le montre une deuxième statistique de Fournier. Quinze, vingt ans après le chancre on peut encore observer, quoique plus rarement que dans les premières années, des accidents de la gestation. Des observations de Ribemont Desaigne et de Grefberg (Helsingfors) en font foi et l'on en retrouve de semblables dans la thèse lyonnaise de Beringer (1907).

Ces diverses conclusions auxquelles l'auteur souscrit pleinement, concernent autant les syphilis latentes que les syphilis virulentes. C'est que ces formes latentes reçoivent au moment de la gestation, ou plutôt de la fécondation ovulaire, un véritable coup de fouet.

b) Le second point, c'est l'alternance chez des femmes syphilitiques, de grossesses normales et de grossesses pathologiques. Cette alternance n'a pas été reconnue par Kassowitz. Elle est au contraire admise par A. Fournier, Finger, Rosinski et Matzenauer et, de fait, il est des observations probantes. Certaines de ces observations traduisent

l'influence d'un traitement antisyphilitique régulièrement suivi d'abord, puis abandonné. Mais la plupart relèvent de l'alternance de périodes de latence et d'activité dans l'évolution de la syphilis. Toutefois, cette pathogénie cadre mal avec ce que nous savons de l'influence stimulante de la grossesse sur la syphilis (Fournier, Bertin). Aussi faut-il plutôt incriminer, comme dans certaines grossesses gémellaires, une résistance spéciale du placenta. L'auteur ne conclut pas mais retient « que la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant n'est pas obligatoire ».

c) Enfin, troisième point, il faut envisager le problème de la transmission chorio-placentaire proprement dite.

On sait que l'œuf fécondé, enfoui dans l'endomètre maternel est limité par une membrane épithéliale complexe : le trophoblaste. Celle-ci est bientôt soulevée en de multiples saillies par des évaginations — vascularisées dès la quatrième semaine — du mésoderme chorial. Ces saillies, à la fois épithéliales et mésodermiques, sont les villosités choriales jeunes ; d'abord étendues à toute la surface de l'œuf, elles se limitent bientôt à la zone qui deviendra le placenta, zone des échanges fœto-maternels.

A l'opposé de la conception de Fournier, des travaux nombreux ont montré que cette zone ne met pas en communication directe la circulation de la mère et celle du fœtus. Entre-elles s'interposent toujours les deux assises épithéliales de la villosité : couche profonde de Langhans et syncytium. Mais à partir des quatrième et cinquième mois la couche de Langhans présente des brèches et le syncytium des zones d'inégale épaisseur. Au voisinage du terme la barrière est même devenue très mince facilitant les échanges normaux et malheureusement aussi les transmissions pathologiques.

Le *mécanisme de la transmission chorio placentaire* a été élucidé par divers travaux sur le passage de la mère à l'enfant du charbon symptomatique, du bacille typhique, du pneumocoque et du streptocoque. On sait depuis que le placenta n'est pas une barrière infranchissable et que ses lésions ne sont pas nécessaires.

Les travaux de Dumolard et Vialet, Nicolas, Favre, André, Levaditi et Sauvage, Jambon, ont de leur côté, montré que le spirochète pouvait passer de la mère à l'enfant. Apporté au placenta par le sang maternel il le franchit et, par la veine ombilicale, vient infecter le fœtus chez lequel on le trouvera en effet en particulière abondance au niveau du foie, de la rate et des poumons. Pour Rietschel, qui a trouvé des spirochètes dans la gélatine de Wharton, l'infection se ferait par la voie lymphatique.

Quant aux lésions placentaires : hypertrophie, péri et endartérite, envahissement du tissu muqueux par des cellules embryonnaires, etc., etc., elles sont toutes contestées. Est-il besoin de leur existence, d'ailleurs, quand on sait la facilité pour le tréponème, à franchir les barrières les plus résistantes de l'économie, en particulier les méninges ? Les lésions du cordon ombilical seraient peut-être plus précises. On connaît la fonte de la gélatine de Wharton, l'infiltration leucocytaire des tuniques vasculaires et de la gélatine du cordon, l'artérite et les lésions veineuses. Pour Thomson elles auraient une certaine valeur moins par leurs caractères spécifiques que par l'extrême rareté des diverses autres infections à les provoquer. Il faut aussi reconnaître que Manouélian, par trois reprises, a mis le tréponème en évidence dans une inflammation localisée du cordon ombilical.

Il faut d'ailleurs opposer l'absence habituelle du tréponème au niveau du cordon et surtout du placenta à sa présence si fréquente dans les tissus fœtaux. Peut-être cela tient-il à ce que ces tissus sont pour lui un terrain de culture extrêmement favorable. Mais c'est aussi qu'il existe au niveau du placenta des phénomènes de spirochétolyse intense.

En étudiant la *date à laquelle se fait la transmission*, nous abordons, convient l'auteur, le domaine de l'hypothèse. En effet cette transmission ne paraît guère probable avant le quatrième ou le cinquième mois car, avant cette période, on n'a jamais pu, sauf une fois (Gräfenberg), mettre le tréponème en évidence dans les organes fœtaux. Peut-être marque-t-elle le début de phénomènes physiologiques favorables à la pénétration et au développement du virus. A ce point de vue deux constatations s'imposent :

La première, déjà exposée, c'est la transformation du trophoblaste qui facilite le passage du spirochète. Mais ce passage ne pourrait-il avoir lieu plus tôt ? On sait, par la culture d'organes, que la contamination du fœtus par la fièvre typhoïde peut se faire dès le troisième mois. On sait par les études récentes sur les formes « granulaires » du virus tuberculeux, que celui-ci peut filtrer facilement à travers le placenta. Dès lors pourquoi ne pas admettre qu'une des formes analogues du virus syphilitique ne puisse elle aussi contaminer le fœtus dans les premiers mois ?

La seconde constatation est basée sur l'étude, par Noël et Pigeaud (1931) du fonctionnement du foie fœtal. Leur conclusion est que la cellule hépatique entre en activité glandulaire vers le cinquième mois. Faut-il en conclure que le développement du tréponème ou ses mutations morphologiques en sont fovorisés ?

En résumé, un fait est certain, l'absence du spirochète classique chez le fœtus avant le quatrième mois. Mais la notion des formes nouvelles du virus syphilitique ne nous permet pas d'en déduire l'absence de contamination d'autant que certains faits cliniques sont assez troublants. M. Pizzéra veut parler de ces hémorragies intracraniennes du fœtus qui, dans 75 % des cas, relèvent de la syphilis et dont nous possédons sept observations chez le fœtus expulsé entre trois et cinq mois (Thèse de Pigeaud, 1926). Dans deux cas, au milieu de la nappe sanguine existait même un nodule à plasmocytes. La septième observation, rapportée par l'auteur, montre : chez la mère une syphilis manifeste, chez le fœtus de quatre mois une hémorragie méningée intracranienne avec des plasmocytes dans l'extravasat sanguin. L'intensité du développement de ces lésions permet en plus de dire que la contamination remontait aux premiers temps de la gestation. A ce propos, il existe une observation (Thèse de Dayras) où les lésions tératologiques constatées font penser à une contamination au cours des deuxième ou troisième mois de la vie intra-utérine.

Au total, si tous ces faits ne permettent pas de conclure fermement ils font tout de même présumer de la réalité d'une contamination chorio placentaire antérieure au quatrième mois.

2) *La syphilis maternelle « post-conceptionnelle »*, appellation qui prête à l'équivoque, désigne la contamination de la mère puis du fœtus au cours de la gestation.

Niée par Mandon en 1856, par Kassowitz en 1875, elle est admise par Cullerier, Charrier, Chabalier, A. Fournier et considérée comme exceptionnelle par Rosinski (1902). Cependant la tendance moderne, après celle de Finger, de Matzenauer... est de reconnaître sa possibilité. C'est même dans cette éventualité que les lésions placentaires, ci-dessus étudiées, seraient typiquement rencontrées.

Le point intéressant est de savoir « jusqu'à quelle époque de la gestation l'infection syphilitique maternelle peut être transmise à l'enfant ». Aux temps où la syphilis n'était considérée comme « constitutionnelle » qu'à partir du deuxième mois après l'apparition du chancre, on admit que cette transmission devenait impossible dans les deux derniers mois de la grossesse. Or, dès 1898 des observations recueillies par Finger montraient que la syphilis maternelle contractée au huitième et neuvième mois pouvait contaminer le fœtus. Les observations postérieures de Jersild, de Buschke et Fischer, de Lesse, de Fieux et Mauriac concluent de la même façon.

C'est qu'en réalité, l'infection sanguine est réalisée très tôt au cours de la syphilis : au plus tard six semaines après l'inoculation. On conçoit donc que le fœtus puisse être contaminé dès la période du chancre (statistique de Bobric et observation personnelle de l'auteur) Cependant sur cet organisme fœtal très évolué la syphilis a moins de virulence que sur le tout jeune embryon.

C. — Syphilis intra partum

C'est à Rietschel que nous en devons la conception. La contamination se ferait au moment du travail, lors des contractions utérines sur un placenta altéré ou légèrement déchiré. Les travaux de Schmorl, Aschoff, Bunge, Geipel montrent que ce mode de transmission est à la base de certaines syphilis héréditaires. Cliniquement, l'inoculation de cette syphilis hématogène serait plus courte que celle de la syphilis commune de l'adulte.

Quoiqu'il en soit, cette théorie ne s'applique guère qu'à des cas exceptionnels, en particulier ceux de syphilis congénitale à manifestations cliniques retardées.

De la *contamination au passage*, véritable « syphilis acquise du nouveau-né », l'auteur dira quelques mots car, pendant toute une époque, il fut admis que c'était le seul mode de transmission de la syphilis au fœtus. En vérité de l'avis de la plupart des syphiligraphes il est exceptionnel.

On l'observe lorsque la mère présente une lésion contagieuse génitale au moment de l'accouchement. L'enfant, indemne jusque-là, est infecté au niveau d'une excoriation du cuir chevelu pendant la période de dégagement (Hasinord). Se basant sur la notion d'une immunité transmise de la mère au fœtus, M. Bonnet a précisé que la lésion maternelle devait être un chancre de moins de dix jours. En réalité cette notion d'immunité est très discutable et la contegion peut se faire à n'importe quelle période chez des anfants qui par hasard n'ont pas été infectés antérieurement.

Enfin la thèse d'une *superinfection*, d'une *contamination mixte* : congénitale et acquise, a été défendue par Fric Hoffmann.

Le nouveau-né présenterait : 1° une syphilis hématogène récente, donc encore sans immunité cutanée ; 2° un chancre contracté au moment de l'accouchement en raison même du manque d'immunité. Cette thèse peut être justifiée par l'observation probante de Schilling et Paul Hoffmann où le nourrisson montrait, associés, des signes de syphilis viscérale congénitale. Mais c'est là « une variété rare et exceptionnelle de l'infection ».

***

Une mère d'enfant congénitalement syphilitique est-elle, elle-même, obligatoirement syphilitique ?

Après avoir admis que la syphilis évidente de la mère influe sur le produit de conception, il est nécessaire de rechercher si un enfant hérédo-syphilitique est toujours engendré par une mère syphilitique. C'est la thèse de Cullerier et Matzenauer, c'est aussi celle de MM. Augagneur et Carle, de Lyon. Par contre, elle n'est pas évidente pour Kassowitz, Hochsinger et d'autres. Devant ces contradictions, une double enquête s'impose :

A) Enquête clinique. Elle met d'abord en évidence l'extrême difficulté du diagnostic des premières manifestations de la syphilis chez la femme, soit qu'il s'agisse de syphilis décapitée, soit qu'il s'agisse plutôt de chancres nains ou qui siègent profondément, dans 60 % des cas (Lassav), l'affection n'est reconnue qu'au stade tertiaire. On conçoit donc, avec Pinard et Girauld, que chez la femme le diagnostic de syphilis soit extrêmement difficile et que, si la surveillance prolongée fait défaut, on affirme trop vite l'intégrité de son organisme.

Ces réserves faites, il existe cependant des observations troublantes d'enfants syphilitiques nés de mères apparemment saines ; celle d'Almkrist en 1929, celles de Bab, de Bory, d'ailleurs plus discutables, celle de Lévy-Solal et Tzanck.

D'autres arguments sont tirés des « *exceptions à la loi de Colles* », c'est-à-dire des cas de contamination de la mère par l'enfant au cours de l'allaitement. Si beaucoup d'observations anciennes sont trop imprécises, celles de King, de Merz, de Steinthal, de Rogina, de Gaucher, citées par l'auteur, sont à retenir ainsi que celles de Gougerot bien qu'il subsiste encore des doutes sur l'état de santé de la mère avant la gestation. Cependant une observation de Selenew en 1910 est complète et ne peut être critiquée.

A ces arguments, ceux d'une « récidive locale » (Matzenauer), d'une « superinfection » ou d'une « réinfection » (Hutchinson, Bruck, Rietschel) ont été opposés. L'hypothèse d'une récidive locale ne saurait être retenue si l'on songe aux caractères du chancre redux : récidive *in situ*, dix à treize jours après le premier accident. Peut-on admettre que celui-ci ait pu passer inaperçu au niveau du sein ? Et survenant au moment des suites de couches, comment pourrait-il avoir causé une syphilis congénitale ? Le cas d'une réinfection n'est pas non plus à discuter car elle supposerait un organisme guéri, donc incapable d'avoir contaminé le fœtus. Reste l'argument d'une superinfection. On sait qu'elle est admise aujourd'hui et l'observation a même révélé qu'elle est fréquente dans les premiers jours du chancre, plus rare au moment des accidents secondaires, très rare dans la période tertiaire, impossible dans la quaternaire. D'autre part, la lésion de réinoculation est du même type que les lésions de la période à laquelle elle survient. C'est pourquoi il est difficile d'admettre, dans le cas qui nous occupe, que le chancre du mamelon traduise une réinoculation. Il faudrait en effet que la syphilis de la mère fût de date récente et dans ce cas elle n'aurait pas encore eu le temps de contaminer le fœtus.

En résumé, après examen des diverses objections, l'auteur conclut à l'authenticité de certaines exceptions à la loi de Colles.

B) Enquête sérologique. Elle tire toute son importance des difficultés rencontrées à pouvoir affirmer la syphilis chez la femme sur le seul examen clinique. L'auteur n'étudiera que la réaction de Bordet-Wassermann.

Lesser et Blumenthal ont été les premiers à pratiquer cette réaction chez des mères apparemment saines d'enfants syphilitiques et l'ont trouvé quelquefois positive. Thomson et Boas, Bering rapportent des observations analogues. L'ensemble des recherches de Knopfelmacher et Lehndorf aboutit à un Wassermann positif dans 72 à 91 % de ces cas. Enfin, une observation d'Engelmann et de nombreuses de M. Carle montrent encore un Wassermann positif chez des mères saines en apparence.

Mais pour que de tels faits aient toute leur valeur, deux points sont à préciser :

1 Le Wassermann est-il toujours positif chez une mère d'enfants syphilitiques ? A lire certaines stastistiques (Bauer, Rietschel, Frankl, Opitz, Levaditi, etc.), on pourrait le supposer. Pourtant d'autres sont moins élevées, celle de Swift (60 %), celle de Carster et Lesser (74 %), celle d'Almkrist. Les recherches de l'auteur aboutissent à un pourcentage de 72 cas sur 100. C'est dire « qu'une mère cliniquement saine peut donner naissance à un hérédo-syphilitique, sans que son Wassermann soit obligatoirement positif.

2) Réaction de Wassermann et puerpéralité. Quelle valeur faut-il accorder à une réaction positive chez la femme enceinte ? Ce problème est loin d'être résolu :

a) Le Wassermann aurait au cours de la puerpéralité, la même valeur qu'à l'état normal. C'est la conclusion de Harold, Boas, Gammeltoft, Kareh Sieck, Nobécourt et Bonnet, Dujol et Laurent.

b) Au cours de la puerpéralité le Wassermann deviendrait négatif. Telle est l'opinion de Bar et Daunay et celle de Vignes.

c) L'état de gestation rendrait positives les réactions de Wassermann (Krukenberg et Brunner, Strummer et Dreyer Wielock, Zanger et Bunzel). Mais ces réactions positives seraient susceptibles de disparaître dans les suites de couches.

De ces opinions contradictoires « on peut que conclure à la valeur bien relative de la réaction de Wassermann dans le diagnostic de syphilis, surtout au cours de la puerpéralité ».

***

La contamination de la mère par l'enfant

Lorsque la mère est indemne, la syphilis du fœtus peut la contaminer au cours de la gestation par l'intermédiaire du placenta, voie d'échanges dans les deux sens. On a décrit :

A) La syphilis « conceptionnelle » précoce, c'est le « choc en retour » de RICORD, admis par HUTCHINSON (1856) mais surtout précisé par DIDAY et Alfred FOURNIER. Leur conception repose sur les données cliniques suivantes : « l'apparition primitive d'accidents secondaires chez une femme en cours de gestation qui accouchera ultérieurement d'un enfant syphilitique ».

A l'opposé, ROSINSKI et surtout MATZENAUER ont nié absolument la syphilis conceptionnelle. Pour MATZENAUER les accidents secondaires ne traduisent pas une infection d'origine fœtale mais une syphilis acquise de la mère et dont le chancre est passé inaperçu. C'est du reste l'opinion communément reçue aujourd'hui. Des derniers négateurs, on peut d'ailleurs réfuter les arguments.

a) L'absence de chancre initial ne prouve pas l'origine hématogène de la syphilis chez la mère mais notre impuissance à mettre chez elle cet accident primitif en évidence. Au surplus l'apparition des signes secondaires dans les premiers mois de la gestation n'est pas en faveur de la syphilis conceptionnelle car l'embryon est à peine évolué tandis que la maladie de la mère est à un stade très avancé.

b) L'apparition d'accidents syphilitiques au cours de la gestation seulement chez des femmes mariées depuis longtemps à des syphilitiques ne traduit pas une infection d'origine fœtale mais la « réactivation » d'une syphilis latente et ancienne.

B) La syphilis « conceptionnelle tardive ». Elle se caratérise par l'apparition d'accidents tertiaires longtemp après l'accouchement, par une femme cliniquement saine d'un enfant syphilitique.

Depuis Berhend et Hutchinson de nombreuses observations de cette variété de syphilis ont été publiées. A toutes, on peut objecter que les accidents secondaires peuvent, comme le chancre, être méconnus chez la femme. Les accidents tertiaires viendraient, là encore, révéler une syphilis latente.

En somme, l'examen des divers arguments donnés en faveur de la syphilis « conceptionnelle », s'il ne permet pas de la nier, oblige du moins à la considérer comme une modalité très rare, pour ne pas dire historique, de la syphilis congénitale.

***

La contamination de l'enfant par le père.

Dans cette théorie la contamination du fœtus se fait par le sperme. La mère est indemne sauf dans le cas de syphilis conceptionnelle.

Si l'on considère l'ensemble des travaux sur cette question depuis le XVIe siècle (Paracelse) jusqu'au XIXe, on voit que la majorité des auteurs se rallie à la thèse de la contamination mixte. Parmi eux Kassowitz est le premier à avoir exposé en maître la conception d'une transmission germinative de la syphilis.

Mais le mémoire de Matzenauer, en 1903, est venu détruire la thèse de la contamination mixte et autour de lui se sont groupés Carle, Eric Hoffmann, Thomsen, Eric Muller, Lewis, Rietschel.... Toutefois il reste de nombreux opposants. Sans prendre parti, l'auteur va essayer de « voir, dans quelle mesure, la contamination de l'enfant par le père reste possible » en étudiant les trois arguments : contagiosité du sperme, répartition des tréponèmes dans le placenta, observations cliniques.

A) Le sperme. Niée par nombre d'auteurs, sa *contagiosité* s'est montrée réelle pour Finger et Landsteiner dans leurs inoculations au singe. Du reste le tréponème peut être décelé dans le sperme à l'examen direct (Pinard, Landsteiner et Unna, Matzenauer, Jean-Etienne Marcel). Waldein l'a retrouvé dans les testicules, macroscopiquement sains, de syphilitiques. Enfin les observations de Finger, celle de Pinard, de Marcel prouvent cliniquement cette contagiosité. Et les objections tirées de la complexité d'origine du liquide spermatique, du choix de l'animal inoculé, de la rareté des examens positifs, de l'infection relativement rare du vagin et du col utérin par ce sperme contagieux, ces objections ne peuvent faire rejeter la thèse de la contagiosité.

Est-elle admise, d'ailleurs, que le problème de la transmission héréditaire de la syphilis par le sperme reste entier. On n'a jamais pu, en effet, démontrer la présence du tréponème dans la tête du spermatozoïde. Peut-être chemine-t-il près du gamète (Lévy-Solal, M. Pinard).

Peut-être, comme le suppose Hochsinger, fait-il place à une autre forme morphologique du virus. Ce ne sont là que des hypothèses rendues peu vraisemblables par ce fait que l'œuf contaminé ne devrait guère être capable de se développer.

B) Le placenta. Le fait à noter ici, c'est que, dans les rares cas où ils peuvent être décelés dans le placenta, les spirochètes sont toujours plus nombreux dans le placenta fœtal que dans le maternel (Wallich et Levaditi, Paschem, Schaudinn, Ménétrier, Rubens-Duval, Nattan-Larrier, Brindeau). Et ce fait n'est guère en faveur d'une transmission d'origine maternelle puisque « le courant des parasites (?) devrait théoriquement décroître du placenta maternel au placenta fœtal ».

En réalité, cette inégalité de répartition traduit l'affinité du tréponème pour les tissus du fœtus qui sont, pour son développement, un « terrain » plus favorable que les tissus maternels. D'ailleurs, c'est au niveau de la veine ombilicale, vaisseau qui amène le sang au fœtus, c'est au niveau du foie, organe directement en rapport avec cette circulation « d'arrivée », que l'examen montre avec élection des tréponèmes. Il semble donc bien qu'ils soient passés de la mère à l'enfant.

C) Les faits cliniques. Certains que nous connaissons déjà — la syphilis par « choc en retour », les cas d'hérédo-syphilitiques nés d'une mère saine — ont été invoqués et nous savons ce qu'il faut en penser.

Restent quatre groupes de faits que l'auteur passe en revue :

1° La naissance d'enfants syphilitiques d'une mère indemne et d'un père infecté. Quelques observations en ont été données, en particulier celles de femmes qui, d'un mari syphilitique, ont des enfants syphilitiques puis, d'un mari sain, des enfants sains. Ces cas sont d'ailleurs rares et la fréquence d'une syphilis occulte chez la femme, la possibilité pour l'enfant de ne pas participer à l'infection maternelle appellent quelques réserves. Du reste on ne trouve que deux fois, dans des observations de Gougerot, la formule démonstrative : Wassermann père positif, Wassermann mère négatif, Wassermann enfant positif, ce qui montre l'extrême rareté de ces éventualités cliniques.

2° L'influence de la thérapeutique antisyphilitique sur la santé des enfants nés après que le père s'y est soumis a aussi été invoquée (Kassowitz, Finger, Fournier, Hochsinger...) En réalité cette intégrité de l'organisme des enfants peut relever de l'amoindrissement de la virulence d'une syphilis maternelle latente et non traitée (Matzenauer). Et d'ailleurs, si l'on compare les résultats du traitement fait au père, à ceux du traitement fait à la mère — qui sont magnifiques — l'idée d'une transmission uniquement maternelle vient à l'esprit.

3° Les exceptions à la loi de Colles et les grossesses gémellaires. Les premières apportent un argument d'importance mais nous avons vu qu'elles étaient exceptionnelles. Quant à la participation inégale des jumeaux à l'infection syphilitique, sa valeur est moins grande. Si la grossesse uni-vitelline est de nature syphilitique et traduit la fécondation de l'ovule par ces spermatozoïdes à double queue surtout rencontrés dans le sperme des syphilitiques (Deluca et Widakowich), ces deux caractères ont été niés par Bertin de sorte qu'on ne peut conclure.

4° Les dystrophies par syphilis *ex patre*. Cette concep-

tion est défendue actuellement par Finger (1923) qui divise en trois groupes les hérédo-syphilitiques : *a*) Enfants présentant des signes manifestes de syphilis ; *b*) enfants présentant à la fois des signes de syphilis et des stigmates de dégénérescence ; *c*) enfants qui meurent prématurément de façon inexplicable ou qui présentent des malformations diverses : pied bot, spina-bifida, hydrocéphalie, idiotie, infantilisme psychique.

Ce troisième groupe relèverait d'une syphilis du père tandis que la mère échapperait à l'infection. Et, toujours pour Finger, l'altération biochimique des cellules germinatives mâles en serait la cause. Mais cette altération a été niée de même que l'origine spécifique de certaines de ces dystrophies.

Au total il existe sans conteste des arguments d'ordre expérimental et clinique en faveur de la transmission *ex patre*. Mais les arguments sont de si petit nombre et s'appliquent à des observations tellement restreintes qu'il faut adhérer, presque sans réserves, à la thèse de la transmission maternelle.

***

Les « lois » de Colles et de Proféta.

Quelques pages sur ces deux « lois » trouvent en effet naturellement leur place dans une étude de la syphilis congénitale.

« Loi » de **Colles-Baumès**. — L'Anglais Colles en 1837 et le Français Baumès en 1840 ont constaté et noté que la mère d'un enfant syphilitique ne contractait jamais, en le nourrissant, de chancre sur le sein. De cette double constatation, c'est Diday qui le premier a fait une « loi ». De même c'est Caspary, Finger, Neumann qui, plus tardivement, ont prétendu l'expliquer par des phénomènes d'immunité. En réalité les vieux auteurs n'ont jamais considéré cette invulnérabilité maternelle que comme une preuve de syphilis latente. C'est d'ailleurs l'opinion moderne.

« Loi » de **Proféta**. — Médecin syphiligraphe à Palerme, Proféta a exposé en 1865, dans un mémoire, que l'enfant apparemment sain d'une mère syphilitique n'était jamais infecté par elle au cours de l'allaitement ni par une nourrice syphilitique. Sur la pathogénie de ce phénomène, déjà observé cinq ans plus tôt par Berhend, il n'a émis aucune hypothèse. Là encore, ce n'est que plus tard que paraît l'idée d'une immunité transmise par la mère à l'enfant. (Thèse d'Augagneur. thèse de Mlle Sabin). En réalité cette immunité est une illusion et de tels enfants doivent être considérés comme des syphilitiques.

Quant à la portée pratique de la « loi », sa valeur reste entière et nous devons conclure qu'un hérédo-syphilitique « peut et doit être nourri par sa mère ».

L'idée de l'immunité dans la syphilis, rencontrée au cours de cette étude, est, au terme de celle ci, exposée par l'auteur. Cette immunité diffère de l'immunité des autres maladies qui persiste après leur guérison : liée à la présence du spirochète dans les tissus, elle disparaît avec la guérison (Truffi). Ce n'est en effet qu'une pseudo-immunité traduisant un stade latent de la maladie (Neisser).

Et, de fait, jamais on ne trouve d'anticorps dans les humeurs du syphilitique. La réaction de Wassermann qui passait pour une preuve de leur existence ne fait que traduire la présence des spirochètes.

Toutefois, la résistance aux réinfections est un fait au cours de la syphilis. Peut-être est il explicable par le développement d'immuni-corps non point dans les humeurs des malades mais dans les cellules de leurs tissus. C'est la thèse de Truffi et, pour Morhardt (1929), cette immunité serait surtout fixée à la peau qu'elle gagnerait de proche en proche à partir du chancre.

En résumé l'immunité du syphilitique serait une immunité par infection. Dès lors une mère ne pourrait la transmettre à son enfant qu'en lui donnant la maladie et réciproquement. L'invulnérabilité de l'une et de l'autre exprimerait la participation à la même infection syphilitique.

***

Etat actuel de la question.

Après avoir exposé les notions des contaminations dans la syphilis héréditaire et constaté, à leur sujet, la diversité des opinions émises, l'instant est venu pour l'auteur de faire la synthèse de tous ces éléments et de tirer quelques déductions.

A) Il est des *déductions positives* admises sans grandes restrictions à l'heure actuelle : 1° C'est d'abord la « prépondérance de la part de la mère dans la syphilis congénitale ». La contamination peut avoir lieu à toutes les périodes de la syphilis maternelle ; fréquente au cours des syphilis jeunes, on l'observe encore dans les formes vieillies. Elle peut traduire une infection maternelle « post-conceptionnelle » qui lui donnera naissance bien avant la roséole.

Enfin cette contamination se fait par voie placentaire dans les cinq derniers mois de la gestation et les cas de « contamination au passage » sont exceptionnels.

2° « L'enfant issu d'une mère syphilitique est, le plus souvent, lui-même syphilitique. » Aussi devons-nous conserver toute sa valeur à la « loi de Proféta » en ce qui concerne l'allaitement du nourrisson par sa mère. Parfois au contraire sous l'influence d'un traitement antispécifique, du vieillissement de l'infection maternelle, voire même d'un hasard heureux, l'enfant naît absolument sain.

3° « Réciproquement une mère d'enfant syphilitique, est le plus souvent, elle-même syphilitique. » Cette syphilis peut être latente et ne se manifester qu'après la grossesse. Le Wassermann peut servir à la dépister mais sa valeur reste toute relative. Dans tous les cas cette syphilis à manifestations retardées ne traduit pas une infection « conceptionnelle ». Les observations d'enfants syphilitiques engendrés par des mères saines existent cependant mais elles sont très rares et d'interprétation délicate.

B) Des *déductions hypothétiques* peuvent être tirées de nos connaissances récentes sur le cycle évolutif du tréponème : 1° La transmission de la syphilis au fœtus avant le cinquième mois de la gestation a été niée. On n'a jamais trouvé qu'une fois en effet le tréponème dans les organes de fœtus expulsés prématurément. Pourtant les cas d'avortements à répétition, de fœtus macérés, les bons effets du traitement antisyphilitique amènent à penser que la syphilis est vraiment un facteur d'avortement. Il est vrai que celui-ci pourrait relever de lésions endométritiques. En réalité, actuellement, le fait de n'avoir pu mettre en évidence le spirochète dans l'organisme fœtal avant le cinquième mois ne constitue pas une preuve certaine de sa contamination. Quelques observations anatomo-pathologiques viennent à l'appui de cette hypothèse ; 2° « Le rôle du père dans la transmission de la syphilis est incertain et discutable ». Nous n'avons aucune preuve que le spirochète soit véhiculé par le spermatozoïde pour aller infecter l'ovule. Toutefois certaines observations cliniques incitent à ne pas écarter d'emblée la transmission *ex patre*. C'est d'ailleurs la conclusion d'une récente enquête mondiale de M. Péhu.

C) Le problème de la syphilis congénitale soulève encore des déductions pratiques : 1° Au point de vue du mariage des syphilitiques. On conçoit qu'en raison de ses responsabilités dans la transmission du virus, il faille exiger de la femme syphilitique des délais plus longs que chez l'homme avant d'autoriser le mariage. 2° Les déductions thérapeutiques concernent encore la femme. Elle doit être traitée très activement dès le moindre retard des règles et tout au long de la grossesse. Ce traitement précoce permet d'espérer un enfant sain alors qu'à partir du deuxième mois son action demeure problématique. Même si la syphilis maternelle est ancienne et latente il faut traiter l'enfant. Enfin en dehors de certains cas, que préciseront les examens cliniques et sérologiques, la mère allaitera son enfant syphilitique. Dans aucun cas on ne le confiera à une nourrice saine.

Jean Olivier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juillet 1933

Corps étranger du duodénum. — *M. Bergeret* insiste sur les différences d'aspect radiologique entre les corps étrangers gastriques et duodénaux et en particulier sur l'intérêt de la radiographie de profil.

Neurinome thoracique. — *M. Cunéo* indique les éléments du diagnostic radiologique. Il en a observé un cas, qu'il aborda par voie postérieure transpleurale. Celle-ci lui paraît plus simple que la voie antérieure.

Génurose humaine due au Multiceps Serialis. — *M. Baumgartner* rapporte cette observation exceptionnelle de tumeur de la fesse communiquée par MM. Bonnal, Joyeux et Bosch.

Péritonite biliaire sans perforation de la vésicule. — *M. Lenormant* rapporte une observation de M. Sabadini. — Il s'agissait d'une femme qui avait été prise brusquement d'une douleur abdominale intense avec signes de péritonite généralisée. A l'intervention la cavité adbominale est pleine de liquide bilieux et la vésicule distendue laisse sourdre une véritable rosée biliaire. Cholécystostomie ; ablation de nombreux calculs suivie de cholécystectomie secondaire un mois après. Guérison. Les liquides péritonéaux et biliaires contenaient des colibacilles.

M. Brocq a observé un cholépéritoine avec graves lésions vésiculaires sans perforation visible.

Luxation récidivante de l'épaule. — *M. Lenormant* rapporte une observation de M. Bressot (de Constantine) concernant un cas de luxation récidivante bilatérale. On pratique une capsulorraphie puis un allongement de la coracoïde. Guérison.

Arthrite suppurée à streptocoque guérie par ponction. — *M. Mauclaire* rapporte cette observation de M. Dimitry (de Sofia).

Masque ecchimotique de la face. — *M. Mauclaire* analyse cette observation de MM. Ploye et Canton (de la Marine). Leur malade présenta une amaurose passagère complète.

Invagination intestinale. — *M. Moulonguet* rapporte un travail de M. Duboselle (d'Angoulême) qui apporte sa statistique intégrale avec treize guérisons. L'auteur a utilisé six fois le lavement pré-opératoire et a toujours pu désinvaginer, sauf chez un homme de 37 ans.

M. René Bloch montre l'intérêt qu'il peut y avoir à solidariser en fin d'intervention le grêle et le côlon ascendant.

M. Brocq tient à opposer les invaginations du nourrisson à celles de l'adulte.

A propos de l'apicolyse. — *M. Robert Monod* après avoir rappelé les nombreuses discussions dont l'apicolyse a été l'objet, discute les indications et les résultats du plombage paraffiné, et montre les inconvénients de la méthode. Il préconise la mise en place d'une vessie de caoutchouc que l'on peut gonfler plus ou moins pour assurer très simplement le collapsus désiré.

M. Fruchaud insiste également sur les inconvénients du plombage, mais estime que, sur des indications précises, elle est réalisable sans ennuis sérieux.

Gastrectomie pour hémorragie ulcéreuse. — *M. Fruchaud* rapporte avec *M. Garnier* (d'Angers) deux observations d'hémorragie grave guéries par gastrectomie à l'anesthésie loco-régionale. L'auteur estime que l'abondance de la première hémorragie est négligeable, si elle est unique. Il estime d'autre part que, de l'abondance de l'hémorragie, on ne peut nullement conclure au calibre du vaisseau qui saigne. L'opération décidée, M. F. estime que la gastrectomie est la seule opération logique.

G. Menegaux

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Montaigne.

La maladie de Heine. — *Docteur M. Schachter, de Bucarest* (Paris Médical, 6 mai 1932) :

... Ce qui frappe dans la maladie de Heine, c'est l'*évolution changeante* des symptômes dont il a souffert. En effet, à côté des symptômes définitifs, il y en avait d'autres qui ont régressé jusqu'à la *restitutio ad integrum*. Ceci plaide, aux yeux de M. Cohn, en faveur d'un processus syphilitique exsudatif (gommes, processus artériels, etc.) à localisation multiple.

M. Cohn conclut et formule donc ainsi son diagnostic *a posteriori* : syphilis cérébro-spinale, avec troubles oculaires, des troubles des membres supérieurs et inférieurs (donc une atteinte médullaire).

Pour nous, le diagnostic de M. Cohn ne semble pas être la dernière possibilité en matière de reconnaissance rétrospective d'une maladie. Tout au contraire, nous sommes porté à croire que le tableau clinique de la maladie de Heine plaide plutôt en faveur d'une sclérose en plaques, maladie très fréquente en Allemagne, aujourd'hui comme avant aussi.

La multiplicité des symptômes démontre une multiplicité des atteintes du système nerveux central (cerveau bulbe, moelle). Le début brusque de certains des symptômes de Heine leur disparition après *restitutio ad integrum* leur évolution capricieuse défiant toute trace de systématisation, nous font croire que la maladie de Heine n'était autre que la sclérose en plaques.

En faveur de cette hypothèse vient encore le fait que les sources concernant la nature syphilitique de sa maladie sont pour ainsi dire inexistantes.

Ce serait d'ailleurs assez étrange que de voir une syphilis tellement disséminée (opinion de M. Cohn) et ne pas toucher la corticalité. Ne savons-nous pas que le poète a été lucide jusque dans ses derniers moments ?

Voilà un faisceau de faits qui nous font croire que la maladie dont a souffert Heine a dû être, avec une certitude suffisante la sclérose en plaques maladie à évolution longue mais défiant toute systématisation. En tout cas on ne peut pas démontrer avec certitude que Heine a souffert de syphilis.

Nous ne savons pas si l'on a déjà soutenu l'origine « scléreuse en plaques » de la maladie de Heine. Nous avons montré les raisons qui nous font admettre cette opinion et la soutenir.

Plaidoyer pour Saint-Lazare — *Docteur Léon Bizard et Jane Chapol* (Le Matin, 18 juin 1933) :

De tous côtés de grands journaux lancent cet appel désespéré : *Au secours de Saint-Lazare* ! appel bien émouvant de l'immense majorité des amoureux fervents d'un Paris qui disparaît et s'enfonce inéluctablement dans son passé, de par l'inertie des pouvoirs publics.

Aujourd'hui, ce sont les bâtiments encore debout qu'il s'agit de défendre contre un vandalisme, inconscient nous voulons bien le croire. Des maîtres se sont dressés pour défendre Saint-Lazare et, pour n'en citer que quelques-uns, ne serait-ce que pour les remercier d'avoir bien voulu joindre leurs protestations à la nôtre parue plusieurs fois à différentes reprises dans ce journal, MM. G. Lenotre, marquis F. d'Andigné, Robiquet, Funck-Brentano, P. Champion, Marcel Poëte, Jean Vignaud, Kunstler, Charensol (dans *Beaux-Arts*), J.-J. Brousson et bien d'autres.

Eh quoi ? A la pierraille, aux gravois, ces pierres magnifiques et solides que le temps, les guerres, les vicissitudes ont respectées ? Aux gravois le splendide cadran solaire qui n'attend qu'un simple lessivage, peu coûteux, pour faire rutiler ses ors anciens, chanter ses couleurs sur lesquelles les siècles ont posé leur patine, depuis qu'en 1683 un père lazariste, grand artiste dans son humble anonymat, en a tracé les contours et gravé les médiatives paroles : *Hœc mea forte tua.*

S'il doit être irrémédiablement perdu pour nous, ce témoin muet des heures tragiques de notre Révolution qui a vu Ché-

nier et la Jeune Captive, Roucher, d'Estaing consulter son cadran bien souvent avant de partir, dernières victimes de Saint-Lazare et de la Terreur, vers l'échafaud, il ne sera pas perdu, croyons-le bien, pour quelque antiquaire avisé qui, pour quelques sous, ramassera les pierres vétustes et ira plus tard, au moment propice, les vendre à un mécène d'outre-Atlantique.

Mais nous ne voulons pas terminer cet appel sans rappeler le décret concernant Saint-Lazare, daté du 9 avril 1811, contresigné par le duc de Bassano.

« Napoléon, empereur des Français... concède gratuitement et généreusement aux départements, arrondissements et communes la pleine propriété des édifices et bâtiments nationaux actuellement occupés par le service de l'administration des cours et tribunaux... »

Ce décret qui, avec beaucoup de prisons, faisait de Saint-Lazare, propriété du département de la Seine, contenait à la fin, pour cette dernière, un rectificatif qu'il convient de souligner :

A la condition que cet établissement ne soit jamais détourné de sa destination primaire.

Qu'en pensent la Commission du Vieux-Paris et la préfecture de la Seine ?

M. Albert Mousset écrit d'autre part dans le JOURNAL DES DÉBATS :

Le cas de Saint-Lazare est des plus singuliers. Il illustre la légèreté avec laquelle sont prises certaines des décisions qui tranchent dans le vif de notre histoire. Le 21 décembre 1927, une délibération du Conseil général aboutit à la désaffectation de la prison de femmes. On y qualifia Saint-Lazare de « bouge effroyable », « honte de la société », « lèpre » et « verrue » de la capitale. Un conseiller s'écria : *Delenda Saint Lago* ! et le débat se termina sur cette sentence : « La disparition de cette hideuse et lépreuse maison s'imposait et, en en décidant la suppression, le Conseil général aura réalisé une opération qui restera à son honneur. »

La Commission du Vieux Paris éprouva l'indiscrète curiosité de juger sur place du bien-fondé de ces anathèmes. Elle visita Saint-Lazare le 3 février 1928 et eut la très grande surprise de constater que l'immeuble était en parfait état de conservation et d'entretien, présentant les lignes sévères et nobles d'un couvent du temps de Louis XIII, dont la robuste et harmonieuse ordonnance se dégagerait si on faisait disparaître les barreaux, grilles et autres dispositifs appropriés à une prison. « Saint-Lazare, conclut la Commission, — quelque inouï que cela puisse paraître au plus grand nombre, — est sain, propre, d'une construction magnifique. »

Ainsi, Saint-Lazare a été victime d'une pitoyable méprise qui a confondu l'immeuble avec sa destination. Le souvenir des lépreux qui y furent hospitalisés jusqu'au seizième siècle (à la condition d'être nés « entre les quatre anciennes portes de la ville »), la fâcheuse publicité que lui assure, de nos jours, la rubrique des faits divers, se sont superposés aux fastes et à l'intérêt architectural de l'édifice : conquête de la crédulité populaire sur l'histoire.

Piganiol de la Force décrivait, au dix-huitième siècle, Saint Lazare en des termes qui gardent aujourd'hui toute leur vérité : « vastes et solides bâtiments », « réfectoire propre et grand », etc. ; quel témoignage que la validité de ce jugement, un siècle et demi après son énoncé !

A cet endroit, où jadis les dépouilles des rois et des reines étaient déposées avant que les « vingt-quatre porteurs de sel jurés de la ville » les transportassent à Saint-Denis, on projette d'élever la Maison des Auvergnats. M. Gaëtan Sanvoisin souligne avec malice et raison, dans *Figaro*, l'ironie qu'il a y à associer à cette métamorphose baroque le nom d'une province à laquelle nous devons les écrivains qui ont le plus fait pour la sauvegarde des monuments du passé : MM. de Nolhac, Gandilhon Gens d'Armes, Pourrat, Ajalbert.....

L'origine de la station de Vittel. — *Docteur A. Guéniot* (PARIS MÉDICAL, 10 juin 1933) :

Vers 1860, un médecin affecté de troubles urinaires se rendait à Contrexéville pour y faire une cure. Au cours de celle-ci, il apprend qu'à la distance de quelques lieues se trouve une source dont l'eau est réputée, dans tout le pays, comme possédant de remarquables vertus. Un jour, il fait de cette source le but d'une excursion. Elle lui offre de si belles apparences qu'après analyse de son eau, il se décide à en faire l'acquisition. Puis, sa cure ter-

minée, il vient s'installer dans le pays, achète les terres qui avoisinent la source et, finalement, fait construire un pavillon d'exploitation. Il y a, de cela, moins de soixante-quinze ans. J'ai vu cette propriété, alors qu'elle n'était encore qu'une sorte de désert jalonné par de récentes plantations. Cette création fut ensuite graduellement agrandie, transformée, conduite et administrée avec tant d'intelligence et d'habileté qu'elle est devenu l'un des établissements les plus somptueux qui soient en France et à l'Etranger.

Telle est l'origine de la brillante station de *Vittel* : un *bien* initialement dérivé d'une *affection urinaire*.

Il y a cent ans. — JOURNAL DES DÉBATS du dimanche 23 juin 1833 :

Paris, 22 juin. — En 1833, la grippe n'a presque épargné personne à Paris. On trouve dans un recueil très curieux, quoique peu connu, la description d'une épidémie à peu près semblable qui a régné dans la capitale l'année 1412. L'extrait suivant est emprunté au *Journal de Paris* sous les règnes de Charles VI et de Charles VII : « Mars 1412. En celui temps, chantaient les petits enfans au soir, en allant au vin ou à la moutarde tout communément : « Votre ... a la toux, commère : votre « ... a la toux, la toux. » Si advint, par le plaisir de Dieu, qu'un mauvais air corrompu chut sur le mode qui plus de cent mille personnes à Paris mit en tel état qu'ils perdirent le boire et le manger, le reposer et avaient très forte fièvre deux ou trois fois le jour et toujours tremblaient où qu'ils fussent et avec, ce qui pis est, on perdait tout le pouvoir de son corps, et durait bien sans cesser trois semaines ou plus. Et le nommait-on le *tac* ou le *horion*. Et ceux qui point n'en avaient ou qui en étaient guéris disaient par ébattement : « En as-tu ? Par ma « foi, tu as chanté : Votre ... a la toux, commère ». Car avec tout le mal davant dit, on avait la toux si fort et le *rhume* et l'*enroueure* : on ne chantait que rien fut de hautes messes dans Paris ; mais la toux était cruelle à tous, jour et nuit. Et, néanmoins, personne ne mourait mais à peine en pouvait personne être guéri. Ne physicien unl ne sevait dire quel mal c'était. »

Le cœur de saint Louis. — *De M. Robert Laulan dans le* MERCURE DE FRANCE (1er juillet 1933).

Le Mercure de France, dans un écho du 15 mars 1924, a rappelé qu'en l'an IX des ouvriers trouvèrent, sous une dalle de la Sainte-Chapelle transformée en dépôt d'archives judiciaires, une boîte de plomb renfermant un cœur humain, attribué plus tard par quelques historiens du règne de Louis-Philippe à saint Louis.

Cette opinion, qui a toujours manqué de base sérieuse, donna lieu à de vives controverses sous la Monarchie de juillet, et le signataire de l'écho souhaitait une enquête sur ce point obscur de petite histoire.

Le débat demeurant ouvert, nous y verrons un argument nouveau.

Si l'on devait admettre l'hypothèse des archéologues en faveur de l'authenticité du cœur trouvé à la Sainte-Chapelle, saint Louis serait le premier roi de France dont le noble viscère aurait obtenu l'honneur d'une sépulture particulière, innovation que les hauts mérites du souverain suffiraient à justifier. Mais, pourquoi n'en trouve-t-on point mention dans un document ordinairement fort précis touchant les sépultures des membres de la famille royale de France : le *Recueil des principales familles du royaume*, établi à l'usage des petits-fils de Louis XIV ?

Cette généalogie complète de la Maison de France, manuscrit *in plano* orné d'enluminures, appartenant à la réserve de la bibliothèque de l'École supérieure de guerre, indique pour saint Louis, mort comme on sait, de la peste à Tunis le 12 août 1270 :

Ses entrailles et la chair séparée de ses os, furent portées dans l'abbaye de Montréal près Palerme en Sicile et mis sous un tombeau de marbre. Ses os apportés à Saint-Denis en France, l'an 1271.

L'omission du *Recueil des principales familles du royaume* paraît d'autant plus concluante, que les précisions abondent pour les successeurs de saint Louis dont les cœurs eurent l'honneur d'une sépulture particulière. L'on y voit que Philippe-le-Hardi étant mort à Perpignan le 5 octobre 1285, ses entrailles furent enterrées à Narbonne (en l'église Saint-Just), ses os apportés à Saint-Denis et son cœur aux Jacobins de Paris. Que Philippe-le-Bel, mort à Fontainebleau le 29 novembre 1314, fut enterré à Saint-Denis, et son cœur à Poisy, où il fut trouvé cimenté entre deux plats d'argent enveloppés d'une toile d'or semée de fleurs de lys, le 28 juillet 1687.

Que Philippe-le-Long, mort le 2 janvier 1321, fut également enterré à Saint-Denis, le cœur aux Jacobins de Paris, les entrailles à Maubuisson, que Philippe VI de Valois, mort le 22 août 1350, fut enterré à Saint-Denis, son cœur à la Chartreuse de Bourg-Fontaine, ses entrailles aux Jacobins de Paris. Que Charles V, mort le 26 septembre 1380, au château de Notre-Dame-de-Rouen, ses entrailles à Maubuisson. Que Louis XII, mort le 1er janvier 1521, fut enterré à Saint-Denis et son cœur aux Célestins de Paris.

Quant au cœur de François Ier, mort à Rambouillet le 31 mars 1546, il fut mis sous un pilier de marbre dans l'église des religieuses de Hautes-Bruyères, tandis que son corps était inhumé à Saint-Denis.

De même, le cœur de François II, mort le 5 décembre 1560, fut placé sous une colonne de marbre blanc aux Célestins de Paris en 1562. Celui de Charles IX fut donné aux Célestins de Paris, et celui d'Henri III à l'église de Saint-Cloud où il fut assassiné.

Nul n'ignore que le cœur d'Henri IV fut donné aux jésuites de la Flèche, dont il avait fondé le collège ; mais on se souvient peut-être moins que celui de Louis XIII revint à l'église Saint-Louis des Jésuites.

En ce qui concerne Louis XIV qui clôt la série, ses entrailles furent portées à Notre-Dame-de-Paris, son cœur aux Jésuites de la rue Saint-Antoine, et son corps à Saint-Denis.

La variole dont mourut Louis XV détourna les médecins d'enlever son cœur pour le donner à la chapelle Saint-Louis de l'Ecole militaire, qu'il avait fondée. Et ceci laisse penser que les médecins du XIIIe siècle, plus encore que leurs confrères du XVIIIe, répugnant à pratiquer l'autopsie d'un personnage mort d'une maladie infectieuse redoutable, et qui semait la terreur, renoncèrent à prélever le cœur de Saint-Louis. Si nos souvenirs ne nous égarent point, cette séparation de la chair et des os, dont il est question dans le *Recueil*, fut obtenue par immersion du corps royal dans l'eau bouillante procédé de désinfection aussi simple que macabre qui confirmerait notre hypothèse.

La révision des pensions de guerre aux Etats-Unis.— CONFERENCIA (1er juillet 1933). — *M. Edouard Herriot : Mon voyage en Amérique.*

...Il a eu (*président Roosevelt*), on peut le dire, ce terrible courage d'opérer des réductions d'abord sur les victimes de la guerre. Songez qu'il a supprimé de la liste des pensionnés, de la liste des allocataires, cinquante-six pour cent des inscrits, c'est-à-dire, si je ne me trompe, plus de six cent mille inscrits, il a réduit l'allocation des invalidés cent pour cent de cent dollars à vingt dollars par mois.

La vérité, c'est que les Etats-Unis étaient surchargés de pensions de guerre : pensions de la guerre de Sécession, pensions de la guerre contre l'Espagne, pensions surtout de la guerre de 1914-1918. Il y avait même — je l'ai appris avec un certain étonnement — encore un certain nombre de veuves pensionnées au titre de la guerre 1812 avec l'Angleterre. Je n'ai pas demandé quel était leur âge, de peur de paraître indiscret. Le président Roosevelt a réduit tout cela. Il a réduit aussi les pensions des victimes de la dernière guerre, et c'est à cette occasion que, en étudiant le budget général, j'ai appris ce que je n'avais jamais pu savoir en France, dans nos services, dans nos bureaux, quel avait été le chiffre des morts américains pendant la guerre, en 1917 et 1918. On m'avait toujours dit, en France, que c'était un chiffre de soixante-quinze mille environ. En réalité, les Américains ont perdu, pendant ces deux années, cent vingt-trois mille tués en France et ils ont eu cent quatre-vingt-dix mille blessés. Pour tous ces blessés de guerre qui recevaient des pensions, le président Roosevelt a procédé avec une très grande rigueur, et ce qu'il y a d'admirable aux Etats-Unis, ce qui vraiment est un des preuves du mérite de ce peuple, c'est que personne ne lui en a voulu.

Varia. — *Ce qui est indiqué à la ville, peut ne pas être indiqué du tout à Surterre-en-Campagne*, dit le Docteur Jean Camescasse, qui raconte l'histoire suivante dans le CONCOURS MÉDICAL (INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE. *La diphtérie : Du sérum de Roux à l'anatoxine de Ramon*) :

... Tenez ! J ai eu une belle occasion de gaffer... en décembre 1931.. ayant, pour mon début dans l'usage de l'ANATOXINE DE RAMON, bûché sur un obstacle déconcertant.

Vraiment déconcertant, comme vous allez pouvoir en juger.

Dans le village de Surterre, à la fin de 1931, vint à sévir une épidémie *bénigne* de diphtérie : treize cas en tout sur 150 enfants (entre un mois et treize ans) ; tous guéris facilement, sauf celui que je dirai. Cependant, plusieurs cas de paralysie troublèrent les convalescences : accommodation, voile du palais... une paraplégie, qui m'inquiéta un instant. Accidents sériques bénins et rares. (Contrôle bactériologique dans deux seulement des treize cas).

Par le fait d'une propagande trop zélée, — à la charge d'une infirmière visiteuse non officielle, — je suis sollicité d'injecter de l'anatoxine. On m'annonce trois... onze.. finalement vingt-huit candidats volontaires recrutés exclusivement dans les familles ou gardiennages indemnes.

Je procède le 7 décembre. Dans les jours qui suivent, contre-visites au cours desquelles je ne constate que deux ou trois rappels, bénins, d'impétigo.

Le 28 décembre, je procède à la deuxième *piqûre*. Vers la fin de la cérémonie, je suis informé que les six pensionnaires de la maison d'en face ne viendront pas « parce qu'il y a des malades « qu'on me prie d'aller voir ».

J'y fus... il y a des malades... c'est vrai, ils sont quatre... dont un moribond.

Ce moribond meurt en effet, devant moi et avant que mon chauffeur soit revenu de la pharmacie. Il meurt d'une rhino-pharyngite diphtérique que sa nourrice-gardienne a prise pour une récidive de l'adénoïdite, avec fièvre ganglionnaire, à laquelle il est sujet. (Les trois autres malades, — angines diphtériques ordinaires, — guériront facilement, y compris le futur paraplégique, dont j'ai déjà parlé.)

Je n'ai eu à subir aucun reproche... de la part des gens : privilège des cheveux blancs, sans doute ! Mais aussi le fait que je n'avais pas été le promoteur... que, même, je n'avais montré aucun enthousiasme. J'ai pu achever la besogne fin janvier, ce qui n'empêchera pas un des *complètement* vaccinés de faire une belle angine diphtérique à quelques semaines de là.

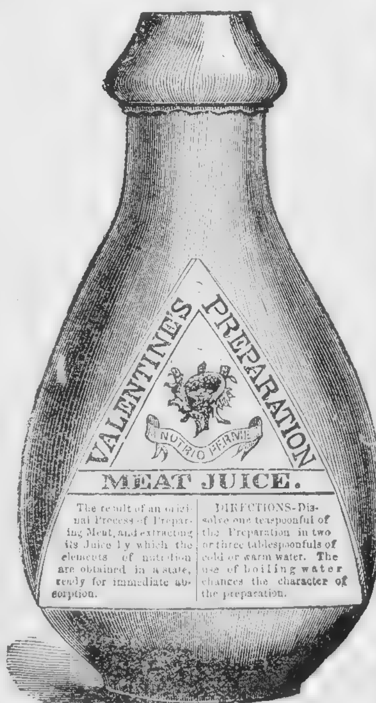
Mais ... il y a deux *mais*.

Mais placez cet ACCROCHAGE dans la clientèle d'un *jeune confrère* qui, répondant à la pression administrative si indiscrètement déclenchée comme vous savez, aurait, *proprio motu*, convoqué ces vingt-huit — sinon tous les enfants des familles indemnes — pour obtenir ce tableau de chasse :

— parmi les vaccinés, — *en cours de vaccination*, il est vrai, —



HÉMOPAUSINE
TROUBLES de la CIRCULATION DU SANG
DU DOCTEUR BARRIER
MÉNOPAUSE
HÉMORROÏDES
VARICES
PHLÉBITES



VALENTINE'S PREPARATION
NUTRIO PERMIT
MEAT JUICE.

quatre diphtéries dont l'unique cas mortel de l'épidémie, encore un cas après la troisième injection.

— parmi les non-vaccinés (100 environ) et pendant les mêmes semaines, cette épidémie ne comptera qu'un seul autre cas nouveau.

— ET, sauf ce tas des quatre, *pas un seul fait* de contamination à l'*intérieur* d'une des familles, dont un des enfants avait été touché : la *protection* ayant été assurée par le vieux sérum qui immunise... *provisoirement*, comme chacun sait !

Je vais conclure maintenant en me plaçant dans le jeu de ce *jeune confrère* ; je glisserai sur le singulier succès qu'une elle aventure lui vaudrait dans sa clientèle naissante ; j'insisterai lourdement au contraire sur les autres aspects de sa situation.

Je rappelle que, si j'ai souligné « en cours de vaccination », — piètre moyen de défense — j'ai dû souligner aussi « pas une seule contamination familiale parmi ceux qui n'avaient pas reçu d'anatoxine et qui se comptaient plus que vingt-huit » — argument *terrible* dans la bouche des détracteurs ...

Le chloralose. — *Souvenirs d'un* PHYSIOLOGISTE. (*Professeur Charles Richet*). APOLLON (1). (REVUE LITTÉRAIRE ET ARTISTIQUE DES MÉDECINS, avril 1933) :

... Les premières recherches que je fis comme professeur dans mon nouveau laboratoire furent avec la collaboration de mon ami Hanriot, directeur des travaux chimiques à la Faculté et dont le laboratoire était proche du mien.

Nous continuions alors tous deux nos recherches de métabolisme par la méthode des trois compteurs. Je lui dis un jour : « *Il faudrait trouver un anesthésique autre que le chloroforme, vraiment trop toxique. Nous tuons trop souvent nos chiens en les chloroformant. Or, l'acide lactique (et les lactates) ont des propriétés hypnotiques notables. Essayons donc de combiner le chloral et l'acide lactique* ». Cette combinaison (déjà connue d'ailleurs, chloralide lactique), au lieu de se montrer hypnotique, m'apparut comme nettement convulsivante. Quelques jours après Hanriot vint me trouver, me disant qu'il avait pu combiner le chloral avec le sucre. En effet, en faisant réagir le chloral anhydre sur le glycose on obtient du chloralglycose, corps cristallisable, modérément soluble dans l'eau froide, très soluble dans l'eau chaude et qu'on peut facilement préparer.

Alors, avec cette nouvelle substance (que nous dénommâmes chloralose), je fis de nombreux essais sur les animaux les plus divers et je pus établir que le chloralose, soit ingéré par l'estomac, soit injecté dans les veines, a un double effet, très important pour l'anesthésie. *Il endort le cerveau et il excite la moelle.* Les chiens à qui on a injecté du chloralose ont des réflexes exagérés. Il suffit de donner un coup, même très léger, sur la table où ils sont attachés pour qu'ils tressautent violemment.

Et cependant ils sont complètement insensibles. Ils ne réagissent qu'aux ébranlement mécaniques.

Tout de suite alors nous pensâmes, Hanriot et moi, à introduire dans la thérapeutique, ce nouvel anesthésique qui n'a pas les inconvénients du chloroforme, et qui, à dose modérée devait être un excellent hypnotique.

Comme Hanriot, je l'ai d'abord essayé sur moi-même (à dose modérée bien entendu) et avec un plein succès.

Mes amis R. Moutard Martin, Landouzy, P. Marie et d'autres encore le prescrivirent et cet hypnotique nouveau se montra très efficace.

(1) Peyronnet et Cie, édit., 7, rue de Valois, Paris.

Et très inoffensif aussi. Une des clientes de Landouzy, la femme d'un homme politique célèbre, avait des insomnies, et Landouzy lui avait prescrit le chloralose. Or, la malheureuse, ayant des soucis personnels graves, voulut s'empoisonner, et elle prit toute la boîte de cachets, soit 4 grammes de chloralose (alors que la dose hypnotique est de deux décigrammes). Mais *elle n'en mourut pas*. Elle eut 18 heures de profond sommeil et jamais, malgré cette énorme dose, il n'y eut faiblesse du cœur. Cette résistance du cœur à l'intoxication par le chloralose est tout à fait remarquable.

Pourtant le chloralose n'est pas sans inconvénient, car, sans qu'on sache trop bien pourquoi, même à doses relativement faibles, il provoque parfois une grande agitation médullaire. Tous les réflexes deviennent violents et on comprend que les médecins hésitent à le prescrire à cause de cette agitation inconsciente, parfois tumultueuse.

Peut-être l'impureté du chloralose, tel qu'on le fabrique en Allemagne est-elle une des causes de cette irrégularité, car à côté du chloralose, il y a du parachloralose dont les effets sont très toxiques et qu'une préparation très minutieuse peut seule supprimer. Je crois bien que cette inconstance dans l'action du chloralose est due à l'impureté chimique.

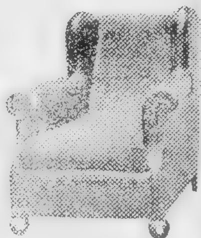
En tout cas, si, au point de vue médical, le chloralose n'est pas devenu un médicament usuel, il a pris une immense extension dans la pratique de la physiologie. Dans presque tous les laboratoires, c'est le chloralose que l'on emploie aujourd'hui pour produire l'anesthésie des chiens, car les animaux chloralosés ne souffrent plus, ils sont immobiles et toutes les réactions nerveuses sont intactes.

Le chloralose n'est pas seulement un hypnotique, c'est encore un anesthésique. Pendant la guerre, j'ai eu occasion, étant dans une ambulance du front, de le recommander aux chirurgiens de cette ambulance. Mes amis Ockinzic, Bréchot, Rigal et moi nous avons fait, dans quelques cas exceptionnels, des injections intraveineuses de chloralose. Il s'agissait de cas extrêmement graves. Ces blessés, ayant perdu beaucoup de sang, étaient dans un tel état de faiblesse que le chloroforme ou l'éther eussent été très dangereux. Mais, avec le chloralose qui relève la pression artérielle et excite les fonctions médullaires, on n'a pas de syncope grave à craindre. Je n'insiste pas : cette application à la chirurgie n'est pas de mon domaine. J'ajoute que le chloralose me paraît tout à fait indiqué pour l'anesthésie obstétricale. Mais les accoucheurs se sont montrés assez rebelles à ce nouveau procédé anesthésique...

On peut dire que la tuberculose est un fléau redoutable en Indochine et qu'elle y cause la mort de 18.000 Indochinois adultes par an. La mortalité infantile due à cette maladie atteint un pourcentage de 65 % des décès. » (Docteur Léon BUI. La tuberculose en Indochine. Vigot, éditeur).

« Je jure que j'enseignerai l'art de la médecine *sans rétribution* à tous ceux qui se déclarent mes disciples et à *nul autre* ». A nul autre ! Or, il n'est pas de jour où journaux quotidiens, périodiques illustrés ne renferment des articles traitant des questions médicales pures.

Clinique et thérapeutique, tout y est. Les plus grands noms de la médecine ne craignent pas de violer cette partie du serment. » (G. LEVEN. O Hippocrate, on viole ton serment ! *La Clinique*, mai 1933.)



P. L. M.

De Nice à Chamonix, Evian et Besançon à travers les plus beaux paysages des Alpes et du Jura

Voici vos vacances !..... Vous allez enfin pouvoir abandonner sans regret, pendant quelques semaines, vos travaux, vos soucis, pour vous enivrer de grand air.

Savez-vous qu'une des plus belles excursions à faire en cette saison est celle de la Route des Alpes et du Jura qui, sur près de 1.000 km., de Nice à Besançon, de la Méditerranée au lac Léman et à la Franche-Comté, déroule, sous les yeux du touriste, des sites d'une variété infinie.

Les autocars P. L. M. mettent cette excursion à la portée de tous. Vous pouvez en parcourir, dans un sens ou dans l'autre, les 7 étapes ou seulement une partie d'entre elles, les faire d'affilée ou les espacer à votre gré. Le Service est assuré par des voitures confortables que conduisent des chauffeurs éprouvés. Les places peuvent être retenues d'avance.

N'hésitez pas, vous conserverez le meilleur souvenir de votre voyage. Vous pouvez d'ailleurs vous déplacer à bon compte grâce aux billets combinés chemin de fer et autocars que toutes les gares P. L. M. délivrent.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

FONDÉ EN 1873. — N° 31 LE NUMÉRO : 50 Centimes 5 AOUT 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Association générale des médecins de France. — L'élection du président de l'Association vient d'avoir lieu au siège des sociétés fédérées.

M. le Docteur Chapon a été élu en remplacement de M. Bellencontre, nommé président d'honneur.

Le Docteur Chapon, originaire d'Issoudun, dans l'Indre, a passé sa thèse à Paris en 1898. Dès le début de sa carrière, il comprit les nécessités de l'association. Quelques années plus tard, il fut un des fondateurs du Syndicat médical de Paris, dont il est aujourd'hui président d'honneur. Président de l'Association médicale mutuelle de Seine et Seine-et-Oise, directeur général, puis administrateur-délégué de la Prévoyance médicale qu'il sut réorganiser et en faire une des plus belles œuvres de solidarité, le nouveau président de l'Association générale a acquis la sympathie de ses confrères français par sa fermeté courtoise, sa prudence, ses qualités d'administrateur et son dévouement à de nombreuses œuvres professionnelles.

Fondation Clemenceau-Umfia à la Cité universitaire au Pavillon des provinces françaises. — Sous les auspices de l'Union médicale latine, les médecins rendront hommage à Georges Clemenceau, docteur en médecine, et président d'honneur fondateur de l'Umfia, en 1912, le 11 novembre prochain, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Cette soirée est organisée au profit de la Cité universitaire, pour la fondation d'une chambre *Clemenceau-Umfia*, au pavillon des provinces françaises.

La fête consistera en une courte causerie du Docteur Dartigues, sur *Clemenceau, médecin avec projections et film*. La partie artistique sera organisée avec les Concerts Colonne et la Musique de la Garde républicaine. Un magnifique programme illustré sera offert par le Docteur Debat.

Tout souscripteur de 100 *francs* recevra une carte pour la soirée de Gala du 11 novembre, et une médaille de Clemenceau, médecin, par le Docteur Villandre, et frappée par les soins des Laboratoires Bottu, Daniel Brunet, Guillaumin, Lematte et Boinot, Midy, Plantier d'Annonay, Ranson, Réaubourg, Robert et Carrière, Robin, A. Rolland, Ronchèse, Specia, Zizine.

Prix des places : 30, 20 et 10 francs.

Un certain nombre de places seront offertes aux aveugles et mutilés de guerre. Le Comité d'organisation espère que nos confrères *tiendront à cœur* de participer à l'hommage qui sera rendu au Docteur Georges Clemenceau afin de permettre la *fondation Clemenceau-Umfia*, à *la Cité Universitaire*. Nous demandons aux médecins, aux laboratoires de nous envoyer leurs souscriptions à l'Union médicale latine, 81, *rue de la Pompe, Paris*, (16e), et du 1er août au 15 septembre, à la Maison Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Bourses d'études de l'Association amicale des médecins du Nord à Paris et Fondation Quivy. — Les étudiants en médecine pourvus de cinq inscriptions au moins et justifiant de l'insuffisance de leurs ressources financières peuvent, s'ils sont originaires de la région du Nord (Aisne, Ardennes, Nord, Pas-de-Calais, Somme), solliciter une bourse d'études de l'Association du Nord médical (Association amicale reconnue d'utilité publique) ou le bénéfice de la Fondation Quivy qui est accordé de préférence à un originaire d'Anzin.

Les étudiants remplissant ces conditions s'adresseront dès maintenant au Docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, Paris (VIIIe).

Marine. — Les officiers du Corps de santé dont les noms suivent sont autorisés à subir les épreuves des concours annoncés au *Journal officiel* du 25 mai 1933 pour l'obtention du titre de médecin ou spécialiste des hôpitaux maritimes qui auront lieu à Brest le 28 juillet 1933 :

A. *Médecins des hôpitaux*. — MM. les médecins principaux Daoulas, médecin-major du *Dupleix* ; Marcon, médecin-major de de l'école des fusiliers marins à Lorient.

B. *Spécialistes des hôpitaux*. — 1. Bactériologie et anatomo-pathologie : M. le médecin de 1re classe Le Roy, en service à Lorient.

2. Electroradiologie et physiothérapie : M. le médecin principal Circan, en service à Brest.

3. Médecine légale et neuro-psychiatrie : MM. le médecin principal Bars, médecin-major de l'établissement des pupilles : le médecin de 1re classe Buffet, en service à Lorient.

4. Dermato-vénéréologie : M. le médecin de 1re classe Escarfefigue, en service à Toulon.

Fédération nationale des médecins du front. — *Son rôle dans le vote par le Sénat et la Chambre des députés d'une loi réservant des emplois aux médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires pensionnés pour infirmités de guerre.* — La Fédération nationale des Médecins du front, dont le président d'honneur est le Professeur Balthazard, a manifesté son activité à propos du vote de la loi sur les emplois réservés aux médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires pensionnés pour infirmités de guerre.

Cette loi avait été votée à l'unanimité par le Sénat dans sa séance du 12 juillet 1932, après que le Docteur Jouve l'eut défendue à la Commission de l'hygiène, en qualité de président de l'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre.

Grâce aux efforts du Docteur Albert Landrin, président de la Fédération nationale des médecins du front, cette loi a été votée par la Chambre des Députés le 16 juin 1933 et promulguée le lendemain au *Journal Officiel*.

En voici le texte :

Art. 1er. — Les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, invalides de guerre, qui ont été mobilisés dans leur profession et sont en possession d'une pension définitive ou temporaire, par suite de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées par le fait ou à l'occasion du service au cours de la guerre 1914-1918, amoindrissant leur aptitude physique professionnelle, bénéficient d'un droit de préférence pour l'accession aux emplois de leur profession des administrations de l'Etat, des colonies, ainsi que des entreprises privées qui jouissent d'un monopole.

« L'exercice du droit de préférence reconnue par le présent article est déterminé par les dispositions suivantes ».

Art. 2. — Les diverses collectivités ci-dessus visées qui utilisent régulièrement les services de médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ou vétérinaires, sont tenues de mettre à la disposition des bénéficiaires du précédent article, dans les conditions précisées ci-dessus, les postes vacants qui dépendent d'elles.

« Si aucun candidat bénéficiaire de la présente loi ne réunit

les conditions prévues ci-dessous, ou si la proportion du tiers de l'effectif est déjà atteinte par des invalides de guerre remplissant les conditions de la présente loi, les susdites collectivités conservent la libre disposition de la vacance. »

ART. 3. — Les bénéficiaires de la présente loi doivent dans tous les cas remplir toutes les conditions exigées pour le recrutement au poste vacant, tant au point de vue professionnel qu'au point de vue de l'aptitude physique, abstraction faite de la limite d'âge ouvrant des droits à une pension de retraite ».

« ART. 4. — Les demandes de poste formulées au titre de la présente loi, accompagnées de toutes les pièces justificatives que le candidat croirait devoir y joindre, sont adressées par lui à l'administration ou au service dont dépend le poste sollicité. L'administration ou service instruit la demande dans les trois mois de la réception, notamment en ce qui concerne la vérification des droits du candidat au bénéfice de la présente loi, ainsi que des titres qu'il fait valoir et de la réalisation des conditions visées à l'article précédent. »

« ART. 5. — Tous les ans, avant le 31 janvier, un état des postes vacants ou susceptibles de le devenir entre le 1er avril de l'année en cours et le 31 mars de l'année suivante, sous réserve de tous les emplois auxquels il est pourvu par voie du concours, est adressé, par les collectivités assujetties aux obligations de la présente loi, au secrétariat de la Commission spéciale de classement instituée par l'article 6.

« A la même époque, les mêmes collectivités adressent au secrétariat de la Commission spéciale de classement les dossiers des candidatures qu'elles ont instruites dans le courant de l'année précédente, complétés par l'indication de leur avis favorable ou défavorable à la candidature. Si l'avis est défavorable, il doit être motivé. »

« ART. 6. — La Commission spéciale de classement aux emplois réservés de médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ou vétérinaires est nommée par décret rendu sur le rapport du ministre des Pensions, et composée de la façon suivante :

« Un sénateur désigné par le Sénat ;

« Un député désigné par la Chambre des Députés ;

« Un représentant du ministre des Pensions, désigné par le ministre des Pensions ;

« Deux représentants des différentes administrations, tous deux désignés par le président du Conseil des ministres ;

« Deux représentants de l'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre, désignés par le ministre des Pensions ;

« Deux professeurs titulaires ou agrégés de la faculté de médecine de Paris, désignés par le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ;

« Un médecin détaché au ministère des Pensions, désigné par le ministre des pensions et chargé des fonctions de secrétaire de la Commission :

« Le cas échéant, deux représentants des entreprises privées jouissant d'un monopole, désignés par ces entreprises ;

« Le ministre des Pensions désigne, parmi les membres de la Commission autres que le secrétaire, le président et le vice-président de ladite Commission. »

« ART. 7. — La Commission spéciale de classement examine les dossiers des candidats, statue sur les avis défavorables formulés par les administrations ou services intéressés, et dresse annuellement une liste d'aptitude pour chaque poste à pourvoir, compte tenu des titres des candidats tant au point de vue des qualités professionnelles, morales et physiques indispensables pour assurer convenablement l'exercice de l'emploi, que du pourcentage d'invalidité et, s'il y a lieu, de la qualité d'anciens combattant. Pour chaque poste, elle inscrit les candidats dans l'ordre de mérite. Cette inscription est valable jusqu'à la publication de la liste annuelle suivante. »

« ART. 8. — Les listes d'aptitude sont publiées au *Journal Officiel* de la République française avant le 31 mars de chaque année. »

« ART. 9. — Les collectivités intéressées procèdent, à concurrence du nombre des postes réservés à pourvoir et sauf application des dispositions du 2e alinéa de l'article 2, aux nominations des candidats dans l'ordre de l'inscription de ces derniers sur la liste annuelle d'aptitude. »

« Toutefois, lorsqu'il s'agit de postes dont l'importance et le revenu constituent un appoint dans l'activité et les ressources de celui à qui ils sont confiés, ils seront d'abord offerts aux candidats de la ville ou de la région. En ce cas leur refus ne leur fera point perdre leur rang d'inscription. »

« ART. 10. — En cas d'ouverture d'une vacance réservée imprévue ou non déclarée, l'administration ou le service intéressé aura la faculté d'y pourvoir par une désignation temporaire, sous réserve de mettre le poste à la disposition des bénéficiaires de la présente loi lors de la production du plus prochain état de vacances annuel visé à l'article 5. »

Nous rappelons que la Fédération groupe actuellement les associations suivantes :

Association amicale des Médecins des Corps combattants. Président : Docteur Leroux, médecin des hôpitaux.

Union des Médecins mutilés de guerre. Président : Docteur Schneider.

Association nationale des Médecins mutilés et pensionnés de guerre. Président : Docteur JOUVE.

Association des Médecins mutilés et Anciens combattants de Lyon et du Sud-Est. Président : Docteur Bidon.

Pour tous renseignements complémentaires sur la loi précitée, écrire au secrétaire général de la Fédération. Docteur Bellanger, 85 *bis*, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris (VIIIe).

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de chirurgie oculaire* (octobre 1933). — Sous la direction de M. le Professeur TERRIEN, un cours de chirurgie oculaire sera fait à l'Hôtel-Dieu par M. VELTER, professeur agrégé, MM. les Docteurs CASTERAN, VEIL, RENARD, DOLLFUS et HUDELO, chefs de clinique.

Le cours commencera le vendredi 20 octobre, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) ; il continuera les jours suivants et comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séance-opératoires, exercices pratiques (à l'Ecole de médecine) ; dé-s monstrations, visite à l'Institut du radium, etc...

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

PROGRAMME DES LEÇONS. — I. *La chirurgie oculaire* : Ses particularités. — Son évolution et ses tendances. — Ses acquisitions récentes.

II. *L'opération de la cataracte* : Améliorations apportées à la technique classique. — Prophylaxie des accidents immédiats (suture cornéenne, pont conjonctival). — Prophylaxie de la cataracte secondaire (extraction totale et arrachement capsulaire). Prophylaxie des accidents post-opératoires (hémorragies expulsives, retard de cicatrisation, prolapsus irien. (Exercices pratiques au laboratoire de la clinique.)

III. *Les courants de haute fréquence en ophtalmologie* : Les différents courants employés. Leurs indications respectives. Les appareils. Les électrodes. Les avantages. Les contre-indications et les dangers de la méthode.

IV. *Opérations dirigées contre l'hypertonie intra-oculaire* : Hypertension dans les iritis et les irido-cyclites ; paracentèse de la chambre antérieure. Hypertension primitive : iridectomie antiglaucomateuse dans le glaucome aigu. Opérations fistulisantes. Opération de Lagrange. Technique d'Elliott dans le glaucome chronique. Ciliairotomie et sclérotomie postérieure dans le glaucome absolu. (Exercices pratiques au laboratoire de la clinique.)

V. *Traitement chirurgical du décollement de la rétine* : Indications. Discussion des procédés récents. Démonstrations pratiques. Présentation de malades.

VII. *Les opérations sur les muscles de l'œil* : Ténotomie, avancement ou plissement capsulo-musculaire, avancement après résection du tendon, raccourcissement musculo-tendineux (Duverger-Velter). Indications respectives (Exercices pratiques).

VII. *Les opérations sur les voies lacrymales* : Exploration. Stricturotomie. Ablation du sac. Dacryocystorhinostomie. Technique et indications des différents procédés. Les opérations sur les glandes.

VIII. *Les autoplasties palpébro-conjonctivales* : Principes généraux de ces autoplasties : obtention de plaies chirurgicales aseptiques ; traitement préalable des cicatrices. Autoplasties par glissement et à lambeaux pédiculés. Greffes cutanées sans pédicule. Greffes épidermiques. Autoplasties conjonctivales par glissement et à lambeaux ; greffe de muqueuse buccale. Réfections conjonctivales totales. (Exercices pratiques et projections.)

IX. *Radiumthérapie des tumeurs de la conjonctivite et des paupières* (M. le Professeur REGAUD). Cette leçon sera suivie de la visite de l'Institut du radium.

X. *Les opérations sur l'orbite* : Orbitotomie. Opération de Knapp-Lagrange pour les tumeurs du nerf optique. Opération de Kroenlein (résection temporaire de la paroi externe de l'orbite). Exentération de l'orbite (Exercices pratiques).

XI. *Traitement chirurgical de l'entropion et de l'ectropion* : Entropion spasmodique : sutures de Gnollen et de Gaillard. Résection de l'orbiculaire. Entropion cicatriciel : marginoplasties. Entropion type paralytique : entropion cicatriciel. Etude critique des différents procédés. (Exercices pratiques.)

XII. *Traitement chirurgical du ptosis* : Procédés de suppléance. Méthode de Panas et ses dérivés. Opération d'Angelucci, de De Lapersonne. Procédés de Motais et de Parinaud. (Exercices pratiques.)

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours. Le droit d'inscription est fixé à 300 francs.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, avant le 10 octobre, au serétariat de la Faculté (guichet n° 4) ou à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine), qui facilitera les formalités d'inscription.

Nécrologie. — Docteur Luis BARBEDOR, de Saint-Erblon (Rennes), directeur du centre d'appareillage de la 10e région, s'est noyé en voulant sauver un de ses fils tombé dans une pièce d'eau du château d'Irodouer. — Docteur DOUARRE, de Toulon, ancien médecin de la marine, radiographe. — Docteur GUYENOT, de Nice, décédé à l'âge de 76 ans..

TRAVAUX ORIGINAUX

L'Emotivité, l'Anxiété et l'Angoisse

Quelques précisions à leur sujet

Par le Dr **Félix DANCENIS**

Parmi les questions qui sont à l'ordre du jour et qui, par elles-mêmes, se maintiennent dans l'actualité, nous pouvons relever celle qui fait l'objet de cette étude.

L'émotion, phénomène psycho-physiologique normal, a, de tout temps, retenu l'attention, avant les psychiatres, des moralistes et philosophes, sans oublier les poètes qui ont tour à tour chanté ses louanges ou décrit ses méfaits. Quoi de plus étonnant, l'émotion ne constitue-t-elle pas une des principales manifestations de notre vie affective, avec les sentiments et les désirs ?

Nous n'avons pas la prétention de révéler au lecteur l'émotion pathologique, elle est connue et a été étudiée depuis longtemps. Plus spécialement nous citerons RAYMOND et JANET (1) qui décrivent le psychasthénique, lequel n'est qu'un hyperémotif ; PITRE et RÉGIS (2) qui signalent l'importance et le rôle de l'émotion et de l'anxiété dans les obsessions ; HECKEL (3) et HARTENBERG (4) qui étudient les névroses d'angoisses et la timidité qui est encore de l'émotivité ; Ernest DUPRÉ (5) qui le premier décrit et individualise l'hyperémotif ; DEVAUX et LOGRE (6) nous donnent une monographie complète sur l'anxieux. A présent les études se continuent et se multiplient. CLAUDE, LAIGNEL-LAVASTINE, TINEL et GARBELON, SANTENOISE, Henri CODET (7) étudient tout à tour l'émotivité et l'anxiété et leurs concomitants physiques tant en elles-mêmes comme entité morbide que comme symptômes dans les maladies mentales.

A toutes ces études nous n'avons voulu qu'apporter notre modeste part de contribution en précisant quelques points qui nous paraissent avoir été laissés dans le vague par ces auteurs. Nous aurons donc en vue dans cette étude : 1° l'émotion, réflexe de l'affectif ; 2° les réactions physiques, et surtout mentales de l'hyperémotif ému ; 3° l'anxiété, phénomène distinct de l'émotivité, ses concomitants physiques et parmi eux : l'angoisse ; 4° enfin nous préciserons le sens du déséquilibre vago-sympathique que présentent les émotifs et les anxieux.

Tous nous sommes plus ou moins sujets aux émotions. La réaction émotive peut être considérée comme étant un réflexe dans la chaîne des phénomènes physiologiques, mais un réflexe complexe parce qu'il met en jeu un grand nombre d'éléments divers. C'est un réflexe, c'est-à-dire une réponse de l'organisme à une action extérieure. Comme pour l'amibe qui rétracte ses pseudopodes, ou la grenouille qui retire ses pattes au contact d'une solution caustique, c'est la réaction de l'individu à tout ce qui touche à sa conservation ou à celle de l'espèce.

Remontant dans la série des êtres vivants, depuis la monère jusqu'au vertébré supérieur, nous rencontrons une complexité de plus en plus grande dans la constitution des organismes. « On trouve qu'à l'état de simple masse protoplasmique la matière vivante est déjà irritable et contractile, qu'elle répond par des réactions mécaniques, physiques et chimiques. A mesure qu'on s'élève dans la série des organismes, on voit le travail physiologique se diviser. Des cellules nerveuses apparaissent, se diversifient, tendent à se grouper en système. En même temps l'animal réagit par des mouvements plus variés à l'excitation extérieure... Chez les vertébrés supérieurs, la distinction devient sans doute radicale entre l'automatique pur qui siège surtout dans la moelle, et l'activité volontaire qui exige l'intervention du cerveau. » BERGSON (8) ici envisage la perception qu'il étudie dans sa formation. De cette perception consciente il fait naître la sensation : « .... la nécessité de l'affection découle de l'existence de la perception elle-même ». Ainsi donc nous sommes en droit, nous appuyant sur ce grand philosophe, de comprendre l'affectif parmi les éléments qui constituent la complexité d'un organisme supérieur, et de ce fait le « réflexe émotif » devient le réflexe par excellence qui utilise le domaine affectif.

Nous pouvons à présent citer la définition de HARTENBERG (4) « L'émotivité (anxieuse) peut être considérée comme l'émotion défensive par excellence, une révolte instinctive du système nerveux qui avertit ou protège l'organisme en présence d'une menace, d'une altération, d'un péril ». C'est nous qui supprimons l'épithète « anxieuse », nous verrons plus loin les caractères qui distinguent l'émotivité de l'anxiété, et, selon nous, il ne saurait y avoir émotivité anxieuse, mais anxiété associée à l'émotivité.

Ainsi le stimulus causal affecte l'âme, l'ébranle plus ou moins, donnant ainsi le phénomène émotion. « L'émotion, dit RIBOT (9) est dans l'ordre affectif l'équivalent de la perception dans l'ordre intellectuel ». La réaction émotive est la réponse de l'affectif excité.

Ce réflexe existe chez l'homme normal, mais il est proportionné, il est adéquat à sa cause. Cet homme, un « émotif moyen », réagit selon les besoins, selon les buts à obtenir, selon les intérêts en cause, selon ses capacités et ses connaissances : un moment ébranlé, il se ressaisit vivement et reste maître de ses mouvements. La colère, la peur, l'inhibition du timide, le désespoir comme la joie et l'espérance... sont des formes différentes de l'émotion, nous n'insistons pas sur elles. Ce sont les réponses individuelles aux stimuli émotionnels, ainsi un même fait produit chez l'un la colère, chez l'autre le désespoir et la résignation.

Chez nos malades ce fait produit une émotion intense qui déborde le cadre des émotions signalées, empruntant à chacune d'elles. La réaction de l'hyperémotif est disproportionnée à la cause, et la réaction est adéquate au but à obtenir. L'hyperémotif réagit trop, une cause produisant ordinairement une émotion minime provoque chez lui un très gros ébranlement de tout l'organisme ; quelles seront donc les réponses à un choc émotionnel d'intensité moyenne, ou à une grande émotion ? A vrai dire, pour lui, toutes les émotions quelles qu'elles soient sont intenses; ce sont toutes de grandes émotions. Alors l'émotif devient complètement désemparé. Il ne peut plus être maître de ses réactions, au contraire, ce sont elles qui le mènent, et étant désordonnées, anarchiques, diverses en nature et en intensité selon les sensibilités diverses des différentes parties de son organisme, elles le poussent à agir d'une façon illogique, absurde et, bien souvent, contraire à son intérêt ou à l'intérêt en cause.

Quelles sont les réactions que ces causes provoquent ? Elles sont nombreuses et variées, nous les répartirons en manifestations physiques et en manifestations psychiques. Pour les premières, elles ont été bien étudiées, elles sont bien connues, et elles peuvent être résumées par ces mots : déséquilibre du système vago-sympathique. Cependant les auteurs se sont attachés à préciser le sens de ce déséquilibre et même de préciser d'autres manifestations telles que le degré d'alcacalose. (Notre article était écrit lorsque paraît, du Doteur E. JOLTRAIN « L'émotion, facteur de déséquilibre humoral » (*Presse Médicale*, 7 juin 1933, auquel le lecteur peut se référer pour ces manifestations humorales).

Disons de suite, en anticipant, que nous avons trouvé, nous-même chez ces émotifs, une instablilité vago-sympatique avec une prédominance sympathicotonique.

L'ébranlement émotionnel, outre le domaine somatique atteint, *a fortiori*, le domaine psychique : l'affectif et l'entendement.

L'émotif est alors désorienté, obnubilé, il semble se trouver en période de confusion mentale. Ses idées, ses concepts, ses représentations volontaires fuient devant sa conscience égarée, il n'est plus capable de produire un raisonnement logique quelconque, il n'est plus maître de ses souvenirs et ne peut

plus faire appel aux connaissances dont il aurait besoin, et sa mémoire est déficiente. Cependant ce n'est que d'une façon apparente qu'il est désorienté, car il sait où il est, il reconnaît ceux et ce qui l'entourent,... ce n'est qu'une inhibition psychique momentanée, une anidéation quasi complète et fugace. Néanmoins, il ne faut pas croire que son psychisme soit vide, l'imagination libérée du contrôle de la conscience, se donne libre cours, et, comme dans la confusion onirique, les images les plus fantastiques se déroulent en son esprit, et toutes se rapportant au fait en cours, lui représentant toutes les conséquences qui en peuvent découler. Le désarroi mental est tel que l'hyperémotif perd le contrôle de lui-même, son auto-critique, il n'est plus maître de sa volonté. Ce désarroi se retrouve dans le domaine affectif, aucun sentiment ne subsiste, tous sont subordonnés à l'émotion. Elle pénètre, imprègne et colore tous les états de conscience antérieurs, acquérant de ce fait une intensité plus grande comme l'a si bien montré BERGSON.

Ce nouvel état psychologique a, presque toujours, un caractère pénible et douloureux, pénible parce que l'individu a conscience de son état extra-normal, de ses réactions somatiques et de son désarroi psychique, il sait et sent que cela lui est contraire et funeste ; cet état est douloureux parce qu'il souffre de se trouver ainsi, et à cette douleur vient parfois, pour l'exacerber, s'ajouter les douleurs de l'angoisse.

Non seulement les sentiments ne subsistent plus que colorés de cette teinte pénible et douloureuse par l'émotion ressentie, mais encore la table des valeurs est renversée. Toutes les notions, tous les sentiments, les opinions et préjugés en cours n'ont plus pour lui de valeur, c'est le désordre le plus grand ; les concepts moraux, l'honneur, la religion, la famille, la société, l'armée, le monde, l'intérêt, plus rien ne subsiste, plus rien n'est admis à moins qu'il ne soit en conformité avec l'émotion suscitée ; et par conséquent plus de liens, plus de retenue, plus de bride morale ou religieuse, plus de raison. Dans ce désarroi mental, n'étant plus maître de ses gestes, ni de son jugement ou de ses sentiments, l'individu se cramponne à la dernière image qui passe en son esprit, et se résoud à la dernière action qui lui paraît possible et plausible : la fuite et parfois le suicide.

L'hyperémotif a commencé à vivre paisiblement étant de temps en temps fortement impressionné. Mais la répétition de ces émotions pénibles et douloureuses, et fort souvent désastreuses quant à leurs conséquences sociales, crée un état de malaise et de crainte, joint à l'aboulie et aux sentiments d'incapacité, d'infériorité, d'incomplétude décrits par Pierre JANET. L'émotif alors va redouter l'avenir comme déjà il a redouté toute action par crainte de mal faire et de ne pas réussir, comme il redoute tout changement de position par crainte d'un effort à accomplir, et par conséquent d'une preuve de plus de son incapacité à faire face au nouvel état social.

Et chaque fois qu'en son esprit cette crainte reviendra suscitant une image, une représentation, l'effort à accomplir, l'action à entreprendre.... cette crainte, ou plutôt cette image, cette représentation suffiront pour provoquer à leur tour l'émotion avec toutes ses conséquences que nous avons déjà vues, désordre affectif et intellectuel, réactions physiques, signant le désordre vago-sympathique, douleurs d'angoisse. Cette émotion qui a pour axe de support une crainte d'un malheur imminent et qui est colorée douloureusement, constitue l'anxiété.

Ainsi nous glissons insensiblement de l'émotivité à l'anxiété. L'anxiété est intermittente chez l'émotif et cela pourrait nous faire croire que l'anxiété n'est que notre émotion affectée d'un coefficient supérieur. C'est ainsi que beaucoup d'auteurs conçoivent un même état d'intensité différente, qu'ils nomment par ordre de progression géométrique ascendante : inquiétude, réaction émotive, anxiété, angoisse. Ce ne serait pour eux qu'une différence de quantité.

C'est ainsi que le Larousse du XX[e] siècle porte au mot angoisse : « L'angoisse représente le degré extrême et permanent de l'émotion, dont l'anxiété est la phase de passage », et au mot anxiété : « Anxiété, angoisse, inquiétude, ces mots expriment trois degrés du même état, inquiétude est plus faible qu'anxiété et angoisse renchérit sur ce dernier mot ». HARTENBERG écrit : « Il est classique d'attribuer avec Littré trois degrés d'intensité à l'émotivité anxieuse : l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse. »

Maurice DE FLEURY, à la Société de Psychiatrie du 16 décembre 1921 à l'occasion d'une communication de TINEL sur l'extrait hypophysaire chez les anxieux, insiste sur « l'anxiété, forme intensive de l'émotivité ».

Par contre, lorsqu'on observe les faits, on constate que ces divers mots : émotivité, inquiétude, anxiété, angoisse, recouvrent des états différents. Ce ne sont pas des différences de degré, de quantité, mais bien des différences de qualité, de nature.

Les définitions de BRISSAUD, les études de DEVAUX et LOGRE séparent nettement l'anxiété, phénomène psychique de l'angoisse, phénomène bulbaire. L'anxiété est un état de conscience qui peut ne pas s'accompagner d'angoisse, comme l'angoisse peut ne pas faire naître l'anxiété. Les angoisses des angines de poitrine ne s'accompagnent pas toujours d'anxiété, le fait est bien connu. Cependant, et c'est ce qui peut leurrer, ces deux états se rencontrent dans la grande majorité des cas ; l'anxiété peut naître à la suite de réactions émotives répétées, elle se greffe sur l'émotivité, elle n'en est pas un aboutissant nécessaire ; elle n'est pas contenue dans l'hyperémotivité, ni dans l'angoisse, et l'observation montre des hyperémotifs chez lesquels on peut retrouver trace d'anxiété pathologique.

DEVAUX et LOGRE ont fait une remarquable étude de l'anxiété. Nous ne pouvons que reprendre leur description, nous permettant de ne changer que quelques détails. A notre avis c'est le meilleur travail qui ait été publié sur ce sujet.

« L'anxiété, disent-ils, est une émotion caractérisée par un état de douleur morale et d'incertitude, avec sensation fréquente de constriction physique. Cette sensation physique de resserrement constitue à proprement parler l'angoisse. »

Nous ne reviendrons pas sur le mot émotion que nous avons déjà précisé. De même, nous avons marqué la « douleur morale » ressentie par l'émotif, mais celle de l'anxieux revêt d'autres caractères qui vont les différencier. Nous pourrions caractériser l'anxiété en disant que c'est une douleur morale accompagnée d'une crainte, d'une appréhension d'un malheur imminent, inconnu et indéfini. L'anxieux se trouve en position d'attente de quelque chose, quoi ? il n'en sait rien mais il peut affirmer que ce sera un malheur. C'est un pessimiste systématique. L'espoir de l'optimiste est l'attente d'une bonne chose, et par conséquent il est joyeux et gai. Mais l'anxieux, sans savoir ce qui arrivera, se cantonne dans la tonalité triste. Il se refuse à être optimiste, tout va mal, un rien, un accident quelconque, la fatalité, elle, toujours elle, se mettront en travers de ses actions. Voilà une différence fondamentale entre la crainte de l'anxieux et celle de l'émotif. L'émotif n'est nullement disposé à tout voir en noir, au contraire nous l'avons vu bien souvent gai, vif et alerte et luttant toujours. L'émotif sait que c'est en lui que se trouve la cause de ses déboires par suite de ses réactions inconsidérées inhibant sa volonté et toutes ses actions, et si son émotion est de peu d'intensité, ou si son interlocuteur sait le mettre en confiance, l'émotif se calmera. Au contraire, l'anxieux est sûr de lui-même, mais que peut-il faire, puisque la Fatalité est contre lui. Réagir ? il le veut, il le désire ardemment, mais réagir contre quoi ? contre la fatalité ? il est désarmé, il ne se sent plus en sécurité. Encore si l'on pouvait prévoir le malheur, prendre ses dispositions pour y parer, mais impossible ! le malheur est imprévisible. Et l'anxieux est alors dans l'attente douloureuse de ce quelque chose d'incertain qu'il redoute. Il est indécis, il hésite, il est irrésolu. Cependant, au contraire de ce qui arrive chez l'émotif, son entendement, toutes ses représentations ne sont aucunement inhibés, l'échelle des valeurs n'est nullement abolie, ni renversée, tout reste intact, mais tout est pénétré de cette teinte grisâtre et sombre.

« L'anxiété, disent DEVAUX et LOGRE, peut se résoudre à l'analyse en ces trois éléments consécutifs :

1° L'INSÉCURITÉ, élément affectif ;

2° LE DOUTE, élément intellectuel ;

3° L'IRRÉSOLUTION, élément volontaire. »

Ces trois éléments traduisent sur trois plans différents, en admettant qu'on puisse schématiser des plans différents dans les manifestations de l'âme, la même tonalité d'incertitude, le même état de conscience qui envahit l'âme.

La réaction émotive peut être comparée à un choc colloïdoclasique bouleversant l'équilibre micellaire des sentiments, représentations, notions et préjugés de l'individu. L'anxiété serait plutôt un état d'être, une diathèse de l'âme. Il n'y a pas de réaction anxieuse, de réflexe anxieux, il y a un état anxieux, un état qui peut être congénital ou acquis, continuel ou intermittent, périodique avec paroxysmes de plus ou moins longue durée, et suivant des fluctuations physiologiques ou pathologiques que nous connaissons mal encore.

Cependant il existe une anxiété qui se rencontre chez l'individu normal ; mais c'est une anxiété légitime, fugace, intermittente propre à stimuler l'action de l'individu. Cette anxiété présente en partie les caractères que nous venons de décrire, et cependant nous ne pouvons la considérer comme une manifestation pathologique par le fait de certaines nuances distinctives. D'abord avons-nous dit, cette anxiété normale est légitime, l'individu se trouve réellement dans une de ces situations où un danger menaçant et imminent fait naître une telle émotion, comme par exemple l'anxiété d'une femme qui aperçoit son enfant jouant dans une rue très passante. Mais cette émotion est fugace, suscitant une réaction de l'individu pour sortir de cette impasse, et agir c'est être résolu, c'est avoir quitté le domaine vague de l'incertitude, de l'insécurité et de l'irrésolution, agir c'est acquérir la certitude et la sécurité, c'est le meilleur moyen de combattre l'anxiété. D'ailleurs nous retrouverons les bons effets de l'action quand nous étudierons celles de l'anxieux. D'autre part cette anxiété étant légitime et étant causée par des situations particulières, n'apparaîtra qu'avec ces situations irrégulières. C'est dire qu'elle sera peu fréquente. L'anxiété pathologique est illégitime, persistante et constante, se manifestant à tous propos et à la moindre cause, elle est une disposition de l'esprit.

Ainsi donc, cette émotion imprègne l'esprit, les idées, les sentiments du sujet, et l'action n'étant que la résultante de toutes ces forces, nous y retrouverons le cachet de cette anxiété. Chaque fois qu'il agit, et avant même que de le faire, l'anxieux, par la disposition de son esprit, appréhende l'échec de son entreprise. Nous l'avons vu, c'est la fatalité qui s'acharne sur lui. Il en a plus ou moins conscience. Il craint de mal faire, de s'être trompé, d'oublier, tout cela c'est de la malchance ; et chacune de ces appréhensions s'accompagne d'angoisse ; une anxiété calmée, une autre naît et à propos d'un autre objet, c'est son travail qui est mal fait, il se croit au-dessous de la tâche qu'on lui a confiée. « J'ai toujours peur de ne pas bien faire, je me torture l'esprit » nous dit l'un d'eux. L'anxieux est très scrupuleux, et malgré tout, son travail est fait impeccablement et avec conscience. Est-il en société ? ce sont des gaffes, des impairs qu'il craint de commettre, et à propos de chaque action, de chaque parole, l'anxiété et l'angoisse reparaissent. Et cela est ainsi pour chacune des actions de quelque importance de sa vie. Il doute constamment de lui. Nous avons là l'anxiété vague, diffuse, c'est l'état d'esprit du « nerveux ». Il ne faut pas confondre ce pressentiment du malheur avec le pessimiste systématique non anxieux, avec le « défaitiste ». Celui-ci ne ressent aucune anxiété, aucune angoisse, il présente une idée, l'idée de l'insuccès et du malheur, vide de tout colorant affectif. L'anxieux craint, appréhende le malheur et l'insuccès pour lui, pour les siens et il souffre de cette appréhension perpétuelle.

Cet état de souffrance produit par le doute et l'incertitude ne cessera, cela se conçoit, qu'avec la cause productive, c'est-à-dire que lorsque notre sujet aura la certitude. Nous avons vu aussi que cet état de doute et d'incertitude a pour corollaire l'irrésolution et l'hésitation. Cette incertitude de l'action est autant productrice que conséquence de l'anxiété et de l'angoisse, et là encore la cessation de cette incertitude, c'est-à-dire l'action elle-même, calmera cette anxiété et cette angoisse par la certitude positive qu'elle apporte avec elle. C'est « l'action salvatrice » nous dit un de nos malades. Être dans l'attente est extrêmement pénible pour l'anxieux.

Nous ne retrouverons plus chez l'anxieux ce grand déséquilibre organique de l'émotif, nous rencontrons une autre forme de susceptibilité vago-sympathique, ce ne sont plus des manifestations fonctionnelles, ce sont des manifestations douloureuses caractérisées par l'angoisse.

L'angoisse est cette sensation douloureuse de constriction cardiaque, de resserrement rétro-sternal, c'est cette sensation indéfinissable qui donne au malade l'illusion d'être pris dans un étau et d'être en imminence de trépas. Cette sensation accompagne l'angine de poitrine, cependant elle n'est pas uniquement localisée à la région précordiale, et l'on connaît l'angoisse laryngée, la fameuse « boule hystérique » par spasme douloureux laryngé. Nous citerons la barre épigastrique bien connue « je sens que mon estomac me serre ». On la retrouve également chez les tabétiques. LAIGNEL-LAVASTINE cite une angoisse entéritique. Dernièrement nous avons vu un ancien blessé de guerre à la région pariétale droite, qui présentait des paroxysmes d'angoisse céphalique lorsqu'il se trouvait dans une foule, avec constriction des tempes, rétrécissement du crâne.

L'angoisse peut apparaître, s'accompagnant d'anxiété, à tout moment de la journée et de la nuit, réveillant le malade en sursaut, constituant le tableau de l'angine de poitrine pas son symptôme cardinal, mais c'est une « angine de poitrine sanr angine ». Cette angoisse peut survenir accompagnée d'un rêve avec images horrifiantes, réalisant ainsi le cauchemar, que les Anglais ont si bien nommé la jument de la nuit, la « Nightmare » qui nous laboure la poitrine dans son galop effréné semblable au Vautour de Prométhée.

L'angoisse se manifeste ainsi dans les viscères qui relèvent particulièrement du pneumogastrique, à tel point que BRISSAUD a pu l'appeler un phénomène bulbaire. L'angoisse est la douleur perçue par la conscience et provenant de l'irritation du parasympathique. L'angoisse ne s'accompagne pas nécessairement de l'anxiété, et nous connaissons un officier atteint d'angine de poitrine, qui n'éprouve plus aucune anxiété lorsqu'il ressent son angoisse.

J. EUZIÈRE et J. MARGAROT (10) en 1920, se basant sur l'étude de 60 cas, relèvent chez tous les anxieux une prédominance du sympathique sur le vague. Nous pensons que ces auteurs n'ont fait aucune distinction entre l'émotif et l'anxieux. HARTENBERG (4), étudiant les « Psychonévroses anxieuses », s'est basé sur les travaux d'EUZIÈRE et MARGAROT pour le sens du déséquilibre vago-sympathique de ses anxieux. De même Germain GERBRIAN (11) conclut à un état sympathicotonique concordant avec le tableau d'anxiété. D. SANTENOISE et P. ABÉLY (12) reprennent en 1923 les recherches d'EUZIÈRE et MARGAROT, employant des méthodes graphiques et des épreuves pharmacodynamiques, ils trouvent tout au contraire une vagotonie dans les anxiétés de la folie périodique et des thyroïdiens, un réflexe oculo-cardiaque de peu d'ampleur et un réflexe solaire positif chez les anxieux délirants persécutés, les hypocondriaques anxieux, le syndrome de Cotard, la mélancolie d'involution, et dans les constitutions anxieuses et émotives. Le réflexe solaire est négatif chez les mélancoliques affectifs et dans l'angoisse des obsédés.

Enfin J.-B. LOGRE (13) en 1926, reprenant le travail qu'il a publié avec DEVAUX sur « Les anxieux », distingue chez ces malades des émotifs à « émotivité réactionnelle, sujets à des chocs émotifs circonstanciés » et des émotifs à « anxiété plus spontanée, immotivée ». Les premiers sont en général sympathicotoniques, les seconds, vagotoniques. Nos recherches personnelles (14) qui ont porté sur les malades de la clinique neuro-psychiatrique de Lyon, à l'Asile de Bron, et dans le Centre de neuro-psychiatrie militaire de Lyon, concordent en tous points avec les conclusions de cet auteur, autant en ce qui concerne la distinction de l'émotif et de l'anxieux, car vous avez reconnu là comme émotif le malade à « émotivité réactionnelle, sujet à des chocs circonstanciés » et comme anxieux, « l'émotif à anxiété plus spontanée, immotivée » ; qu'en ce qui concerne le sens de leur déséquilibre vago-sympathique.

Reprenant ces études Henri CODET (7) classe ces émotifs : 1° en émotifs à réactions immédiates avec sympathicotonie « ce qui les signale essentiellement c'est la précocité de réponse

des phénomènes émotionnels à la cause émouvante, leur tendance à s'extérioriser et le retour rapide à l'état antérieur » ;

2° Les émotifs à réactions intérieures retardées (ce qu'il appelle les impressionnables), avec vagotonie, où les incitations extérieures produisent peu de réactions motrices sauf dans quelques paroxysmes. Les impressionnables, facilement inhibés, avouent qu'ils sont bien moins gênés par la difficulté réelle que par sa prévision. La présence de l'obstacle peut leur causer une sorte de soulagement par l'évidence de son importance réelle moindre que leur appréhension ». Cette appréhension de l'obstacle ressemble fort à l'attente douloureuse de quelque chose d'incertain et de redouté, et cet impressionnable ressemble beaucoup à l'anxieux que nous venons de décrire, et cette similitude se retrouve encore dans leurs manifestations somatiques.

En résumé nous avons distingué l'émotif de l'anxieux par ce fait que l'émotif a une excitabilité excessive de tout son organisme psychique et physique qui le fait répondre d'une manière disproportionnée et inadéquate aux stimuli externes et internes. L'émotif a une émotion motivée. Par l'examen de nos malades nous avons vu que ces émotifs à affectivité sensibilisée présentent un grand sympathique sensibilisé prêt à répondre d'une manière confuse et désordonnée aux excitations, et surtout avec une prédominance ortho-sympathique.

Nous avons considéré l'anxieux comme possédant une diathèse du mental qui le fait concevoir et appréhender avec une teinte douloureuse psychique et physique l'avenir gros de dangers menaçants, imprécis et incertains, possédant une émotion spontanée avec une coloration pessimiste et sombre dont se teintent tous les sentiments, avoir un grand sympathique dystonique et hypertonique avec paroxysmes apparemment immotivés, et à prédominance parasympathique se manifestant par des phénomènes douloureux d'angoisse phénomène bulbaire et vagal.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Janet (Pierre). — Névroses et idées fixes. T. I et II. Félix Alcan.
— Les obsessions et la psychasthénie. T. I et II. Félix Alcan.
(2) Pitre et Régis. — Séminologie des obsessions et idées fixes. XIIe Congrès internat. de méd., Moscou, 1897.
— Les obsessions et impulsions. O. Doin, 1902.
(3) Heckel (F.). — La névrose d'angoisse. Masson, 1917.
(4) Hartenberg (Paul). — Les timides et la timidité. Félix Alcan, 1921.
— Les psychonévroses anxieuses. Félix Alcan, 1922.
(5) Dupré (Ernest). — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Payot, 1925.
(6) Devaux et Logre. — Les anxieux.
(7) Codet (Henri). — Deux aspects de l'émotivité. *Ann. méd psych.*, mai 1930.
— Les émotifs et les impressionnables, leur psycho-physiologie. *L'évolution psychiatrique*, mars 1931.
(8) Bergson (Henri). — Essai sur les données immédiates de la conscience, p. 48. Félix Alcan.
(9) Ribot (Théodule). — Psychologie des sentiments. Félix Alcan.
(10) Euzière (J.) et Margarot (J.). — Les réactions du système nerveux viscéral dans les états anxieux. *Encéphale*, 1920, pp. 349 et 360.
(11) Gerbrian (Germain). — Le système nerveux végétatif en psychiatrie. *Archivos de Neurobiologia*, Madrid, janvier-avril 1926.
(12) Santenoise (D.) et Abely. — Recherches sur le système neuro-végétatif dans les états anxieux. *Soc. méd. psych.*, 26 mars 1923, année 1923, t. I, p. 365.
(13) Logre (J.). — A propos du tonus sympathique dans les états anxieux. *La Pratique médicale française* (A), juin 1926.
(14) Dancenis (Félix). — Contribution à l'étude du déséquilibre vago-sympathique dans les états émotifs et anxieux. Thèse Lyon, 1930.



ACTUALITÉS

Action sédative des diverses radiations

Par **Marcel JOLY**

Il faut être reconnaissant au Professeur Loeper d'avoir fait une place aux agents physiques dans l'enseignement de la thérapeutique.

Depuis un certain nombre d'années, pas bien longtemps, le médecin ne prescrit pas seulement des remèdes, ou des régimes, ou des règles d'hygiène, il prescrit des agents physiques. Parfois il se hasarde à manipuler lui-même ces agents physiques.

Bien des médecins ont actuellement dans leur cabinet de consultation, qui un appareillage de diathermie, qui un appareil de rayons ultra-violets, voire un appareil de rayons X. Or ce sont là des armes redoutables, redoutables pour la maladie, mais qui peuvent aussi devenir dangereuses pour le malade entre des mains inexpérimentées. Je voudrais que les quelques conseils que je puis vous donner en un temps si bref vous aident à soulager vos malades sans leur faire courir aucun risque.

L'action sédative des radiations est devenue une notion classique. Lorsqu'on a inutilement injecté toute une série d'analgésiques dans la fesse d'un malade atteint de sciatique, on l'envoie maintenant automatiquement au radiologiste. Et lorsqu'on conseille à un rhumatisant d'aller exposer ses membres déformés au soleil de Nice ou de Menton, on prescrit encore de la radiothérapie. Que sont donc ces radiations qui ont un tel pouvoir analgésique ? Toutes sont des ondes, des ondes électro-magnétiques ; des phénomènes électriques jettent une perturbation en un point quelconque de l'éther, tout comme on jette une pierre dans l'eau, et des ondes agitent cet éther et diffusent dans toutes les directions, tout comme la surface de l'eau ondule sous le choc.

Et qu'est-ce qui différencie ces radiations ? C'est d'une part le genre de phénomène électrique qui les a provoquées et d'autre part et surtout leur longueur d'onde : selon que la pierre sera plus ou moins grosse, selon qu'on l'aura jetée de plus ou moins haut et avec plus ou moins de force, les vagues que sont les ondes de l'eau seront plus ou moins hautes, de plus ou moins grande envergure et se propageront avec plus ou moins grande vitesse.

Ces ondes électro-magnétiques ont toutes les longueurs imaginables. Des dizaines de kilomètres des ondes hertziennes à des milliardièmes de millimètre des ondes cosmiques. Ne retenons que celles dont l'action thérapeutique est à peu près définie.

Nous avons à notre disposition :

Les ondes courtes, nouvelles venues dont la longueur d'onde moyenne est d'environ 10 mètres.

Les rayons infra-rouges dont les longueurs d'ondes utilisées sont comprises entre 5 μ et 8 μ.

Les rayons du spectre visible, de 0 μ 7 à 0 μ 4 ;

Les rayons ultra-violets dont on utilise la gamme comprise entre 4.000 Å et 2.000 Å ;

Les rayons X utilisés de 10 Å à 0, Å06 ;

Les rayons γ du radium dont on ne retient que les longueurs d'onde entre 1 Å et 0Å 007.

Les « ondes courtes » sont très exactement des ondes hertziennes, sœurs des ondes de T. S. F. ; elles ont seulement une longueur plus brève, d'où leur dénomination. Tout comme les ondes de T. S. F. elles sont produites par la décharge de condensateurs dans un circuit oscillant de très haute fréquence. Cela les apparente d'une façon très

BIBLIOGRAPHIE

L'Impératrice Eugénie, par Octave AUBRY. Deux volumes in-8° sur alfa, avec 32 hors texte. Bibliothèque *Historia*. Prix : 50 francs. Editions Tallandier, 75, rue Dareau, Paris.

Délicat poème de cette existence merveilleuse que seule pouvait exalter la plume autorisée de ce célèbre historien en évoquant pour nous ce passé, si proche encore et dominé par le souvenir toujours vivace d'une âme d'élite.

La Marine française dans la Grande Guerre (1914-1918) : Les marins à terre. *Fusiliers marins, Canonniers marins, Autos-canons et Autos-projecteurs. — L'Yser. — Verdun. — Les Dardanelles. — Serbie. — Athènes. — Armée d'Orient. — Précédé de l'Histoire des Marins de 1870-71 et de divers autres épisodes*, par A. THOMAZI. Un vol. in-8 de la *Collection de mémoires*, études et documents pour servir à l'Histoire de la Guerre mondiale, avec 12 croquis : 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Un volume sur *Les Marins à Terre* avait sa place toute marquée dans la série consacrée à *La Marine française dans la Grande Guerre*, par le commandant Thomazi, à qui nous devons déjà sur la guerre navale dans la zone des armées du Nord, dans l'Adriatique, aux Dardanelles et dans la Méditerranée. Ce nouveau livre n'est en aucune manière inférieur à ses aînés.

« Je ne l'aurais cependant pas entrepris, dit l'auteur dans sa préface, s'il avait dû se borner à narrer les hauts faits de la fameuse brigade de l'amiral Ronarc'h. Ce dernier s'en est chargé lui-même, dans un livre émouvant, *Les fusiliers marins au combat*. Mais outre les fusiliers de la brigade, il y a eu ceux du bataillon qui lui a succédé et a conquis de nouveaux titres de gloire ; il y a les canonniers marins, dont on n'a pour ainsi dire pas parlé, et qui n'ont pas été seulement braves entre tous, mais ont apporté à l'armée des méthodes de tir grâce auxquelles le rendement de l'artillerie lourde a été considérablement accru ; il y a les autos-canons et les autos-projecteurs, où des marins ont été les premiers et les meilleurs ; le service météorologique, qu'ils ont créé de toutes pièces ; les corps techniques qui ont fait de grandes choses qu'on n'a pas dites ; les missions de Serbie, de Roumanie, du Monténégro, les marins des Dardanelles, d'Athènes, de l'armée d'Orient : toute une histoire qu'il fallait raconter pour rendre justice à d'innombrables et féconds dévouements, laissés dans l'ombre jusqu'ici ».

Le commandant Thomazi ne s'est pas contenté d'exposer tous ces faits récents. Il a saisi cette occasion de rappeler en détail de beaux épisodes trop oubliés : la prise de Sfax, la colonne Seymour et le siège des légations à Pékin, le débarquement à Casablanca ; remontant encore dans le temps, il a présenté — pour la première fois, si étonnant que cela puisse paraître — un tableau d'ensemble du splendide effort des marins de 1870, dignes ancêtres de ceux de 1914, où l'on voit des animaux commander des corps d'armées et gouverner des villes assiégées, des capitaines de vaisseau et de frégate avoir leur cheval tué sous eux. Ce sont de grands souvenirs qui revivent dans ce livre où l'on verra « que, depuis un siècle, les marins français se sont battus à terre beaucoup plus que sur l'eau ». Tous ceux qui s'intéressent à la marine et aux marins voudront le posséder.

L'exploration fonctionnelle de la rate. *Diagnostic et traitement des syndromes spléniques*, par Ed. BENHAMOU. Un volume de 252 pages, avec 103 figures et tableaux : 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Docteur Ed. Benhamou, présente dans ce livre une mise au point très complète de la question de l'exploration fonctionnelle de la rate, basée à la fois sur ses recherches personnelles et sur les travaux des savants français et étrangers. Il a en effet reproduit chez l'homme la plupart des expériences réalisées chez l'animal, et a ainsi pu constater que certaines fonctions de la rate normale, et plus particulièrement la fonction réservoir, pouvaient être facilement appréciées grâce aux techniques combinées de l'hématologie et de la radiologie.

On trouvera dans ce livre les méthodes et les techniques très simples, cliniques, hématologiques et radioglogiques qui permettent de réaliser pratiquement cette exploration fonctionnelle de la rate et d'aboutir au diagnostic des grands syndromes spléniques.

Cet ouvrage n'est pas seulement unlivre de clinique vécue qui donne une vue d'ensemble de la pathologie splénique, c'est aussi un livre de thérapeutique où sont envisagés tous les modes de traitement médicaux et chirurgicaux des affections de la rate et des syndromes spléniques.

La mécanique pulmonaire, par F. PARODI, adapté par P. Lefèvre ; préface de F. DUMAREST. Un volume de 224 pages avec 53 figures : 36 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est une œuvre originale, tout à fait personnelle qui ouvrira à ses lecteurs des horizons entièrement nouveaux. Le point de départ des recherches du Docteur Parodi repose sur une base logique : le poumon, dit-il, est un organe dont la fonction est essentiellement mécanique, et qui, malade, est justiciable de traitements mécaniques. Si nous voulons rationaliser nos idées et nos méthodes, appliquons-lui les lois connues de la physique et de la mécanique qui régissent les corps de sa catégorie qui sont les solides élastiques.

A lire cet ouvrage on demeure convaincu que cette science nouvelle, indépendamment même des conséquences lointaines qu'elle pourra avoir sur l'orientation générale des idées cliniques, anatomo-pathologiques ou thérapeutiques et qui apparaissent aujourd'hui comme nombreuses et intéressantes, aura, par réciprocité, une immédiate et importante répercussion sur la conduite de la cure par le pneumothorax artificiel.

Le Docteur Parodi, au cours de ses recherches, a considéré les faits cliniques comme l'expression exclusive de phénomènes physiques et mécaniques. Il ne veut nullement méconnaître par là l'importance que ces manifestations cliniques ont par elles-mêmes, mais il pense qu'elles doivent être réduites à leurs justes proportions et appréciées selon l'ordre des causes physiques qui les déterminent.

Pour traiter des questions mécaniques, l'auteur a dû employer les termes propres à cette science, aussi le Docteur Lefèvre (d'Hauteville) a-t-il fait précéder chaque chapitre d'un court résumé qui souligne et résume les idées directrices, dans un esprit purement clinique.

L'école des fiancés, par Louis Barras. Un volume in-8, 288 pages, 15 francs. Eugène Figuière, éditeur, 166, boul. Montparnasse, Paris.

L'auteur, qui est médecin, veut, dans une série de romans dont celui-ci est le premier, écrire la vie amoureuse d'un homme depuis l'éveil des premiers troubles sexuels. L'intér t de cette entreprise de longue haleine est indiqué dans une substantielle préface, vrai profession de foi où est étudié le roman moderne et spécifié qu'un romancier véritable ne doit se mettre à la Littérature que lorsqu'il a quelque chose à dire, observé la vie, accumulé des notes, bref, lorsqu'il est déjà d'âge mûr. Joignant l'exemple au précepte, L. Barras nous donne un livre plein de notions, issues de son expérience clinique et de ses réflexions, et formant une contribution sérieuse à la connaissance du cœur humain.

Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie, par R. Rivoire. Un volume de 182 pages : 26 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La connaissance exacte des propriétés physiologiques des hormones a permis de prévoir le tableau clinique que serait capable de réaliser l'hypofonction ou l'hyperfonction de l'organe sécréteur : ainsi la voie était tracée pour la recherche clinique, qui réussit à individualiser de nouveaux syndromes endocriniens ; en particulier les syndromes d'hyperfonctionnement par adénome, dont tout médecin doit connaître les symptômes puisque ces maladies guérissent par l'ablation chirurgicale précoce de la tumeur glandulaire causale.

En même temps, grâce aux progrès réalisés dans la préparation des hormones, l'opothérapie s'est perfectionnée : aux anciennes préparations d'efficacité souvent théorique se sont ajoutées des substances chimiquement définies agissant de façon constante et à doses infinitésimales.

A cause de la rapidité de cette évolution, à cause du nombre important de publications de toutes langues touchant à l'endocrinologie il devient difficile au médecin de rester au courant du sujet.

Ce livre résume en quelques pages les progrès réalisés récemment dans le domaine de l'endocrinologie en insistant plus particulièrement sur les propriétés des hormones et sur la description des nouveaux syndromes cliniques.

Les acquisitions sur la thyroïde étant déjà familières aux médecins, on ne trouvera dans ce travail que l'endocrinologie parathyroïdienne, surrénale, pancréatique, ovarienne, testiculaire et hypophysaire.

Opothérapie endocrinienne. *Les bases physiologiques, Les syndromes, Posologie de l'opothérapie*, par Guy Laroche. Deuxième édition. Un volume de 396 pages avec 19 figures : 48 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

En quelques années, l'endocrinologie a été bouleversée par les découvertes successives « de la parathyrine, de la folliculine, des hormones hypophysaires, placentaires, etc., à tel point que l'auteur a dû, pour faire paraître cette deuxième édition, écrire, presque complètement un nouveau livre. Les chimistes, les biologistes, les médecins trouveront dans cet ouvrage une mise au point exacte de la thérapeutique endocrinienne.

C'est un livre de pratique basé sur la physiologie et la clinique. Il apprend comment les glandes agissent sur l'organisme, comment sont préparés les produits qui sont proposés, sous quelle forme et dans quel cas ils peuvent être administrés ; enfin autant qu'il est possible de le faire les réactions multiples secondaires provoquées dans l'organisme par les glandes.

Après un chapitre de généralités et un autre consacré à la fabrication des produits opothérapiques, et à la posologie en général, le Docteur Guy Laroche prend chacune des glandes dont la fonction endocrinienne est reconnue : *le corps thyroïde, les glandes parathyroïdes, le thymus, les capsules surrénales, l'hypophyse, les glandes génitales (testicules et ovaires)*. Un chapitre entier est consacré à l'*Insuline et au Pancréas*. Un autre à l'*opothérapie hépatique*. Le dernier à l'*opothérapie et aux syndromes pluri-glandulaires*.

Ce livre permettra au médecin, d'utiliser en thérapeutique des agents avec lesquels on obtient actuellement des résultats très brillants et de dégager de nombreux produits celui qui lui convient.

L'ultra-violet. La lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge, par J. Aimard et H. Dausset. Un volume in-8°, 300 pages et hors texte d'appareillage : 25 francs. Cinquième édition. Editions de l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, VIe.

Peu de livres de médecine ont connu une fortune semblable à celle de ce petit ouvrage. En cinq ans, cinq éditions. Cela prouve qu'il a répondu à un besoin, que sa formule est bonne et appréciée des médecins.

Grâce à lui cette méthode relativement nouvelle des radiations en thérapeutique a été à la portée de tous les médecins. Ce livre, éminemment pratique, les conduit pas à pas dans les applications qu'ils doivent faire, ils évitent ainsi les inconvénients possibles et ils tirent de ces traitements le maximum de bienfaits.

On peut être reconnaissant aux auteurs d'avoir su être si clairs, d'avoir évité les grandes théories et de s'être tenu strictement sur le terrain thérapeutique. Il n'est pas douteux que cette édition revue, corrigée, augmentée, qui contient les derniers perfectionnements d'appareillage et de technique, connaîtra le même succès que les précédentes.

Pour combattre les troubles digestifs, par le Docteur Léon Schekter. Un vol. in-8° de 122 pages : 15 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La façon de se nourrir et ce que l'on mange pour bien se porter exigent une éducation par trop négligée.

Les renseignements à donner au médecin lorsqu'on consulte pour les troubles de la digestion sont d'une importance primordiale.

L'auteur : montre au lecteur, *comment il doit consulter* le médecin et lui apprend les règles d'hygiène digestive pour *prévenir* et *combattre les troubles digestifs*.

étroite avec les courants de haute fréquence de d'Arsonval employés sous le nom habituel de diathermie. On a dénommé la thérapeutique par ondes courtes diathermie sans contact, ou encore diathermie à distance ; c'est dire combien ses effets sont rapprochés de ceux de la d'arsonvalisation. L'application de ces ondes courtes a été introduite assez récemment en France, avec quelque tapage d'ailleurs, sous le nom d'électropyrexie, après avoir été largement expérimentée en Amérique où j'ai vu dès 1930, un appareil à ondes courtes à l'Institut du radium de Montréal. Les importateurs français ont eu pour cette méthode un moment d'engouement qui glisse de plus en plus vers des prétentions assez modestes. La production de ces ondes exige des appareils encombrants et très coûteux ce qui en limite forcément l'emploi et les met hors de portée du médecin praticien.

Semblables en cela aux ondes de la diathermie banale, les ondes courtes ont pour principale propriété l'échauffement des tissus. Elles s'amortissent dans les tissus vivants, elles sont absorbées par ces tissus, et cette absorption se traduit par de la chaleur à l'intérieur même des tissus profonds car elles ont la faculté de pénétrer à travers tous les électrolytes. Cet échauffement provoque un relâchement des fibres lisses vaso-motrices qui entraîne une vaso-dilatation active d'où hypérémie plus ou moins prononcée. C'est ce processus qu'on invoque pour expliquer l'action sédative de ces ondes courtes sur certaines inflammations, et surtout sur certaines douleurs articulaires. Ces appareils à ondes courtes ont surtout été conçus pour traiter la paralysie générale en provoquant dans tout le corps une élévation de température comparable à ce qu'on obtient par la malariathérapie. Mais s'appuyant d'une part sur cette élévation de température que l'on peut faire non plus générale mais locale avec des électrodes appropriées et d'autre part sur l'action vibratoire électromagnétique elle-même qui semble entraîner des phénomènes de résonance cellulaire, on a donc traité par cette méthode des arthralgies, des contractures douloureuses liées à des hémiplégies, des douleurs artéritiques, des névralgies et névrites diverses. Dans tous ces cas l'action analgésiante s'est montrée plus ou moins probante, aussi efficace, mais, d'après les Américains pas plus efficace que celle de la diathermie ordinaire.

Donc si l'enthousiasme du début est maintenant très atténué en ce qui concerne l'action sédative des ondes courtes, cette action n'en est pas moins intéressante et se place à peu près sur le même plan que celui de la diathermie. On y aura recours lorsque les autres agents, plus simples, se seront révélés impuissants ou insuffisants.

Il ne faut pas perdre de vue en effet, que certains sujets réagissent à telle ou telle longueur d'onde et sont parfaitement insensibles à une longueur d'onde plus courte ou plus longue. Les résonances cellulaires de telle ou telle algie peuvent n'être éveillées que par ces ondes courtes et non pas par des ondes plus brèves. Je crois que non seulement on ne peut pas séparer la diathermie par ondes courtes de la diathermie ordinaire, mais que celle-là est le complément à la fois ingénieux et fort utile de celle-ci. Car si dans la diathermie les tissus les plus facilement échauffés sont par ordre de décroissance la graisse, le muscle, les os, le foie, ces divers tissus présentent tous le même échauffement avec des ondes de 30 mètres et un échauffement d'ordre inverse avec des ondes de 10 mètres. On risque donc, avec la diathermie, de ne pouvoir traiter une arthrite de la hanche chez un obèse tant la sensation de chaleur sera insupportable au niveau du pannicule adipeux alors qu'une application d'ondes courtes permettra dans ce cas un échauffement appréciable de la région cotyloïdienne sans le moindre cumul au niveau des tissus mous. Nous devons donc songer à l'emploi de ces ondes courtes lorsque l'essai d'autres irradiations se sera montré infructueux.

Parmi ces irradiations de production simple (et dans la nomenclature très voisine des ondes courtes) nous arrivons aux rayons infra-rouges. Ceux-là aussi ont des propriétés calorifiques, et c'est l'effet chaleur que nous allons encore leur demander. Mais une chaleur particulière, pénétrante, qui ne s'arrête pas à la peau comme lorsqu'on met un corps chaud quelconque à son contact, qui ne s'arrête même pas entièrement aux muscles ni aux os, mais s'amortit surtout dans les organes très vascularisés partout où il y a une grande quantité de sang. C'est que ces rayons infra-rouges sont absorbés plus spécialement par l'eau. Et c'est pourquoi les organes remplis de sérum sanguin, ou les tissés imbibés pathologiquement de lymphe, les arrêtent électivement et absorbent leur énergie sous forme de chaleur. Indépendamment de cet effet calorifique, avec les phénomènes de vaso-dilatation qu'il entraîne infailliblement, nous devons invoquer là encore le phénomène de résonance cellulaire. Il est admis, sinon prouvé, et il est logique d'admettre, que les cellules ou les constituants des cellules résonnent sous l'action de longueurs d'ondes déterminées tout comme un violon résonne lorsqu'on approche un diapason. L'effet calorifique et vasodilatateur joint à l'effet résonance se traduisent encore par une action sédative incontestable de maints symptômes douloureux. Avant d'entrer dans le détail des indications je dois vous dire quelques mots de la production de ces rayons infra-rouges. Je le fais avec d'autant plus d'empressement que les meilleurs de ces appareils sont les plus simples, ceux que le praticien peut avoir sous la main, et dont il peut se servir avec la plus grande aisance.

Le vulgaire radiateur électrique, fait d'un réflecteur au centre duquel se voit une résistance métallique portée au rouge, constitue un excellent générateur de rayons infra-rouges. Une lampe à filament de carbone teintée en rouge vif dans la masse, placée dans un réflecteur de bureau vous fournit également un très bon appareil de rayons infra-rouges. Dans ce cas, je dois à la vérité scientifique qu'on introduit à côté des infra-rouges purs, qui ne sont pas visibles, des rayons rouges du spectre visible. Mais pratiquement cela importe peu. Cela doit même nous procurer un avantage : l'expérience a montré que la peau supporte mieux la chaleur des infra-rouges associés à des rayons lumineux qu'elle ne supporte la chaleur produite par les infra-rouges purs. Donc pour avoir un appareil parfait il suffit de posséder, monté sur un pied mobile et articulé, un réflecteur à rayons parallèles, au fond duquel se trouve une lampe à filament de carbone, dont le verre est teinté en rouge et qui donne 32 bougies sous 110 volts. Un tel appareil peu encombrant, peu onéreux, très transportable, vous donne des rayons infra-rouges assez pénétrants pour qu'on puisse en déceler la présence après qu'ils ont traversé tout un abdomen.

C'est sur l'abdomen que vous les appliquerez d'ailleurs le plus souvent ; une de leurs principales qualités en effet est d'être décongestionnants, et si vous les dirigez sur un gros foie douloureux, vous pourrez constater au bout de trois quarts d'heure, en même temps que la disparition de la douleur, une diminution de volume du fois de deux ou trois travers de doigt. Même effet décongestionnant et sédatif sur une rate congestionnée. Cela peut même constituer un bon moyen de diagnostic : si une rate, un foie diminuent de volume sous l'action des infra-rouges on est en présence de phénomènes d'ordre congestif et non pas en présence d'une hypertrophie permanente d'autre nature.

Par des irradiations abdominales, en approchant la lampe de 30 cm. de la peau, vous traiterez encore, et atténuerez les douleurs de toutes les inflammatiens profondes : angiocholites, cholécystites, entéronévrites, salpingites, congestions ovariennes.

Cette action anti-inflammatoire, par hypérémie locale, vous pourrez l'appliquer également avec succès dans les orchites, les prostatites, les anthrax, les otites, les sinusites.

Dans ce cas particulier des sinusites, et en général pour toute irradiation de la face, je vous signale un détail de technique qui a son importance. La rétine est très sensible aux rayons infra-rouges, et très désagréablement impressionnée par eux. Un malade ne supporterait pas trois quarts

d'heure d'irradiation sur la région des yeux sans avoir de pénibles impressions de tension oculaire, des scotomes et une violente céphalée. Il faut donc protéger les yeux. On y arrive très bien en imbibant d'eau deux petits paquets de coton hydrophile qui seront placés respectivement sur chaque paupière fermée et maintenue par une très petite bande. L'eau, je vous l'ai dit, est le meilleur absorbant des rayons infra-rouges. Ceux-ci ne parviendront ainsi à la rétine qu'en quantité négligeable, inoffensive.

Par leur chaleur pénétrante les rayons infra-rouges atténuent encore d'une façon appréciable, et parfois durable les douleurs de certaines arthrites, arthrites de l'épaule en particulier qui sont souvent si rebelles. Les douleurs post-phlébitiques sont également à combattre par les infra-rouges. On compte sur l'espèce de gymnastique vasculaire créée par la vaso-dilatation qu'ils provoquent, vasodilatation qui n'est pas exclusive aux vaisseaux sanguins mais porte aussi sur les vaisseaux lymphatiques. Et l'on sait que dans les troubles douloureux post-phlébitiques les engorgements lymphatiques et la cellulite entrent pour une bonne part. La cellulite, quelle que soit sa localisation, cutanée, aponévrotique, séreuse, musculaire est très favorablement influencée par les infra-rouges. Mais là encore un détail de technique est à signaler. Dans la cellulite les relais ganglionnaires lymphatiques arrivent vite à s'engorger, à former une espèce de barrière passive. Il ne faut donc pas irradier la région la plus atteinte, la plus douloureuse d'abord : on provoquerait une vasodilatation lymphatique en deçà des barrages et on accroîtrait les douleurs. Il faut irradier d'abord les relais ganglionnaires assez distants. Pour une cellulite de la nuque par exemple, on commencera par irradier la région sus-claviculaire, puis la base du cou et enfin la nuque elle-même. Ce sont des notions qui semblent de simple sens commun mais qu'on oublie parfois si on ne les a pas mises en relief. Toutes ces irradiations par rayons infra-rouges doivent être de longues durée, de trois quarts d'heure à une heure, sans dépasser cette limite. Le malade peut régler lui-même l'éloignement de la lampe selon sa propre tolérance à la sensation de chaleur. Il faut éviter d'être stoïque devant une chaleur vive car on arriverait à une brûlure de la peau. On doit prévenir de la possibilité d'une pigmentation, semblable à celle du soleil, et qui disparaît en quelques mois.

L'action sédative des infra-rouges est enfin très appréciable dans les radiodermites, souvent si douloureuses. Les infra-rouges sont biologiquement antagonistes des rayons X. On les a donc logiquement employés dans le traitement des radiodermites. Je dois dire que s'ils guérissent assez rapidement des lésions de radiodermite aiguë, leur effet est très médiocre dans le traitement des radiodermites chroniques, les plus redoutables comme vous savez. Il faut immédiatement penser à l'application des rayons infra-rouges lorsqu'il existe un syndrome abdominal douloureux à la suite d'irradiation soit par rayons X, soit par radium. Vous avez confié votre malade à un radiologiste pour traiter, par exemple, un cancer de l'utérus, un cancer ovarien, un cancer du rectum, un cancer de la prostate, une métastase cancéreuse de la colonne lombaire, etc... Toutes ces affections nécessitent de très fortes doses de radiations X ou γ sur l'abdomen ; or le péritoine, le côlon, l'intestin grêle surtout sont très sensibles à ces radiations ; ils s'irritent, ils s'enflamment et leurs réactions sont toujours extrêmement douloureuses, qu'elles se traduisent par des coliques banales ou par la distension gazeuse pseudo-paralytique. Si votre malade, dix à quinze jours après la fin du traitement radiothérapique accuse de tels symptômes, n'hésitez pas à le soumettre aux rayons infra-rouges, en lui ordonnant deux longues séances par jour ; vous le calmerez beaucoup plus sûrement qu'avec des opiacés et toute la gamme des sédatifs intestinaux. Non seulement vous le calmerez mais vous hâterez la fin de ces réactions qui peuvent être fort préoccupantes pour un médecin non prévenu.

Avec les rayons infra-rouges dont nous venons d'épuiser je crois l'action sédative, nous étions déjà entrés dans le spectre visible puisque nous avons choisi comme mode de production une lampe rouge. Nous allons retirer celle-ci de sa douille et la remplacer, par une lampe, toujours à filament de carbone, 32 bougies et 110 volts, mais dont le verre est coloré en bleu dans la masse. Il sortira de cette lampe une certaine proportion d'infra-rouges encore et en plus grande quantité des rayons de plus courte longueur d'onde, 0 μ 5 environ. Mais l'action de cette lumière bleue sera très différente de celle de la lumière rouge. Ainsi au point de vue psychique, la lumière rouge est excitante au point que les ouvriers fabriquant, dans cette couleur inactinique, les plaques photographiques, y acquièrent rapidement un caractère combatif et turbulent ; la lumière bleue au contraire calme et apaise au point qu'on use de cette atmosphère colorée en bleu pour traiter certains nervosismes exaltés. La lumière rouge produit une sorte de rétraction de la peau ; la lumière bleue au contraire provoque en quelques minutes un gonflement de la peau et des tissus sous-jacents. La lumière rouge a une action calorifique diffuse ; la lumière bleue une action semblable beaucoup plus localisée. Son action sédative est, elle aussi, strictement locale et assez superficielle. Ainsi la lumière bleue est indiquée dans les douleurs cellulitiques qui sont à fleur de peau ; très souvent la cellulite entraîne des douleurs qui ont la forme d'une hyperesthésie cutanée à la nuque ; les malades se plaignent d'avoir « mal aux cheveux » ; sur la peau le moindre frôlement est insupportable. Dans ces cas la lumière bleue dirigée sur les plages hypersensibles a une action sédative immédiate, action qui cesse d'ailleurs dès que la lumière est retirée. Mais cela peut être fort utile pour pratiquer le massage qui reste le traitement de ces cellulites et serait insupportable sans une irradiation préalable de ce genre. La lumière bleue calme aussi assez rapidement les crises de goutte articulaire aiguë et même les douleurs du rhumatisme articulaire aigu.

Mais pour que ces radiations lumineuses aient leur plein effet, il faut les appliquer dans une pièce aussi obscure que possible : car elles ont certaines propriétés antagonistes et on n'obtient les résultats qu'elles promettent qu'à la condition d'employer des faisceaux aussi monochromatiques que possible. Ce sont là des médications radiantes simples très faciles à appliquer et qui peuvent rendre d'incontestables services dans la pratique médicale courante.

Les rayons ultra-violets sont d'une production un peu plus compliquée et d'un maniement plus délicat. Vous avez tous vu, je pense, une lampe de rayons ultra-violets, qu'elle soit à arc ou à vapeur de mercure. L'arc électrique jaillissant entre deux charbons, entre deux électrodes de tungstène, entre deux charbons métallisés émet des rayons ultra-violets ; mais d'une part une grande quantité de l'énergie est gaspillée en chaleur et d'autre part il est difficile de supprimer totalement la projection des particules de charbon qui jaillissent et qui peuvent atteindre le malade et en tout cas l'impressionner. En France, on préfère de beaucoup la lampe à vapeur de mercure et c'est certainement la seule source de rayons ultra-violets qui convienne actuellement à un cabinet médical. C'est certainement celle que vous aurez dans votre cabinet de consultation. Quelles que soient les marques de fabrique, la pièce essentielle d'une telle lampe est le brûleur ; le réflecteur qui contient ce brûleur, le pied qui supporte ce réflecteur, le transformateur qui donne le régime électrique convenable ne sont que des accessoires. Ce brûleur est un tube de quartz (parce que seul le quartz, et non pas le verre laisse passer les rayons ultra-violets) qui contient du mercure. Aux extrémités de ce tube deux électrodes métalliques permettent l'arrivée du courant. La bascule du brûleur permet le contact entre ces deux électrodes, donc le passage du courant qui échauffe le mercure et permet un dégagement de vapeur de ce métal. Une bascule en sens inverse produit la rupture du courant qui cherche à se rétablir sous forme d'une étincelle. Cette étincelle amorce un arc grâce à la conductibilité relative de l'atmosphère mercurielle. Cet arc, à travers ces vapeurs de mercure donne une lumière extrêmement brillante, que le regard soutient difficilement et qui est très riche en rayons ultra-violets. Ces rayons sor-

tent du brûleur puisqu'il est en quartz, corps perméable à ces radiations.

Quelle est la valeur sédative de ces rayons ultra-violets, longueurs d'ondes électromagnétiques cette fois comprises entre 4.000 Å et 2.000 Å ? A vrai dire, peu importante et toujours indirecte. L'action immédiate des ultra-violets est excitante et non pas sédative : aussi bien au point de vue local que général. Une irradiation un peu faible, comme on doit généralement la faire, de quelques minutes de durée à une assez grande distance ne provoque aucune sensation locale, cutanée ni profonde. Mais bien souvent une telle séance est suivie d'une certaine nervosité pouvant aller jusqu'à l'insomnie. Et cette constatation clinique d'ordre constant suffirait à elle seule à prouver que la principale action des ultra-violets est une action indirecte. Vous savez qu'il existe certaines substances, telles les couleurs d'aniline, tels certains corps de la série grasse, tels en particulier les stérols qui acquièrent des propriétés biologiques spéciales lorsqu'ils ont été irradiés : inactifs à leur état naturel ils deviennent des agents biologiques extrêmement actifs s'ils ont subi l'action d'irradiations appropriées.

C'est ainsi que l'ergostérol se montre puissamment antirachitique s'il est irradié, et seulement sous cette condition préalable. Or la peau contient beaucoup de corps de la série grasse. Elle contient en particulier de l'ergostérol et il est à peu près certain que les ultra-violets n'acquièrent des propriétés antirachitiques que par le truchement de cette substance devenant, sous leur influence de l'ergostérol irradié, lequel est repris par la circulation capillaire. A côté de cette activation de certains corps contenus dans la peau les ultra-violets agissent incontestablement sur le sympathique cutané et par son intermédiaire sur tout le système végétatif. C'est par l'intermédiaire du sympathique que les ultra-violets agissent d'une part sur le métabolisme calcique d'autre part sur les glandes endocrines.

Grâce à leur action sur la calcémie les ultrats-violets calment la tétanie de la spasmophilie infantile ; c'est sans doute aussi par l'intermédiaire du sympathique qu'ils jugulent rapidement les crises d'asthme infantile, ils sont beaucoup plus infidèles dans l'asthme des adultes.

Par leur influence sur les glandes endocrines, leur action sédative se fait sentir sur les dysménorrhées (à condition bien entendu que celles-ci ne soient pas la conséquence d'une inflammation utéro-annexielle).

Par une action combinée enfin les ultra-violets calment les symptômes douloureux des péritonites tuberculeuses et des tuberculoses annexielles.

Dans tous ces cas il faut renoncer à une action immédiate et surtout se garder d'instituer une thérapeutique à dose massive. On fera de petites séances commençant par deux minutes d'irradiation générale ; on augmentera progressivement de deux minutes à chaque séance. Le malade sera irradié entièrement nu, les yeux protégés par des lunettes en verre fumé (de même que l'opérateur) la lampe étant placée à 70 centimètres de la peau, et légèrement oblique pour éviter qu'une rupture accidentelle du brûleur ne fasse tomber des débris incandescents sur le malade. Les séances seront faites au rythme de trois par semaine, et on limitera une série au nombre de douze séances.

On peut calmer et guérir aussi certaines névralgies (névralgies intercostales, sciatiques) par les ultra violets. Mais la technique sera très différente. On demandera aux ultra-violets, dans ces cas, surtout un rôle révulsif. En localisant les points douloureux (avec des serviettes par exemple) on donnera d'emblée une forte dose, la lampe étant placée à 30 centimètres et l'irradiation durant 5 à 6 minutes. Deux jours plus tard la peau est érythémateuse et on peut avoir une phlyctène vers le quatrième jour. On fait une séance semblable dès que la peau a repris son aspect normal.

Sans doute arrive-t-on à guérir certaines névralgies par cette thérapeutique, mais elle n'est pas recommandable si on a la possibilité de lui substituer les rayons X.

Les rayons X ont en effet dans les névralgies et les névrites une action sédative infiniment plus puissante, plus rapide et plus fidèle. Je ne puis, dans le cadre de cette conférence, vous exposer le principe des appareils producteurs de rayons X ni vous donner des détails de technique. Je vous rappelle seulement qu'on les obtient par l'action de courants de très hauts voltages (de 10.000 à 200.000 volts) sur les électrodes d'une ampoule de verre dans laquelle le vide est poussé à l'extrême. Le cathode, filament métallique incandescent est une source d'électrons que la différence de potentiel précipite avec une force formidable sur l'anode de métal très résistant, tungstène. De ce choc naissent des vibrations électro-magnétiques qui sont les rayons X. Selon que le voltage appliqué aux bornes de l'ampoule est plus ou moins élevé, les rayons X sont de valeur différente, ont des longueurs d'onde plus ou moins courtes.

Je vous ai dit qu'on les utilisait entre 10 Å et 0 Å 06. Cela représente une gamme très étendue, plusieurs spectres comparables au spectre solaire. Toutes ces longueurs d'onde ont des actions sédatives. Mais elles ont en même temps des propriétés physiques et biologiques si différentes qu'on est obligé de les sélectionner selon le rôle qu'on veut leur faire jouer. Cette sélection s'obtient au moyen de filtres c'est-à-dire de plaques de métal qui retiennent certaines longueurs d'onde et laissent passer certaines autres. C'est ainsi qu'en pratique on a séparé les rayons X, d'une façon grossière, en trois catégories :

Les rayons de grande longueur d'onde de 10 Å à 0 Å 50 sont dits mous ;

Les rayons de moyenne longueur d'onde de 0 Å 5 à 0 Å 20 sont dits moyennement pénétrants;

Les rayons de courte longueur d'onde de 0 Å 20 à 0 Å 06 sont dits pénétrants.

Les rayons X mous sont amortis en majeure partie par la peau et les tissus sous-jacents, selon cette formule très générale pour les rayonnements de très courte longueur d'onde, que plus cette longueur est petite, plus ils sont pénétrants, ou inversement, plus grande est leur longueur d'onde, plus grande est leur absorption par les tissus superficiels. Ainsi absorbés par la peau les rayons X mous y font sentir leur action sédative, d'une façon directe, locale, sur tous les prurits des maladies de peau, de l'eczéma en particulier ; ils agissent là surtout comme agents anti-inflammatoires ; diminuant l'inflammation par appel leucocytaire, ils guérissent la lésion et font par conséquent disparaître ses symptômes dont le prurit est le plus important. Certains prurits (anal et vulvaire en particulier) ne semblent liés à aucune lésion locale. Ils sont souvent sous la dépendance d'une cause lointaine, hépatique, diabétique, etc., dont l'expression prurigineuse est transmise à la peau par l'intermédiaire du sympathique. Dans de semblables cas les meilleurs résultats sédatifs sont donnés non par l'irradiation des régions prurigineuses mais par l'irradiation du sympathique cutané qui les tient sous sa dépendance : zone interscapulaire pour le tronc et les membres supérieurs, zone dorso-lombaire pour les membres inférieurs.

C'est encore à l'irradiation du sympathique cutané que l'on demande la sédation des douleurs qui forment le cortège aux artérites ; douleurs des spasmes artériels de la claudication intermittente, douleurs plus aiguës et plus constantes des artérites de toute étiologie, diabétiques ou inflammatoires. Seulement on ne s'adresse plus au sympathique cutané : on emploie des rayons de moins grande longueur d'onde, des rayons dits moyennement pénétrants afin qu'ils puissent parvenir soit jusqu'aux fibres sympathiques péri-artérielles, soit jusqu'aux fibres sympathiques de plexus, tels que celui que forme le grand sympathique dans la capsule surrénale même, dans son écorce et dans son voisinage immédiat. On escompte que l'action des rayons X sur le sympathique provoque une sorte de sidération de ce nerf, quelque chose d'analogue à ce que donnent tous les genres de sympathectomies chirurgicales. Et de fait les résultats consécutifs aux deux méthodes sont très ressemblants : on obtient la suppression des douleurs, le réchauffement de la jambe, sinon la reprise des oscillations

artérielles, l'arrêt des lésions nécrotiques et très souvent la cicatrisation de ces sphacèles.

On suppose que l'on s'adresse encore au sympathique au moins autant qu'au système nerveux propre du cœur lorsqu'on calme, toujours par les rayons semi-pénétrants, les douleurs et les angoisses de l'angine de poitrine, et au sympathique encore lorsqu'on calme des crises d'asthme par une radiothérapie prudente.

L'anxiété, le nervosisme, la tachycardie, les troubles digestifs, le tremblement des basedowiens sont toujours très amendés et souvent disparaissent de façon définitive sous l'influence des rayons moyennement pénétrants ; et ce résultat semble dû autant à une action sédative exercée sur le sympathique qu'à une régularisation de la sécrétion thyroïdienne.

Certaines inflammations, plus ou moins profondes, telles en particulier les salpingo-ovarites, les prostatites régressent assez facilement après radiothérapie moyenne et les douleurs causées par ces affections rétrocèdent très rapidement.

Toute douleur liée à une inflammation articulaire chronique, toutes les arthrites, bénéficient de cette même radiothérapie.

Et c'est encore à une action anti-inflammatoire qu'est dû ce qu'on peut appeler le triomphe de la radiothérapie moyennement pénétrante, je veux parler de la sédation des névralgies et névrites qu'elles soient brachiales, intercostales ou sciatiques ou zostériennes.

Sicard et Forestier ont montré que 70 fois sur cent ces névralgies étaient dues à une inflammation ou de la gaine du nerf ou des tissus l'enveloppant dans le voisinage du canal de conjugaison ; d'où les noms de funiculite, névrodocite, radiculite, suivant les rapports plus ou moins étroits de cette inflammation avec le canal de conjugaison. La pratique radiothérapique a donné une confirmation éclatante à leur conception ; car dans la majorité des cas on guérit une névralgie intercostale en irradiant uniquement la racine rachidienne correspondante et on guérit une sciatique en irradiant uniquement la région des deux dernières lombaires et des premières racines sacrées. Bien entendu il ne faut pas négliger d'irradier des points tronculaires qui peuvent être l'objet d'une inflammation locale, laquelle se trouve en général à l'un des points de Valleix. Ce dont il faut être prévenu c'est qu'une première séance dirigée contre un élément névralgique non seulement ne calme pas forcément cette douleur mais parfois l'exacerbe. Cette exacerbation dure en général quelques heures, et peut se renouveler à une seconde séance, rarement lors d'une troisième. Pour juguler une violente sciatique il faut environ trois ou quatre séances à intervalle de trois à quatre jours, et le résultat n'est en général appréciable que deux ou trois semaines après la première séance. Malgré cette lenteur relative je crois que la radiothérapie constitue actuellement le moyen le plus efficace et surtout le plus fidèle de combattre une névralgie ou une névrite.

L'action sédative des rayons X dans le cancer ou d'une façon plus générale dans les néoplasies progressives est demandée aux rayons de très courte longueur d'onde. Ces rayons qui partent d'appareillages extrêmement puissants, qui nécessitent des différences de potentiel considérables, 200.000 volts et plus, ces rayons X de très courte longueur d'onde s'apparentent de si près aux rayons du radium qu'on peut les identifier l'un et l'autre sinon dans leur production ni dans leur technique d'application du moins dans leurs propriétés biologiques. Qu'on emploie les rayons X dits pénétrants ou les rayons γ du radium, c'est à leur action cytolytique qu'on s'adresse quand il s'agit de calmer les douleurs d'un néoplasme, douleurs toujours dues soit à une ulcération soit à une compression. L'énergie de ces radiations est principalement absorbée par la chromatine nucléaire des cellules jeunes ; ce bouleversement de la chromatine, surtout au moment où les chromosomes s'ordonnent en figures de karyokynèse, entraîne la mort de la cellule. Les cellules mortes sont peu à peu reprises par la phagocytose, par la circulation générale, et c'est ainsi que fond une tumeur et disparaît un néoplasme. L'action sédative que l'on attend de ces radiations de très courte longueur d'onde est donc purement indirecte.

Indirecte également est l'action sédative très réelle des corps radioactifs employés sous forme de solutions injectables. Ici à côté des rayons γ dont nous avons déjà parlé à propos du radium interviennent d'autres rayonnements qui ne sont plus des ondes électro-magnétiques mais, projetés avec des vitesses approchant 20.000 km. à la seconde, des atomes d'hélium, rayons α, et des électrons, rayons β animés d'une vitesse moyenne de l'ordre de 150.000 km. à la seconde. Les corps radioactifs employés en thérapeutique sont le radium ; le mésothorium et le thorium X. Ils ont des vitesses de désintégration très différentes ; ainsi le radium perd la moitié de son activité en 1,700 ans environ, le mésothorium en sept ans, le thorium X en cinq jours. Leur intensité de rayonnement est aussi très différente. Ainsi on estime qu'à égalité de poids et de temps le mésothorium dégage une énergie radiante trois fois plus grande que le radium et le thorium X, 200.000 fois plus grande que le radium. C'est pourquoi on emploie uniquement le mésothorium et le thorium X (en France sous le nom d'Ixium) en injections soit intramusculaires soit intraveineuses. Les doses varient de 2 à 10 microgrammes pour le mésothorium, de 50 à 300 microgrammes pour le thorium X. Les injections de mésothorium se font quotidiennement ou tous les deux jours, en série d'une dizaine de piqûres. Les injections de thorium X se font au rythme de une par semaine en série de six à huit piqûres. Soit que le rayonnement se fixe électivement sur certains troncs nerveux, soit que ce rayonnement en stimulant la nutrition générale et surtout l'élimination urique s'adresse directement à la diathèse, ces injections de corps radioactifs ont une action sédative très nette, souvent remarquablement rapide et durable sur certaines névrites et névralgies, sur les douleurs du rhumatisme chronique, et surtout sur les douleurs de la goutte articulaire.

Enfin l'action sédative des radiations peut être demandée à certains produits naturels eaux et boues radioactives, (celles de Dax en particulier) et à certains produits fabriqués auxquels on a incorporé des sels radioactifs (kéraffines). Ces corps dégagent la totalité des rayonnements α, β, γ, en quantités très petites, mais sufisantes pour qu'après leur absorption par la peau on constate une évolution favorable d'un équilibre vago-sympathique compromis.

Je voudrais, Messieurs, que vous reteniez de cette causerie que l'action des radiations est à la fois très variée et très nette, qu'elle n'a rien de mystérieux, et surtout qu'elle est très simple dans la modalité de ses applications, à la portée de tout praticien soucieux avant tout de soulager ses malades.

« L'anatomie et l'histologie normale du système nerveux, je suis profondément navré de faire cette constatation, ne sont presque plus étudiées en France. A côté des grands Instituts d'anatomie du système nerveux de Berlin, de Munich, de Zurich, d'Amsterdam, qu'avons-nous en France actuellement ? Combien y a-t-il de jeunes neurologistes ou de jeunes psychiatres qui veulent ou peuvent poursuivre des recherches anatomiques scientifiques ? Je ne veux faire aucune réponse. » (Professeur GUILLAIN. Discours prononcé à Rabat, à l'ouverture du Congrès des médecins neurologistes et aliénistes de France et des pays de langue française.)

« Qu'on le veuille ou non, la chirurgie à grand rendement est forcée de suivre les règles du machinisme. Duhamel s'en attriste et constate que « le climat du machinisme n'est pas le climat de la sympathie ». Mais ce génial adversaire des temps futurs promis à notre globe a peut-être malgré son immense talent un peu trop l'horreur du perfectionnement mécanique qui, en chirurgie, n'exclut ni la splendeur morale, ni la douceur de la sensibilté. » (Leçon inaugurale du Professeur Robert PROUST. Le rôle de l'anatomie topographique et de la méthode expérimentale dans la formation du chirurgien.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

L'épidémie de grippe sévissant en Anjou a donné lieu aux constatations suivantes :

1° Elle présente tous les caractères classiques et en particulier le V fébrile.

2° La forme respiratoire, la plus fréquente, présente le plus souvent au début une atteinte naso pharyngo-trachéale.

3° Les vrais accidents, plus tardifs, se montrent au quatrième ou cinquième jour, avec la reprise de la température ; le V grippal serait l'indice d'une infection secondaire.

4° L'auteur tient à signaler une antithèse assez curieuse entre les accidents souvent bénins du début et la gravité des complications secondaires.

5° Le pronostic semble bénin, pour les accidents nerveux tout au moins ; les complications pulmonaires ont paru plus graves.

(D. Denéchau. A propos de l'épidémie de grippe actuelle sévissant en Anjou. Impressions cliniques. *Archives médicales d'Angers*, mars 1933.)

Psychiatrie

L'obsession, ou mieux peut-être le phénomène psychologique de l'obsédance, est l'état de celui qui est obsédé ou tourmenté par des idées (*ob, sidere*, assiéger).

Les obsessions-phobies sont des peurs ou des états d'angoisse déterminés par des motifs absurdes (parathymies à base d'anxiété) ; le sujet, conscient de son trouble, se rend bien compte de l'absurdité (*para*) des idées, qui engendrent son émotion douloureuse.

Les obsessions-phobies apparaissent de 15 à 25 ans ; elles persistent toute la vie ; il y a des périodes d'aggravation, d'amélioration et même de sédation presque complète des phénomènes morbides.

Les traitements ordinaires (isolement, alitement, balnéothérapie) sont souvent sans action. Les distractions sont favorables et la psychothérapie utile, à la condition que l'entourage familial collabore avec le médecin.

(R. Benon. Obsédance et obsessions-phobies. *Gazette médicale du Sud-ouest*, 1er mars 1933.)

Parmi les enfants arriérés ou retardés, il faut distinguer trois groupes dont chacun réclame, au point de vue thérapeutique, des mesures spéciales.

1° Les *faux déficients*, les *faux arriérés*, les *retardés provisoires* sont des enfants dont les capacités intellectuelles réelles ont été voilées ou inutilisées du fait de circonstances passagères.

Parmi ces faux déficients on peut placer les retardés provisoires par fréquentation scolaire insuffisante, par insuffisance du travail scolaire, par troubles du caractère.

La discrimination n'est pas facile dans tous les cas ; l'avenir est entre les mains du médecin ; le diagnostic doit être fait précocement ; le décalage entre l'âge réel et l'âge mental s'accroît vite et, plus il est marqué, plus il est difficile à effacer ; rien n'est plus dangereux que de croire et de dire que les choses s'arrangeront d'elles-mêmes.

Le meilleur moyen de compenser ce décalage consiste dans l'organisation de *classes spéciales d'entraînement*.

2° Les *idiots* et les *imbéciles* sont en bas de l'échelle et relèvent de la garderie ou de l'asile.

3° Entre les deux groupes précédents se trouve la zone de la *débilité mentale* ; ici le traitement doit être à la fois médical et pédagogique ; il faut adapter l'enseignement à chaque cas particulier ou du moins à chaque groupe de cas ; cela ne peut se faire que dans des établissements spéciaux, *instituts médico-pédagogiques*, disposant de médecins et surtout d'instituteurs spécialisés ; en Meurthe et-Moselle il existe un de ces hôpitaux-écoles, c'est l'Hospice Jean-Baptiste Thiéry, à Maxéville.

(P. Meignant. Le dépistage des arriérations mentales chez l'enfant. *Revue médicale de l'Est*, 1er mars 1933.)

Anesthésie

Cent-cinq anesthésies au tribromoéthanol (avertine, rectanol) par voie rectale ont été pratiquées dans le service de M. Leclerc.

Elles se dénombrent de la manière suivante :

Trépanations	8
Face et cou	16
Thorax, seins	6
Estomac, foie	19
Appendicites	9
Hernies	2
Intestin	2
Gynécologie	27
Urologie	3
Membres supérieurs	6
Membres inférieurs	7

Les doses employées ont été :

1 fois de 12 centigr. par kgr. ;
1 fois de 11 centigr. par kgr. ;
37 fois de 10 centigr. par kgr. ;
59 fois de 9 centigr. par kgr. ;
4 fois de 8 centigr. par kgr. ;
3 fois de 7 centigr. par kgr. ;

Ou, pour résumer :

Dans 60 % des cas 9 centigr. par kgr. ;
Dans 35 % des cas 10 centigr. par kgr.

Avec ces doses on a obtenu :

9 anesthésies complètes ;
11 anesthésies qui ont nécessité une dose très minime d'éther complémentaire ;
52 anesthésies complétées par une dose moyenne d'éther ;
20 anesthésies qui ont nécessité une forte dose d'éther ;
7 cas sans anesthésie.

Les meilleures de ces anesthésies sont celles qui ne sont pas absolument complètes et qui nécessitent l'emploi d'éther complémentaire, car on ne ne doit rechercher avec l'avertine qu'une narcose de base.

(Leclerc et Thomson. Cent cas d'anesthésie générale par l'avertine. *Bourgogne Médicale*, février 1933.)

Ophtalmologie

Une paralysie du nerf moteur oculaire commun peut apparaître au cours d'une sinusite.

L'auteur établit trois formes cliniques différentes, illustrées par trois observations personnelles :

1° **Paralysie avec symptômes généraux et état fébrile décelant** une sinusite.

La paralysie du moteur oculaire commun peut être la première manifestation apparente de la complication orbitaire d'une sinusite.

Une jeune fille de 20 ans présente un état fébrile marqué et continu, faisant redouter une infection grave, grippale ou méningée, et une paralysie du moteur oculaire commun droit. L'origine sinusienne discutée reste en suspens. L'interventiou amène une guérison rapide et complète.

2° Paralysie au cours d'une fluxion orbitaire révélatrice d'une sphéno-ethmoïdite.

La fluxion de l'orbite révèle la sinusite latente ; on est en présence d'une exophtalmie survenue brusquement et paraissant devoir évoluer à grand fracas. Un jeune homme de 17 ans présente une exophtalmie gauche ; la vision est normale ; la paralysie du moteur oculaire commun à gauche frappe les musculatures interne et externe ; à part ce qui précède la santé est parfaite. On constate une sphéno-ethmoïdite qui est traitée médicalement et par l'ablation du cornet moyen. Guérison de la paralysie et de l'exophtalmie.

3° Paralysie au cours d'une sinusite à signes locaux classiques.

Il existe des signes cliniques de sinusite et le diagnostic repose sur l'exploration rhinologique et l'examen radiographique.

Homme de 66 ans, entré à la clinique pour une légère exophtalmie droite avec amblyopie. On constate une diplopie croisée due à la parésie du droit interne, une papillite œdémateuse et une sinusite maxillaire que l'on opère. 40 jours après état fébrile et ethmoïdite, puis méningite à terminaison fatale. On constate à l'autopsie une pansinusite ; il n'y a rien dans l'orbite.

(Rollet. Paralysie du nerf moteur oculaire commun et sinusites. *Journal de médecine de Lyon*, 20 mars 1933.)

Pathologie coloniale

Certaines complications de la dysenterie bacillaire, que nous rencontrons rarement d'ailleurs, sont longuement

décrites dans les traités classiques ; il existe par contre un syndrome plus complexe, encore insuffisamment connu et rarement mentionné, constitué, quand il est typique, par l'association de manifestations oculaires, urétrales et synoviales, d'origine métastatique, survenant au décours d'une dysenterie bacillaire.

Deux observations tracent d'une façon concrète le tableau clinique de ce syndrome.

1° Le soldat N... entre à l'hôpital pour conjonctivite bilatérale le 25 novembre 1932. Il est dirigé sur le service du Docteur Lefort, qui demande à l'un des auteurs de le voir en consultation par suite de phénomènes douloureux, type arthralgie rhumatismale, qu'il a présentés le 27 novembre. Ce malade entre à la division de médecine générale. L'interrogatoire ne nous apprend rien d'intéressant au sujet de ses antécédents. Il n'aurait jamais été malade avant son incorporation et notamment n'aurait jamais été atteint de rhumatismes ; il n'a jamais eu la blennorragie.

Le 1er novembre il a présenté un épisode diarrhéique qui a duré quatre jours, avec cinq à six selles sanglantes par jour, ayant rapidement guéri. Le malade ne s'est pas présenté à la visite médicale.

A l'entrée à la division de médecine générale, ce jeune soldat présente : une conjonctivite bilatérale ; des arthralgies généralisées avec réaction douloureuse particulièrement marquée aux deux genoux, qui sont tuméfiés, globuleux, douloureux avec gros empâtement périarticulaire ; une urétrite à symptomatologie discrète et fait curieux, de l'ectodermose érosive localisée à la muqueuse du gland ; un syndrome infectieux (température).

En résumé ce malade présente un syndrome oculo-arthro-urétral et un syndrome hydro-cutanéo-muqueux, succédant à une diarrhée banale après un intervalle de trois semaines.

C'est suffisant pour soupçonner, sinon affirmer, l'étiologie dysentérique des deux syndromes. Les examens de laboratoire en apportent la confirmation....

Le syndrome a évolué d'une façon favorable, sans séquelles articulaires, mais le sujet a maigri de quatre kgr.

2° Le soldat X... entre le 11 février 1932 à la division de médecine gérale pour rhumatisme articulaire aigu. Ce soldat n'a pas d'antécédents rhumatismaux, pas de blennorragie ; mais, en l'interrogeant, nous apprenons qu'il a été atteint de diarrhée dysentériforme avec selles sanglantes il y a un mois environ ; six à huit selles par jour. Il ne s'est pas présenté à la visite.

Le 11 février apparition brusque d'une arthrite des deux genoux avec état infectieux, température 39°8.

A l'entrée à la division on note une tuméfaction douloureuse des articulations des genoux, qui sont tendues, rouges. Cette arthrite s'accompagne d'une conjonctivite bilatérale plus marquée au niveau des culs-de-sac inférieurs sans sécrétion purulente et d'une balanite avec suintement urétral non purulent, légèrement opalescent, sans douleur à la miction.....

L'ensemble clinique et les recherches biologiques permettaient d'affirmer l'existence du syndrome oculo-arthro-urétral, que confirme d'ailleurs l'évolution de l'affection, sa guérison sans séquelles, l'échec au traitement salicylé.

Ce malade est sorti guéri le 18 mars 1932.

Ces observations définissent d'une façon objective cet accident tardif de la convalescence, survenant trois ou quatre semaines après un épisode intestinal souvent très discret.

(Schnæbelé et Delpy. Complications métastatiques de la dysenterie bacillaire. *Maroc Médical*, 15 janvier 1933).

Sur vingt lépreux, traités par le chaulmoograte de soude intraveineux, tant à l'hôpital de Hai-duong qu'à la léproserie de Lieu xa, trois ont obtenu des résultats intéressants.

Le premier est cliniquement guéri, totalement débarrassé de ses lésions.

Le deuxième présente une amélioration considérable qu'on peut évaluer aux neuf dixièmes de son état antérieur ; c'est une guérison prochaine à escompter.

La troisième enfin, sans être guérie, présente des changements notables, qui méritent d'être signalés.

Le chaulmoograte, forme nouvelle et perfectionnée d'un vieux médicament, agit favorablement dans la lèpre, tout au moins dans les cas peu avancés. On ne sait pas encore s'il agit en tuant le bacille. S'il en était ainsi, on pourrait envisager l'utilisation du même médicament dans la tuberculose, en raison des ressemblances qui existent entre le bacille de Koch et le bacille de Hansen.

« Des recherches, nous dit-on, ont été entreprises dans ce sens, à Hanoï. Il ne faut pas se dissimuler les difficultés qu'on aura sur les tuberculeux en raison de la longueur du traitement, de la multiplicité des injections bi-hebdomadaires exigeant la présence continuelle du malade et des incidents qui peuvent survenir au cours de la cure. C'est un travail de persévérance.

« Nous l'avons déjà commencé, de façon peut-être un peu anticipée ; mais, si nous aboutissons à un échec, nous nous en consolerons en pensant à tous ceux qui ont travaillé pour rien. »

Nous espérons que l'auteur voudra bien publier le résultat de ses recherches personnelles, qui auront une influence certaine sur l'orientation de la thérapeutique phtisiologique.

(Berret. Trois nouveaux cas de lèpre traités avec succès par le chaulmoograte de soude intraveineux. *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1932).

Aphorismes

Le vrai spécialiste digne de ce nom se rend parfaitement compte que sa valeur professionnelle est toute relative. (R. Cruchet, de Bordeaux).

Il est certaines affections dont le diagnostic est facile à porter à condition que l'on y pense ; la hernie diaphragmatique est de celles-ci. (A. Hamant, de Nancy).

La protéinothérapie est une méthode thérapeutique bien obscure qui relève encore de l'empirisme malgré les explications scientifiques que l'on a essayé de lui donner. (Thorel, du Havre).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1933

Un cas de septicémie puerpérale à streptocoque hémolytique, avec néphrite, myocardite, congestion pulmonaire double, érythèmes infectieux diffus. Guérison par le sérum antistreptococcique de Vincent ;

Adéno-phlegmon cervical streptococcique, profond et très grave, traité et guéri par la même méthode.

M. Charles Massias, de Soctrang (Cochinchine). 1° Une femme annamite de 29 ans, primipare, entre au sixième jour de son accouchement à l'hôpital de Soctrang. Elle présente les symptômes d'une infection puerpérale d'abord en régression, puis suivie au quatorzième jour d'une *recrudescence* d'extrême gravité : grands frissons quotidiens, oligurie avec albuminurie, utérus très gros et périmétrite diffuse, empâtement des culs-de-sac latéraux et posterieurs. *Hémoculture positive* (*streptocoque*).

On la traite par les moyens usuels : glace sur le ventre, injections de sulfate de cuivre ammoniacal, pyoformine, etc. Mais l'évolution de la septicémie s'aggrave : signes de myocardite, d'infection pulmonaire double, érythèmes serpigineux des cuisses, de l'abdomen, des jambes. Le pronostic est considéré comme fatal.

La sérothérapie antistreptococcique (sérum de Vincent 100 c. c. par jour jusqu'à amélioration, puis 90, 80, 70 c. c.), continuer pendant trois jours la médication (20 à 30 c.c. quand la pyrexie est obtenue) est commencée au vingtième jour de l'infection. Cinq jours après la fièvre est descendue à 37°. La malade, guérie, quitte l'hôpital au trente-huitième jour ;

2° Le second cas de streptococcie concerne une enfant de 3 ans atteinte, après une angine aiguë avec éruption scarlatinoïde, d'un adeno-phlegmon profond, ligneux, de la région sterno-mastoïdienne gauche. Fièvre élevée. Etat « dangereusement grave ». L'ouverture n'amène aucun changement. Pus à streptocoque, Deux jours après on commence les injections de sérum antistreptococcique (45 c. c.). La température descend le lendemain de 40° à 38°4 et devient normale après la quatrième injection de sérum. Guérison.

Chez ces deux malades, on n'a associé aucune autre thérapeutique aux injections du serum antistreptococcique.

Le sulfure de carbone pour la désinfection des denrées alimentaires. — ***M. Brouardel.*** — Des recherches expérimentales nouvelles doivent être faites.

Selon ***M. Pouchet***, le sufure de carbone ne serait pas dangereux, mais associé aux aliments, dégage une odeur répugnante.

Hydro-pancréatose. — ***M. Soupault.***

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Les myases chirurgicales. — *Communication de M. le Professeur Brumpt à l'Académie de médecine* (*Séance du 27 juin 1933*). *Voici la première partie de cette communication* :

C'est certainement avec une grande surprise que presque tous les auteurs ayant eu l'occasion d'observer des myases naturelles ou expérimentales chez l'homme et chez les animaux ont appris qu'aux Etats-Unis, depuis les belles recherches du chirurgien américain W. S. Baer, certaines larves de mouches étaient utilisées dans le traitement de l'ostéomyélite et de diverses autres affections chroniques. Le même sentiment a dû être éprouvé par ceux qui, au cours de leurs études, ayant entendu parler du célèbre cas de Cloquet, avaient conservé un répugnant souvenir de l'histoire de son malade. Cloquet avait, en effet, en 1827, reçu dans son service de l'hôpital Saint-Louis un malheureux chiffonnier fort sale, âgé de soixante-cinq ans, qui avait dormi, durant trente-six heures environ, en état complet d'ivresse, non loin d'une fosse où étaient jetés des cadavres d'animaux. A l'entrée à l'hôpital, ce malade était couvert d'abcès et présentait sur la peau du crâne et de divers points de la face des pertuis par où sortaient des quantités de larves de mouches lui donnant l'aspect d'un cadavre en décomposition. Après une amélioration momentanée et alors que Cloquet comptait présenter son malade à l'Académie de médecine, le chiffonnier succomba.

L'autopsie permit de constater de graves lésions cutanées et, en plus de celles décrites ci-dessus, d'autres intéressant le périoste cranien détruit en partie et séparé des os, là où il existait encore, sur une grande étendue.

Quelques myases spontanées du même type, rencontrées chez l'homme dans diverses régions d'Europe, en Asie et surtout en Amérique, ont laissé l'impression que les larves de mouches sont des êtres extrêmement nuisibles. C'est cette impression que j'avais conservée depuis le début de mes études médicales, impression renforcée ultérieurement quand j'eus l'occasion de voir les délabrements provoqués par ces êtres chez les dromadaires, ânes et mulets de la mission du Bourg de Bozas en Afrique équatoriale en 1901, puis chez un éléphant tué dans le bassin du Haut Nil en 1902, ainsi que chez les porcs des abattoirs de Saò Paulo (Brésil) et chez quelques mulets et chevaux en divers points du Brésil en 1913 et 1914. Enfin, l'étude des myiases expérimentales, en partant d'œufs ou de larves de diverses *Lucilia*, *Sarcophaga* et *Calliphora*, effectuée par moi en 1910 sur des rats et des pigeons, m'avait convaincu d'autre par que ces êtres pouvaient être extrêmement nocifs.

Cependant, en faisant l'historique des myases, sans remonter au cas du légendaire Job, on peut relever quelques observations intéressantes. C'est ainsi que, dès 1579, Ambroise Paré signale le cas d'un homme qui, malgré la présence de nombreuses larves dans une plaie compliquée du crâne, guérit de ses blessures. Voici d'ailleurs ce que le grand chirurgien écrit à ce sujet :

P. CCCLXVI. « Et en cest endroit je feray recit de ce que j'ay fait estant en Piedmont, Chirurgien de deffunt monsieur le Mareschal de Montejan (qui lors estoit lieutenant du Roy) je pensay un laquais de deffunt monsieur de Goulaines : qui fut blessé d'un coup d'espée sur l'os parietal, partie senestre non penetrant jusques à la seconde table et quelques jours après que la playe estoit presque consolidée et guarie, arriva à Thurin, quelque compagnie de soldats de son païs de Gascogne, avec lequels un matin mangea des tripes fricassées avec force oignons et épices, et ne fut aussi sans boire vin fort et en quantité, et sans eau. Dont tost après lomba en fievre continue et perdit la parole et le sens et lui survint grande tumeur à toute la teste et au visage, les yeux rouges et enflammés, issants hors de la teste. Ce que voyant j'appelay médecins et chirurgiens pour adviser qu'on feroit pour lui sauver la vie. Et fusmes tous d'advis de le saigner et clysteriser et faire application de plusieurs remèdes sur la teste avec frictions et ligatures aux extremitez : neanmoins tout le coste de la partie affectée, quelques jours après s'apostema. Et ayant fait ouverture jetta grande quantité de

sanie et trouvay le cuir musculeux qui estoit déprimé, aupres de l'os avec le pericrane, de la largeur environ quatre doigts : et finalement toutes les deux tables de l'os furent altérées, pourries noires et fétides. Et pour corriger cette corruption j'appliquay par intervalle, cauteres actuels : et ce tant pour corriger la pourriture que pour faire separation de ce qui estoit altéré. Et environ un mois après le pensant, veis sortir certaine quantité de vers de dessous ledit os pourri, par aucuns trous de la carie : ce qui fut cause de me faire haster d'extraire et lever ledit os, qui bransloit longtéps auparavant. Et dessus la dure-mère trouvay où nature avoit engendré chair, trois cavités à mettre le poulce, qui estoient remplies de vers grouslants et mouvants, lesquels estoient chacun de grosseur environ d'un fer d'aiguillettre, ayants la teste noire. Or estoit la portion d'os que nature avait séparé, de grandeur de la paulme de la main et plus : tellement qu'à le voir on ne pouvoit comprendre que Nature eust peu jetter et séparer telle quantité de l'os du Crane sans mort. Et toutesfois il en guarit outre l'esperance de tous ceux qui l'avoient veu : mais après la consolidation de la playe, la cicatrice lui demeura grandement cave (ce qui est escrit d'Hippo) pour raison de la perdition de l'os, qui est de matière spermatique, laquelle ne se peut regenerer selõ sa première intention. »

La lecture de ce texte ne permet pas d'admettre, comme certains auteurs, qu'Ambroise Paré ait constaté l'action bienfaisante des larves dont il n'a fait que constater la présence.

D'après Buchman et Blair (1932), après Ambroise Paré, le rôle des larves dans les plaies aurait été signalé par Hieronymus Fabricius (1654) et Zachmann (1704).

Plus tard en 1803, le baron Larrey, relatant ses observations au cours de la campagne d'Egypte et de Syrie, observe fréquemment dans les plaies des larves d'une mouches commune en Orient :

P. 116. « Cependant, malgré la pénurie des moyens, surtout des médicaments, malgré l'insalubrité des camps, les blessures parcoururent en général toutes leurs périodes jusqu'à la cicatrisation, sans accident notable. Pendant le travail de la suppuration, les blessés furent seulement incommodés des vers, ou larves de la mouche bleue, commune en Syrie.

« L'incubation des œufs que cette mouche déposait sans cesse dans les plaies, ou dans les appareils, était favorisée par la chaleur de la saison, l'humidité de l'atmosphère et la qualité de la toile à pansements (elle était de coton), la seule qu'on ait pu se procurer dans cette contrée.

« La présence de ces vers dans les plaies paraissait accélérer la suppuration, causait des démangeaisons incommodes aux blessés, et nous forçait de les panser trois ou quatre fois le jour. Ces insectes, formés en quelques heures, se développaient avec une telle rapidité, que du jour au lendemain, ils étaient de la grosseur d'un tuyau de plume de poulet. On faisait à chaque pansement des lotions d'une forte décoction de rue et de petite sauge, qui suffisait pour les détruire, mais ils se reproduisaient bientôt après, par le défaut de moyens propres à écarter l'approche des mouches, et à prévenir l'incubation des œufs. »

Enfin, plus tard, dans sa « Clinique chirurgicale », publiée en 1829, Larrey rappelle ses observations en Syrie et écrit les lignes suivantes :

P. 51. « Il est encore un genre particulier de corps étrangers que nous ne croyons pas devoir passer sous silence ; c'est celui que nous avons eu l'occasion de remarquer en Syrie, pendant l'expédition d'Égypte, chez la plupart de nos blessés. Lors du travail de la suppuration de leurs plaies, ces blessés furent incommodés des vers ou larves de la mouche bleue commune dans ce climat. Ces insectes, formés en quelques heures, se développaient avec une telle rapidité, que, du jour au lendemain, ils étaient de la grosseur d'un petit tuyau de plume, ce qui effrayait beaucoup nos soldats, malgré tout ce que nous pouvions faire pour les rassurer à cet égard : il n'y eut que l'expérience qui put les convaincre que, *loin d'être préjudiciables à leurs plaies, ces insectes en accéléraient la cicatrisation, en abrégeant le travail de la nature* (1), et en provoquant la chute des escarres celluleuses qu'ils dévoraient. Ces larves, en effet, ne sont avides que des matières putrescibles et épargnent constamment les parties pourvues de la vie ; aussi n'avons-nous jamais vu, dans ces circonstances, survenir d'hémorragie, à quelque profondeur que se soient portés ces insectes, selon l'étendue de la plaie. Des lotions d'une forte décoction d'ail, de rue ou de petite sauge, faites à chaque pansement, suffisaient pour les détruire ; mais ils se reproduisaient bientôt après, par le défaut des moyens propres à écarter l'approche des mouches et à prévenir l'incubation de leurs œufs. On y parviendrait aisément en trempant la première compresse de l'appareil dans une dissolution de camphre ou de toute autre liqueur antiseptique. »

Larrey est donc, à notre avis, le premier auteur qui ait signalé les effets bienfaisants des larves de « mouches bleues » dont l'espèce est restée malheureusement indéterminée. D'après Mignot, Malgaigne a également rapporté des faits analogues chez des sujets présentant des fractures compliquées.

D'après Buchman et Blair, J.-G. Millingen (1809), Shafer, Crille et Martin confirmèrent les observations de Larrey, aux Etats-Unis, ainsi que W.-W. Keen, ce dernier durant la guerre de Sécession (1860). D'après ces mêmes auteurs, un médecin de l'armée du Sud ou armée confédérée, J.-F. Zacharias, de Cumberland, aurait même utilisé avec succès des larves de mouches dans le traitement des plaies suppurées.

Au cours de la grande guerre, divers médecins ont été frappés du bon aspect de certaines plaies envahies par des larves de mouches. Le chirurgien américain W.-S. Baer, en particulier, avait été surpris de voir que des blessés atteints de fractures compliquées, ayant de grandes pertes de substance, abandonnés plusieurs jours sur le champ de bataille et dont les plaies étaient envahies par de nombreuses larves de mouches, ne présentaient ni fièvre ni signes d'infection. Ce même auteur avait constaté, d'autre part, que les plaies après un nettoyage rigoureux et l'extirpation des larves, étaient comblées par un tissu sain, rose et débarrassées des débris sphacélés qu'il s'attendait à trouver. Ces observations conduisirent Baer à faire d'abord un certain nombre d'expériences sur des animaux, puis en 1931 des essais de traitement sur l'homme. C'est donc à lui que revient tout le mérite de cette audacieuse innovation.....

Réponses aux questions posées par les parlementaires

4092. — *M. Henri Malet demande à M. le ministre de l'Education nationale : 1° Quel est le nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine de Paris et de province en 1933 et en 1934 : 2° quelle est la proportion d'étrangers parmi les étudiants inscrits (Question du* 16 *mai* 1932).

Réponse. — 1° Nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine au 15 janvier 1914 : total, 8.533, étrangers, 1.368. Ces chiffres comprennent les étudiants et étudiantes inscrits : 1° en vue du doctorat en médecine ; 2° en vue du titre d'officier de santé ; 3° en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ;

2° Nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine au 31 décembre 1932 : total, 19.220 ; étrangers, 4.285. Ces chiffres comprennent les étudiants et étudiantes inscrits : 1° en vue du doctorat en médecine ; 2° en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ; 3° en vue du diplôme de sage-femme. (*J. O.*, 2 juillet 1933.)

4358. — *M. Guillois demande à M. le ministre du Budget si un médecin qui se fait remplacer peut considérer comme dépenses professionnelles les sommes versées à son remplaçant et les déduire de ses recettes (Question du* 16 *mai* 1933.)

Réponse. — Réponse affirmative, étant entendu que l'intéressé doit inversement comprendre dans ses recettes le montant des honoraires qui lui sont acquis pour les soins donnés par son remplaçant. (*J. O.*, 2 juillet 1933.)

(1) Lignes en caractères ordinaire dans le texte original.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 32 LE NUMÉRO : 50 Centimes 12 AOUT 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris. (Enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de sérologie de l'Université de Paris. Décret du 2 juin 1927). — PROGRAMME des conférences et travaux pratiques qui auront lieu du lundi 19 février au samedi 17 mars 1934, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e) : A. 19 conférences d'application à la clinique ; B. 24 séances de travaux pratiques de sérologie ; C. Séances de travaux pratiques de sérologie ; C. 7 Séances de travaux pratiques de microbiologie.

Lundi 19 février 1934, 13 h. 30. *Conférence* : Histoire et signification des réactions de fixation de Bordet-Gengou et de Bordet-Gengou-Wassermann ; les réactions de floculation : M. le Docteur LEVADITI. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de Bordet-Wassermann classique de sérum chauffé : M. le Docteur DEMANCHE.

Mardi 20 février, 9 h. 30. *Travaux pratiques* : Préparation et titrage du sérum hémolytique et du complément : M. le Docteur DEMANCHE. — 13 h. 30. *Conférence* : Le séro-diagnostic de la syphilis acquise ; les réactions-test de la Société des Nations ; valeur diagnostique du B.-W. : discussion des Bordet-Wassermann positifs : M. le Docteur Henri GOUGEROT. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Préparation et titrage des antigènes : M. le Docteur DEMANCHE.

Mercredi 21 février, 9 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de B.-W. avec le liquide céphalo-rachidien : M. le Docteur Pierre GIRAND, chef de laboratoire de sérologie à l'Institut Alfred-Fournier. — 13 h. 30. *Conférence* : Rôle des épreuves sérologiques dans la direction du traitement de la syphilis acquise : M. le Docteur G. MILIAN. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réactions de Desmoulières et de Jacobsthal : M. le Docteur DEMANCHE.

Jeudi 22 février, 9 h. 30 *Travaux pratiques.* : Réaction de Wassermann : méthodes simplifiées : M. le Docteur DEMANCHE. — 13 h. 30. *Conférence* : Le séro-diagnostic de l'hérédo-syphilis : M. le Docteur Marcel PINARD. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Procédés de mesure des réactions de Bordet-Wassermann : M. le Docteur PEYRE.

Vendredi 23 février, 13 h. 30. *Conférence* : La réaction de Bordet-Wassermann au cours de la gestation : M. le Docteur Marcel PINARD. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de Bordet-Wassermann modifiée par Calmette-Massol : M. le Docteur Raymond LETULLE.

Samedi 24 février, 13 h. 30. *Conférence* : Discussion des B.-W. négatifs ; réaction du B.-W. paradoxal : M. le Professeur Henri GOUGEROT. — 14 h. 30. *Travaux pratiques.* Les réactions-test de la Société des Nations : I. Réaction de Sordelli Miravent : M. le Docteur DEMANCHE.

Lundi 26 février, 9 h. 30. *Taravaux pratiques* : Les réactions-test de la Société des Nations : II. Réaction de Harrisson-Wyler : M. le Docteur DEMANCHE. — 13 h. 30. *Conférence* : La réactivation de la séro-réaction : M. le Docteur MILIAN. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de Hecht : technique de l'Institut Pasteur : M. le Docteur DEMANCHE.

Mardi 27 février, 9 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de Hectht : technique de Ronchèse : M. RONCHÈSE. — 13 h. 30. *Conférence* : La sérologie de la syphilis latente : les B.-W. oscillants et les B.-W. irréductibles : M. le Professeur GOUGEROT. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Interprétation et causes d'erreur des réactions de B.-W. : M. RONCHÈSE.

Mercredi 28 février, 13 h. 30. *Conférence* : Ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien au point de vue du diagnostic : M. le Docteur RAVAUT. — 14 h. 30. *Travaux pratiques.* — Examen chimique et histologique du liquide céphalo-rachidien : Mlle le Docteur Olga ELIASCHEFF.

Jeudi 1er mars, 9 h. 30. — *Travaux pratiques* : Réactions de Sachs-Georgi et de Sachs-Witebsky : M. le Docteur Henri BONNET. — 13 h. 30. *Conférence* : Valeur de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans le traitement de la syphilis : M. le Docteur RAVAUT. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de Kahn : réaction standard et réaction présomptive : M. le Docteur DEMANCHE.

Vendredi 2 mars 13 h. 30. *Conférence* : Syphilis nerveuse ; réaction du benjoin colloïdal : M. le Professeur GUILLAIN. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction du benjoin colloïdal : M. le Docteur GUY-LAROCHE.

Samedi 3 mars, 13 h. 30. *Conférence* : Paralysie générale : M. le Docteur SÉZARY. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de l'or colloïdal : M. le Docteur Jacques HAGUENAU.

Lundi 5 mars, 9 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction d'opacification (M. T. R.) et d'éclaircissement (M. K. R. H) de Meinicke : M. le Docteur DEMANCHE. — 13 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de floculation par le procédé de Vernes : M. le Docteur André BERGERON.

Mardi 6 mars, 13 h. 30. *Travaux pratiques* : Recherche du tréponème de la syphilis dans les sérosités : ultramicroscope ; méthode de Fontana-Tribondeau : M. le Docteur GASTOU.

Mercredi 7 mars, 13 h. 30. *Travaux pratiques* : Recherche du tréponème dans les tissus : M. le Docteur LEVADITI. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de conglomération de Muller : M. le Docteur DEMANCHE.

Jeudi 8 mars, 13 h. 30. *Conférence* : Syphilis expérimentale : M. le Docteur LEVADITI. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de l'élixir parégorique dans le liquide céphalo-rachidien : M. le Docteur TARGOWLA.

Vendredi 9 mars, 13 h. 30. *Travaux pratiques* : Sérologie comparée de la syphilis et de la tuberculose : M. le Docteur DEMANCHE.

Samedi 10 mars, 13 h. 30. *Conférence* : Examen microbiologique des écoulements urétiraux : M. le Docteur Jules JANET. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Diagnostic des gonocoques et des microbes associés : Ml le Docteur RIVALIER.

Lundi 12 mars, 13 h. 30. *Conférence* : Critères microbiologiques et sérologiques de la guérison de la gonococcie : M. le Docteur CHEVASSU. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Sérologie de la gonococcie : M. le Docteur RIVALIER.

Mardi 13 mars, 9 h. 30. *Conférence* : L'herpès : M. le Docteur MILIAN. — 10 h. 30. *Travaux pratiques* : Herpès, inoculation : M. le Docteur MILIAN. — 13 h. 30. *Conférence* : Microbes des balanoposthites : M. le Docteur Louis QUEYRAT. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Microbes des balanoposthites : M. le Docteur Louis QUEYRAT.

Mercredi 14 mars, 13 h. 30. *Conférence* : Microbiologie du chancre simple : M. le Docteur MILIAN. — 14 h. 30. *Travaux pratiques* : Réaction de fixation dans le chancre mou et la lymphogranulomatose inguinale : M. le Docteur RIVALIER.

Jeudi 15 mars, 9 h. 30. — *Conférence et travaux pratiques* : Les hémocultures : M. le Docteur MILIAN. — 13 h. 30. *Travaux pratiques* : 1° Bacille de Ducrey : morphologie, cultures ; 2° Préparation des vaccins : bacille de Ducrey et gonocoque : M. le Docteur GIRAULT.

Vendredi 16 mars, matin. *Examens* : Sérologie pratique. Après-midi. *Examens* : Microbiologie pratique.

Samedi 17 mars, matin. *Examens oraux.*

ADMISSION. DIPLÔME. — Les cours de l'Ecole de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris.

Pour être admis, les élèves devront faire un stage préparatoire d'un mois au Laboratoire de l'Ecole de sérologie, à l'Insti-

tut Alfred-Fournier, ou justifier d'un stage équivalent dans un laboratoire agréé.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de médecine (Décret du 2 juin 1927).

Programme des examens. — Le jury sera composé de trois juges, sous la présidence d'un professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Les examens comprendront :

1° Deux épreuves pratiques de laboratoire, sans notes ni livre, éliminatoires.

La durée des épreuves sera fixée par le jury. Ces épreuves comprendront : 1° une épreuve de sérologie ; 2° une épreuve de microbiologie. Chaque épreuve sera cotée de 0 à 10.

Pour être admissible, il faudra obtenir au minimum 5 pour chacune des deux épreuves ;

2° Epreuve orale qui consistera en une interrogation portant sur l'ensemble des matières du programme d'enseignement Elle sera cotée de 0 à 10 ; la note 4 est éliminatoire.

Pour l'attribution du diplôme, le jury tiendra compte non seulement des notes d'examen, mais de l'assiduité aux cours et des notes de travaux pratiques.

Inscription. Droits. — Le nombre des élèves est limité, les demandes d'insciption doivent être adressées à M. le Directeur de l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques Paris (XIV°), avant le 1er janvier 1924.

Faire connaître exactement : nom, pénoms, lieu et date de naissance, titres universitaires, hospitaliers ou autres et adresse, et fournir un certificat indiquant que le stage préparatoire a été effectué.

Les demandes d'inscription sont soumises à l'examen du Conseil de direction de l'École.

Les élèves admis recevront un avis et devront alors s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, et payer les droits suivants : frais de stage (s'il y a lieu), 100 francs ; 1° immatriculation (si elle n'est déjà effectuée), 100 francs ; 2° scolarité, leçons théoriques A, 200 francs ; 3° scolarité, travaux pratiques B, 250 francs ; 4° scolarité travaux pratiques C, 100 francs ; 5° droits d'examen, 100 francs ; 6° diplôme, p. m.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier.

1er Congrès français de thérapeutique. — La séance solennelle d'ouverture se tiendra dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 23 octobre, à 9 h. 1/2 du matin, sous la présidence de M. le Président de la République. Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 1/2 et les après-midi à 15 heures à la Faculté.

I. Lundi 23 octobre à 15 heures, exposé des rapports de la Section de médecine.

Section de médecine (Président : Docteur Babonneix).

Traitement parentéral de l'ulcus gastro-duodénal : Professeur Devoto (de Milan) : Le traitement chimique général de l'ulcus ; Docteur Moutier (de Paris) : La vaccinothérapie de l'ulcus ; Docteur Debray (de Paris) : Organothérapie et opothérapie de l'ulcère de l'estomac ; Professeur Glaessner (de Vienne) : Le traitement organique de l'ulcus.

Traitement des colibacilloses : Professeur Fourneau et Docteur Bovet (de Paris) : Les antiseptiques chimiques ; leur application et leur action. ; Professeur H. Vincent, Professeur ag. Chevassu, Docteurs Jacquet et Baruk (de Paris) : La sérothérapie des colibacilloses ; Docteur Hauduroy (de Paris) : Les vaccins et le bactériophage dans les colibacilloses.

Mardi 24 octobre à 9 h. 1/2, communications dans les trois sections.

Mardi 24 octobre à 15 heures, exposé des rapports de la section de pharmacodynamie.

Section de pharmacodynamie (Président : Professeur Tiffeneau).

Les adrénalines : Professeur Tiffeneau (de Paris) : Etude chimique et pharmacodynamique des adrénalines ; Docteur Dorlencourt (de Paris) : Les voies d'introduction de l'adrénaline dans l'organisme ; Professeur C. Heymans (de Gand) ; Pharmacodynamique de l'action vaso-motrice et cardiaque de l'adrénaline.

Les associations médicamenteuses : Professeur Burgi (de Berne) : Associations et synergies ; Professeur Zung (de Bruxelles) : les antagonismes en thérapeutique ; Professeur ag. Guy Laroche et Simonnet (de Paris) : Les associations hormonales et chimio-hormonales.

III. Mercredi 25 octobre, à 9 h. 1/2, communications dans les trois sections.

Mercredi 25 octobre à 15 heures, exposé des rapports de la section de physiothérapie.

Section de physiothérapie (Président : Professeur Strohl).

Les radiodermites : Professeur Bordier (de Lyon) : Traitement des radiodermites et de leurs complications ; Docteur Milian (de Paris) : Le traitement des radiodermites constituées.

La thermothérapie : Professeur Binet et Docteur Piffault (de Paris) : Etude physiologique de la thermothérapie ; Professeur agrégé Dognon (de Paris) : L'électropyrexie par les ondes courtes ; technique et résultats ; Docteurs Crouzon, Michaux et Mollaret (de Paris) : La pyrétothérapie chimique ; ses résultats actuels par rapport aux autres procédés de pyrétothérapie ; Professeurs Levaditi, Docteurs Auclair, Vaisman et Haber (de Paris) : Etude expérimentale de la thermothérapie par les ondes courtes dans les maladies infectieuses.

Renseignements. — Les volumes des rapports seront envoyés à tous les congressistes à partir du 1er octobre. Ils seront encore remis aux adhérents qui se feront inscrire tardivement au secrétariat du Congrès Les congressistes des pays d'outremer qui n'auraient pas reçu les volumes en temps utile pourront en retirer un duplicata sur présentation de leur carte de congressiste au secrétariat.

Pour prendre part à la discussion des rapports, les congressistes devront en aviser le secrétaire général le Docteur G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (8e), avant le 10 septembre. Les communications et leur texte intégral dactylographié (trois pages) lui seront également envoyés à la même date.

Les communications relatives à des questions ne figurant pas au programme du Congrès ne seront acceptées que dans la mesure où la durée des séances le permettra.

Un appareil de projections pour clichés et son opérateur pourront être mis à la disposition des orateurs, s'ils veulent bien en faire la demande vingt-quatre heures à l'avance au Bureau du Congrès.

Un court résumé dactylographié des discussions et des com-

munications devra être remis en dix exemplaires au secrétariat du Congrès, le jour même où elles seront faites. Il sera communiqué au Bureau de la presse par les soins du secrétariat.

Billets de chemin de fer. — Les membres du Congrès pourront bénéficier d'une réduction de tarif.

Les Compagnies accordent cette réduction à tous les étudiants en médecine membres titulaires ou membres associés.

Inscription. — Le montant de la cotisation est de 100 francs pour les membres titulaires et de 50 francs pour les membres associés et étudiants en médecine.

Prière de s'inscrire en envoyant le bulletin d'inscription accompagné de son montant au trésorier, M. le Docteur G. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Réceptions. — Dimanche 22 octobre : Soirée de bienvenue offerte aux congressistes (Cercle interallié, faubourg Saint-Honoré). — Lundi 23 : Soirée théâtrale offerte aux congressistes. — Mardi 24 : Soirée offerte par M. le président du Congrès. — Mercredi 29 : Banquet terminal par souscriptions (Hôtel Claridge, Champs-Elysées). Les dames sont admises. S'inscrire auprès du secrétaire général.

Hôtels. — Une liste d'hôtels avec un aperçu de leurs prix sera envoyée aux membres qui en feront la demande.

Secrétariat. — Le secrétariat du Congrès se tiendra aux bureaux de l'A. D. R. M., 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, où les congressistes pourront retirer les enveloppes contenant les invitations et les documents divers. Ils pourront se faire adresser leur correspondance au secrétariat.

Ecole centrale de puériculture. — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 16 novembre 1933, à 16 heures, au Musée social, 5, rue Las-Cases. Pour tous les renseignements et inscriptions s'adresser au Comité national de l'enfance, 26, boulevard de Vaugirard.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme progressif généralisé (Aix-les-Bains, 28, 29, 30 juin, 1er juillet 1934). — A l'occasion de l'inauguration des nouveaux thermes construits par l'Etat, la ville et la Société médicale d'Aix-les-Bains organisent une conférence scientifique internationale aux dates sus-indiquées. Placée sous le patronage de la Ligue française contre le rhumatisme, cette réunion sera exclusivement consacrée à l'étude et à la discussion d'une question unique : le rhumatisme chronique progressif généralisé.

Le président de la Conférence sera le Professeur Bezançon, membre de l'Académie de médecine ; le secrétaire général : le Docteur M.-P. Weil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (Paris).

Les rapports ont été confiés à des personnalités françaises et étrangères particulièrement qualifiées par leurs travaux sur le sujet. Ont déjà fait connaître leur acceptation : MM. Bezançon, Rathery, Loeper, M. P. Weil, May, Weissenbach, Coste (de Paris), Leriche et Mouriquand (de Lyon), Gunzburg (de Bruxelles-Anvers), Kahlmeter (de Stockholm).

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Dussuel, trésorier de la conférence, Aix-les-Bains.

Hospices civils de Saint Etienne. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis de l'ouverture à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 6 novembre 1933, à 8 h. 30, d'un concours public pour la nomination d'un médecin chef de laboratoire des hospices.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des hospices ; il se composera de six épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général des hospices, rue Badouillère, 15 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le 28 octobre 1933, à midi

« La séparation définitive entre épiciers et apothicaires fut officiellement consacrée par Louis XII au début du XVIe siècle. En réalité les apothicaires exercèrent l'épicerie jusqu'à la déclaration du 25 avril 1777, instituant le Collège de pharmacie de Paris, et même plus tard. Car on trouve dans cet arrêté le correctif suivant : « *Les maîtres en pharmacie qui composeront le Collège ne pourront à l'avenir, cumuler le commerce de l'épicerie. Permettons néanmoins à ceux d'entre eux qui à l'époque de la présente déclaration exerçaient les deux professions, de les continuer leur vie durant.* » On constate donc, par ces dispositions, qu'il faut en arriver à l'aube du XIXe siècle pour assister à la séparation effective de l'apothicairerie et de l'épicerie. » (F. Sternon. Quelques aspects de l'art pharmaceutique et du médicament à travers les âges. Un vol. 1933, Masson, édit.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Action thérapeutique du vin en injections et en lavements

Par MM. Félix RAMOND, G. GUITTONNEAU, NICOLAS et CHEVALIER

Ce travail résumé n'est qu'une prise de date, nous réservant d'apporter une contribution plus importante à ce sujet thérapeutique intéressant à première vue.

Les injections et le lavement à l'alcool sont connus depuis longtemps, et récemment encore Kaminer et Landau vantaient leur effet favorable sur l'évolution des affections pulmonaires purulentes. Loeper, de son côté, avait montré l'action cholagogue du vin pris par la bouche, ou injecté directement dans le duodénum.

Il semble que l'on n'ait pas encore tenté l'action du vin. Les premières recherches de l'un de nous, à l'hôpital Saint-Antoine, remontent à quelques années.

Malgré les résultats encourageants, elles furent provisoirement abandonnées, puis reprises il y a un an avec le Docteur Dany, et ultérieurement avec MM. Guittonneau, Nicolas et Chevalier.

Nous avons voulu nous assurer de l'innocuité des injections et du lavement. Le lavement de 100 gr. de vin pur est parfaitement toléré ; il n'en est pas de même des injections sous-cutanées et intra-veineuses.

Les injections sous-cutanées de vin pur sont très douloureuses ; et, malgré l'aseptie constatée du produit injecté, il se fait une réaction inflammatoire, qui disparaît lentement, en laissant parfois une plaque d'induration de durée prolongée. La dilution au quart dans le sérum physiologique ne fait qu'atténuer la réaction, sans la supprimer.

Les injections intra-veineuses, pratiquées d'abord chez l'animal, sont assez mal supportées par le lapin, qui éprouve une sorte de prostration, de nature ébrieuse, avons-nous cru tout d'abord. Mais la mort constatée dans le cinquième des cas nous amena à faire l'autopsie, et nous constatâmes que le lapin mourait d'infarctus pulmonaire. D'ailleurs la veine d'injection se thrombosait aussitôt l'expérience terminée. Le chien, plus résistant, ne succombait pas : mais il éprouvait un malaise persistant plusieurs jours.

L'innocuité des injections intra-veineuses d'alcool prouve que l'alcool du vin n'est pas en cause ; le tanin est irritant, mais son degré de concentration dans le vin n'est pas suffisant pour donner des accidents graves. Restait l'acidité.

Or le vin employé, vin rouge de Bordeaux, vieux de cinq ans, garanti naturel, de 12°5, possédait une acidité forte : 4 gr. 01, exprimée en SO^4H^2 par litre, et un pH de 3,3. Cette acidité était la cause des accidents observés chez le lapin.

A partir de ce moment, nous avons opéré avec le même vin, mais dont le pH avait été ramené aux environs de 7, par addition de soude stérile. Le mélange est fait immédiatement avant l'injection, afin d'éviter la précipitation du tanin ou autres produits, solubles dans le vin acide.

Pour plus de sécurité le vin a été injecté, dilué dans du sérum physiologique : 5 c. c. de vin pour 15 c. c. de sérum, pour l'injection intra-veineuse ; et 5 c. c. de vin pour 95 c.c. de sérum physiologique pour l'injection sous-cutanée.

Nous n'avons plus observé dès lors d'accident chez le lapin. Nous nous sommes cru autorisés à tenter l'expérience chez le malade.

Le lavement est admirablement supporté : mais son action thérapeutique est limitée. L'injection sous-cutanée est encore légèrement douloureuse pendant 24 heures, avec induration minime passagère : l'injection intra-musculaire est parfaitement tolérée. L'injection intra-veineuse, d'action thérapeutique très marquée, provoque cependant une poussée de fièvre d'un à deux jours de durée, mais de faible élévation : 38°5. Aussi, dans les cas habituels, où il n'est pas nécessaire d'aller vite, donnons-nous la préférence à l'injection intra-musculaire.

Nous avons constaté une action tonique générale manifeste, une remontée, prolongée sur plusieurs jours, de la tension artérielle, une diminution de la fièvre, s'il s'agit d'une infection, 24 à 48 heures après l'injection. Mais l'action la plus manifeste porte sur la constitution du sang. Elle est beaucoup plus marquée que celle qui résulte de l'injection d'une même quantité d'alcool ; elle est donc due aux composés spécifiques du vin lui-même.

L'injection est immédiatement suivie d'une chute très légère des divers composés du sang ; mais au bout de 24 heures, la remontée se fait rapidement, et porte sur tous les éléments : plaquettes, globules rouges et blancs ; la coagulabilité est également plus marquée ; ce qui ne saurait nous étonner, à cause du nombre des plaquettes.

Au bout de 48 heures, les chiffres sont manifestement au-dessus de ceux du point de départ. L'action se prolonge au moins une semaine, pour commencer ; à la quatrième injection, c'est-à-dire au bout de trois semaines environ, l'action paraît se maintenir beaucoup plus longtemps.

C'est ainsi que chez une cancéreuse ovarienne, avec envahissement du bassin, les chiffres avant injection étaient de 1.600.000 globules rouges et 8.000 globules blancs ; le lendemain de la première injection, ils étaient respectivement de 1.200.000 et 8.000 ; à partir de la 48e heure, ils avaient dépassé le chiffre initial, pour se maintenir durant une semaine à 2.200.000 et 16.000. A la quatrième piqûre, ils étaient de 4.200.000 et 22.000.

C'est là le cas le plus favorable, il faut l'avouer ; mais dans les autres faits étudiés concurremment, le résultat est toujours comparable, surtout pour le chiffre de globules blancs, qui se maintiennent à un taux élevé. Ce qui explique l'action favorable du vin dans le traitement des diverses infections.

Dans une série de recherches actuelles, l'un de nous étudie avec le Docteur Bensaude le rôle des injections locales du vin dans le traitement des varices et des hémorroïdes.

« C'est l'erreur de certains esprits, de croire que leurs découvertes ont résolu des problèmes discutés, que la question est tranchée par elles, alors qu'elles sont par cela enfermées dans les dogmes comme jadis la cité close sous le grand vantail des lourdes portes quand le soir descendait sur la ville. Ceux qui ont cette intransigeance ignorent que ce qui est suffisant pour expliquer logiquement peut être parfois fort éloigné de la vérité.

Nous sommes l'art nouveau, l'art vivant disent les uns, nous sommes la jeune école disent les autres : sans doute, mais écoles dogmatiques, autoritaires et sans modestie comme sans patience, à peine nées elles veulent régenter comme les anciennes et opposent le *veto* de leur autorité naissante sur l'art plus nouveau qui se prépare aussi bien que sur l'ancien qui sommeille dans la gloire éteinte. »

(Professeur F. HENRIJEAN. *In* Préface : Le dualisme de la contraction cardiaque, 1 vol. 1933, Masson édit.)

◆◆

Le brouillard étiologique de la démence précoce s'est-il dissipé ?

Par C. PASCAL

Médecin-chef des Asiles de la Seine.

« Sur l'étiologie de la démence précoce règne « encore aujourd'hui, un brouillard impénétrable. »

KRAEPELIN.

Depuis quelques années, l'étude de la démence précoce est devenue le centre de recherches expérimentales importantes. Dans tous les pays, on essaie de percer le mystère de sa pathogénie et celui de son étiologie. Depuis que Kraepelin lui a créé un vrai cadre clinique, elle a toujours été l'objet de critiques et de réflexions intéressantes. En l'état actuel de la science, c'est toujours elle qui anime les discussions psychiatriques.

Les conceptions multiples et contradictoires qu'elle a suscitées ont suivi une évolution variable : les unes, ont fleuri pour mourir ; les autres cherchent à prendre racine.

La démence précoce a connu une phase romancée où elle était considérée comme un poème d'amour déçu, poème devenu tragique parce qu'il évoluait sur un terrain héréditaire et fatal. Cette conception tend à disparaître ; elle ne paraît plus séduire que quelques psychanalystes. La nouvelle école expérimentale essaie de redonner à la démence précoce son vieux cadre clinique et sa vieille base organique.

La démence précoce redevient une encéphalopathie organique, mais à défaut de pathogénie précise, on ouvre une nouvelle voie aux hypothèses et aux investigations psychiatriques.

Inconsciemment, on remonte la galerie des ancêtres et on retouche les vieux travaux. La dégénérescence mentale change de nom, elle est la constitution schizoïde de Kretschmer. La théorie autotoxique et toxi-infectieuse est dissociée en de nombreux systèmes étiologiques. Successivement, les endocrinopathies, l'hérédo-syphilis, la syphilis acquise, les séquelles de l'enfance constituent l'étiologie prévalente. Enfin, la tuberculose, surtout sous sa forme occulte (virus filtrant), la plus difficile à vérifier, paraît dominer les autres causes pathogènes ; *elle gagne chaque jour du terrain*. De nombreux travaux de laboratoire sont actuellement groupés autour de la démence précoce. On utilise, les réactions de Besredka et de Vernes ; on décèle la bacillémie d'après la méthode de Lœwenstein, enfin, on reproduit expérimentalement la tuberculose en inoculant du liquide céphalo-rachidien aux cobayes et aux pigeons dans les ganglions lymphatiques cervicaux (méthode de Ninni) ; on allergise les cobayes et on reproduit le phénomène de Koch avec le sang des déments précoces, etc., etc.

A aucune époque, la démence précoce (malgré l'intérêt qu'elle a toujours suscité) n'a connu un pareil honneur. *On ne s'occupe plus que d'elle*. Les hypothèses entrent dans la voie de vérification, et, ce fait est capital.

Lorsque Morel dessina ses premiers traits cliniques, il essaya aussi de démêler son étiologie. Il décrivit quatre voies d'entrée dans la dégénérescence mentale : trois passives et inévitables ; une active et évitable. Il rangea *la phtisie et les scrofules* parmi les premières et insista sur leur valeur débilitante. Mais c'est à Klippel et Lhermitte que revient l'honneur d'avoir entrevu le rôle de la tuberculose (action toxique à doses légères) dans la démence précoce, encéphalopathie neuro-épithéliale (Les démences en général).

A cette époque (1) (1904-1914), les travaux anatomopathologiques se multiplient et tendent à donner raison à Klippel. Anglade et Chocraux, Anglade et Jacquin, Vigouroux et Legrain consacrent de belles recherches aux encéphalopathies tuberculeuses. Soutzo et Dimitresco, Seglas et Lhermitte, Claude, Vigouroux et Naudascher, Hesnard, P. Kahn, Hamel, Gallois, Lépine et Taty, Marie, Leroy, etc., publient quelques cas de démence précoce associée à la tuberculose. Plus tard, Marchand décrit une variété tuberculeuse de la démence précoce. Privat de Fortunié et Geney, de Nancy, apportent une documentation intéressante sur l'hérédité tuberculeuse. Claude et Baruk signalent le balancement entre l'activité tuberculeuse somatique et les troubles mentaux de même nature.

Nous rappelons que Kraepelin a signalé depuis longtemps, la fréquence de la tuberculose dans la catatonie, mais il l'attribue à l'insuffisance respiratoire. Guiraud s'est associé à cette manière de voir. Quant à Kretschmer, il n'accorde aucune valeur à la tuberculose dans la genèse de la schizophrénie ; pour lui, cette infection intervient comme la syphilis dans la formation structurale des malades *des grandes villes* ; dans les campagnes, elle est inactive.

C'est en 1926, au Congrès de Genève, que Mira, Arias et Seix ont ressuscité la théorie de Klippel ; ce sont ces auteurs qui ont tenté de placer la démence précoce dans le domaine le plus mystérieux de la tuberculose et de la pathologie générale, à savoir : celui du virus filtrant de Fontès et de Vaudremer où on a rangé : la granulémie de Sergent, le rhumatisme de Poncet, la polyarthrite séreuse, l'hydrocèle, certaines ascites et tous les états morbides de cause inconnue. Il faudra du temps pour débrouiller ce chaos de la bactériologie. Les phtisiologues qui l'ont exploré nous apprennent que les réactions allergiques du virus filtrant ne présentent rien de particulier. Elles sont, dit Jousset : « *ni curieuses, ni particulières* ». Pour Auguste Lumière qui vient de consacrer une étude révolutionnaire à la contagion et à l'hérédité de la tuberculose, le mode d'action du virus filtrant est différent de celui du bacille acido-résistant. C'est lui qui produirait les formes tardives, polymorphes et curables de la tuberculose, tandis que le bacille de Koch acido-résistant créerait une forme de tuberculose à marche continue sans régression, se terminant par la mort ; c'est le bacille qui produit les inoculations animales du type Villemin à évolution fatale.

La démence précoce, processus tuberculeux à virus filtrant, appartiendrait à l'infection transplacentaire, aux lésions héréditaires limitées, aux localisations chirurgicales et dermatologiques, osseuses, synoviales, glandulaires, cutanées, etc., qui s'installent insidieusement, présentent des rémissions parfois très prolongées et souvent des guérisons. Mais quels sont les faits qui militent en faveur de cette théorie ?

Faits cliniques

Malgré la fréquence de la tuberculose dans la démence précoce, les faits bien observés sont peu nombreux ; les recherches les plus importantes se bornent aux statistiques, au bilan des décès et à l'étude des dégâts matériels ; nous ignorons l'interaction des deux processus ; nous manquons de contrôle rigoureux radiologique et biologique. Quant à l'examen nécropsique, il révèle des lésions grossières appartenant au bacille acido-résistant.

Faits de laboratoire. Critérium expérimental

En rangeant la démence précoce dans le domaine le plus mystérieux de la phtisiologie, il était nécessaire de s'appuyer sur les recherches de laboratoire. Nous allons résumer les travaux les plus importants et signaler leur valeur scientifique.

Xavier Abély (1925) et nous (1924-1925), avions été les premiers à chercher la tuberculose chez les déments précoces par la réaction de Besredka. Les résultats obtenus (le tiers des cas) ont confirmé la clinique. Hamel et Courtier (1931) notent l'association des deux processus dans la proportion de 50 pour 100. Amaghino (1926) étudie la réaction de Vernes à la résorcine et note qu'elle est positive dans la moitié des cas. Privat de Fortunié et Geney la trouvent chez 18 malades sur 80. Lorsque nous avions été étudié les morphogrammes des déments précoces, nous avions demandé à notre collaborateur, le Docteur Vié, de rechercher la réaction de Besredka chez nos malades. Sur 119 hébéphréniques, 26 étaient atteintes de

(1) Pour plus de détails historiques, voir notre travail : Hébéphrénie et tuberculose. *Arch. intern. de neurologie*, décembre 1932.

tuberculose active. Baruk, Bidermann et Albane recherchent la cutiréaction et la trouvent très positive même chez les hébéphréniques cachectiques ; quant à la réaction de Vernes, elle a été positive dans 20 cas sur 65 et celle de Besredka également positive dans 26 cas sur 65.

Depuis trois ans, grâce à l'obligeance du Docteur Vernes qui s'est chargé de nos analyses biologiques, nous avons pu étudier chez toutes nos démentes précoces, la réaction déterminée par la floculation à la résorcine. Nous rendrons compte, plus loin de nos résultats.

Lœwenstein décèle la bacillémie chez sept hébéphréniques sur vingt-quatre. En 1931, Toulouse, Valtis, Schiff et Van Deinse publient l'observation d'un dément précoce, âgé de 20 ans (processus atypique) chez qui l'inoculation du liquide céphalo-rachidien avait donné, au premier passage, un certain degré de réactions ganglionnaires, et, au deuxième passage, une adénopathie avec nombreux bacilles acido-résistants, qui, ensemencés sur milieu de Lœwenstein, fournissent des cultures typiques. Plus tard (novembre 1932), les mêmes auteurs signalent la complexité du problème et ils tendent à conclure que la démence précoce *n'est pas d'origine tuberculeuse*. Sur quatre expériences négatives, trois avaient été réalisées chez les déments précoces. Mais ils admettent que la schizophrénie périodique peut relever d'une bacillose atténuée avec présence de l'ultravirus et même paucibacillose dans le liquide céphalo-rachidien.

Puca nous offre un matériel plus riche. Il étudie le liquide céphalo-rachidien de 47 déments précoces ; il l'inocule, selon la méthode de Ninni, dans les ganglions lymphatiques et ensuite, dans le péritoine des cobayes. La recherche des bacilles effectuée les quatrième, sixième, huitième jours après l'inoculation a permis de reconnaître sept fois la présence de granules acido- et alcoolo-résistants *typiques*. Les inoculations dans le péritoine ont donné, à peu près, les mêmes résultats : sur 7 cas, trois fois l'auteur a obtenu des examens de frottis positifs. En même temps, Puca étudie la déviation du complément avec le sérum non chauffé et l'antigène de Boquet et Nègre : sept fois sur 87 sérums de déments précoces examinés, le résultat a été positif. Baruk qui pour suit ces recherches, d'une manière intéressante, a eu un autre objectif. Avec Bidermann et Albane, il chercha à mettre en évidence des réactions toxiques spécifiques en rapport avec la bacillose et pour cette raison, il a recours à une injection de liquide céphalo-rachidien de dément précoce chez des animaux sensibilisés. Leurs recherches sont suggestives, mais le petit nombre d'expériences ne permet pas de dégager la moindre interprétation utile. Ils concluent à l'hyperallergie des déments précoces et ils considèrent que le syndrome synthétise l'ensemble des réactions humorales. Et pour mieux étayer cette hypothèse, ils s'appuient sur un fait clinique *contradictoire* : *la torpidité des lésions bacillaires*. Ce fait nous surprend, car les états torpides des lésions tuberculeuses ou autres ont toujours appartenu à la pathologie anergique et particulièrement à celle des cachectiques et des vieillards. Depuis de longues années, l'un de nous a essayé de démontrer qu'il existe chez les hébéphréniques un état variable de « négativisme humoral » (1) particulier, qui se manifeste parfois dès le début de la psychose, qui suit les oscillations du blocage psychomoteur et qui tend à disparaître dans les rémissions et à la période résiduelle avec l'immobilité démentielle. Il s'accompagne d'anergie humorale et d'insuffisance phylactique.

Nos recherches sur l'action des chocs nous ont amené à conclure que chez la plupart des malades, cette thérapeutique mettait en évidence le négativisme humoral spécifique qui leur est particulier.

Il en est de même de l'évolution des maladies. Qu'il s'agisse de grippe, de fièvre typhoïde (formes atypiques fréquentes), d'érysipèle, furonculose (cas nombreux sans fièvre) ou de tuberculose, dans la phase de blocage et de négativisme humoral, la maladie évolue sans virulence, sans vitalité, sans acmé et sans crise. Il en est de même des réactions à l'égard des doses

(1) Voir notre travail : Traitement des maladies mentales par les chocs. (Masson, 1926.)

massives d'adrénaline, de thyroïdine, de morphine, de pilocarpine, d'insuline, etc. Puca et Fragola ont également signalé l'anergie à l'adrénaline et à l'atropine des déments précoces. L'évolution des lésions tuberculeuses se ressent de la sidération générale. Les réactions allergiques intenses à la tuberculine ne sont pas impossibles chez les hébéphréno-tuberculeux ; elles sont un moment de défense, un mode de réagir anaphylactique à la tuberculine, elles ne constituent pas tout le comportement humoral de l'hébéphrénie. Nous avons utilisé souvent la cuti-vaccinothérapie de Ponndorf (1) et nous avons déjà signalé son action variable sur le processus hébéphrénique. Nous en reparlerons plus loin.

Abély et Couléon reprennent les recherches de Baruk et tentent d'obtenir par des injections de sang ou de liquide céphalo-rachidien provenant de douze déments précoces, le phénomène de Koch chez le cobaye sensibilisé. Sur douze cobayes tuberculisés par des injections de crachats, l'injection du sang de dément précoce, a provoqué six fois l'apparition d'une ulcération présentant les caractères du chancre tuberculeux. Dans les autres six cas : le résultat a été négatif. Quant à l'injection du liquide céphalo-rachidien, elle n'a donné aucun résultat.

D'Hollander et Rouvray dans de nombreuses communications, essaient de dissiper le brouillard étiologique de la démence précoce et s'attaquent d'une main plus sûre au problème de la tuberculose. Ils inoculent du liquide céphalo-rachidien de déments précoces (5 à 8 centicubes) dans le péritoine et sous la peau de cobayes, quelquefois, ils ont utilisé une émulsion de substance cérébrale de déments précoces. Les malades choisis étaient sans tuberculose cliniquement apparente. De dix à quinze jours après l'injection, même quelquefois après moins de temps, d'autres fois après un mois ou deux, ils obtiennent chez les cobayes des lésions histopathologiques qu'*ils affirment être tuberculeuses*. Ce sont des lésions des poumons, de la rate, du foie, des reins, rarement des ganglions lymphatiques. Ces lésions sont des nodules lymphoïdes, de la sclérose, des adhérences, quelquefois des follicules atypiques avec cellules géantes. Elles sont inoculables en série chez le cobaye et identifiables à celles décrites par Bezançon et Delerne dans leurs études sur la « Granulie et la granulation tuberculeuse ».

Sur douze déments précoces étudiés, les résultats ont été positifs : dix fois chez le cabaye et cinq fois chez le pigeon. Ces lésions contiennent rarement des bacilles de Koch. Dans un seul cas, il n'y en avait qu'un, deux ou quatre. Les auteurs, pour vérifier, ont inoculé au cobaye divers produits tuberculeux : tubercule solitaire, méningite tuberculeuse, tuberculose abdominale, les lésions histologiques sont les mêmes et quelquefois moins marquées que celles obtenues avec le liquide céphalo-rachidien des déments précoces.

Ces travaux appellent des critiques. Le polymorphisme des lésions obscurcit le problème.

Guiraud et Baruk mettent en évidence le dilemme suivant : ou, le liquide céphalo-rachidien contient du bacille de Koch et alors on doit obtenir, par inoculation au cobaye, une réaction ganglionnaire et une tuberculose généralisée, type Villemin, ou, il contient du virus filtrant et, alors, on devrait noter la présence, après leur inoculation, de lésion adénopathique ; enfin, l'inoculation en série du suc ganglionnaire déterminerait la présence de bacilles. Dans les deux cas, la constatation de l'adénopathie revêt une importance capitale ; les autres localisations déplacent le problème.

Pourra-t-on, peut-être, envisager un mode d'action particulier d'un autre type de virus filtrant ? Mais considérer ce nouveau problème, n'est-ce pas se perdre dans le bled des virus filtrants ?

Que faut-il conclure de l'analyse des données de laboratoire? Elles posent la question mais ne la résolvent pas. Elles sont intéressantes et utiles parce qu'elles complètent la clinique qui les a devancées depuis longtemps. Elles apportent des faits discutables et *un gros lot de cas négatifs*. Elles prêtent à la critique parce que les examens n'ont porté, dans la majorité des

(1) *Loc. cit.*

cas, que sur les formes de début de la démence précoce où l'on trouve intriqués, les processus morbides les plus disparates : streptococcie (démence précoce puerpérale, etc.), colibacillose (entérite, pyélonéphrite, etc.), staphylococcie, syphilis en évolution (un cas de roséole noté chez une de nos malades à la période initiale), chorée, rhumatisme, syringomyélie, etc. C'est aussi à cette période qu'on assiste à des troubles aigus endocriniens (maladie de Basedow, myxœdème), maladie d'Addison (un cas dans notre service), etc. ; les uns, appartenant à l'hérédo-syphilis si fréquente chez les hébéphréniques, à la syphilis acquise, les autres, en rapport avec les acmés de la croissance. Pierret, de Lyon, insistait autrefois sur la polytoxicité des périodes initia es déterminée par le cercle vicieux des actions directes, indirectes et des répercussions multiples, et qui constituent l'interaction neuro-endocrino-humorale de tous les processus morbides actifs. Pour nous, la période d'évaluation des troubles organo-psychiques est celle qui s'installe lorsque la tempête excito-dépressive et les bourrasques psychosensorielles se sont dissipées ; elle est faite de résidus et de petits foyers qui se rallument périodiquement. C'est, dans ces foyers mal é eints qu'on retrouve la trace du processus morbide. Et, nous croyons que c'est au cours de leur réveil, qui est souvent de courte durée, qu'on peut essayer de déceler la cause pathogène de la démence précoce. Puca a eu l'idée de faire ses expériences d'inoculation avec le liquide céphalo-rachidien de treize hébéphréniques bien portants et arrivés au stade résiduel ; ces expériences nous paraissent intéressantes, et si l'auteur nous avait indiqué le moment de ses recherches, à savoir s'il a coïncidé avec le réveil d'un foyer, leur intérêt aurait été double.

Baruk a observé des cutiréactions très positives chez les déments précoces atteints de cachexie avancée, et même durant les jours précédant la mort. Ces faits sont également importants, car l'étude de la cachexie hébéphrénique comme celle des foyers rallumés sont susceptibles de nous fournir des données précises sur la pathogénie de la démence précoce.

Il se dégage de ce qui précède que l'hypothèse qui envisage l'hébéphrénie comme une manifestation de la force occulte du virus filtrant de Fontès ne repose sur aucun critérium expérimental.

En attendant, les expériences cruciales, nous nous bornons à l'étude clinique, radiologique et sérologique. Il nous semble que la synthèse des faits cliniques recueillis dans un service où les aigus se mêlent aux chroniques, est tout aussi utile qu'une série d'inoculations de liquide céphalo-rachidien à un cobaye. La longue évolution de la démence précoce se prête admirablement bien à l'étude de la tuberculose ; on peut saisir à chaque moment, la solidarité, (si elle existe), ou l'indépendance, des deux processus morbides. Il suffit d'observer les malades, de les suivre depuis la période prodromique jusqu'à un stade avancé de leur maladie, et, si c'est possible jusqu'à leur mort.

Interaction morbide des deux processus hébéphrénique et tuberculeux

C'est dans ce but que nous avons étudié 90 malades, les unes atteintes d'hébéphrénie évoluant depuis très peu de temps (pubères et adolescentes), les autres âgées de plus de trente ans et qui présentent des variétés résiduelles multiples. En choisissant ces formes si diverses, il nous a été possible de déceler dans les cas de tuberculose associée à l'hébéphrénie, ces deux modalités importantes : l'*infection bacillaire* ou *processus biologique*, *la lésion* ou *processus anatomique*. Chaque observation nous a fourni des renseignements utiles sur le passé tuberculeux de ces malades, sur la valeur de leurs dystrophies et de leurs morphogrammes. L'examen radiologique fait en séries, la réaction de Besredka, la courbe floculométrique de Vernes à la résorcine confrontée avec la clinique nous ont permis d'évaluer l'activité potentielle des lésions tuberculeuses.

Enfin, nous avons pensé qu'en utilisant certains tests thérapeutiques, il était possible de saisir davantage le rapport de causalité entre l'hébéphrénie et de la tuberculose. La thérapeutique moderne possède des médications quasi-spécifiques de la tuberculose qui modifient les troubles généraux et fonctionnels et parfois les lésions anatomiques. Les sels d'or, la tuberculine (cutivaccination, méthode de Ponndorf), l'allergine de Jousset occupent la première place ; les résultats encourageants et qui se multiplient chaque jour permettent de les considérer comme des tests intéressants. Ils peuvent aussi nous montrer le mode d'évolution des deux processus, leur dissociation ou leur solidarité.

Avant-psychose et tuberculose (Hérédité, enfance, puberté)

Hérédité

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur l'hébéphréni on ne peut nier que le *terrain biologique* de ces malades est une chaîne ininterrompue de tares héréditaires, de déficiences acquises, une suite d'imprégnations toxi-infectieuses qui aboutissent à la *formation hypovitale, base de son éclosion*. Avec Vié, nous (1) avons démontré l'importance de ce terrain, véritable carrefour de rencontre de toutes les méiopragies et où la tuberculose seule ou associée à l'hérédo-syphilis occupe une place importante dans le chronodynamisme phénoménologique.

Nous n'avons pu isoler l'hérédité tuberculeuse d'une façon aussi précise que l'ont fait Privat de Fortunié et son élève Geney, car il n'est pas donné en médecine d'asile de la Seine d'approfondir les antécédents héréditaires comme on peut faire dans les maisons de santé particulières, les dispensaires et les consultations des hôpitaux. La moitié de nos malades ne sont plus visitées et celles qui ont encore leurs parents ne nous ont pas fourni de données précises sur leur hérédité. Le seul élément qu'on note aisément, c'est le terrain dégénératif dans le sens morellien le plus large du mot : en grammes héréditaires neuro-psychopathiques, tuberculeux, alcooliques et surtout syphilitiques, *formation lente d'une vulnérabilité spéciale à l'égard de la tuberculose à l'adolescence.*

Nous avons vu plus haut que depuis la découverte du virus filtrant de Fontès, le problème de l'hérédité tuberculeuse est devenue d'une interprétation plus difficile ; à l'hérédité tuberculeuse cellulaire et humorale, on a ajouté l'hérédité de grain. Marcel Lelong (2) a fait une belle étude sur l'hérédité tuberculeuse et il n'attache aucune importance au passage de la mère à l'enfant des anticorps tuberculeux en raison de leur fragilité. D'autres auteurs soutiennent que l'hérédité tuberculeuse loin d'être prédisposante est au contraire immunisante. Par contre, Lumière, de Lyon (3), démolit le grand dogme de la contagion et établit le règne de l'hérédité. Il édifie cette nouvelle théorie sur trois faits importants : *expériences sur l'animal, lésions constatées à l'autopsie des nouveau-nés issus de parents tuberculeux, observations cliniques.* L'éminent savant accepte comme les anciens auteurs « l'habitus phtisicus », le morphogramme qui décide de la fatalité morbide. Ses éléments constitutifs rappellent la *biotypologie schizophrénique de Kretschmer* : les longilignes et les leptosomes asthéniques.

Avec Vié, nous avons déjà fait une étude critique et serrée de la loi morpho-physiologique qui tend à s'imposer à la psychiatrie, à créer une typologie morbide, nouveau *jansénisme biologique* qui ne tient compte que d'un petit groupe de faits et limite la pathogénie à une objectivité très relative. Nous avons essayé de démontrer que la conception de Kretschmer basée sur des principes périmés de la fixité et de la similitude était une entreprise chimérique et que sa classification morphologique était erronée parce qu'elle ne tenait pas compte des causes actuelles et de l'indépendance des phénomènes biologiques. Ce groupe de malades comme ceux étudiés dans les travaux précédents, présentent des dystrophies nombreuses de la plastique qui créent des anomalies localisées ou des types d'ensemble. Elles ne sont pas toujours de nature tuberculeuse, malgré la fréquence des lésions ostéo-articulaires.

---

(1) Pascal et Vié. — Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer. *Encéphale*, avril 1931.

(2) Marcel Lelong. — L'enfant issu de parents tuberculeux. Thèse Paris, 1925.

(3) Lumière. — Contagion. Hérédité et tuberculose.

nous a été possible de distinguer quelques types prévalents : vingt types normaux, quatorze leptosomes (type Kretschmer) ; cinq pykniques ; six leptosomes, chétifs ou marionnettes (type Pascal et Vié) à la taille médiocre et inférieure à 150 centimètres au profil d'oiseau et fortement dysplastique : deux dysharmoniques ; les autres quarante-trois hébéphréniques appartiennent au type hypoplastico-dysplastique, infantile, juvénile (tailles souvent petites) aux atrésies et aux contrastes multiples ; c'est le type métis de Boven, le plus fréquent qui représente les engrammes et les hybridités toxi-infectieuses les plus riches *Ces rates de la plastique* présentent surtout des dystrophies qui sont la conséquence indirecte de la syphilis quant à la tuberculose, elle a agi comme nous l'avons signalé plus haut sur la structure lorsque les deux conditions suivantes ont été réalisées : 1° *organisme en pleine croissance, jusqu'à l'adolescence* ; 2° *association à l'hérédo-syphilis* (écrouelles, lymphatisme, scrofulate de vérole, etc.) ou à la syphilis acquise.

Ce sont ces morphogrammes hybrides édifiés par une double hérédité ou par une double contagion qui constituent chez les hypoplastico-dysplasiques, le terrain anatomique sur lequel évoluera plus tard l'hébéphrénie. Mais comme nous l'avons dit maintes fois, ce terrain n'est pas indispensable ; il y a des hébéphréniques sans morphogrammes : le processus psychique n'exige pas pour évoluer la fatalité de la plastique ; les tares évidentes ou latentes du terrain biologique lui fournissent des éléments d'évolution plus importants.

Enfance, puberté et adolescence

La reconstitution de l'avant-psychose depuis la naissance jusqu'à l'évolution du processus morbide permet de suivre la chaîne des empreintes morbides. La tuberculose chirurgicale est très fréquente pendant l'enfance. Nous avons trouvé chez nos malades : 42 adénopathies froides à suppurations prolongées, 4 fistules, 3 cas de coxalgie et de nombreuses cicatrices rétractiles en rapport avec un foyer tuberculeux ancien. La tuberculose intestinale et la tuberculose péritonéale paraissent plus rares ; elles sont diagnostiquées le plus souvent à l'autopsie. En dehors de la tuberculose, on trouve d'autres processus toxi-infectieux, les uns à évolution lente : appendicite (très fréquente), rhumatisme subaigu, polyarthrite séreuse, entérite interminable, etc., les autres aigus : fièvre typhoïde, diphtérie, rougeole, scarlatine, tétanie, etc., avec des complications multiples, se déroulant pendant de longues années et déterminant des altérations profondes psycho-organiques (albuminurie, etc.) et diminuant la capacité allergique.

A l'adolescence, la tuberculose pulmonaire s'installe avant les signes objectifs de l'hébéphrénie ; dans la majorité des cas, elle la précède de 2 à 3 ans. Elle débute tantôt par une congestion avec hémoptysies, tantôt par une pleurésie séro-fibrineuse, par une pleuro-péritonite ou par une bronchite chronique à exacerbations régulières.

A l'entrée à l'asile, *l'examen radiologique révèle déjà des lésions anatomiques anciennes*, les unes *enkystées, calcifiées* ou *scléreuses, les autres en pleine évolution*. Il en est de même de l'examen sérologique ; la réaction de Besredka et la courbe de Vernes à la résorcine témoignent de l'activité des lésions. Ce fait ne doit pas nous surprendre.

L'âge de l'hébéphrénie est aussi celui de la tuberculose. La jeunesse ne constitue-t-elle pas le terrain propice de la germination de la tuberculose ? Nous rappelons que Nœgelé, Von Pirquet, Hamburger, Monte et Küss ont démontré que la tuberculino-réaction est fréquente chez les adultes (95 %) en raison de la primo-infection ; elle n'attend que l'étiologie déminéralisante pour se réveiller pendant la jeunesse. L'infection acquise reste latente. Dans ces conditions, l'association bacillo-hébéphrénique ne peut plus surprendre. Les malades jeunes conservent comme l'adolescent normal la tuberculose de la première inoculation incomplètement cicatrisée mais prête à un réveil sous l'influence des facteurs exogènes. Au moment où éclate l'hébéphrénie, le jeune malade présente cet état d'allergie spéciale signalée par von Pirquet qui l'immunise partiellement en même temps qu'elle la sensibilise. Chez l'adolescent qui se réinfecte, c'est la sensibilisation qui prédomine et l'évolution de la tuberculose s'intrique à celle de l'hébéphrénie.

Ce sont ces cas qui posent le problème pathogénique tuberculeux de l'hébéphrénie. Il est d'autant plus troublant que nos recherches sur la *tuberculose dans d'autres psychoses juvéniles montrent que son pourcentage est inférieur à celui de la tuberculose dans l'hébéphrénie*. L'âge de l'hébéphrénie est aussi celui du premier accès de la psychose intermittente de Falret, de la psychose maniaco-dépressive de Kraepelin. Mais qu'il s'agisse d'un accès mélancolique ou d'un accès maniaque, le terrain adolescent ne se prête pas à la germination de la tuberculose. Il est d'observation courante que la vitalité des maniaco-dépressifs est rarement troublée par un processus grave comme celui de l'infection bacillaire. Les malades faiblissent parfois au moment de la crise aiguë, mais l'organisme garde tout son potentiel de réfection vitale. Lorsque l'accès a disparu, en l'espace de quelques jours, on assiste à la réintégration progressive psycho-organique.

Nos recherches sur la fréquence de la tuberculose dans l'hébéphrénie, nous ont permis de conclure que le pourcentage est supérieur aux statistiques habituelles ; elle n'existe pas dans la proportion de 50 % comme on l'a souvent dit, mais dans celle de 92 à 94 %. Ces faits ne peuvent s'expliquer que par l'affinité identique des deux processus pour le même terrain. « La tuberculose ne pousse pas sur le roc » a dit Sergent, « il lui faut un terrain déminéralisé ».

L'étude des réactions humorales a permis d'isoler une étape dynamique de la tuberculose et de dégager un syndrome d'hypovitalité générale asthéno-angio-hypotonique qui s'organise lentement et qui atteint le plus haut degré d'acuité à l'acmé de l'adolescence. Il est caractérisé par les signes suivants : fatigabilité extrême, besoin de repos, de sommeil, tachycardie d'effort, hypotension avec pâleur ou hyposphyxie, dystonie du tube digestif, etc... Ce syndrome qui est banal pendant les poussées aiguës de la croissance est rattaché à l'imprégnation bacillaire (Ribadeau-Dumas, etc.). Mais ce syndrome ne rappelle-t-il pas la période prodromique de l'hébéphrénie que l'un de nous a longuement étudiée ? Le syndrome asthéno-vagotonique constitue le coefficient réactionnel habituel de cette psychose ; il reste pendant longtemps à la base du processus morbide. Xavier Abély a décrit un syndrome schizoïde de nature tuberculeuse où l'on trouve la symptomatologie poétique de l'hébéphrénie romancée : rêverie, autisme, amour refoulé, etc...

Il est nécessaire de rappeler que l'étude de l'action biopsychique de la toxine bacillaire ne permet pas de constater toujours l'apparition des états dépressifs. A côté des formes hypovitales, on note des formes euphoriques, hypomaniaques, avec excitabilité du sympathique. Chez le dément précoce, on constate toujours au début, une formation hypovitale qui s'organise avec les acmés de la croissance et *dépasse les limites de l'insuffisance pulmonaire déterminée par la tuberculose.*

Association bacillo-hébéphrénique

Formes cliniques pulmonaires caractéristiques de la bacillo-hébéphrénie

En choisissant 90 hébéphréniques pour l'étude de la tuberculose, nous avons eu surtout en vue, les localisations pulmonaires qui sont aussi les plus fréquentes.

Les statistiques des décès sont troublantes. Avant trente ans, la mortalité des hébéphréniques est due presque toujours à la tuberculose pulmonaire. Depuis six ans, nous avons suivi, dans notre service de Maison-Blanche, la marche du processus hébéphréno-catatonique chez 166 malades. Malgré les épidémies fréquentes de dysenterie, de fièvre typhoïde, de grippe, la tuberculose a été l'unique mode de décès chez nos malades, La grippe a réveillé brusquement le processus bacillaire et a déterminé la mort indirectement.

En 1927, sur 6 décès par tuberculose, on compte 5 hébéphréniques ;

En 1928, sur 6 décès par tuberculose, on compte 4 hébéphréniques ;

◆◆◆

En 1929, sur 8 décès par tuberculose, on compte 4 hébéphréniques ;

En 1930, sur 5 décès par tuberculose, on compte 3 hébéphréniques :

En 1931, sur 10 décès, par tuberculose, on compte 8 hébéphréniques :

En 1932, sur 10 décès par tuberculose, on compte 1 hébéphrénique.

La localisation pulmonaire prédomine ; il n'y eut qu'un seul cas de péritonite bacillaire. L'évolution a été lente, torpide ; dans la majorité des cas, une poussée évolutive s'allume sous l'influence de la sitiophobie ou d'une maladie infectieuse déprimante. *Nous n'avons jamais noté de méningite tuberculeuse et de typhobacillose bacillémique et granulique.*

A l'autopsie de ces malades, on trouve toutes les lésions anatomopathologiques les plus banales et les plus disparates : intrication de l'ulcération et de la sclérose, de la caséification, lésions cicatricielles, foyers étendus à tendance caséeuse, nécrotique, pneumonie et broncho-pneumonie caséeuses, tuberculose cavitaire, et comme lésions accessoires : emphysème, pleurésie séro-fibrineuse ou purulente, adhérences pleurales, adénopathies péribronchique, médiastinale, etc.

Forme de tuberculose pulmonaire chez les déments précoces

Au point de vue clinique, nos observations nous ont permis d'isoler quelques *formes particulières* de tuberculose pulmonaire chez les hébéphréniques ; les caractères empruntés au terrain anergique, à la psychose, aux réactions mentales des malades (négativisme, stupeur, inhibition, etc.), créent une symptomatologie fonctionnelle spéciale qu'on ne trouve que dans la bacillo-hébéphrénie. Nous les décrirons plus loin. Pour examiner nos malades, nous avons utilisé les techniques courantes : *examen stéthacoustique, analyse des signes fonctionnels et physiques, examen radiologique.*

Examen clinique. — *L'exploration physique du thorax*, nous a permis de noter de nombreux cas de scoliose, de cyphose, d'amaigrissemnt avec atrophie des masses musculaires chez la plupart des hébéphréniques. L'*indice de Pignet* marque une faible robusticité sauf chez trois malades.

La palpation, la percussion et l'auscultation sont incapables de nous donner l'inventaire exact des lésions anatomiques. On se heurte au *négativisme respiratoire*, dont nous avons parlé plus haut, et qui est tout aussi tenace que les autres formes de l'oppositionnisme catatonique. Le malade refuse de respirer, de tousser, de parler à voix haute ou basse, de compter, etc... Il est certain qu'il y a chez ces malades des lésions mal traduites ou inauscultables. Pour cette raison, nous n'avons pu noter que très peu de signes stéthacoustiques. Seuls de gros souffles cavitaires sont tardivement perçus. Mignot et Legrand (1) ont déjà signalé l'importance de ces faits et ont particulièrement insisté sur l'absence de douleurs thoraciques.

L'*analyse des signes fonctionnels* est également insuffisante pour déceler une toxémie bacillaire ou une lésion anatomique. *La toux, l'expectoration, la dyspnée, la température* manquent chez la plupart de ces malades ; elles se montrent seulement à la phase hectique lorsque le diagnostic a pu être fait par d'autres moyens. Il en est de même des hémoptysies : elles sont rares, nous n'avons pu observer que trois cas.

La recherche directe du bacille de Koch dans les crachats n'a été possible que chez deux malades.

Si la constatation du bacille de Koch est la seule donnée qui ne laisse aucun doute sur la nature tuberculeuse de la lésion, elle manque dans la plupart des formes de tuberculose associée à l'hébéphrénie. « Tout vrai tuberculeux en activité, dit « Sergent, *doit* un jour ou l'autre cracher des bacilles ». Or, les lésions ouvertes des hébéphréniques tuberculeux s'accompagnent exceptionnellement de toux et d'expectoration ; les crachats sont avalés, les bacilles vont dans le tube digestif. Pour cette raison, il est fréquent de trouver à l'autopsie, de la péritonite avec ou sans ascite et de l'hypertrophie des ganglions mésentériques.

Nous avons utilisé, sans aucun succès, chez nos malades, le procédé de G. Sée qui consiste en l'administration quotidienne de 1 à 2 grammes d'iodure de potassium pendant trois jours dans le but de congestionner le foyer pulmonaire et d'augmenter l'expectoration. La recherche du bacille dans l'estomac et dans les fèces nécessite une technique difficile que nous ne possédons pas.

Enfin, il faut ajouter que chez les déments précoces, comme chez les gens normaux, il y a des lésions qui ne sont pas encore ulcérées ou qui se sont cicatrisées, ce sont les tuberculeux sans crachats.

L'épreuve thermométrique pratiquée avec le plus grand soin n'est pas le signe le plus important de l'intoxication bacillaire chez les hébéphréniques. L'hyperthermie ne s'élève que s'il y a des poussées évolutives intenses, au début parfois, mais le plus souvent à la phase hectique ; dans ce dernier cas, elle reste très élevée, présente de grandes oscillations irrégulières avec des paroxysmes vespéraux jusqu'à la mort. *Les formes fébriles prodromiques de l'hébéphrénie sont dues à l'association bacillaire.*

L'*apyrexie* ou l'état subfébrile (37°8 — 38°) est le caractère habituel de la tuberculose chronique chez les hébéphréniques. Elle souligne sa torpeur, sa froideur, son inertie, sa fixité topographique ; elle traduit surtout cet état d'anergie humorale qui est à la base de la plupart des réactions hébéphréniques.

De la triade de Morton, l'amaigrissement avec amyotrophie est le seul signe précoce et stable. En étudiant la courbe de poids de nos malades, il est facile de constater que le rapport de la taille en centimètres, au poids (en kilogrammes) reste très inférieur à trois. La forme floride est représentée par quatre malades qui présentent des réactions sérologiques positives. Les *règles* sont normales chez quarante-trois malades ; anormales chez quarante-deux malades ; la ménopause n'a apporté aucune aggravation de l'état général et de la démence.

Au début, les hémogrammes permettent de mettre en évidence un syndrome anémique indéniable : lymphocytose, diminution du nombre des globules rouges, etc., mais qui n'a aucun caractère particulier ; on le trouve chez tous les hébéphréniques et dans tous les processus infectieux chroniques. Il en est de même de la figure d'Arneth qui a été positive chez la plupart des malades. La tachycardie est rare. *L'hypotension est très fréquente.* Elle peut relever à la fois de la tuberculose et de l'hébéphrénie ; chez trois malades âgées, nous avons constaté de l'hypertension. L'acrocyanose habituelle peut appartenir aux deux processus. L'*appétit* est variable. Sur 90 malades, nous n'avons que trois sitiophobes intermittentes, les autres ont un appétit irrégulier ou, présentent de la boulimie démentielle. Malgré la conservation de l'appétit, les malades maigrissent ; cette dissociation entre le métabolisme et la faim appartient à l'hébéphrénie.

En résumé, l'examen clinique nous a fourni ces données inégales et incomplètes. Chez neuf malades, les signes stéthacoustiques ont été en coordination avec les signes fonctionnels et physiques, le diagnostic de lésion active a pu être affirmé. Il s'agit tantôt de forme franche ulcéro-caséeuse, tantôt de forme fibrocaséeuse extensive, etc... Pour les autres cas, on peut dire : 1° lésion active, mais inaudible pour des raisons diverses ; 2° lésion douteuse ; 3° absence de lésion anatomique pulmonaire mais possibilité de tuberculose biologique ou d'une autre localisation anatomique ; 4° silence alvéolaire dû à la cicatrisation par fibrose.

Examen radiologique. — Comme chez l'enfant et chez le vieillard, l'examen radiologique supplée dans une large mesure à l'insuffisance de l'examen clinique ; il nous a apporté des précisions extrêmement précieuses.

Grâce aux trouvailles de l'écran, nous avons pu établir une classification des lésions tuberculeuses et de la forme anatomique. Nous allons les grouper de la façon suivante : dix-huit images radiologiques normales ; six formes graves ulcéro-caséeuses avec cavernes et géodes ; entre ces deux états pulmonaires extrêmes, il y a toute une chaîne de lésions depuis la

(1) Mignot et Legrand. — Troubles de la respiration dans la démence précoce. *Presse Médicale*, 24 novembre 1926.

FORTOSSAN IRRADIÉ

LE FORTOSSAN IRRADIÉ totalise l'action de l'ergostérol irradié *(Vitamine D)* et du phosphore végétal assimilable



LE FORTOSSAN IRRADIÉ est soumis à un contrôle chimique et biologique lui assurant une activité maxima constante

le FORTOSSAN simple :

Suraliment phosphoré intégral

Chez les enfants chétifs, athrepsiques, convalescents, 1/2 à 2 cuillères à café par jour

Relève la courbe de poids,
Rétablit l'état général.

le FORTOSSAN irradié :

Chez les enfants rachitiques, préachitiques,
Chez les adultes déminéralisés.

1/2 à 2 cuillères à café par jour

Tolérance parfaite

Forme du tissu osseux sain,
Rétablit l'équilibre phospho-calcique.

Laboratoires **CIBA** — **O. ROLLAND**, 109-113, B^d de la Part-Dieu, **LYON**

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène sociale de l'enfance, par le Docteur G. Banu, de Bucarest, avec un Avant-Propos du Professeur Marfan. Masson et Cie, éditeurs. Volume I. Eugénique et hérédité. — Hygiène de la maternité. — Hygiène des enfants du premier âge. — Statistique infantile. — Volume II : Hygiène des enfants d'âge pré-scolaire. — Hygiène scolaire. — Catégories spéciales d'enfants (enfants dans l'industrie, enfants assistés, enfants délinquants). Deux grands volumes in-8° formant ensemble LXX + 1.700 pages : 100 francs.

L'enfant est à la base de la société future et, de ce fait, tous les pays s'entendent pour accorder une importance croissante aux questions de protection infantile, aussi bien sur le terrain national que sur le terrain international.

Ce traité représente une vaste synthèse de toutes les acquisitions scientifiques, jusqu'à ce jour, sur le terrain de l'hygiène sociale de l'enfance. Dans le cadre de la littérature médico-sociale, *c'est la première fois que l'on individualise l'hygiène sociale de l'enfance comme une discipline autonome*, en lui accordant toute l'extension que, par son importance primordiale, elle comporte. Sur l'hygiène et la protection de l'enfance, sur les parties de la physiologie et de la pathologie qui en sont le fondement indispensable, l'auteur a rassemblé des documents nombreux et variés ; il a consulté toutes les littératures.

Les caractéristiques de ce traité sont : la vaste et consciencieuse documentation sur laquelle repose chaque chapitre, la large part que l'auteur accorde à la physio-pathologie de l'enfance, la corrélation qu'il établit entre les données de la physiologie et les principes d'hygiène sociale, enfin la systématisation remarquable des matières qui y sont traitées.

C'est un ouvrage d'une grande utilité pour le Corps médical ; médecins praticiens, professeurs, médecins exerçant des fonctions publiques, ainsi que tous ceux qui s'intéressent à l'évolution de l'enfance contemporaine, et par cela même à l'avenir de la race.

Le rhumatisme chronique. *Formes, nature, traitement*, par R. Pemberton. Traduction française par Abel Françon et François Françon. Un vol. in-8° de 408 pages avec 12 figures et une planche en couleurs 80 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

A la solution de problèmes théoriques et pratiques si délicats que pose ce groupe d'affections, l'auteur apporte une contribution considérable et d'une profonde originalité. Spécialisé en rhumatologie depuis plus de vingt ans, président de la Ligue américaine contre le rhumatisme, il a pu suivre et traiter par des méthodes différentes environ 1.100 malades pendant plus de dix ans : de sa grande expérience, il fait bénéficier le lecteur : il s'attache surtout aux rhumatismes chroniques sans signature bactériologique évidente.

Dans une première partie, il étudie l'*Etiologie*, en soulignant la multiplicité des causes en jeu, et en accordant une certaine importance à l'origine intestinale. Sans la condamner formellement, il se montre sévère pour la théorie de l'infection focale. Dans un chapitre très neuf de *Pathologie dynamique*, il passe en revue les altérations des humeurs (sang et liquide articulaire). La *Pathogénie* met en vedette le rôle capital du ralentissement de la circulation capillaire, notion d'ailleurs généralement admise aujourd'hui.

La *description anatomo-clinique* constitue la deuxième partie : l'auteur distingue deux types : rhumatisme atrophique (polyarthrite symétrique progressive) et rhumatisme hypertrophique (arthrite sèche) reliés par une série d'intermédiaires et réagissant souvent aux mêmes thérapeutiques.

Le *Traitement* occupe la troisième partie, soit près de la moitié du livre : il envisage toutes les ressources de la pharmacologie, de la phlogothérapie, de la diurétique du régime, de la physiothérapie avec un très grand luxe de détails techniques. Avant de terminer, l'auteur expose l'histoire des formes spécifiques (rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme gonococcique, tuberculeux, etc.), et celles des affections osseuses qui offrent des points de contact avec les rhumatismes.

Livre écrit avec clarté et méthode, qui apporte des faits cliniques et expérimentaux soigneusement observés et judicieusement interprétés, qui sème des idées originales, qui témoigne d'une documentation personnelle de premier ordre, et d'un sens critique des plus avisés. Nul doute qu'il ne trouve auprès des médecins français le succès qui l'a accueilli en Amérique où il va rapidement atteindre sa deuxième édition.

Précis de phtisiologie. *Evolution générale, formes cliniques, diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*, par Albert Giraud (de Grasse). Un vol. in-8° de 390 pages avec 25 figures dans le texte et 19 planches hors texte : 60 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le but poursuivi par l'auteur a été de présenter au lecteur, en un seul volume, l'ensemble de nos conceptions actuelles sur l'évolution générale, le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ecrit dans un but didactique et pratique, cet ouvrage s'adresse à la fois à l'étudiant désireux de s'initier aux choses de la phtisiologie et au médecin praticien qui est dans l'impossibilité de rechercher dans les traités et les ouvrages spécialisés, consacrés à telle ou telle branche de la phtisiologie, l'ensemble des notions pratiques dont il a besoin pour l'exercice de son art.

L'exposé des notions nouvelles sur le développement anatomique des lésions tuberculeuses, sur l'auscultation, sur le radio-diagnostic et sur les différentes formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire forment la partie principale de cet ouvrage.

La seconde partie, consacrée au traitement de la tuberculose pulmonaire, expose, d'une façon très détaillée, les ressources actuelles du théra-

peute. La chimiothérapie, la cure hygiéno-diététique et la collapsothérapie sont exposées dans un esprit essentiellement pratique. Tous les chapitres ont été rédigés de façon à fournir un exposé complet des diverses méthodes de traitement.

De très nombreuses références renvoyant aux principaux travaux publiés soit en France soit à l'étranger (et notamment en Allemagne) permettront au lecteur, désireux d'enrichir ses connaissances scientifiques, de faire un choix utile parmi la littérature extrêmement abondante consacrée depuis quelques années, dans le monde entier, à la tuberculose pulmonaire.

Diagnostic clinique de l'arythmie complète, par Isabelle D'ORNANO. Préface du Docteur Charles LAUBRY. Un vol. in-8° de 122 pages : 25 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Cet ouvrage — que les maîtres en cardiologie eux-mêmes feuilleteront avec intérêt — s'adresse surtout aux praticiens éloignés des grands centres et privés des secours que l'électrocardiographie apporte à la clinique, alors que le diagnostic délicat d'une arythmie se pose à leur sagacité.

En quelques chapitres très clairs, l'auteur fait une mise au point sur les différents aspects cliniques de l'arythmie complète. Etudiant successivement le diagnostic positif, différentiel, étiologique de cette maladie, il conclut qu'avec son seul stéthoscope, le médecin — dans la majorité des cas — est susceptible d'orienter son diagnostic sans le secours des méthodes graphiques.

Un grand choix d'observations illustre judicieusement chacune des formes décrites et une bibliographie très complète termine ce volume, qui rendra de réels services à tous ceux qu'intéressent les troubles de cet organe essentiel qu'est le cœur.

La rééducation respiratoire. *Entraînement méthodique, réglé et dosé de la respiration*, par J. PESCHER et Jean HERVY. Un volume in-8° carré de 134 pages, avec 27 figures dans le texte : 26 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

En 134 pages d'un texte serré et précis, les auteurs exposent tout ce qu'il est nécessaire de connaître sur cette si importante question : notions sommaires d'anatomie et de physiologie des organes de la respiration ; description détaillée des méthodes classiques de *rééducation respiratoire* et de *l'entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique*.

Créateur et propagandiste ardent de cette dernière méthode, PESCHER en montre tous les avantages en faisant bénéficier le lecteur de l'expérience qui lui ont procurée vingt-cinq années de travaux ininterrompus et de communications dans les Sociétés médicales et les Congrès.

Exigeant du sujet un travail *respiratoire* effectif en vue duquel l'organisme se dispose instinctivement, dosant pour chaque cas les exercices progressifs comme on dose un médicament dans une potion, encourageant le malade en lui faisant constater *de visu* les progrès réalisés, la spiroscopie est une méthode de douceur et de précision qui permet en toutes circonstances d'améliorer et d'exalter la respiration, fonction primordiale de l'organisme, sans laquelle aucun organe n'est en état de donner son rendement biologique normal.

Selon l'expression du Professeur Albert Robin, justifiée par les indications de l'emploi de la méthode qui se posent à tout instant et par les résultats obtenus, « la spirothérapie spiroscopique est au traitement des maladies ce qu'est l'auscultation à l'examen des malades ».

En outre, par le moyen de ses exercices intensifiés (insufflations contrariées), le spiroscope a révélé un fait clinique totalement inconnu avant ces quinze dernières années et d'incalculable portée pratique : la possibilité de ramener à sa place anatomique à la paroi et à son fonctionnement physiologique, un poumon déplacé, comprimé, bridé par des adhérences ou atélectasié, *en le gonflant avec l'air de l'autre poumon* (résultats remarquables dans les pleurésies, fistules pleurales, déformations thoraciques, etc...).

Le manuel de Pescher et Hervy, ayant la précision d'un formulaire, rendra les plus grands services aux éducateurs, aux malades eux-mêmes et aux médecins dans leur pratique journalière.

Méthodes physiques en biologie et en médecine, par P. LECOMTE DU NOUY. Un volume in-8° de 198 pages avec 76 figures : 22 francs. J.-B. Baillière, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Ce livre a sa place indiquée dans tous les laboratoires de chimie, de biochimie, de biologie, de physiologie, de clinique, de pharmacie, et dans beaucoup de laboratoires industrielles.

Actualités d'hydrologie et de climatologie médicales, par le Docteur Paul-Louis VIOLLE. Préface de M. le Professeur A. DESGREZ. Un vol. in-8, 176 pages : 20 francs. (J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, (6e).

L'étudiant puisera dans ce livre de claires notions qui lui seront utiles pour l'avenir, et le praticien y satisfera son désir d'une meilleur compréhension de la valeur thérapeutique de nos eaux minérales et de nos climats

Memento de thérapeutique pratique, par le Docteur Paul BAUFLE. Un volume in-16, 281 pages. Cart. 30 francs. J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

C'est pour simplifier la tâche des débutants que le présent ouvrage a été rédigé.

Il comporte quatre parties :

1° Les médicaments d'origine minérale ;

2° Les médicaments d'origine végétale ;

3° Les médicaments d'origine animale parmi lesquels l'opothérapie tient la place la plus importante ;

4° Les médicaments d'origine bactérienne (vaccins, bactériophages, sérums).

En résumé, excellent guide pratique de thérapeutique pour l'étudiant à l'hôpital et pour le médecin en clientèle.

forme fibro-caséeuse extensive et active jusqu'aux tuberculoses cicatricielles, avirulentes et scléreuses ; formes fibro-caséeuses torpides, latentes, légèrement actives, forme ganglionnaire hilaire, torpide, etc... Comme toutes les classifications, ces désignations n'ont rien d'absolu ; elles mettent en relief la symptomatologie dominante tout en laissant une large part aux combinaisons multiples, aux transformations rapides en rapport avec le réveil des lésions et leur évolution.

Nous avons constaté que la forme anatomique dominante est la tuberculose cicatricielle (52 sur 90), la forme abortive de Bard, tuberculose enkystée, scléreuse, foyers fibreux qui ont rarement tendance à la marche extensive et progressive.

En dehors des lésions pulmonaires, l'examen radiologique permet de noter la fréquence des lésions cardio-vasculaires. Le cœur en goutte (5 cas) est un signe *de terrain prédisposé* à la tuberculose pour la plupart des phtisiologues.

Les aortes opaques dominent : les unes sont allongées, les autres sont ectasiées ; dans ce dernier cas, nous avons pensé à la syphilis, mais la réaction de Wassermann positive n'a pas coexisté avec ces lésions vasculaires.

Valeur des réactions sérologiques dans le diagnostic de la tuberculose associée à l'hébéphrénie

1° La tuberculino-réaction (réaction de Von Pirquet) ne nous a fourni qu'une donnée intéressante : elle a été négative chez six malades qui présentent des poussées évolutives ; ces faits confirment la thèse de Sergent, de Beaumier, de Baron et Pruvost ; la tuberculino-réaction n'a de valeur diagnostique que pour signaler la perte de l'état d'immunité.

2° *La réaction de Besredka* nous a apporté des renseignements très instructifs. Sur 70 sérums étudiés, nous avons eu 25 réactions positives. Fait intéressant à signaler : *elle a révélé huit cas de tuberculose latente.* Chez ces malades, les examens cliniques et radiologiques ont été négatifs. Dans leur passé, on trouve des lésions ganglionnaires et une pleurésie séro-fibrineuse.

3° Il nous a semblé que de toutes les réactions sérologiques, la courbe floculométrique de Vernes constituée par la floculation *à la résorcine*, permet de suivre l'évolution de la tuberculose chez les aliénés. Comme chez les malades des dispensaires, la plus simple élévation du degré photométrique prend d'emblée une grande valeur dans la tubeculose torpide, inerte des hébéphréniques.

Vingt sérums ont floculé à plus de trente, ce qui indique d'après Vernes une tuberculose en pleine activité ; 19 sérums ont floculé entre 16 et 30 (zone d'alarme de Vernes) ; les autres ont floculé au-dessous de 16, ce qui ne permet pas d'éliminet la tuberculose, mais indique simplement qu'elle n'est pas active au moment de l'examen sérologique. Nous rappelons que tout l'intérêt des réactions de floculation de Vernes réside dans la possibilité de suivre par des examens fréquents, l'évolution de la maladie. La courbe de l'infection est à la fois un élément de diagnostic et de pronostic.

L'absence de parallélisme entre la réaction de Besredka et la courbe de Vernes n'infirme pas leur valeur ; elles se complètent et s'associent dans le diagnostic sérologique de la tuberculose.

En résumé, le diagnostic radiologique a révélé des lésions anatomiques pulmonaires à des degrés divers chez soixante-douze malades sur quatre-vingt-dix. Nous n'avons noté que six cas de tuberculose ulcéro-caséeuse avec cavernes. Enfin, dix-huit malades ont présenté des images pulmonaires normales, mais les réactions sérologiques ont été positives chez huit hébéphréniques sans tuberculose anatomique. Il ne reste donc que dix malades qui ont échappé à nos moyens d'investigation clinique, radiologique et sérologique : l'évolution a démontré que chez deux malades sur dix, la tuberculose était latente.

Ces faits méritent d'être discutés.

Solidarité et concomitance

Comme nous l'avons vu plus haut, l'intrication de la tuberculose et de l'hébéphrénie à la période prodromique est très fréquente ; souvent, il est difficile de dissocier les deux processus. La constitution schizoïde n'est que le terrain biologique profondément sensibilisé par les tares les plus variées et où la tuberculose occupe une place importante. L'intrication est précoce, pubérale ou même antépubérale comme le début de l'hébéphrénie vraie. A l'asile, les hébéphréniques tuberculeux évoluent différemment selon les cas.

Nous n'avons jamais noté le balancement hébéphréno-bacillaire comme l'ont indiqué Claude et Baruk. Une seule fois, nous avons constaté la solidarité morbide entre l'hébéphrénie et la tuberculose séreuse (pleurésie séro-fibrineuse à bacille de Koch). Cette dernière a éclaté au cours d'une rémission complète de l'hébéphrénie et a produit immédiatement une rechute de la psychose ; avec sa guérison, nous avons assisté à la disparition des troubles mentaux.

L'observation des faits cliniques permet d'affirmer que les lésions tuberculeuses les plus graves *au début*, ont tendance à la sclérose et à l'enkystement ; elles deviennent atones comme chez les vieillards. Nous avons vu plus haut que six hébéphréniques seulement ont fait de la bacillose ulcéro-caséeuse, les autres, malgré les lésions initiales parfois graves et les réactions biologiques intenses, ont réalisé une tuberculose à signes et à réactions séniles : localisation, calcification, absence de fièvre, de toux et d'expectoration. Il y a lieu d'envisager à nouveau l'hybridité hérédo-syphilitique et syphilitique sur laquelle les opinions sont si divergentes. Pour les uns, la dystrophie aggrave la prédisposition, pour les autres, elle atténue la marche de la tuberculose. Quant à la syphilis acquise, Landouzy admettait la sclérolate de vérole qui complétait le scrofulate de vérole de Ricord. Cette hypothèse peut s'appliquer à nos nombreux malades hérédo-syphilitiques et syphilitiques, mais elle ne permet pas d'expliquer l'infection et la réinfection au cours de l'hébéphrénie.

Nous attirons de nouveau l'attention sur l'absence d'action pyrétothérapique de la fièvre tuberculeuse. Lorsqu'elle s'élève pendant les poussées évolutives, elle exerce rarement une action sur l'état mental et les troubles moteurs, comme les autres pyrexies. Parfois, elle aggrave l'asthénie habituelle de ces malades. L'étude de la phase hectique est particulièrement instructive à ce sujet, les malades meurent en gardant leur négativisme (mutisme) ou leur flexibilité cireuse. L'agonie même ne la supprime pas comme le fait parfois la fièvre typhoïde, etc.... Il y a très peu d'exceptions à cette règle.

Mais si les trêves, ni les poussées aiguës de la tuberculose active n'ont aucune action directe sur l'hébéphrénie, celle-ci peut être une cause d'aggravation de la tuberculose. La catatonie avec sa sitiophobie et son immobilité respiratoire détermine une déficience organique favorable à l'évolution de la bacillose. L'observation des faits cliniques permet d'affirmer que cette action est relativement rare par rapport à la fréquence de la catatonie.

Tests thérapeutiques

Leur action sur l'Évolution de la Tuberculose et sur celle de l'Hébéphrénie

Il nous a semblé que certains tests thérapeutiques peuvent avoir une grande valeur pour la précision de la solidarité possible de l'hébéphrénie et de la tuberculose ou de leur dissociation. La *cutivaccinothérapie*, l'*allergine de Jousset* et l'*aurothérapie* ont été utilisées avec des résultats divers.

CUTIVACCINOTHÉRAPIE OU MÉTHODE DE PONNDORF. — Cette méthode basée sur la cuti-réaction de Von Pirquet constitue une excellente thérapeutique de la tuberculose et aussi une médication de choc. Nous rappelons qu'en France, nous (1) avons été l'instigateur de cette méthode en psychiatrie. Elle consiste à pratiquer dans les zones sus et sous-épineuses, des scarifications très étendues (10, 20, 30 de 5 à 8 centimètres de longueur) et pénétrant dans les couches profondes du tissu cellulaire. La tuberculine (deux à trois gouttes) doit être déposée au fond de ces scarifications. La seconde inoculation est prati-

(1) *Loc. cit.*,

quée au bout de trois semaines et les inoculations suivantes sont pratiquées à un mois d'intervalle.

Nous avons modifié la méthode de Ponndorf en réduisant le nombre des scarifications, en les limitant à celui de trois. Nous leur avons laissé une longueur de cinq à huit centimètres et dans chaque scarification nous avons déposé une à deux gouttes de tuberculine pour usage vétérinaire de l'Institut Pasteur.

En raison de l'action directe de cette toxine sur la tuberculose, et de celle qui est choquante, nous avons jugé qu'elle devait constituer un traitement de premier ordre dans l'hébéphrénie avec tuberculose. Nous avons choisi onze malades atteintes de bacillo-hébéphrénie. Les modifications de poids ont été insignifiantes chez huit de nos malades, deux autres ont engraissé de trois kilogr., une troisième a perdu 7 kilogr. Les variations de la formule sanguine ont été peu accusées. Nous avons remarqué chez cinq de ces malades, un abaissement de l'index floculométrique à la résorcine après la première application de tuberculine par voie cutanée de 48 à 11 dans un cas, de 20 à 4 dans un autre cas, etc., cet abaissement n'a pas persisté. Dix de nos hébéphréniques étaient anormalement réglées avant le traitement ; chez l'une d'elles la fin du traitement a coïncidé avec la réapparition des règles. Enfin, fait capital à signaler : *aucune de ces malades n'a été modifiée au point de vue mental.*

Allergine de Jousset. — Six malades ont suivi le traitement par l'allergine de Jousset. Chez l'une d'elles, le traitement a été supprimé en raison de l'hyperthermie élevée et les phénomènes de choc violents provoqués par l'injection. Une seconde malade a reçu trois injections d'allergine qui ont déterminé 39° de température. Elle est sortie sans aucune amélioration. Mais deux mois après, elle est venue nous rendre visite : elle présentait alors une amélioration très nette de l'état physique et une atténuation marquée des troubles mentaux ; seuls les signes affectifs marquaient le déficit. Comme nous n'avons pas suivi la malade au point de vue clinique et biologique, il nous est difficile d'affirmer l'action curative de l'allergine sur la tuberculose et son action choquante sur l'hébéphrénie.

Quatre autres malades ont été traitées par cette méthode. L'une d'elles après trois injections (une ampoule et puis deux ampoules à 8 et 15 jours d'intervalle) a présenté une augmentation de poids de 2 kilogrammes, sans aucune modification de l'état mental.

Aurothérapie. — L'efficacité réelle des sels d'or dans la tuberculose nous a autorisé d'en constituer un test thérapeutique de grande valeur.

Nous rappelons que pour certains auteurs, les sels d'or représentent le traitement spécifique de la tuberculose ; pour d'autres, ils résument les actions catalytiques nécessaires à la destruction du bacille tuberculeux et de ses toxines et ils modifient le terrain infecté.

Dans le but de saisir la solidarité des deux processus, tuberculeux et hébéphrénique, sous l'influence aurothérapeutique, nous avons injecté par la voie intraveineuse le solganal à cinq malades, la crisalbine à dix malades, l'allochrysine à trois malades. Nous avons constaté chez une seule malade atteinte d'hébéphrénie (au début) une modification parallèle de la tuberculose, de l'état général et de l'état mental, à la suite d'une série de solganal (0 gr. 40). Chez treize malades qui ont eu une réaction de Vernes au-dessus de trente, la crisalbine a déterminé une chute rapide de l'index floculométrique : de 87 à 11, de 80 à 10, de 66 à 20, de 48 à 13, etc... Les lésions pulmonaires, la plupart de nature fibro-caséeuse, n'ont subi aucun changement appréciable. Chez presque toutes les malades, on note une augmentation de poids et une modification de l'état général. Quant à l'état mental, en dehors de la malade signalée plus haut, *à aucun moment nous n'avons constaté la moindre amélioration.* Même sous l'action hyperthermique élevée (biotropisme aurique), l'activité psychique hébéphrénique n'a pas varié. Les sels d'or qui ont modifié l'état général chez la plupart des malades, n'ont pas agi sur l'état mental. *On note donc une dissociation très nette entre la tuberculose qui est devenue allergique et l'hébéphrénie qui est restée anergique.* Nous ajoutons que ces expériences sont trop peu nombreuses pour en dégager une loi générale.

Conclusions

1° En résumé, en l'état actuel de la psychiatrie, aucune preuve clinique, anatomo-pathologique (la méningite tuberculeuse si fréquente dans les encéphalopathies tuberculeuses est rare chez les déments précoces), sérologique et bactériologique n'a été fournie pour démontrer l'identité pathogénique de l'hébéphrénie et de la tuberculose. Toxi-infection de la jeunesse, la tuberculose, maladie familiale, appartient nettement à l'action pathogène du bacille de Koch. L'hébéphrénie, maladie familiale, psychose de la jeunesse relève-t-elle d'une des actions mystérieuses à peine entrevues du virus filtrant de Fontès ? L'étude clinique de l'évolution des deux processus hébéphrénique et tuberculeux montre leur parallélisme et leur dissociation ; la solidarité et le balancement sont exceptionnels. Enfin, les tests thérapeutiques sont dissociatifs dans la majorité des cas.

2° L'importance de la tuberculose dans la démence précoce paraît être relative, si l'on tient compte de son évolution. Les formes ulcéro-caséeuses sont rares ; *les formes torpides sont les plus fréquentes.* L'infection bacillaire précède l'hébéphrénie et elle guérit à l'asile. La démence précoce s'aggrave avec l'internement, si on n'utilise pas les deux leviers principaux : la réfection vitale et le travail réglé.

La mortalité des déments précoces par tuberculose diminue dans les services médicaux où l'état des malades est strictement surveillé.

3° Kraepelin et Sérieux insistaient sur le pronostic *quoad vitam* bénin de la démence précoce. Les vieux malades des Colonies et des asiles de chroniques sont bien portants et parfois florissants. La longue survie de ces malades n'a-t-elle pas été une des raisons pour lesquelles la démence précoce est restée longtemps méconnue en tant qu'entité morbide ?

4° Dans notre service, sur 140 hébéphréno-catatoniques, nous notons les faits suivants : 60 malades ont dépassé 35 ans ; 21 malades sont âgées de 40 à 50 ans ; 8 malades sont âgées de 50 à 74 ans. Chez toutes ces malades valides, la poussée tuberculeuse antéhébéphrénique, lorsqu'elle a existé, s'est éteinte depuis longtemps ; elle n'est plus qu'une inscription radiologique.

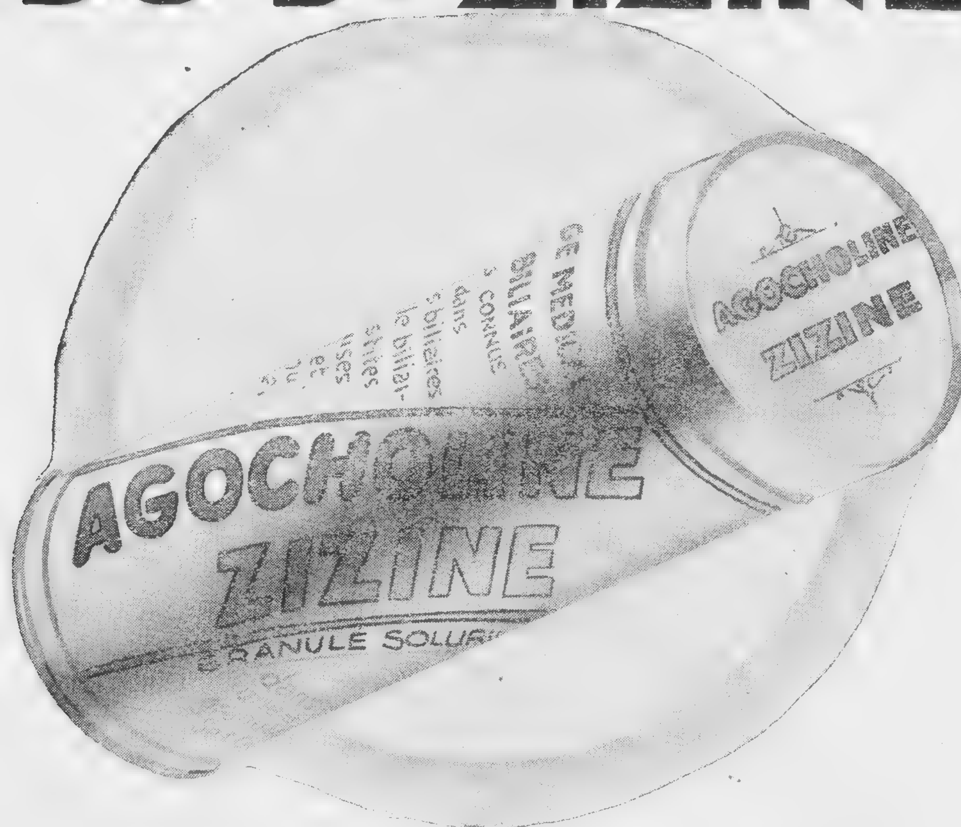
5° En rangeant la démence précoce dans le domaine mystérieux des saprophytes non acido-résistants, on a déplacé le problème mais on n'a pas dissipé le brouillard de son étiologie. Nous ignorons totalement le mode d'action des virus filtrants de Fontès-Vaudremer ; les uns, les accusent de créer des formes graves granuliques ; les autres les croient bénins et leur accordent l'action diffuse et torpide. La démence précoce, encéphalopathie tuberculeuse appartiendrait-elle à ces atteintes légères, d'origine héréditaire ? Aucun fait ne peut encore le démontrer.

6° Le cadre des encéphalopathies tuberculeuses a été édifié car les anciens auteurs : Pinel, Guislain, Ball, Morselli, etc. ; plus près de nous : Régis, Pierret, Dufour, Anglade, Armand-Delille, Laignel-Lavastine, etc., ont décrit diverses formes d'encéphalopathies, de méningo-encéphalites, de polynévrites, de confusion mentale, de nature bacillaire. Jean Lépine dans un beau travail sur « l'Encéphalite suraiguë curable des tuberculeux », met en valeur les troubles à la fois graves et guérissables de l'atteinte corticale de la tuberculose.

Mais ces travaux sont déjà anciens, la plupart manquent de contrôle nécropsique, sérologique et bactériologique. Les troubles cliniques sont différents de ceux de la démence précoce ; on remarque dans les encéphalites tuberculeuses, la fréquence de l'imprégnation méningée et névritique et aussi les localisations prévalentes (lésions en foyers, etc.). Or, ces réactions sont exceptionnelles dans la démence précoce ; lorsqu'elles existent, elles appartiennent à une association morbide.

7° Le problème des rapports de la tuberculose avec l'hébéphrénie apparaît plus vaste. Il dépasse les limites de nos connaissances actuelles (action des virus filtrants). Il faut se

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE
(avec ou sans menthe)
Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie
Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)
En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

remettre au travail, reprendre l'étude bactériologique des foyers mal éteints des formes chroniques de la démence précoce et saisir, s'il y a lieu, l'interaction morbide, multiplier les tests thérapeutiques, etc., et ne pas conclure avant la preuve expérimentale indiscutable.

C'est le nouveau programme de l'étude de la démence précoce.

8° Pour nous mettre en garde contre les théories trop hâtives, nous rappelons qu'on étudiait autrefois, une « paralysie générale par tuberculose ». Dans la thèse de Bour (1903), on trouve de belles observations de paralytiques généraux atteints de tuberculose évolutive. Nous savons aujourd'hui, qu'il s'agissait d'une simple concomitance. Méfions-nous de bâtir une nouvelle erreur pathogénique.

FAITS CLINIQUES

Un cas d'anévrysme de l'arcade palmaire superficielle

Par MM. BRÉCHOT et REINHOLD

Les anévrysmes de la main sont rares. L'on y observe plus habituellement de faux anévrysmes, c'est-à-dire des hématomes pulsatiles secondaires à des plaies artérielles. Nous pensons à cause de la rareté même de ces cas qu'il peut être utile à titre documentaire, de publier le fait que nous avons observé.

M. A..., 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 16 janvier 1933 pour une tuméfaction à l'éminence hypothénar gauche. Le début de son affection remonte à trois mois environ. Le malade ressentit alors des picotements espacés, au niveau de la pulpe des doigts. Ces troubles étaient localisés au cinquième doigt, au quatrième et à une partie du troisième. Ces fourmillements gênaient la fonction de la main, le malade qui est chauffeur avait beaucoup de peine à maintenir son volant, l'activité de sa main étant réduite à la pince pouce index.

Ces douleurs à type de fourmillement durent une dizaine de jours environ puis disparaissent, mais survient alors un signe nouveau. La région hypothénarienne se tuméfie. Le malade constate de lui-même que cette tuméfaction est réductible et il la compare à une poire en caoutchouc. Pendant deux mois, le malade reste sans soins, ni surveillance. Il ne souffre pas et la tuméfaction n'augmentant pas sensiblement, il ne s'en préoccupe pas autrement.

Il y a un mois, le malade fait une chute sur la paume de la main. Il ressent une douleur violente, avec malaise, état lipothymique et sueurs froides. Ces phénomènes durent d'ailleurs peu, sauf la douleur qui persiste. Dans les jours qui suivent apparaît une ecchymose, au niveau de la région hypothénarienne. La tuméfaction augmente de volume et c'est dans ces conditions que le malade vient consulter.

Le malade nous présente la paume de sa main gauche, celle-ci est augmentée de volume, occupée par une masse atteignant le volume d'une grosse prune. Le tégument n'est pas modifié sensiblement, à peine pourrait-on reconnaître une légère coloration rosée. Il n'y a aucun battement visible. La palpation de cette masse permet d'en limiter les contours. Sa situation est manifestement assez superficielle la peau se laisse un peu plisser, mais non séparer d'elle. La consistance est molle, mais non pas fluctuante. On sent une résistance s'établir assez vite. En effet, il n'existe pas de véritable réductibilité et si par la pression, la tumeur s'aplatit quelque peu, il semble qu'elle s'élargisse dans le sens vertical à ce moment. On ne perçoit pas de battement, mais il y a manifestement de l'expansion. Les deux index disposés l'un contre l'autre se laissent écarter l'un de l'autre en même temps qu'ils sont légèrement soulevés. L'auscultation de la masse au stéthoscope ne permet de percevoir aucun battement ni souffle.

La compression de l'artère cubitale au-dessus de la tumeur dans sa gouttière anti-brachiale fait disparaître l'expansion.

L'artère radiale est normale. Il existe des ganglions axillaires.

Examen somatique général normal. Pas de spécificité vérifiée, soit cliniquement, soit par le laboratoire.

Incision sur la gouttière cubitale, se continuant sur la face antérieure de l'anévrysme, légèrement courbe à concavité interne dans sa partie inférieure. On commence à mettre à nu l'artère cubitale et l'on place dessus une pince clamp artérielle. Puis, on isole le plus possible le sac anévrysmal, après quoi on ouvre sa paroi. La cavité de l'anévrysme renferme des caillots rouges diffluents et des caillots blancs plus résistants. Après nettoyage de la poche, on reconnaît l'existence de deux branches communicantes qui semblent appartenir au système de la cubito-palmaire (donnant les collatérales des doigts internes). Après ligature de ces branches, et leur section, on extirpe en masse la poche de l'anévrysme de bas en haut et dans cette manœuvre, on découvre la cubitale profonde que l'on coupe et que l'on lie. Le sac ne tient plus que par la cubitale même que l'on sectionne après ligature.

Fermeture des téguments aux crins sans drainage.

Nous n'avons pas ici l'intention de faire une revue générale des anévrysmes de la main. Nous ferons remarquer seulement les quelques points suivants.

Le début de l'anévrysme semble spontané et il n'y a dans l'état général du sujet aucune cause de lésions artérielles pariétales, pas de spécificité.

Par contre, cet homme, chauffeur de son métier a sa région hypothénar soumise aux multiples petites contusions du volant, mais ce rôle traumatique ne saurait avoir une importance réelle, car, dans ce cas les anévrysmes seraient fréquents à ce niveau.



Par contre, si le début de l'anévrysme semble spontané, son évolution a été manifestement accélérée par la chute que le malade fit sur la paume de la main, chute qui fut suivie d'une augmentation de la tumeur et accompagnée d'une ecchymose légère. Toutefois, il n'y eut pas de plaie du sac anévrysmal et formation d'un hématome pulsatile ainsi que le montre l'intervention.

Le diagnostic de l'anévrysme était aisé, car la tumeur présentait réductibilité et expansion. La compression de la cubitale faisait disparaître cette expansion. Il n'existait par contre, pas de battements ni de souffle.

Cette absence de battements et de souffle peut entraîner ici comme partout des erreurs de diagnostic pouvant faire penser à une tumeur ou à un abcès. Elle nécessite un examen complet des caractères de la tumeur et la recherche précise de son expansibilité et des modifications qu'elle subit par la compression du tronc artériel sus-anévrysmal.

Le traitement le meilleur est l'extirpation de l'anévrysme.

La ligature de l'artère n'est pas recommandable surtout ici où la vascularisation anastomotique est si importante. Toutes les interventions agissant sur le sac sans l'ôter donnent des résultats moins satisfaisants que l'ablation.

A la paume de la main, région si complexe par ses multiples rameaux nerveux et vasculaires, par le passage des tendons fléchisseurs dont le libre jeu est important pour le fonctionnement des doigts l'extirpation de la poche anévrysmale doit être faite s'il n'existe pas d'impossibilité technique.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Rhumatisme

Le syndrome de Chauffard-Still partage un certain nombre de symptômes avec les polyarthrites chroniques.

Le stade initial est généralement subaigu et ressemble au début du plus banal rhumatisme chronique, d'autant plus que les adénopathies et la splénomégalie manquent à ce moment. La maladie évolue par poussées fébriles, douloureuses ; de violence inégale, elles paraissent suivant un certain rythme, puis se rapprochent en perdant de leur régularité.

Des déformations permanentes s'installent au niveau des articulations les premières lésées (poignets, coudes, interphalangiennes, genoux, chevilles) ; les épaules et la colonne cervicale sont prises plus tardivement ; certaines articulations, comme la hanche ou la métacarpo-phalangienne du pouce restent indemnes. La progression des lésions se fait d'une manière symétrique. Le rhumatisme est surtout fibreux ; il détermine des déformations segmentaires du type en flexion, qui créent une grande impotence.

La douleur n'existe pas au repos ; les mouvements actifs sont impossibles et les passifs très douloureux.

Le syndrome de Chauffard-Still présente des signes spéciaux.

Les adénopathies sont satellites des arthrites ; elles ont des caractères très spéciaux : volume d'une noisette ou d'une petite noix ; consistance uniforme, élastique ou dure ; palpation indolore ; absence de périadénite.

La splénomégalie est fréquente chez l'enfant et inconstante chez l'adulte.

On ignore s'il s'agit d'un syndrome à étiologie variable ou d'une maladie due à un virus spécifique.

La thérapeutique n'apporte aucune solution au problème étiologique. La salicylate de soude est inefficace ; l'iode serait la meilleure médication interne ; le gluconate de calcium a donné des résultats encourageants ; le plus beau succès thérapeutique a été obtenu par l'emploi de sels organiques d'or à très faible dose. On a proposé l'arsénobenzol, la malariathérapie et même, sans d'ailleurs la tenter, la splénomégalie.

(J. Graber-Duvernay. Six observations de syndrome de Chauffard-Still chez l'adulte. Commentaires cliniques, étiologiques et thérapeutiques. *Journal de médecine de Lyon*, 5 mars 1933.)

Pédiatrie

La pneumonie en casque a une symptomatologie d'emprunt ; il est donc inutile de s'attarder à l'analyse détaillée des symptômes.

Elle intéresse toujours, du moins dans toutes les observations connues, la partie supérieure du poumon droit. Il s'agit presque toujours de nourrissons.

Certaines formes ont exactement les signes d'une pneumonie lobaire typique. Le début est brutal ; les signes physiques sont ceux d'une pneumonie du lobe supérieur droit sans caractères particuliers. Le seul point sur lequel il y ait lieu d'insister, c'est la gravité des symptômes généraux (cyanose, abattement, demi-coma) et la présence de symptômes cérébraux. La durée du cycle thermique est d'une dizaine de jours ; le plus souvent la maladie se termine par la mort, qui survient du dizième au douzième jour.

Les formes les plus nombreuses présentent des signes plus ou moins accusés de bronchopneumonie. Le début est moins brutal que dans la forme précédente. Lorsque le syndrome bronchopneumonique est peu marqué, on est en présence d'un malade qui aurait à la fois une pneumonie et des signes de bronchopneumonie ; lorsqu'il prédomine, on peut seulement faire le diagnostic de bronchopneumonie, sans savoir s'il y aura ou non des ombres radiologiques. Le cycle thermique dure une quinzaine de jours ; l'évolution est généralement fatale.

Il n'existe pas de diagnostic possible, basé sur le seul examen clinique. On peut soupçonner la pneumonie en casque, quand on constate un gros foyer d'hépatisation associé à un syndrome bronchopneumonique. Le diagnostic est surtout radiologique.

(Ch. Gardère. La pneumonie infantile avec ombre radiologique « en casque ». *Journal de médecine de Lyon*, 20 février 1933.)

Chirurgie

Un problème de diagnostic est posé par un syndrome complexe, qui débute par une crise nette de colique néphrétique et se complique le lendemain par la coexistence d'appendicite.

1° Quels sont les éléments qui permettent la différenciation ?

Les irradiations n'existent guère dans l'appendicite ; la douleur de la colique néphrétique est localisée à la région lombaire, au flanc ; la douleur de l'appendicite est diffuse.

Les troubles urinaires n'ont pas grande valeur.

Un signe de différenciation très important c'est l'agitation. Dans la colique néphrétique le malade est sans cesse en mouvement, dans l'appendicite il reste immobile.

2° Comment peut-on affirmer la coexistence des coliques néphrétiques et de l'appendicite ?

L'appendice est en cause quand il y a contracture soit au siège classique, soit au siège rétro-cæcal, soit au Douglas.

(Drouin et Torlais. Coexistence chez le même malade de colique néphrétique et d'appendicite. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, janvier 1933.)

Chirurgie

L'ostéo-sarcome du radius est un des moins fréquents.

Une observation de Delorme médecin-chef de l'infirmerie indigène de Kasba-Tadla et de Boyrie, médecin-capitaine, médecin chef de l'infirmerie indigène de Taghzirt, présente un point intéressant, c'est l'évolution d'abord torpide, puis très rapide de la tumeur, qui serait consécutive à un traumatisme.

Il y a trois ans, le malade a fait une chute du haut d'un chameau, et s'est reçu sur l'avant-bras gauche.

Dès ce moment, dit-il, est apparue une petite tuméfaction au niveau du radius, au tiers inférieur de l'avant-bras, tuméfaction du volume d'un petit œuf, qui a rapidement rétrocédé, mais que notre malade affirme avoir toujours conservé « dans l'os » où elle lui était perceptible à la palpation.

Brusquement, il y a trois mois, cette tuméfaction torpide s'est réveillée et a commencé à grossir tous les jours ..

Nous proposons au malade... une amputation haute du bras.

Il refuse, et s'en retourne à son douar.

Cinq jours après... il nous revient porteur de la même tumeur fortement augmentée de volume.

(Delorme et Boyrie. Note sur un volumineux ostéo-sarcome du radius. *Maroc Médical*, 15 décembre 1932.)

La sciatique traumatique est bien connue, mais il s'agit ordinairement d'une névralgie tronculaire par contusion directe du tronc nerveux.

Dans deux cas, observés par G. Leclerc et J. Pont, de Dijon, le traumatisme a consisté en une flexion forcée du rachis ; il n'y avait aucune fracture, ni du bassin, ni de la 5e lombaire.

La flexion forcée du rachis n'a donc pu agir qu'en tiraillant et en distendant les racines nerveuses et peut-être en les écrasant sur les saillies osseuses. Cette distension a dû faire sentir ses effets assez haut sur le trajet du nerf, car l'abolition du réflexe achilléen, l'exagération de la douleur dans la toux et surtout les modifications chimiques du liquide céphalo rachidien montrent que les lésions ont eu lieu non loin du canal rachidien.

Il semble qu'on puisse localiser la lésion d'une façon assez précise et admettre que c'est la 5e racine lombaire qui a subi les conséquences anatomiques de la distension ; dans l'étroit couloir que limitent l'apophyse transverse de L^5, le bord supérieur de l'aileron sacré, la face postérieure du corps vertébral et l'articulation de L^5 avec le sacrum, cette racine est évidemment prédisposée à la contusion et aux tiraillements du fait des déplacements vertébraux surtout.

Il faut retenir, au point de vue accident du travail, qu'une sciatique peut être la conséquence d'une flexion forcée du rachis.

(Leclerc et Pont. Sur deux cas de sciatique traumatique. *Bourgogne Médicale*, février 1933.)

Thérapeutique

Le mystère qui plane sur le mécanisme de l'autohémothérapie permet de supposer qu'elle a pu agir dans un cas d'angiocholite.

La thérapeutique classique étant insuffisante et les accès fébriles se rapprochant, l'autohémothérapie est prise en considération pour son rôle immunisant dans certaines affections à poussées.

L'affection remontait à plus d'un an. La première injection de sang est suivie d'un petit clocher et d'un retour à la température normale dans les quatre jours ; neuf autres injections sont faites pour consolider ce résultat.

Coïncidence réelle ou action troublante ?

(H. Bon. Angiocholite et autohémothérapie. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 février 1933.)

Les résultats de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire sont variables et se divisent en quatre catégories :

1° Cas favorables : de 35 à 40 % ;
2° Cas douteux : de 25 à 30 % ;
3° Cas sans résultat : de 25 à 30 % ;
4° Cas aggravés : de 2 à 3 %.

Les indications admises actuellement sont les cas récents, à formes localisées, peu fébriles, évoluant chez les sujets jeunes (cortico pleurites scissurites, lobites, hilites, etc.), les poussées évolutives localisées chez d'anciens tuberculeux, la bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel, l'asthme tuberculeux.

Les contre indications sont les suivantes : albuminurie, entérite, insuffisance hépatique, cirrhose, tuberculose rénale ou intestinale, typho-bacillose, formes aiguës broncho-pneumoniques, formes cavitaires chez les cachectiques.

(Guillemard. Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose. *Bourgogne Médicale*, janvier 1933.)

Cent cinquante gouttes de digitaline en trois jours peuvent paraître une dose toxique ; elle a produit un effet excellent chez un cardio-rénal de 70 ans, asystolique au cœur régulier ; l'ouabaïne et le neptal avaient échoué ; la digitaline amena une diurèse de 5 litres et fit disparaître les œdèmes.

Cette prescription anormale n'était pas due au médecin, mais à un ami du malade ; elle n'en fut pas moins efficace.

(L. Larère. A propos de la digitaline. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 février 1933.)

Il ne se passe pas d'année sans qu'un accident mortel par injection intraveineuse arsenicale ne vienne rappeler le médecin à la réalité douloureuse.

Le soldat X..., âgé de 22 ans, était entré dans le service de dermatologie-vénéréologie de l'Hôpital militaire de Casablanca le 3 octobre 1932 pour : bubon inguinal probable. Le malade avait en effet présenté en juin une balanite avec chancre sous-préputial et pour laquelle il avait été traité dans une infirmerie ambulante de l'avant, du 24 juin au 13 août 1932 ; il avait alors reçu un traitement de cyanure de Hg et de 914.

Le sujet se présentait à l'hôpital en bon état de santé ; une très légère cicatrice était perceptible au niveau du sillon balano-préputial ; l'adénopathie inguinale était légère.

Les divers appareils étaient sains. L'urine abondante ne renfermait ni sucre ni albumine.

Le Bordet-Wassermann étant fortement positif, un traitement par le 914 est institué.

Les injections sont pratiquées à la cadence habituellement en usage dans le service et conforme à la technique du Val-de-Grâce.

Le 12 octobre 1932, le malade reçoit 0 gr. 15.

Le 16 octobre 1932, le malade reçoit 0 gr. 30.

Le 20 octobre 1932, le malade reçoit 0 gr. 45.

Les injections sont bien supportées, elles ne sont suivies d'aucune réaction, le malade ne présentant aucune lésion en évolution est admis au traitement ambulatoire et quitte le service le 23 octobre 1932. Le 26 octobre 1932, il reçoit une quatrième injection, soit 0 gr. 60. Le 2 novembre, il reçoit la cinquième injection, soit 0 gr. 75 ; aucun incident immédiat n'a marqué ces deux injections.

Le 5 novembre, à 6 heures du matin, le malade est admis à l'Hôpital militaire dans le service de médecine générale pour état comateux, crises épileptiformes... Le malade décède à 11 h. 30...

L'autopsie, minutieusement pratiquée, ne permet de déceler aucune lésion tant dans la cavité abdominale que dans la cavité thoracique.

Par contre, au niveau des méninges et du cerveau, on remarque une grosse dilatation des vaisseaux, des suffusions sanguines et de petits placards hémorragiques au niveau des ventricules.

(Delpy et Dumalle. Un cas de mort par apoplexie séreuse au cours d'un traitement par injection intraveineuse arsenicale. *Maroc Médical*, 15 janvier 1933.)

Aphorismes

Autrefois le même homme pouvait être médecin et chirurgien ; aujourd'hui ils se mettent à deux, et souvent plus, pour donner le même conseil (R. Cruchet, de Bordeaux.)

Nos connaissances sur les rapports des glandes à sécrétion interne et des appareils de la vision sont encore très rudimentaires (Jean Sedan, de Marseille.)

Le vrai traitement de la syphilis nerveuse est préventif (L. Rimbaud, de Montpellier.)

J. Lafont.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Sels d'or et laryngite tuberculeuse

Faut-il comme certains ériger en principe : « S'il y a laryngite pas de sels d'or » ? Faut-il comme d'autres établir nettement l'aurothérapie comme un traitement de la laryngite tuberculeuse ? Nous nous tenons entre ces deux opinions, dit M. Philip, les estimant l'une et l'autre excessives.

Nous croyons qu'en général il vaut toujours mieux, s'il est possible, s'abstenir des sels d'or chez les laryngés ; mais si ce traitement est bien indiqué pour une localisation pulmonaire ou autre concomitante, il pourra alors être appliqué, mais avec une très grande prudence, en ayant toujours présente à l'esprit la possibilité des réactions locales laryngées dont on se rappellera qu'elles peuvent être sournoises et graves.

Il sera indispensable de questionner chaque fois très soigneusement les malades, d'attirer leur attention sur leurs symptômes subjectifs, dysphonie et surtout dysphagie, de les examiner au laryngoscope fréquemment. A la moindre alerte, il faudra de toute nécessité interrompre le traitement pour ne pas risquer de transformer une réaction bénigne en un accident important et peut-être irrémédiable.

C'est dans les formes torpides, même avec ulcérations, que ces réactions locales sont les moins à redouter ; elles sont bien plus fréquentes dans les formes congestives, œdémateuses, évolutives. Lorsqu'il existe la moindre tendance à la sténose il est alors de la plus élémentaire prudence de s'abstenir complètement des sels d'or. (Docteur Philip, (Hauteville, *Lompnes Médical*, février 1933.)

La dose optima dans le traitement aurique de la tuberculose pulmonaire (MM. Bonafé et Farjon, d'Hauteville, *Comm. à la Conf. Intern. de La Haye*, sept. 1933).

Une pratique quotidienne de la chrysothérapie, s'échelonnant sur cinq années et portant sur plus de 1.200 tuberculeux pulmonaires, nous permet d'apporter le résultat de nos expériences. Après avoir suivi toutes les techniques, doses faibles, moyennes, fortes, massives, injections intraveineuses et intramusculaires, dans toutes les formes de la tuberculose pulmonaire, nous sommes arrivés à régler notre technique, de façon à déterminer aussi exactement que possible pour chaque malade la dose optima, c'est-à-dire celle qui permet d'obtenir le maximum de résultats anatomiques avec le minimum de risques, sans excès d'aucune sorte et sans parti pris d'aucun ordre.

Cette dose optima est essentiellement variable avec chaque tuberculeux : elle peut être faible, moyenne ou forte. Elle n'est pas, selon nous, la dose massive tolérée par l'organisme ; nous pensons qu'il n'est pas indispensable de parvenir à la saturation qui n'est autre chose qu'une intoxication toujours à éviter. Tenant le plus grand compte des accidents possibles, il nous arrive aussi de rester en dessous de la dose la plus efficace, lorsque celle-ci provoque des complications. Parmi celles-ci, les complications rénales nous paraissent de beaucoup les plus fréquentes et les plus fâcheuses.

Pratiquement, nous préférons l'injection intraveineuse répétée tous les cinq ou sept jours. Nous commençons toujours par des doses très faibles : 2 à 3 cgr. de sanocrysine ou produit analogue pour passer à 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50 cgr., en répétant les doses s'il y a lieu. Nous arrêtons la progression lorsque les résultats symptomatiques sont atteints, c'est-à-dire lorsque l'expectoration et la fièvre ont disparu. Nous pensons que l'obtention de ces résultats doit être considérée comme fondamentale, car l'assèchement des lésions et l'arrêt de leur activité évolutive sont les conditions essentielles qui permettront ensuite l'obtention des résultats anatomiques. Mais notre expérience nous a montré la fragilité habituelle de ces résultats, lorsque les sels d'or étaient abandonnés précocement. La nécessité d'entretenir cet état d'équilibre symptomatique nous amène alors à chercher par tâtonnements la dose, qui répétée à intervalles plus éloignés (dix, quinze, vingt jours) pendant des mois et même des années sera parfaitement tolérée par l'organisme et amènera la suppression définitive des symptômes et les transformations lésionnelles anatomiques qui sont le but véritable et possible de l'aurothérapie. Notre expérience nous a montré qu'une dose de 25, 30, 35, 40 cgr., est en général suffisante, répétée toutes les deux ou trois semaines pendant très longtemps, pour obtenir les meilleurs résultats anatomiques.

Cette méthode a l'avantage de s'adapter à chaque cas, d'évi-

ter tout excès unisible au malade. Elle nous a donné les plus beaux résultats, sans grand risque. Elle permet de laisser l'organisme pendant un temps suffisamment long sous l'action bienfaisante des sels d'or, condition qui nous paraît la plus favorable pour obtenir la régression des lésions anatomiques pulmonaires. Par ailleurs nous restons fidèles à la cure hygiéno-diététique et nous ne considérons l'aurothérapie que comme un adjuvant de cette cure, qui reste le traitement fondamental de la tuberculose pulmonaire.

Le muscle d'oiseau comme agent hémostatique dans les hémorragies buccales

M. Thesée (*S. de St. de Paris*, 16 mai 1933) a obtenu, dans quatre cas, l'arrêt rapide et définitif d'hémorragies buccales importantes en employant le muscle d'oiseau. Deux fois, il s'est servi de poulet et deux autres fois de pigeon. L'oiseau, vivant naturellement, est plumé localement ; la peau étant désinfectée à la teinture d'iode, la dissection commence ; elle est des plus faciles, car chez l'oiseau la peau n'est pas adhérente aux muscles sous-jacents ; on donne la préférence à la région pectorale où la masse musculaire est abondante, un lambeau de taille convenable est prélevé et appliqué sur la région qui saigne. On l'y maintient d'un quart d'heure à une heure et demie, soit par compression soit par suture. Il n'y a aucun inconvénient au maintien en place douze et même vingt-quatre heures. Là où tout traitement local avec les hémostatiques habituels a échoué cette technique donne d'excellents résultats.

Encéphalite aiguë au cours d'une pneumonie infantile

MM. de Bernheim et Bonnefoy ont rapporté à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (23 mai 1933), l'observation d'un enfant de 4 ans atteint de pneumonie qui, le jour de la défervescence, présenta des accidents encéphalitiques d'allure inquiétante : coma, contractures généralisées et intermittentes, mydriase, perte du réflexe à la lumière, liquide céphalo-rachidien normal, guérison complète au bout de dix jours.

Cette observation représente le type de l'encéphalite aiguë post-pneumonique curable intermédiaire entre la poussée encéphalitique légère et fugace se traduisant par les accidents convulsifs, les signes méningés si fréquents au cours de la pneumonie infantile et l'encéphalite à évolution mortelle ou à guérison retardée avec persistance de reliquats psychiques ou moteurs. De pareils faits sont d'ailleurs absolument exceptionnels.

Exophtalmie pulsatile traitée par le sérum gélatiné

MM. Bailliart et Héry ont présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris (23 mai 1933) un malade atteint d'une exophtalmie pulsatile de l'œil droit apparue à la suite d'une fracture du crâne, chez lequel ils pratiquèrent un traitement par le sérum gélatiné sous-cutané, dix injections à la dose de 80 c. c. ne donnent rien. Il fallut atteindre des doses de 160 c. c. par piqûre. Le résultat favorable obtenu semble confirmer l'opinion qu'il y a toujours intérêt avant de s'adresser au traitement chirurgical (ligature de la carotide ou de la veine ophtalmique) à essayer les injections gélatinées qui, à condition d'être bien stériles, sont toujours sans danger.

Un jugement du Tribunal civil de la Seine sur la notion de maladie en assurances sociales

MM. Duvoir et Henri Desoille signalent à la Société de médecine légale de France (8 mai 1933) un jugement récent du Tribunal de la Seine, jugeant en dernier ressort, sur une question d'assurances sociales, après expertise de l'un d'eux. Il résulte de ce jugment qu'un assuré social atteint d'ulcères variqueux n'est fondé à toucher l'indemnité-maladie que pendant six mois et ne saurait la réclamer à chaque réouverture des ulcères, car ceux-ci ne sont que les manifestations ou les complications d'une même « maladie », l'état variqueux qui n'a jamais guéri entre les rechutes. Cette décision inaugure une jurisprudence, qui, si elle se confirme, risque de diminuer fortement la portée de la loi sur les Assurances sociales.

L'ésérine dans la paralysie intestinale post-opératoire

M. Mandillon (*S. de M. et de ch. de Bordeaux*, 16 févr. 1933) ayant obtenu de bons résultats avec l'ésérine, estime qu'elle doit être employée dans tous les cas de paralysie intestinale post-opératoire.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent , non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Montaigne.

La médecine française à l'étranger. — *M. le Professeur Achard vient de publier dans la* Revue des Deux Mondes *(15 juillet 1933) une importante étude sur la place que tient la médecine française à l'étranger. Cette place pour honorable qu'elle soit n'est pas ce qu'elle pourrait être.*

... Les pays de langue française sont naturellement au courant de nos travaux. C'est surtout avec les Belges que nos rapports sont étroits, et d'ailleurs nous avons tout à y gagner, car la Belgique possède des universités de premier ordre, notamment en ce qui concerne les recherches de physiologie.

En Suisse romande, nos relations, quoique beaucoup plus fréquentes qu'avec la Suisse alémanique, ne sont pas aussi étroites et même semblent en recul sur ce qu'elles étaient il y a un demi-siècle.

Quant au Canada français, il fait appel depuis une dizaine d'années à nos médecins pour perfectionner son enseignement médical et le mettre en état de rivaliser avec celui des universités britanniques du Dominion et celui des universités voisines des Etats-Unis. De chaudes sympathies, un accueil profondément touchant attendent toujours sur les rives du Saint-Laurent le visiteur venu du vieux pays.

Parmi les peuples latins, c'est en Roumanie que sont le plus répandues nos publications médicales. De très nombreux professeurs et médecins d'hôpitaux sont d'anciens élèves de nos Facultés de médecine. Il y a néanmoins pour nous une position à maintenir, l'influence allemande s'exerçant avec une certaine activité. La tâche paraît facile, avec la franche amitié qui nous unit à nos collègues roumains.

Les pays de langues ibériques, surtout le Portugal et les Républiques de l'Amérique latine, connaissent bien nos publications et comptent beaucoup de médecins qui ont étudié en France. Mais l'influence nord-américaine, dérivée elle-même pour la médecine, de l'influence germanique, se fait sentir chez les Hispano-Américains et le développement des relations économiques avec les Etats-Unis est de nature à faciliter les relations intellectuelles. Notre position dans ces contrées a besoin d'être défendue, car si ces pays se réclament jalousement de la culture latine, ils ne peuvent opposer à la puissance d'expansion des Etats-Unis de l'Amérique du Nord, que la faible résistance des Etats désunis de l'Amérique latine.

Les peuples de langue anglaise ont des façons si différentes d'enseigner et de travailler qu'un rapprochement de leur médecine et de la nôtre serait fort instructif, surtout s'il aboutissait à des changements réciproques. Mais la Grande-Bretagne, malgré son voisinage, n'a que peu de relations directes avec nous en ce qui regarde la médecine. Ces relations consistent surtout en des échanges de visites fort courtoises et cordiales, mais il n'y a pas vraiment de pénétration mutuelle. Le *channel* est vraiment plus qu'une solide barrière, plus même que l'Atlantique, car les Américains des Etats-Unis nous connaissent peut-être mieux, encore qu'ils nous jugent souvent d'une façon superficielle.

Habitués au luxe des laboratoires et des hôpitaux, ils sont enclins à croire qu'on ne peut faire du travail sérieux avec des installations aussi pauvres que les nôtres. De fait, c'est grâce à ce qu'on pourrait appeler la puissance industrielle de leurs laboratoires qu'ils ont pu mener à bien des recherches fertiles sur certains extraits glandulaires. C'est ce qui a permis aux travailleurs britanniques de Toronto de découvrir l'insuline, entrevue déjà par divers expérimentateurs européens et même déjà baptisée, avant sa naissance, par Schafer. Instruits selon les méthodes allemandes, les Américains du Nord ne citent guère dans leurs publications que des auteurs d'Allemagne ou de chez eux, et paraissent ignorer nos travaux.

Au surplus, nous ne recevons guère de Grande-Bretagne et des Etats-Unis que des visiteurs de passage.

Je n'ai point visité les pays scandinaves sympathiques à la France, ils n'ignorent pas ce que nous faisons en médecine, mais ils subissent l'influence du voisinage allemand. Une excellente

P. L. M.

Combinez vos voyages en chemin de fer et en autocar

Vous pouvez excursionner commodément et à bon compte, en utilisant les billets d'aller et retour à prix réduits pour voyages combinés en chemins de fer et en autocar. Ces billets vous permettent d'atteindre la région : Savoie, Dauphiné, Jura, Côte d'Azur, etc... où fonctionne le Service automobile que vous désirez emprunter, de parcourir ce Service et de revenir, par le train, à votre point de départ.

Ils comportent pour le voyage en chemin de fer une réduction de 25 % en 1re classe, de 20 % en 2e et 3e classes, sans que vous ayez à remplir d'autre condition que celle d'effectuer au moins 300 km. en chemin de fer et 200 km. en autocar.

Pour les indications plus détaillées, veuillez vous renseigner auprès des gares P. L. M., car toutes peuvent vous procurer ces billets.

P. L. M.

Mise en circulation du « Côte d'Azur Pulmann-Express » pendant la période des vacances

Pour qui n'aime pas voyager de nuit, le train idéal pour aller sur la Riviera est le « Côte d'Azur-Pulmann-Express ». Ce train, composé de voitures-salons-Pulmann de 1re et de 2e classes qui a fonctionné pendant toute la saison d'hiver, est remis en circulation, entre Paris et Menton, du 10 juillet au 8 septembre, sauf les dimanches et fêtes.

Départ de Paris à 9 heures, de Lyon-Perrache à 15 h. 05 ; arrivée à Marseille à 19 h. 16, Cannes 22 heures, Juan-les-Pins 22 h. 10, Nice 22 h. 30, Menton 23 h. 11.

En sens inverse, le « Côte d'Azur-PulmannE-xpress » part de Menton à 8 h. 20, de Nice à 9 heures, de Juan-les-Pins à 9 h. 17, de Cannes à 9 h. 26, de Marseille à 12 h. 07 ; il arrive à Lyon à 16 h. 28 et à Paris à 22 h. 40. Il donne, à Lyon, des correspondances pour Saint-Etienne (arr. à 18 h. 11) Vichy (arr. à 20 h. 09), le Bourbonnais et l'Ouest de la France.

Le supplément de Pulmann est des plus modérés : en 2e classe, il ne représente que 64 fr. 60 de Paris à Lyon, 137 fr. 10 de Paris à Nice ou inversement. Les repas sont servis au voyageur à sa place, sans qu'il ait à se déranger.

Pour des indications plus détaillées, veuillez vous adresser aux gares ou aux agences de la Compagnie des Wagons-Lits.

publication, généreusement adressée à nos bibliothèques, contient des mémoires rédigés en allemand, en anglais et quelquefois en français, qui nous font connaître, avec grand profit, les œuvres de nos collègues scandinaves. Mais ne pourrions-nous apporter plus souvent nous-mêmes aux médecins de ces pays qui paraissent le désirer, ce qui se fait en France ?

Chez les peuples slaves, le français est généralement compris par les médecins, mais la réciproque n'est pas vraie, et les auteurs polonais, tchécoslovaques et yougoslaves, quand ils se servent d'une autre langue que la leur, écrivent plutôt en allemand qu'en français. Et puis, l'Allemagne est plus proche. Beaucoup de médecins ont fait des études en des universités germaniques et, malgré de vives sympathies pour nous, conservent l'empreinte de leur formation spirituelle.

En Yougoslavie, si la médecine française est très connue à Belgrade, Zagreb a conservé davantage ses relations avec la médecine germanique. Dans ces pays, nous devons accroître nos efforts, attirer chez nous les meilleurs de leurs élèves et envoyer fréquemment chez eux des professeurs assurés toujours d'un excellent accueil.

En Russie soviétique, le mouvement médical a certainement repris depuis quelques années. Mais les Polonais de l'ancienne Russie ne publient plus rien en russe. Les Russes ne viennent presque plus chez nous et nous n'allons guère non plus chez eux. Ils réclament nos publications, mais nous connaissons fort peu les leurs. Ils ont pourtant quelques périodiques intéressants et possèdent des hôpitaux et des laboratoires où le travail est possible. Le gouvernement a fait de grands efforts pour multiplier les œuvres de médecine sociale, mais avec plus d'abondance, m'a-t-il semblé, que de solidité.

En Grèce, l'influence des universités allemandes s'exerce avec activité. La nôtre conserve de grandes sympathies. Nombre de médecins grecs viennent en France et l'Institut Pasteur d'Athènes est pour notre médecine un élément de prestige.

Ce qu'il y a à faire :

Des considérations que je viens d'exposer, il ressort que, pour l'expansion de notre médecine dans le monde, trois choses sont nécessaires : le savoir, le savoir-faire et le faire savoir. La première est évidemment la principale. C'est le haut développement scientifique de notre pays qui est la base la plus solide de notre prestige et le gage le plus certain d'une propagande de bon aloi.

Les deux autres conditions demandent plus de discrétion.

Le savoir-faire est ici, puisqu'il s'agit de relations extérieures, une forme de diplomatie qui consiste à saisir les occasions de nouer des rapports avec les médecins étrangers sans prétendre s'imposer à eux, ni à leur faire sentir une apparence de supériorité. Actuellement, il y a seulement quelques pays à qui nous pouvons prêter une aide réelle pour l'organisation de l'enseignement et pour l'instruction des médecins : ce sont l'Orient, la Chine et quelques républiques latines de l'Amérique. Cette aide peut se traduire par l'envoi de missions et par la venue d'étudiants dans nos établissements d'enseignement. Mais en fait d'étudiants en médecine qu'on pourrait attirer chez nous, il ne faut compter ni sur les Britanniques, ni sur les Italiens, ni sur les Germaniques, exception faite, aujourd'hui et momentanément, pour quelques Juifs chassés d'Allemagne.

Ce sont les médecins désireux de faire dans nos laboratoires et dans nos hôpitaux un séjour assez prolongé avant de s'en retourner prendre dans leur patrie des postes officiels, qui sont les meilleurs propagateurs de notre influence, car il y a plus d'intérêt pour nous à former pour l'étranger l'élite des maîtres que la foule des élèves. C'est donc un devoir pour nos services des ministères des Affaires étrangères et de l'Education nationale de faciliter la venue en France de cette classe très désirable d'étrangers.

Quant aux simples visiteurs de passage, médecins praticiens ou professeurs, je n'en dirai qu'un mot. Ils sont pressés et nous devons les diriger de préférence vers nos établissements les mieux outillés et les moins désuets, car s'ils ne peuvent en prendre qu'une vue superficielle, encore importe-t-il qu'ils en conservent une impression favorable.

Il faut aussi que ces visiteurs aient le sentiment qu'ils sont partout les bienvenus. Or, il y a beaucoup à faire chez nous pour mieux accueillir que nous ne faisons les médecins étrangers qu'ils soient de passage ou qu'ils demeurent quelque temps pour donner des leçons ou poursuivre des recherches.

Dans toutes mes missions, quelle que fût l'heure de mon arrivée, à la descente du train ou du paquebot je trouvais au au moins un professeur du pays pour me recevoir et me guider.

Par trente degrés de froid, à sept heures du matin, à la gare de Montréal, j'étais attendu par trois de mes collègues. A Cluj,

où j'arrivais avec une heure de retard, à onze heures du soir, une délégation de professeurs et d'étudiants m'attendait, les pieds dans la neige.

Partout à l'étranger des guides nous sont donnés, jeunes médecins ou étudiants parlant français, pour nous accompagner dans nos visites. Nos conférences sont une fête universitaire. Des ministres nous reçoivent ; quelquefois une audience du chef de l'Etat nous est accordée.

Ici rien de pareil. Le plus souvent, nul ne sait dans notre Faculté de Paris le jour ni l'heure d'arrivée de nos collègues étrangers, aucun de nous ne les reçoit. Le programme et la date de leurs conférences nous sont seuls connus. Mais à ces conférences assistent à peine quelques professeurs et quelques agrégés. Une ou deux invitations privées, un banquet parfois sont presque les seules occasions de rencontre, avec quelques visites de laboratoires et d'hôpitaux. Il y a bien le Rapprochement universitaire qui donne dans une petite salle de la Sorbonne une réception intime ; mais ses ressources sont des plus restreintes et il ne réunit qu'un petit nombre de nos collègues de disciplines fort différentes. Notre hospitalité apparaît bien pauvre en regard de celle que nous recevons au dehors. Le besoin se fait sentir de mieux organiser notre accueil.

Il me reste à parler du faire savoir. Ce terme, qui ne rend pas à nos oreilles françaises un son très pur, ne doit pourtant pas être pris en mauvaise part. Il faut, bien entendu, écarter toute réclame tapageuse, comme toute pression officielle. Je n'ignore pas que, pour les prix Nobel, l'on ne craignit point, outre-Rhin, de faire intervenir parfois les représentants diplomatiques à Stockholm. Ces manières ne sauraient être les nôtres. Mais il est tout à fait légitime et souhaitable de mettre notre médecine à la place qu'elle mérite en la faisant connaître le mieux possible par la plume, par la parole et par l'action. Répandre nos livres et publications diverses, envoyer des représentants dans les Congrès médicaux et des conférenciers dans les universités, enfin créer à l'étranger des hôpitaux, des établissements d'assistance et d'instruction médicale, telles sont les formes diverses que peut prendre notre activité dans la compétition féconde des nations pour le progrès de la médecine.

La médecine, en effet, a sur d'autres branches de la propagande cet avantage qu'elle ne comporte des effets bienfaisants, et qu'elle travaille, non seulement pour le vrai, mais pour le bien. C'est parmi les éléments de civilisation, l'un de ceux dont les effets sont les plus rapides et les plus tangibles. On l'a bien vu au Maroc, grâce à la clairvoyance du maréchal Lyautey.

Mais pour que ces moyens d'accroître le rayonnement de notre médecine soient efficaces, une condition préalable est absolument nécessaire : c'est que la langue française soit plus répandue. Or, elle semble en régression dans quelques pays, même en Roumanie et en Orient où elle était pourtant si en honneur il y peu de temps.

Au Japon, elle n'a jamais été assez connue. Pourtant les Japonais paraissent très disposés à l'apprendre. Le directeur du lycée français de Nagasaki me disait qu'il avait dû refuser, faute de place, à la rentrée scolaire, une centaine d'élèves. A Tokio, le lycée français qui porte le joli nom d'Etoile du Matin, est très fréquenté par les enfants de l'aristocratie et de l'élite de la capitale. Il faut espérer que l'Institut franco-japonais du Kansai, récemment fondé à Kyoto, fera sous ce rapport de bonne besogne, déjà en ce qui intéresse la médecine, un vocabulaire franco-japonais des termes médicaux s'y prépare.

Quand on voit combien certains établissements français d'enseignement peuvent rendre de services à l'instruction populaire, quand on considère par exemple le succès du lycée français de Montevideo et l'estime dont il jouit dans le pays, on se convaincra facilement que c'est seulement faute de moyens d'action que notre langue n'est pas plus en usage dans le monde. On ne saurait donc trop aider les œuvres qui se consacrent à l'enseignement du français à l'étranger. Elles travaillent pour le prestige de la France et le rapprochement intellectuel des peuples.

La réforme des études médicales. — *Dans l'*Informateur Médical (25 juin 1933) *un article de M. le Professeur Henri Hartmann, intitulé* : La formation du médecin et la réforme des études médicales. *En voici un extrait* :

... Beaucoup croient avoir trouvé le remède dans une prolongation des études. Il est certain que les sciences médicales ont pris, depuis cinquante ans, une extension de plus en plus grande. On a multiplié les chaires, on a alourdi de plus en plus les programmes d'examen. L'étudiant a eu à apprendre de plus en plus de matières ; on a cherché à lui donner des aperçus sur quantité de problèmes hautement scientifiques, mais n'ayant rien à voir avec la pratique journalière. Il en résulte des conséquences déplorables au point de vue de l'omnipraticien. Certains connaissent tous les détails du métabolisme et ignorent complètement la rougeole ou le panaris.

Certes, il faut que le médecin s'intéresse aux questions scientifiques, qu'il suive, pendant tout le cours de son existence, les progrès de la science ; mais est-il nécessaire de surcharger sa mémoire avec une foule de détails, en réalité secondaires, au risque de le voir ignorer des notions de pratique courante ? On voit des étudiants, qui ont appris à doser l'acide phosphorique dans les urines, avoir oublié la manière d'y rechercher la bile. Il y a une échelle dans l'importance des connaissances, il y en a que tout médecin doit avoir, d'autres dont il peut n'avoir qu'une teinture.

. . . .

En France, l'étudiant, du jour où il est inscrit dans une Faculté de médecine, va à l'hôpital. Certes, c'est là une manière très

attrayante de commencer la médecine : est-ce celle qui donne le plus de profits ?

On répète constamment que la France est le pays de la clinique, que la médecine française, grâce à elle, est très supérieure à celle des autres pays. Ce cliché plaît à ceux qui contents d'eux-mêmes, se considèrent comme des êtres supérieurs. N'empêche que si l'on a un peu voyagé ou même si, en l'absence de voyages, on compare l'influence de la médecine française par rapport à celle d'autres pays, on voit que, depuis soixante ans, la situation s'est considérablement modifiée, et pas à notre avantage.

La clinique, tout en ayant une importance capitale, n'est plus tout aujourd'hui. Les découvertes scientifiques se sont tellement multipliées que les sciences, que quelques-uns considéraient comme accessoires, constituent aujourd'hui une des bases de la médecine, même de la médecine clinique. Aussi est-il permis de penser qu'au lieu de commencer, dès sa première inscription, à aller à l'hôpital, il vaudrait mieux pour l'étudiant *commencer par faire une étude sérieuse des sciences dites fondamentales.*

. . . .

Les deux premières années devraient être consacrées à la chimie et à la physique médicale, à l'anatomie et à la physiologie, à la parasitologie et à la bactériologie, etc... A cet enseignement des sciences fondamentales pourrait être adjoint, au cours de la deuxième année, un enseignement qui constituerait une excellente préparation aux études cliniques.

L'étudiant, qui connaîtrait déjà l'ostéologie, l'arthrologie, etc., apprendrait l'anatomie des formes extérieures, l'exploration des reliefs osseux, des articulations. Il s'exercerait à lire des radiographies de l'homme normal, insistant sur l'aspect des os, des interlignes articulaires, sur les rapports de ceux-ci avec les plis cutanés, sur l'image des poumons, etc... On lui montrerait les modes d'examen des yeux, du larynx, de l'œsophage, de l'estomac, de la vessie, etc. . .

Lorsque je faisais un cours de clinique chirurgicale, j'avais, suivant le programme actuel, à faire l'enseignement des stagiaires de première année : tous les ans, les mois de novembre et de décembre étaient consacrés chaque matin de 8 h. 30 à 9 h. 30 à cet enseignement préliminaire à la clinique, enseignement qui me paraissait indispensable pour les débutants.

A la fin de la deuxième année des examens très sévères permettraient d'arrêter un grand nombre d'étudiants qui seraient encore assez jeunes pour pouvoir diriger leur activité d'un autre côté que la médecine. On diminuerait ainsi la pléthore médicale.

Ceux qui auraient franchi ce cap commenceraient à aller chaque matin à l'hôpital. *Connaissant bien l'homme normal ils pourraient avec fruit étudier l'homme pathologique.* A partir de ce moment l'hôpital serait le centre d'instruction.

Au début de leur stage les étudiants devront être répartis dans les services de clinique. C'est dans ces services, et dans ces services seulement, qu'on trouve des équipes (assistants, chef de clinique, internes) pouvant, sous la direction du professeur, guider les élèves. Cette organisation du stage ne portera toutefois ses fruits que si l'on change la mentalité de certains professeurs.

Il ne faut plus que l'on voit 100 à 150 stagiaires déambuler le matin, en devisant, dans les couloirs d'un hôpital, attendant le moment où le professeur fera sa leçon,perdant leur matinée, parce qu'ils n'auront effectué aucun travail personnel.

L'étudiant n'a que trop de tendances à faire travailler uniquement sa mémoire, à réciter des questions comme un simple perroquet. C'est un résultat malheureux des conférences d'externat et d'internat, telles qu'elles sont faites actuellement. Il est nécessaire qu'on réagisse contre ces errements. Il faut habituer l'étudiant à travailler personnellement, à examiner des malades, à prendre des observations, à noter les faits d'une manière précise, sans interprétation, — l'interprétation étant sujette à erreur, un fait bien observé restant au contraire toujours vrai.

Pour arriver à obtenir ce travail personnel de l'étudiant, il est nécessaire que le nombre des stagiaires ne soit pas trop considérable dans chaque clinique, 40 à 50 au maximum pour un service de 200 lits. C'est la conclusion à laquelle je suis arrivé au bout de très peu de temps dans la direction d'une clinique.

Il faudra aussi que ce stage commence au plus tard le 1er novembre et qu'on ne tolère plus, comme on le fait couramment des inscriptions plus tardives. Ainsi compris, ce stage sera réel. Fait au début dans des services de médecine et de chirurgie générale, il sera ensuite consacré à l'obstétrique, aux maladies infantiles, aux maladies infectieuses et à la dermato-syphiligraphie. Les stages spéciaux (ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, etc.), seraient faits l'après-midi.

En dehors de ces stages de spécialités, les après-midis seraient consacrés à l'enseignement de la pathologie interne et externe, de l'anatomie pathologique, de la pharmacologie, de la médecine opératoire, de la médecine légale, de l'hygiène, etc...

Ceux de ces enseignements qui n'auraient pas trouvé place au cours des troisième et quatrième années, seraient reportés sur la cinquième. Celle-ci devrait être surtout une année de perfectionnement dans les études cliniques. Tous les étudiants seraient alors appelés à remplir des fonctions se rapprochant de celles de l'interne actuel...

Le Docteur René Dumesnil et Maupassant. — *Dans un article publié par les* NOUVELLES LITTÉRAIRES (8 juillet 1933) *et intitulé le* « PETIT TAUREAU », *M. Robert Kemp félicite M. René Dumesnil d'avoir « résisté à la tentation d'étudier Maupassant comme un cas pathologique* » :

... Vous êtes médecin, et vous avez résisté à la tentation d'étudier Maupassant comme un cas pathologique ! Vous avez lu toute son œuvre, la plume à la main, et à la loupe. Vous n'avez pas cherché à en expliquer les mystères — où sont, du reste, ces mystères ? — par le *microccus pallidus* ; par le spirochète du génie ! L'abondance de Maupassant fut admirable : 260 nouvelles et contes, 7 grands romans, 3 volumes de voyages, 3 pièces de théâtre ,et un volume en vers en dix ans. C'est merveilleux. Mais ce n'est pas « tératologique ». Maupassant, robuste ouvrier, qui s'était, sous la direction de Flaubert, bien mis l'outil en main, avant ses trente ans, et qui travaillait beaucoup et dont la tête était toute pleine de bonshommes bien vus, et de paysages enregistrés, a produit, dites-vous, « comme un pommier des pommes ». C'est d'abord parce qu'il était un fort pommier, et ensuite parce qu'il n'a jamais cherché à donner autre chose que des pommes... L'explication est suffisante. Jamais Maupassant n'a composé en « état second ». De toutes les études consacrées à la maladie et aux derniers mois de Maupassant, le Docteur René Dumesnil n'a pas gardé grand'chose. Elles étaient fort amusantes ; elles préludaient à la psychanalyse. Entre toutes les légendes dont on a entouré Maupassant, celle du *Horla* semblait hors de doute. Ce récit était un prodrome de la folie. Or, le sujet de *Horla* a été fourni à Maupassant par Léon Hennique, lequel a toujours passé pour un cerveau solide... Pour décrire les hallucinations de son fou, l'écrivain n'avait qu'à se rappeler les vertiges que l'éther — dont il abusait un peu, pour calmer ses migraines — lui procurait ; le *Horla* a été rédigé par un homme parfaitement sain. « Jamais, dit René Dumesnil, un paralytique général n'a composé une œuvre cohérente. » La doctrine est tranchante... Il y a des candidats à la paralysie générale qui composaient fortement. Ainsi Pascal...

De sorte que pour étudier Maupassant, M. Dumesnil a tout simplement adopté la vieille méthode de Taine. Il est remonté assez loin dans le temps du côté des Maupassant, bouture lorraine greffée sur normande ; et du côté des Le Poittevin : il s'est longtemps promené dans les pays de Caux, de Bray, de Roumois, autour de Rouen, Dieppe, Yvetot, Yerville, Fécamp ; sur les falaises, dans les vallées et sur les plateaux. La race : le milieu ! Quant au « moment », c'est la guerre : la petite guerre de 1870 ; c'est la jeune République des fonctionnaires ; c'est le bouillonnement des naturalistes : c'est la maturité du maître Flaubert ; ce sont les naïfs plaisirs des grenouillères ; c'est, hélas ! la mondanité des dames à « tournure »... L'analyse est parfaite. Œuvre sans ténèbres... Il ne faut pas, pour la comprendre, descendre au fond d'une « amère, sombre et sonore citerne »... Maupassant est un bel animal de plein air ; et de pleine lumière.

La profession de sage-femme est-elle accessible au sexe masculin ? — AUX ECOUTES :

Il y a quelques jours se présentait à la Faculté de médecine, un homme de bonne apparence qui demandait à se faire inscrire pour l'examen de ... sage-femme !

On essaya d'éconduire le fantaisiste, mais il insista avec une ténacité si grande qu'il fallut poser la question en haut lieu.

« Montrez-moi, disait-il — s'il existe — le règlement prescrivant qu'il faut que les sages-femmes soient des femmes. N'y a-t-il pas des femmes prud'hommes ?

On eut beau chercher, en effet le règlement ne précisait rien quant au sexe des sages-femmes. Il fallut, bon gré, mal gré, inscrire l'ingénieux candidat, qui se trouve ainsi avoir ouvert à l'activité masculine une carrière nouvelle.

A propos des spécialités pharmaceutiques. — *M. le Professeur Paul Cazeneuve écrit dans le* LYON MÉDICAL (2 juillet 1933) :

Je veux dire quelques mots d'une thèse, qui me semble critiquable, apportée récemment (1) par le Professeur Hayem devant l'Académie de médecine.

L'éminent maître, « à propos des spécialités pharmaceutiques » — tel est le titre de sa communication — a instruit un procès en règle contre les spécialités renfermant des matières vénéneuses et livrées au public sans ordonnance de médecin.

Il a raison, si ces spécialités sont des remèdes secrets tombant d'ailleurs, de ce chef, sous le coup de la loi, et, surtout, si elles contiennent des matières toxiques prévues dans les tableaux du décret de septembre 1916. La prescription médicale est de rigueur pour la livraison au malade, par le pharmacien, de la

(1) Séance du 6 juin 1933.

spécialité, si la teneur en toxique dépasse telle limite précisée par la loi.

Mais où je ne partage pas l'opinion de M. Hayem, c'est à l'occasion de l'énumération des substances chimiques qu'il voudrait voir figurer dans les tableaux des matières dites vénéneuses.

Analysant cette énumération, je trouve successivement le véronal, le gardénal, l'aspirine, l'antipyrine, le pyramidon, l'exalgine, etc.

Eh bien, non ! Vieux toxicologue, je concède encore que le véronal — puisque des suicides ou accidents ont été dûment signalés — que ce médicament chimique subisse la réglementation des matières plus ou moins toxiques. Quant au *gardénal* ou *luminal* employé dans l'épilepsie, je ne sache pas qu'il ait été, jusqu'à ce jour, envisagé comme matière dangereuse, assimilable, au point de vue du danger public, à la cocaïne, à la morphine, etc., et même au véronal, hypnotique devenu un peu populaire, dont certains ont tendance à abuser.

Mais que dire de l'aspirine, de l'antipyrine et du pyramidon, qu'on veut museler contre tout attentat à la vie d'autrui ! ?

De grâce, n'exagérons rien, et n'empêchez pas le pharmacien de donner au passant qui souffre d'une douleur aiguë, l'analgésique qui peut rapidement le soulager... Regardons le tableau des toxiques comme toujours ouvert aux découvertes de l'avenir. Mais gardons-nous de classer parmi les substances vénéneuses des corps chimiques, qui, franchement, doivent être autrement qualifiés, bien qu'ils doivent être administrés à doses réfléchies.

Le prolétariat des bacheliers. — MARIANNE (19 juillet 1933) *vient de publier un article de M. Edouard Herriot, intitulé :* LA GRANDE PITIÉ DE LA JEUNESSE FRANÇAISE. *En voici un extrait :*

Le problème de la jeunesse contemporaine qui tourmente Emmanuel Berl, nous avons eu, récemment, l'occasion de l'évoquer, au cours du Congrès de la Mission laïque française. Nos professeurs d'Alep nous signalaient le danger de multiplier en Orient le nombre des bacheliers et de créer un prolétariat intellectuel, là, comme en tant d'autres pays. Nous formons beaucoup trop d'avocats ou de médecins qui risquent de ne point trouver de clientèle ; on nous signale certains praticiens qui ne vivent qu'en plaçant des échantillons. En 1927, il n'y avait dans Alep que 27 candidats aux deux baccalauréats syriens : cette année, on en compte 155. Et, pour les pays du Levant sous mandat français, nous possédons trois Facultés de médecine, deux à Beyrouth, une à Damas, alors qu'une seule suffirait. Mêmes observations pour les avocats. Aussi, notre mission laïque, après avoir entendu un très remarquable rapport de M. le Directeur général Luc, a-t-elle décidé d'accorder désormais une large part à l'enseignement technique.

....

Déjà, le 15 janvier 1898, dans une étude publiée par la *Revue des Revues*, M. Henry Bérenger démontrait la formation du prolétariat intellectuel dont le sort nous inquiète si gravement aujourd'hui. Il signalait une sorte de concurrence établie entre les universités allemandes et les universités françaises, l'enthousiasme suscité par les appels de Lavisse et de Liard. Bismarck, jadis, avait dénoncé ce qu'il appelait déjà le *prolétariat des bacheliers*. Aujourd'hui, de minutieuses études prouvent qu'il est devenu impossible à la France d'utiliser tous ses diplômés.

Prenons pour exemple les études juridiques. Quelles sont les carrières auxquelles peuvent prétendre les étudiants en droit, capacitaires, licenciés, docteurs ? Ce sont, semble-t-il, la magistrature, les offices ministériels et le barreau, les administrations privées ou publiques, les établissements ou services publics, les contentieux. La magistrature n'offre que bien peu de places disponibles. Les offices ministériels, le plus souvent, se transmettent de père en fils ou de titulaire à clerc ; ils exigent parfois des apports financiers considérables qui les rendent peu accessibles, malgré nos théories démocratiques, aux jeunes hommes sans fortune ; leur nombre ne varie guère. Les inscriptions au barreau diminuent depuis la guerre (en 1912, 4.928 avocats ; en 1931, 4.561, peut-être à cause de la durée et du coût du stage). Les administrations publiques tendent à restreindre leurs personnels. Les retraités, et surtout les retraités militaires, occupent de nombreux emplois. Les contentieux subissent la concurrence des agents d'affaires. Ainsi, les deux mouvements, formation et placement, agissent inversement : *les candidats deviennent de plus en plus abondants pour des places de plus en plus rares*. Il y aurait lieu de reprendre en détail les éléments de cette discussion ; mais l'ensemble de nos conclusions ne paraît pas contestable.

De même nous n'attachons pas un caractère d'absolue certitude aux statistiques publiées par le ministère de l'Intérieur en ce qui concerne les médecins. Cependant, un document officiel nous fournit les chiffres suivants : 1901, 16.000 médecins ; 1911, 20.000 ; 1931, 25.000.

En 1900, on dénombre 2.753 médecins à Paris ; en 1932, on en signale 4.527. A en croire d'ailleurs certains auteurs de recherches sur ce sujet, comme le Docteur Legendre, il y aurait moins pléthore que mauvaise répartition. Ici, d'ailleurs, un vaste domaine s'offre aux jeunes Français, c'est notre empire d'outre-mer. Sait-on que, *pour une population coloniale de 4[?] millions d'habitants, nous n'avons que 786 médecins* (*336 militares et 450 civils*) ? Ce sont, assez souvent, des médecins étrangers qui, jusqu'à ces derniers mois, sont partis pour nos colonies ; leurs contrats ne seront plus renouvelés mais fait-on le nécessaire pour attirer les diplômés français vers des fonctions infiniment intéressantes et utiles ? N'y a-t-il pas lieu de développer notre hygiène sociale d'outre-mer ? La dépense nécessaire ne représenterait-elle pas, de toute façon, le meilleur des placements ? A l'intérieur même de la métropole, ne devrait-on pas inviter les communes ou les départements à favoriser l'installation des jeunes praticiens ? Ne devrait-on pas instituer des offices pour ne pas abandonner à lui-même le jeune médecin pauvre, en quête d'une situation ?

Le problème des ingénieurs mériterait toute une étude particulière. Ne pourrait-on au moins protéger le titre contre des concurrences évidemment déloyales ? Ou, aussi contre des salaires insuffisants ? Les observations que nous venons de rassembler n'ont aucune prétention à la certitude. Pour éclairer le sujet, il faudrait des enquêtes longues et précises. Il semble qu'un ministère comme celui de l'Éducation nationale serait qualifié pour les diriger, avec le concours de groupements comme la Confédération des Travailleurs intellectuels, l'Union nationale des étudiants, les sociétés d'avocats, de médecins ou d'ingénieurs. Nous avons seulement voulu poser le roblème, en montrer la gravité. Il ne suffit plus de lancer dans la société des jeunes gens, — hommes ou femmes, — munis de titres sans leur avoir fait connaître les ressources d'utilisation que notre pays peut leur offrir. Il semble qu'avec de l'ordre, la France puisse placer une jeunesse intellectuelle recrutée sans excès et avec de véritables titres. Œuvre difficile mais non impossible ; elle méritera la reconnaissance publique à ceux qui voudront la tenter.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

FONDÉ EN 1873. — N° 33 LE NUMÉRO : 50 Centimes 19 AOUT 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Bosche (de Brive), Calvé (de Berck), Delay (de Bayonne), Gourdia (de Saint-Maurice), Jeunet et Pascalis (de Paris) Rabinovitch (de Neuilly-sur-Seine), Rastouil (de La Rochelle).

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Baruk (de Sainte-Gemmes), Bernard (de Ryes), Bertillon (de Paris), Bridoux (de Mézières), Briot (de Paris), Capdepon (de Pontivy), Cappelle (d'Odeillo), Chantala (de Limoges), Cornet (de Clermont-Ferrand), Desaux (de Paris), Estève (de Gien), Giron (de Carcassonne), Henry (de Sainte-Menehould), Hubert (de Jarnac), Jambon (de Lyon), Jousset (de Paris), Junot (de Troyes), Laubie (de Donzenac), Legrand (de Verneuil-sur-Avre), Maloizel (de Quimper), Neel (de Paris), Nègre (de Marseille), Pedron (de Saint-Brieuc), Rancurel (de Villemomble), Rieu-Villeneuve et Schwartz (de Paris), Sigot (d'Asnières), Suant (d'Angoulême), Vinay (de Calais).

PENSIONS. — *Au grade de commandeur.* — M. le Docteur Albert Landrin, président de la Fédération nationale des médecins du front.

Au grade de chevalier. — M. Levis, juge médecin au Tribunal des pensions de Belfort.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Giraud (de Cusset).

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Toupet, chirurgien des hôpitaux de Paris.

INTÉRIEUR (conseillers généraux). — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Brinon (Loiret), Griffault (Deux-Sèvres), Fraysse (Aveyron), Foubert (Charente-Inférieure), Maldès, ancien adjoint à Montpellier ; Fournié, maire de Coursan ; Portalier, maire de Florac ; Thibaudeau, maire de Pérignac.

MARINE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Dupérié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

COLONIES. — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Giroux et Voronoff.

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Barros et Hoareau (de la Réunion), Henry (de la Guyane), Zimmer (Afrique occidentale française).

(A titre posthume). M. le Docteur Warrant (Afrique occidentale française).

(Au titre indigène). M. le Docteur Nguyen van Khai (Indochine).

MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Rey (Marseille).

Service de santé. — *Mutations.* — Les médecins colonels : Policard, de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon, affecté à la place de Lyon ; Maisonnet, de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Percy, à Clamart, comme médecin-chef.

Le médecin lieutenant-colonel Collignon, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction Percy, à Clamart, nommé sous-directeur de l'École du Service de santé militaire et médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Les médecin capitaines : Jacob, du régiment des sapeurs-pompiers, affecté à l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé ; Leconte, du 168e d'infanterie, au 33e d'aviation, à Thionvile ; Souplet, du 38e d'aviation, au 6e génie, à Angers ; Migayron, de la place de Lyon, à l'hôpital militaire de Grenoble ; Pasager, des troupes du Maroc, au 19e C. A. ; André, du 16e chasseurs à pied, à la 1re légion de garde républicaine mobile ; Canel, du 22e d'aviation, au 401e d'artillerie de défense contre aéronefs, à Chartres ; Houpert, du 155e d'artillerie, à l'hôpital militaire, à Metz ; Bernier, de la 1re région de garde républicaine mobile, aux troupes du Maroc, laboratoire de bactériologie ; Pasquié, du 401e d'artillerie de défense contre aéronefs, au régiment de sapeurs-pompiers ; Brunet, du 38e d'infanterie, au 16e chasseurs à pied, à Saint-Avold ; Colomb, du 305e chars de combat, aux troupes du Levant.

Les médecins lieutenants : Lagrange, du 25e tirailleurs algériens, au 155e d'artillerie, à Sarrebourg ; Jacowski, de l'hôpital militaire du camp de Châlons, au 1er groupe d'ouvriers d'aéronautique, à Etampes.

Le médecin lieutenant-colonel Lacaze, de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, au 19e C. A.

Le médecin capitaine Tête, des troupes du Levant, au 121e esc. du train, à Lure.

Le médecin lieutenant Ducros, de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Par décret du 2 août 1933, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er décembre 1933, à MM. Papin, Jeanneney et Sigalas (Raymond), agrégés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Faculté de Médecine de Paris. — Sont nommés professeurs honoraires de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, MM. Legueu, professeur de clinique urologique et Mauclaire, professeur sans chaire, à ladite Faculté, et admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Hermann, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, à compter du 1er novembre 1933, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Dernier titulaire de la chaire, M. Doyon.

Concours de l'internat en médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour douze places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le lundi 16 octobre 1933.

Le nombre des places mises au concours pourra si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 16 septembre 1933 au samedi 30 septembre 1933 inclus.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

1° Expédition de l'acte de naissance ;

2° Extrait du casier judiciaire (récent) ;

3° Certificat de revaccination antivariolique ;

4° Diplôme de docteur en médecine ou certificat de seize inscriptions prises dans une Faculté ou École de médecine de l'État. Le certificat d'inscription devra indiquer en outre, que l'intéressé n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

5° Certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire ou à Paris par le Commissaire de Police du quartier.

6° Certificat de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris ou d'un Établissement hospitalier de province, indiquant les services hospitaliers du candidat, constatant qu'il a satisfait au stage d'accouchement et témoignant qu'il n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

7° Certificat de situation militaire.

8° Certificat de vaccination antityphoïdique de date récente ;

9° Certificat de vaccination antidiphtérique de date récente.

Les candidats devront en outre, n'avoir pas atteint l'âge de 30 ans révolus au 1er octobre. Cette limite d'âge sera prorogée pour les candidats français, d'une durée égale aux services accomplis dans l'Armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

Les épreuves du concours sont les suivantes :

1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie) ;

2° Une composition écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux (central et périphérique).

Il sera accordé un maximum de trente points pour chacune de ces deux épreuves écrites). L'ensemble des épreuves écrites pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places d'internes titulaires vacantes.

3° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de garde. Il sera accordé un temps égal au candidat pour réfléchir.

Il sera accordé au maximum vingt points pour cette épreuve.

Par question de garde, on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie, d'obstétrique.

La durée des fonctions des internes est de deux ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année.

A la fin de leur deuxième année, les internes titulaires, peuvent être maintenus en fonctions pendant deux périodes successives d'une année.

L'entrée en fonctions aura lieu le 15 novembre 1933.

Les traitements alloués aux internes sont :

Internes de première année : 9.500 francs ; internes de deuxième année : 9.900 francs ; internes de troisième année : 10.300 francs ; internes de quatrième année : 10.700 francs.

Les internes reçoivent en outre, l'indemnité de résidence de 2 240 francs.

Les internes reçoivent une indemnité de déplacement de 900 francs pour les Asiles de Villejuif, Vaucluse, Ville-Évrard Maison-Blanche et Moisselles

Les internes qui sont logés dans l'établissement subissent une retenue de 980 francs, sur leur traitement et de 13 fr. 75 % sur l'indemnité de résidence.

D'autre part, ils remboursent pour chaque repas pris à l'établissement, les sommes ci-après indiquées :

Petit déjeuner	0 fr. 60
Déjeuner	4 fr. 80
Dîner	4 fr. 80

Ils bénéficient en outre, éventuellement, des indemnités pour charges de famille.

Hôpital Broussais. — *Maladies du cœur et des vaisseaux.* (Cours complémentaire. Service de M. le Docteur Ch. LAUBRY. Objet du cours : Conceptions nouvelles de quelques grands syndromes cardiaques.) — Ce cours, qui aura lieu du lundi 9 au samedi 21 octobre 1933, se fera sous la direction de M. le Docteur Ch. LAUBRY, avec le concours de MM. les Docteurs Jean WALSER, Daniel ROUTIER, G. MARCHAL, L. DEGLAUDE, A. JAUBERT, A. VAN BOGAERT, J. BEERENS, L. SAMAIN et J. LEQUIME, R. HEIM DE BALSAC, Mlle Th. BROSSE, J. LOUVEL, H. DANY et M. GAUCHER.

HORAIRE ET PROGRAMME DU COURS. — Lundi 9 octobre, 9 h. 30, Docteur LAUBRY : Les rythmes de galop. — 11 heures, Docteur MARCHAL : Les endocardites infectieuses. — 15 heures, Docteur DEGLAUDE : Interprétation des électrocardiogrammes. Les arythmies.

Mardi 10 octobre, 9 h. 30, Docteur GAUCHER : La maladie de Bouillaud. — 11 heures, Docteur MARCHAL : Le rétrécissement mitral. — 15 heures, Docteur HEIM DE BALSAC : Radiologie cardiaque : généralités, kymographie.

Mercredi 11 octobre, 9 h. 30, Docteur LAUBRY : Conception actuelle des myocardies. — 11 heures, Docteur WALSER : Myocardites régionales. — 15 heures, Docteur DEGLAUDE : Interprétation des électrocardiogrammes. Les modifications des complexes.

Jeudi 12 octobre, 10 heures, Docteur LAUBRY : Consultation clinique. — 15 heures, Docteur HEIM DE BALSAC : Radiologie cardiaque : le cœur mitral.

Vendredi 13 octobre, 9 h. 30, Docteur Laubry : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. 11 heures, Docteur Routier : Aorto-myocardite syphilitique. — 15 heures, Docteur Heim de Balzac : Radiologie vasculaire l'aorte déroulée.

Samedi 14 octobre, 9 h. 30, Docteur Beerens : Les péricardites tuberculeuses. — 11 heures, Docteur Samain : Etude critique de la séméiologie de l'hypertension.

Lundi 16 octobre, 9 h. 30, Docteur Van Bogaert : La tension moyenne intraartérielle et les facteurs de ses variations physiologiques. — 11 heures, Docteur Lequime : La tension moyenne intraartérielle dans les états pathologiques cardiovasculaires. — 15 heures, Docteurs Beerens et Samain : Mesure de la tension moyenne intraartérielle. Exercices pratiques.

Mardi 17 octobre, 9 h. 30, Docteur Lequime : Diagnostic des coronarites. — 11 heures, Docteur Walser : Les artérites pulmonaires. — 15 heures, Docter Brosse : Méthodes modernes d'exploration artérielle.

Mercredi 18 octobre, 9 h. 30, Docteur Van Bogaert : Les pararythmies. — 11 heures, Docteur Routier : L'arythmie complète. — 15 heures, Docteur Jaubert : Etude bactériologique du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications cardiaques.

Jeudi 19 octobre, 10 heures, Docteur Laubry : Consultation clinique. — 15 heures, Docteur Van Bogaert : Enregistrements mécaniques. Exercices pratiques.

Vendredi 20 octobre, 9 h. 30, Docteur Laubry : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur Laubry : La maladie de Roger. — 15 heures, Docteur Louvel : Notions récentes de pathologie veineuse.

Samedi 21 octobre, 9 h. 30, Docteur Dany : Le régime diététique des cardiaques. — 11 heures, Docteur Laubry : Le traitement de l'angine de poitrine.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Docteur Dany, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 avril 1934. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 11 octobre 1933, à 9 heures, au Parc des Expositions, porte de Versailles, Paris XVe (entrée des candidats : côté boulevard Lefebvre).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fetes exceptés, de 9 à 12 heures et de 13 à 17 heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au samedi 23 septembre 1933 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Nécrologie. — Docteur A. Bergis, de Montauban (Tarn-et-Garonne). — Docteur Du Bois Saint-Séverin, de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — Docteur Bonnet, de Nice. — Docteur Douarre, de Toulon. — Docteur Gacon, de Bordeaux. — Docteur Pierre Inglessis, de Marseille. — Docteur Laborde, de Montjeau-sur-l'Isle. — Docteur Michel, de Paris. — Docteur Picot, de Marseille. — Docteur Edouard Quénu, professeur honoraire de clinique chirurgicale, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé dans sa 82e année. L'inhumation a eu lieu à Marquise (Pas-de-Calais), son pays natal. — Docteur Vulleau, de Paris. — Docteur Léopold de Reynier, décédé à Leysin. — Docteur Antoine Granier, de Marseille, tué dans un accident d'automobile. — Docteur Piédecocq, de Beauvais, victime du devoir professionnel. — Docteur Raymond Passot, de Paris. — Professeur Belo Morais, de Lisbonne. — Docteur Carceles, de Madrid, décédé à l'âge de 83 ans. — Professeur John Hill Abram, de Liverpool, décédé à l'âge de 70 ans. — Professeur Sir James Craig, de Dublin, ancien secrétaire général de l'Académie de médecine d'Irlande. — Professeur Van Leeuwen, de Leyde. — Professeur Ramon E. Ribeyro, titulaire de la chaire de parasitologie de l'Université de Lima (Pérou).

TRAVAUX ORIGINAUX

Action physiologique et thérapeutique des bains de mer

Par **Georges BARRAUD**, de Châtelaillon-Plage,
Membre de la Société internationale d'hydrologie et de climatologie

« Dans sa plus légitime acception, le bain de mer est un bain froid spécial, un agent hydrothérapique d'ordre dynamique, fortifiant, vital et reconstituant organique » (Dutrouleau). C'est le bain de mer froid qui constitue l'élément fondamental de la thalassothérapie : il est d'ailleurs un agent hydrothérapique des plus énergiques. Son action du reste est extrêmement complexe, surtout quand il s'agit de bain de plage. Le bain de lame se distingue en effet des bains de baignoire ou de piscine par ce fait que le mouvement de la mer actionnant directement les systèmes nerveux, musculaire et circulatoire, augmente de ce fait les effets toniques et dynamogéniques du bain froid.

Si l'action physiologique du bain de plage est surtout sous la dépendance de certains agents physiques comme la température, la densité et le mouvement de l'eau de la mer, la composition chimique de celle-ci joue cependant aussi un rôle assez important.

Les éléments physiques et chimiques des bains de mer

A. Agents physiques

1° *La température* froide constitue évidemment le facteur physique le plus important de la balnéothérapie marine. C'est cette température froide qui, en impressionnant vivement la sensibilité de la peau, détermine sa contractilité et chasse les liquides de la périphérie au centre ; de plus, pour que la peau se mette en équilibre de température avec le liquide en contact, il faut qu'elle perde une certaine quantité de calorique. A la vaso-constriction périphérique répond par une véritable compensation, la vaso-dilatation de tous les organes profonds, le rein excepté. Sous l'influence des vaso-constricteurs, la peau se refroidit tandis que la température centrale ou reste stationnaire ou se relève. Mais dès que cesse l'application froide, ces effets immédiats sont remplacés par des effets secondaires d'ordre inverse. C'est ce qu'on appelle la réaction qui constitue « l'acte thérapeutique, cherché, voulu » (Hayem). C'est cette réaction circulaire, d'autant plus vive que la différence initiale entre les températures de la peau et de l'eau aura été plus grande qui, en exagérant les combustions et la thermogénèse, modifie toute la vie fonctionnelle de l'individu et aboutit à une grande synthèse physiologique : augmentation de la vitalité générale des fonctions digestives et assimilatrices, accroissement de la force musculaire, sensation de bien-être, d'équilibre physique et moral (Lalesque [1]).

2° La haute *densité* de l'eau de mer contribue à faire du bain de mer un bain froid très spécial, car, plus un liquide est dense et plus lentement il s'échauffe au contact d'un corps à température supérieure. Aussi le corps se refroidit il moins vite dans un bain de mer que dans un bain d'eau douce et c'est pourquoi on éprouve moins la sensation de froid, à température égale, dans la mer que dans une rivière. L'action du refroidissement pouvant s'y prolonger plus longtemps, la réaction thermique sera plus vive après un bain de mer et ses effets seront plus prolongés et plus marqués.

3° Le *mouvement de la mer* est certainement le caractère qui distingue le mieux le bain de mer des autres bains froids : la température, la densité, la minéralisation se retrouvent dans une piscine ou une baignoire ; le mouvement des flots ne se rencontre qu'à la mer, quelque effort qu'on fasse pour l'imiter (Cazin [2]). En réalité ces mouvements marins sont de deux sortes : les uns, périodiques et réguliers, sont réalisés par les marées ; les autres, accidentels et irréguliers, dépendent de l'action du vent sur les flots : ce sont la houle, les courants et les vagues.

L'action de celles-ci est double ; elles agissent mécaniquement comme un véritable massage des téguments ; d'autre part, en mettant sans cesse en contact avec le corps immergé des nappes d'eau successives, elles augmentent l'effet de l'eau froide. Quand la mer est un peu agitée, le bain de lame se compose d'une succession rapide de douches générales se succédant sans interruption, tandis que par temps calme se produit seulement une action persistante beaucoup moins brutale. Le degré et la rapidité de la perte de chaleur dans un bain de mer sont donc très variables suivant que l'Océan est calme ou fortement agité.

De plus, grâce à l'intermittence des vagues, le corps se trouve alternativement exposé à l'air et à l'eau et le fait d'être ainsi mis en contact successivement avec des milieux ambiants de températures différentes, modifie très activement la circulation des téguments : d'où une stimulation fort active de la thermogénèse.

B. Agents chimiques

Si le bain de mer froid confine à l'hydrothérapie proprement dite, il se rapproche cependant du traitement hydrominéral puisque l'eau de mer est un complexe chimique comprenant des corps simples et des sels. Qu'il nous suffise de rappeler ici que l'eau de mer n'est pas autre chose qu'une eau minérale chlorurée sodique forte, comprenant dans sa minéralisation des principes éminemment stimulants pour la nutrition et même radio-actifs, comme le potassium, à côté desquels figurent des éléments doués de propriétés sédatives tel que le bromure (Baudouin [3]).

Le degré de salinité est très variable suivant les régions la quantité de NaCl étant l'élément dominant et sa proportion allant de 3.67 à 29,42 pour 1.000

L'action sur l'organisme sain des bains de lame

Les phénomènes physiologiques qui se produisent dans le bain de lame et qui sont dus surtout à la température de l'eau, sont de trois sortes :

1° *Phénomènes d'immersion, immédiats ou primitifs.* En entrant dans l'eau, le sujet éprouve d'abord une sensation de froid assez vive qui s'accompagne souvent d'un spasme général avec tremblement et chair de poule. Le baigneur est oppressé, sa respiration entrecoupée.

2° *Phénomènes de réaction médiats ou secondaires.* Au bout d'un temps toujours très court, qui ne dépasse pas d'ordinaire quelques secondes, mais dont la durée varie suivant certaines circonstances, ces phénomènes disparaissent pour faire place à des phénomènes entièrement opposés.

La peau se réchauffe et rougit ; le spasme cesse, la respiration se régularise, le pouls, qui était petit, devient plus ample. Au réflexe cutané vaso-constricteur de début succède la vaso-dilatation progressive de la circulation superficielle tandis que, au contraire les organes profonds primitivement hyperémiés se décongestionnent. Bref, c'est la réaction circulatoire d'autant plus vive que

◆◆

la différence initiale entre les températures de la peau et de l'eau aura été plus grande. Cette réaction, plus ou moins rapide et plus ou moins franche, rappelle vers la périphérie la circulation et la chaleur et elle est suivie d'une sensation de bien-être qui fait rapidement oublier les pénibles impressions du premier moment. Mais si le bain se prolonge trop, le baigneur voit se reproduire le spasme dont il a été pris à son entrée dans l'eau. Ce frisson secondaire, plus intense, plus pénible, plus persistant que le premier, doit être évité, car il peut avoir des conséquences fâcheuses.

3° *Phénomènes consécutifs ou phénomènes généraux.* Si le bain n'a pas été trop long le baigneur ressent dans tout son corps une chaleur bienfaisante et sa peau ne tarde pas à reprendre sa couleur habituelle. Quand ils se répètent à chaque bain, ces effets physiologiques devenant plus durables, les téguments se vascularisent et deviennent moins secs ; les mouvements respiratoires deviennent plus amples et plus réguliers ; l'appétit et les digestions sont meilleurs, les muscles se fortifient et les chairs se raffermissent en même temps que l'hématose se fait mieux. C'est que la double réaction circulatoire et thermique, qui se produit au cours de chaque bain, provoque dans chaque fonction, chaque système, des perturbations importantes dont on va étudier maintenant le mécanisme d'une façon analytique et détaillée.

I. Action sur la température. — La réaction thermique est la plus intéressante. Aubert (4) a étudié l'influence des bains de mer sur la température du corps et a montré que la durée du bain constitue un des éléments qui peuvent apporter le plus de différence dans son effet immédiat ou consécutif. Le bain très court modifie peu la température centrale et fait baisser la température périphérique ; cet abaissement se prolonge un peu après le bain pour remonter ensuite au-dessus de la température initiale. Le bain de neuf minutes élève la température centrale qui descend ensuite, tandis qu'il abaisse la température périphérique qui se relève ensuite sans atteindre le chiffre initial. Le bain long de vingt à vingt-cinq minutes, commence par élever la température centrale, puis il l'abaisse et cet abaissement peut persister plusieurs heures après le bain. Robin et Binnet sont arrivés aux mêmes conclusions. Weber (5) a contaté, après un bain froid, un abaissement de 1° à 2° et un retour à la normale au bout d'une heure, mais des individus faibles et anémiques ont présenté un abaissement plus marqué (plus de 2°) et plus prolongé. Drouineau (6) a affirmé, d'après les expériences de Fleury, qu'un abaissement de 4° dans la température périphérique est la limite extrême au delà de laquelle il devient impossible à l'homme de supporter la sensation douloureuse provoquée par le refroidissement.

D'autres ont fixé à 8° et même à 11° (Virchow) cette perte de calorique. Quand elle se produit si brusquement, le baigneur grelotte et se cyanose ; tout effort de réaction cutanée est paralysé et s'il ne sortait pas de l'eau, on verrait survenir les accidents les plus graves : épistaxis, syncopes, etc...

II. Action sur l'appareil circulatoire. — La température froide ou tout au moins inférieure à celle du corps, en soustrayant une certaine quantité de calorique, fait contracter les organes et refoule le sang vers les organes internes : ainsi s'explique le premier frisson d'entrée avec tous les phénomènes puis s'y rattachent. Winternitz (7) a montré que, sous l'influence du froid, la force du cœur augmente et le pouls se ralentit par excitation du vague. Les tracés sphygmographiques accusent une ligne d'ascension plus élevée et des intervalles plus grands. Par contre des mouvements actifs dans le bain accélèrent la fréquence du pouls et à ce sujet on a fait des constatations différentes suivant que le bain est pris dans la mer calme ou agitée. Les individus faibles et anémiques réagissent souvent par une accélération due à un surmenage du cœur.

Action sur la pression du sang :

a) Pression systolique. Lœvy (8) a constaté après le bain une élévation de 33 mm. pendant vingt minutes, après quoi survient le retour à la normale en même temps qu'apparaissent la rougeur cutanée et un sentiment de chaleur agréable. L'augmentation peut s'observer déjà pendant le bain, surtout du fait de la natation qui augmente la réaction des vaisseaux cutanés.

b) La pression diastolique, qui est abaissée par le séjour au bord de la mer six fois sur dix et n'est pas modifiée dans les quatre autres cas, n'est nullement influencée par les bains froids.

c) L'ampliation du pouls est considérablement augmentée : de 50 à 100 mm.

Chez les enfants qui ont pris des bains soit trop froids, soit trop prolongés et qui ont mal fait leur réaction, de la Brunière (9) a constaté après une véritable hypertension de Mx et de Mn immédiatement après le bain, une hypotension de Mx et de Mn deux à quatre heures après le bain.

III. Action sur le sang périphérique. — A) *Action momentanée.* — Les bains de mer agissent sur le sang capillaire et veineux.

L'hémoglobine n'est pas modifiée d'après les recherches de Häberlin (10) et la morphologie des hématies ne présente pas de modifications significatives, d'après Conradi (11). Cependant, après des bains de 18 à 30 minutes pris entre 18° et 20°, Margaria (12) a constaté une augmentation des globules rouges (16 %) ainsi qu'une augmentation de l'hémométrie (6.9 %), de la densité (5,76 %), de la viscosité (10,52 %) et du résidu sec du sang (3,7 %).

B) *Effets permanents.* — En ce qui concerne l'hémoglobine, Nicolas (13) a trouvé une augmentation de 25 % en moyenne, mais atteignant parfois 40 % chez des jeunes filles chlorotiques prenant des bains de mer. Après six semaines de séjour, on constate chez les enfants une augmentation de 5 à 600.000 environ (Cazin (14)). Une diminution intercurrente s'observe parfois, mais il est rare qu'il y ait diminution à la fin du séjour. Le volume des hématies est légèrement diminué au bout de six semaines, d'après Koltze (15) qui a montré que la résistance n'est pas modifiée.

Quant aux globules blancs, Bange a trouvé une augmentation moyenne de 2.380 avec + 30 comme minimum et + 6.350 comme maximum.

IV. Action sur la fonction respiratoire. — Sous l'influence du bain froid, les mouvements inspiratoires deviennent plus profonds et cette ampleur de la respiration s'accompagne non seulement d'un ralentissement du rythme, mais d'une augmentation de la différence des deux périmètres thoraciques à l'inspiration et à l'expiration, par suite du développement de la musculature respiratoire, ainsi qu'il résulte de mensurations pratiquées par Häberlin sur 329 enfants de 6 à 14 ans ayant pris en moyenne dix bains froids.

V. Action sur le métabolisme basal. — b) Les recherches de Lœwy (17) et des frères Müller (18) ont mis en évidence, après les bains de mer, une augmentation de la consommation d'oxygène persistant après des heures et parfois même au delà de 24 heures, en même temps qu'une diminution du poids du corps avec amélioration de la fixation de l'azote ; ils ont noté en outre une diminution de la sueur, du volume de l'urine et de l'azote urinaire. Ces auteurs ont enfin observé la fixation nette du soufre, du phosphore et du calcium. Ces résultats ont d'ailleurs été confirmés par Hill, Argyll Campbell et Gauvain (19) qui, en analysant l'air expiré par un sujet au repos immergé dans l'eau de mer, ont constaté que la balnéothérapie augmentait le taux du métabolisme tout comme l'aération marine continue et l'héliothérapie.

VI. Action sur l'appareil urinaire. — Sous l'influence du bain froid, la diurèse est augmentée ; il y a tendance à

la pollakiurie et les enfants présentent souvent de l'incontinence nocturne d'urines alors qu'ils n'en sont pas atteints loin du rivage.

Margaria et Chiatellino ont observé une augmentation du degré de dilution de l'urine et de l'urobiline pendant quelques heures après le bain froid.

On observe parfois une légère albuminurie qui serait constante à 12°, d'après Winternitz, mais disparaît le plus souvent une heure après le bain ; cette albuminurie rappellerait celle qu'on peut observer après la marche ou la nage et ce fait doit rendre très prudent le médecin qui prescrit aux enfants des bains de mer froids.

VII. Action sur les téguments. — L'activité cutanée est augmentée chez presque tous les baigneurs qui ont une peau constamment humide. La moiteur habituelle des mains et des pieds diminue sous l'influence des bains de mer qui produisent d'ailleurs assez rapidement une diminution de la sensibilité à la chaleur (Vinaj [20]). Alors que les bains salins diminueraient la sensibilité au toucher et que les bains d'eau douce ne la modifieraient pas, elle est au contraire augmentée par les bains de mer (Lindermann).

VIII. Action sur le système nerveux. — Les centres nerveux sont influencés eux aussi par les bains de mer froids qui envoient un sang plus abondant et plus riche aux fibres nerveuses dont la sensibilité et la motricité se trouvent sensiblement accrues.

La force musculaire est augmentée ainsi qu'on peut le constater au dynamomètre. Au point de vue psychique, le bain de lame produit une excitation générale qui peut s'accompagner de céphalée par congestion sanguine de la tête, d'étourdissements nerveux, de sommeil lourd et agité, parfois même de véritables accès de fièvre marine (Barraud [22]).

IX. Action sur l'appareil digestif. — L'appareil digestif n'est pas moins stimulé que le système nerveux : il en résulte une amélioration de l'appétit qui peut être doublé grâce à la sécrétion plus abondante des sucs gastro-intestinaux. Le seul effet fâcheux des bains de mer, au point de vue digestif, est la tendance à la constipation ou, dans certains cas, la production de flux diarrhéiques, en particulier chez les cholémiques et les entérocolitiques.

X. Action sur les organes génitaux. — Houzel (de Boulogne (23) a montré le premier que les bains de mer continués pendant les règles, à la condition qu'on y soit acclimaté, facilitent la menstruation accroissent la durée de la vie génitale et augmentent la fécondation d'une manière remarquable. Dans les cas où la menstruation se fait difficilement, les bains de mer rendent de très grands services, à condition d'être très courts, consistant presque en une simple immersion.

XI. Action sur les glandes endocrines et la croissance. — Il n'est pas douteux que les bains de mer exercent une influence considérable sur les glandes endocrines et en particulier sur le corps thyroïde, si bien que Doche (d'Arcachon) (24) a pu parler de basedowisme marin. Certes il est difficile d'établir nettement quelle est la part respective du climat et de la balnéothérapie dans l'hyperthyroïdisme que l'on constate chez les enfants qui font des cures marines. Mais, grâce à l'hyperfonctionnement des cartilages de conjugaison, on trouve des accroissements qui, au début, atteignent en moyenne « trois centimètres en deux mois, c'est-à-dire l'équivalent de ce que gagne un enfant ordinaire en sept ou huit mois » (Van Merris [25]). D'ailleurs, si le rôle sur la croissance des capsules surrénales et du thymus, est encore discuté actuellement, il est au contraire certain que les glandes génitales interviennent fort activement dans le développement physique des adolescents. Or, on voit souvent chez les fillettes dont la menstruation est en retard, les règles apparaître après quelques bains de mer.

Dans les mêmes conditions, il arrive souvent que l'on observe chez les adolescents tardivement pubères une poussée de poils pubiens jusqu'alors absents ou peu fournis. C'est donc bien la balnéothérapie marine qui a déterminé cette suractivité endocrinienne et l'on comprend que Brochard ait pu dire que « l'action tonique des bains de mer est en quelque sorte spécifique de la croissance » (26).

XII. — Action des bains de mer en puériculture. — L'âge minimum varie, suivant les auteurs, entre 15 mois et 7 ans, mais, d'après les réactions des enfants, il semble que l'on puisse donner des bains de mer sans inconvénients à partir de 2 à 4 ans, à condition que ces bains soient toujours très courts et qu'ils ne soient d'autre part ni trop fréquents ni trop nombreux.

Il faut bien savoir cependant que « certains sujets ne supportent pas les bains de mer froids ; après quelques immersions le pouls s'accélère, la température s'abaisse, l'appétit diminue, la digestion est médiocre, le sommeil est moins bon ; il y a de la courbature ; alors si on persiste, les enfants maigrissent et pâlissent » (Marfan [27]). Il faut donc toujours être très prudent quand on prescrit des bains de lame aux jeunes enfants, car les effets consécutifs à la balnéothérapie marine varient suivant la constitution, l'état de santé et une foule de circonstances (28).

La posologie des bains de plage chez les tout petits est chose délicate et une trentaine de bains constitue un grand maximum même au cours d'un séjour de plusieurs mois. (29). En réalité « très peu d'enfants se trouvent véritablement excités à la mer si on règle leurs jeux, si on ne les baigne pas dès le premier jour, surtout si on surveille leur régime alimentaire » (Terrien [30]).

Références bibliographiques

1. Lalesque. — Thalassothérapie. Bibliothèque de thérapeutique. 1910.
2. Cazin. — Influence des bains de mer sur la scrofule, 1885.
3. G. Baudouin. — Les bains de mer (*La Médecine*, 6e année, août 1925).
4. Aubert. — L'influence des bains de mer sur la température du corps (*Lyon Médical*, 1883).
5) Weber. — Handbuch der physikalischen Therapie von Goldscheiden und Jacob (1901).
6. Drouineau. — Guide médical et hygiénique du baigneur aux plages de l'Ouest (1869).
7. Winternitz, cité par Lindermann. — In das Seebad vom hydriatischen Standprenkt (*Wien*, 1897).
8. Lœwy und Muller. — Uber den Einflass des Seeklimas und der seebäder auf den Menschen (Berlin, 1910).
9. de la Brunière. — Résultats de la cure hélio-marine sur la tension artérielle de l'enfant. (Thèse de Paris, 1925.)
10. Häberlin und Muller. — Neerwasser bei ausserer Anwendung in Handbuch der balneologie. Von Dietrich und Kaminer (1922).
11. Conradi. — Folia Hœmatologica. Bd 17. 1913.
12. Margaria et Chiatellino. — Modificazioni fisiche e fisico-chimiche del sangue e del arina in rapporto col bagno di mare, in *Archivio du Scienze Biologische,* tome XIV, février 1930.
13. Nicolas. — Thalassotherapie. Kongress, 1908.
14. Cazin. — *Loco citato.*
15. Koltze. — Di Resistenz der roten Blutkörperchen unter deim Einfluss der Nordseeklimas. Kiel. 1913.
16. Bange in Häberlin. — Nr 12.
17. Loewy and Muller. — Ueber den Einfluss des seeklimas und der Seebäder auf den Stoffwechsel des Menschen (Bonn, 1904).
18. Muller Erich und Franz. — Verolfentt d. (*Zentralbst. f. Balneol.*, Berlin. 1919).
19. Hill, Argyle Campbell et Gauvain. — Le métabolisme chez les enfants traités par l'aération continue, l'héliothérapie et la balnéothérapie (*The british medical Journal*, 18 février 1922).
20. Vinaj. — VII kongress von hydrologie, 1908.

21. LINDERMANN. — Kongress von thalassotherapie. Abazzia, 1908.
22. BARRAUD. — De la fièvre marine en puériculture héliomarine (XIIe congrès de climatologie, Lyon, 1927).
23. HOUZEL. — De l'influence des bains de mer et de l'immersion prolongée sur la menstruation. (Congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine. Boulogne, 1895).
24. DOCHE. — De l'influence du climat marin sur les sécrétions internes (*Journal des Praticiens*, 1912).
25. VAN MERRIS. — La scrofule et les bains de mer, 1886.
26. BROCHARD. — Des bains de mer chez les enfants, 1876.
27. MARFAN. — Rachitisme. Maladies des os (Baillière 1912).
28. BARRAUD. — Nos enfants à la mer (*Expansion scientifique française*, 1927).
29. BARRAUD. — La sursaturation en puériculture hélio-marine (*Archives de médecine des enfants*, avril 1928).
30. TERRIEN. — Précis d'alimentation des jeunes enfants, 1922.

FAITS CLINIQUES

Sclérose en plaques ou infection grippale pneumococcique ?

Épisode post-infectieux de nystagmus et de tremblement céphalique intense avec dissociation albumino-cytologique du L. C.-R. par hypercytose

Par Henri ROGER, Pierre SIMÉON et Joseph ALLIEZ
(de Marseille)

De toutes parts sont publiées à l'heure actuelle des observations concernant des accidents nerveux survenant au cours de maladies infectieuses nettement classées ou d'épisodes infectieux mal déterminés et remarquables, d'une part par leur curabilité, d'autre part par leur symptomatologie plus ou moins cérébelleuse.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas s'apparentant par certains côtés à cette série remarquable de faits. L'heureuse évolution nous permet de vous présenter aujourd'hui, complètement guéri, ce malade au sujet duquel nous avons à discuter le diagnostic étiologique et topographique ainsi que le pronostic ultérieur (1).

Chia... (Joseph), 32 ans, dans les antécédents duquel nous ne trouvons aucun fait digne d'être signalé, présente fin janvier 1933 un petit épisode fébrile (38°-38,5) de quatre jours de durée, avec céphalée constrictive à prédominance frontale, sans autre symptôme (pas de diplopie, de myoclonies, d'insomnie, ni de révasserie nocturne), qui n'empêche pas le malade de travailler. Huit jours après, il éprouve de la gêne respiratoire, sans tachycardie, tousse et crache, est mis au lit huit jours par son médecin, quoique n'ayant plus de fièvre, en raison d'un léger point de congestion pulmonaire.

Pendant cette période d'alitement s'installe un nystagmus intense, remarqué par le malade empêché de lire son journal. Quand le malade veut se lever le 15 février, il est pris d'un tremblement violent prédominant à la tête, mais se propageant aux membres supérieurs et même aux membres inférieurs, genant la marche. Il n'éprouve aucun autre symptôme (en particulier aucun vertige, aucun bourdonnement auriculaire) sauf une légère céphalée occipito-pariétale gauche.

(1) Ce malade a été présenté à la *Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est* le 14 mai 1933.

Le liquide céphalo-rachidien est examiné le 16 février et montre une dissociation albumino-cytologique par hypercytose (20 lymphos par millimètre cube pour 0,23 d'albumine) avec réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal négatives.

Le malade entre à la clinique neurologique le 20 février 1933. Deux symptômes dominent le tableau :

1° *Un nystagmus* spontané intense, à type transversal rotatoire horaire, à secousses rapides. Ce nystagmus s'atténue assez rapidement les jours suivants. Le 28, il n'existe que quelques secousses spontanées au repos, s'accentuant par le regard latéral, disparaissant par la fixation du regard. Le 23, les secousses n'apparaissent plus que dans le regard latéral en haut et à gauche.

2° Un ***tremblement***, à oscillations rapides et amples, de la tête dans le sens transversal, existant même au repos, tête appuyée contre le coussin, mais surtout à l'occasion des mouvements dans la position assise ou debout, où ce tremblement est renforcé par quelques secousses plus amples. Il existe également un tremblement des extrémités supérieures, qui n'apparaît que dans l'attitude du serment, disparaît quand le malade exécute un acte (doigt au nez) pour reparaître cependant à la fin de l'acte. Les membres inférieurs sont animés d'une trémulation légère dans la position gynécologique.

Dans la station debout le tremblement, toujours prédominant à la tête, se propage à tout le corps et empêche la marche autrement qu'avec le soutien d'un aide. Les jours suivants la marche est possible, jambes écartées, yeux fixant le sol. Mais le corps tremble violemment et l'aspect devient presque celui d'un astasique abasique.

Nous ne constatons pas d'autres mouvements anormaux, sauf quelques secousses d'élévation de la houppe du menton, qui n'ont pas le même rythme que les mouvements de la tête et qui n'ont pas duré plus de quelques jours. Il n'y a pas de secousses du voile du palais, de myoclonies. La parole, au début légèrement dysarthrique, devient bientôt normale.

Par ailleurs, l'examen complet du système nerveux est à peu près négatif.

Il n'existe aucune parésie des nerfs craniens. Les pupilles sont égales, régulières et contractiles, un peu moins à l'accommodation qu'à la convergence. La diminution légère et ancienne de l'audition ne s'est pas accrue par la maladie actuelle.

Nous ne trouvons aucun signe de déficit pyramidal : la force segmentaire est bonne aux quatre membres. Il n'y a pas de contracture. Il n'y a qu'une légère exagération des réflexes tendineux au niveau des achilléens, mais sans clonus, ni Babinski. Les réflexes abdominaux sont variables.

Les fonctions cérébello-labyrinthiques sont explorées avec attention. Il n'y a ni dysmétrie, ni adiadococinésie. L'épreuve de Barany de l'index est normale des deux côtés. Il n'y a pas de Romberg. L'état du malade ne permet guère la recherche des épreuves instrumentales.

Nous ne constatons aucun signe de réaction méningée clinique : ni raideur de la nuque, ni Kernig, ni Lasègue, pouls 80.

Les divers appareils fonctionnent normalement. La tension artérielle est de 18,5-10, indice 6. Il n'y a pas d'albumine, ni de sucre urinaire, l'azotémie est à 0,58. Le Bordet-Wassermann et le Hecht du sang sont négatifs. L'état général est très bon. Poids 90 kgr. Taille 1 m. 71.

Le liquide céphalo-rachidien examiné le 4 mars, est redevenu normal. Tension 20 au Claude en position couchée, albumine 0,20, 0,8 lymphocytes par millimètre cube. Bordet-Wassermann négatif.

Le malade est soumis à un traitement par une série de douze injections intraveineuses de salicylate de soude à un gramme.

Fin février, le tremblement de la tête n'existe plus au repos et ne reparaît que si le malade fait un mouvement. La marche est toujours très difficile : elle est plus tremblante quand le malade est observé (le malade reconnaît avoir toujours présenté une certaine émotivité). Les céphalées occipitales gauches persistent.

Peu à peu les symptômes s'atténuent encore.

Fin mars, quand Chia... quitte la clinique neurologique, le nystagmus n'est présent que dans l'excursion limite du regard. Les oscillations de la tête n'existent plus que dans la position debout, beaucoup plus légères, et ne se propagent plus aux membres. Le tremblement des extrémités dans l'attitude du serment est très discret ainsi que dans le doigt au nez à la fin de l'acte. Les réflexes sont un peu vifs. L'épreuve de la marche en étoile de Babinski-Weil est normale. La température a toujours été normale durant le séjour hospitalier.

Le malade continue chez lui le traitement par une série d'injections de septicémine.

Le tremblement disparaît complètement vers le 15 avril.

Le travail est repris.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène et diététique de l'entéritique, par G. Faroy. Un vol. in-8° de 111 pages : 12 francs. Collection « Hygiène et diététique ». Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, placce de l'Odéon, Paris (6e).

L'hygiène et la diététique tiennent, dans la vie de l'entéritique, une place de premier plan, mais bien différente de celle qu'elles occupent dans le traitement de la constipation simple. Les lésions intestinales, les infections fréquentes, sinon constantes, les troubles de la physiologie sécrétoire et motrice de l'organe, le déséquilibre du système nerveux végétatif, exigent, en effet, des règles d'existence spéciales, des précautions de tous les instants, la plupart du temps ignorées par le malade ou négligées par le médecin. Enfin l'établissement du régime a une importance telle qu'il est nécessaire pour le mener à bien de connaître les divers aspects de la maladie, ses causes, sa pathogénie et ses manifestations variées, la valeur et les inconvénients des différents aliments.

C'est dans ce but que l'auteur commence son exposé par une vue en raccourci de l'entérocolite, où les éléments nouveaux à la compréhension des principes d'hygiène et de diététique édictés, sont envisagés successivement, sans longueur, mais aussi complètement que possible.

Il entre ensuite dans le plein du sujet, en étudiant l'hygiène fonctionnelle de l'entéritique ; un aperçu thérapeutique est donné chemin faisant, pour permettre la discrimination entre les traitements utiles et neufs, l'emploi de laxatifs étant condamné d'une façon absolue.

Puis un chapitre d'hygiène journalière du colitique développe les causes d'initiative de l'intestin et du système nerveux, ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter.

L'exposé de la diététique occupe la plus grande partie de l'ouvrage : après des généralités sur la ration alimentaire, sur la ration liquide, sur le régime, les aliments sont tous passés en revue, avec grands détails, qu'il soient défendus ou autorisés. Il est dit pourquoi les uns sont permis, les autres proscrits et à propos de chacun d'eux les modes de préparation sont envisagés.

Un chapitre de synthèse montre ensuite comment le régime doit être compris et comment les repas doivent être ordonnés.

Enfin, après une courte digression sur l'hygiène des dents et du rhinopharynx, l'auteur termine par l'hygiène thermale, c'est-à-dire par les indications et les avantages des cures hydrominérales concernant particulièrement les entéritiques.

Il ne faut pas compter trouver dans ce petit volume le traitement de l'entérocolite ; ce précis s'adressant à la fois au malade et au médecin, tout ce qui est thérapeutique pure en a été éliminé le plus possible, pour le maintien dans le cadre de son titre.

Sous cette forme, il pourra rendre service à tous ceux pour qui il a été rédigé.

Traitement des adhérences et des périviscérites abdominales, par le Docteur Étienne Boltanski. Un volume in-8° de 58 pages : ? francs. Collection Les Thérapeutiques nouvelles, sous la direction du Professeur Rathery. Librairie J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Tous les auteurs sont maintenant d'accord pour dire qu'un examen complet du transit digestif est indispensable pour affirmer l'existence d'une périviscérite. Bien plus, les signes radiologiques observés doivent se retrouver, identiques, à des examens répétés.

Dans ces conditions, le diagnostic de périviscérite sera peut-être moins fréquemment posé, mais il sera plus solide et justifiera mieux une thérapeutique souvent longue et complexe.

L'examen radiologique de sujets bien portants montre parfois l'existence d'adhérences incontestables n'ayant jamais donné lieu à des manifestations subjectives, tandis qu'à l'opposé, chez des malades accusant tous les troubles habituels aux périviscéritiques, l'examen radioscopique le plus minutieux ne décèle aucun signe d'adhérences abdominales.

Tandis que le premier groupe de malades est justiciable du traitement des adhérences elles-mêmes, le second n'en bénéficie souvent que d'une manière toute transitoire.

En présence de la ténacité des douleurs, des troubles généraux, après l'échec de nombreux traitements médicaux, l'intervention chirurgicale, souhaitée par le malade, las de souffrir, et de son entourage, ne doit être conseillée par le médecin que dans des cas très particuliers.

Après un rappel clinique, l'auteur indique les traitements étiologiques (médical et chirurgical), pathogénique (composés iodés, mésothorium, thiosinanum), symptomatique (traitements diététique, chirurgical, physiothérapique, sédatif, climatothérapique et crénothérapique).

La simulation des symptômes pathologiques et des maladies. *Diagnostic différentiel. Etat mental des simulateurs*, par le Docteur A.

Costedoat. Un vol. in-8, 436 pages, avec 29 figures : 48 francs. J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Ce livre est le développement de l'enseignement que l'auteur a fait au Val-de-Grâce. Mais les difficultés avec lesquelles les médecins se trouvent aux prises chaque jour et qui rendent leur tâche si difficile, sont les mêmes pour tous les experts. Or, y a-t-il beaucoup de médecins qui soient assurés de n'avoir jamais à faire œuvre d'expert, au moins passagèrement ? Le développement des lois d'assistance sociale oblige à formuler plus souvent qu'autrefois des conclusions d'ordre administratif. Tout entières, celles-ci dépendent d'un diagnostic précis. Le but de ces pages est de rendre la tâche du médecin moins difficile.

Hygiène scolaire, par le Docteur Dufestel, avec préface du Professeur Tanon. Un volume avec figures de 137 pages, 3e édition. Doin, éditeur, Paris 1933.

Il est presque inutile de faire l'éloge du Trait d'hygiène scolaire du Docteur Dufestel en raison de la haute compétence de notre collègue, qui, depuis plus de trente ans, s'est donné tout entier à la tâche de réunir tout ce qui peut être utile aux médecins en matière d'hygiène scolaire. Celle-ci est une branche de l'hygiène générale, mais il faut reconnaître qu'elle présente un intérêt tout particulier puisqu'elle à pour but d'assurer à l'écolier le meilleur moyen de développer ses possibilités physiques et mentales et aussi de le préparer à la vie sociale. Trop longtemps la pédagogie n'a pas tenu assez compte de la biologie de l'écolier ; peu à peu le médecin, avec patience (et Dufestel l'a eue avant tous), a su pénétrer dans les questions pédagogiques, aidant le maître, le persuadant que, sans l'aide médicale, il ne peut avoir les résultats désirables.

Autour de Dufestel de nombreux praticiens se sont groupés : des travaux multiples sur l'hygiène scolaire ont vu le jour. C'est la synthèse de tout ces travaux, de toutes les acquisitions qu'expose l'auteur. Il le fait avec clarté, avec méthode, et j'ajoute avec amour.

Le traité d'hygiène scolaire comprend cinq parties : la première est consacrée à l'école, à sa construction, à sa décoration, à son aménagement, y compris le mobilier.

La seconde s'occupe de l'écolier, et de son hygiène physique et mentale. On y lit des idées très neuves sur le surmenage et la surcharge des programmes. La troisième partie traite des maladies scolaires, de leur prévention, de leur diagnostic. Puis dans une quatrième partie sont exposées les œuvres annexes de l'École.

Enfin, tout un chapitre relatif au médecin scolaire, à sa mission, à son activité.

Dufestel ne s'est pas contenté d'exposer ce que lui a enseigné sa longue expérience de médecin scolaire : il a visité les pays étrangers et il fait bénéficier les lecteurs de tous les progrès qu'il a constatés.

G. Paul-Boncour.

Histoire de Champagne, par René Crozet. Un vol. in-8° écu, illustré de 16 pages de planches hors-texte, broché : 20 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (6e).

Dans la série des volumes de la collection des Vieilles provinces de France, l'*Histoire de Champagne* vient s'inscrire à son tour.

L'auteur s'est efforcé de rester fidèle au principe adopté dès la création de cette collection : offrir au public cultivé des ouvrages destinés à retracer le rôle particulier joué par les provinces dans la formation de l'unité française.

Certes, l'histoire locale ou provinciale gagne à être étudiée non pas tant pour elle-même que dans ses rapports avec l'histoire nationale ou générale : mais celle-ci, en retour, se trouve singulièrement enrichie par de solides études développées dans le cadre provincial.

Par sa position géographique et par l'activité de ses habitants, la Champagne a joué un rôle capital dans notre histoire politique et militaire. Trop souvent foulée et meurtrie par la guerre elle a, cependant, réussi ce miracle d'être, en même temps, industrieuse et vouée à la culture des lettres et des arts. Cet ouvrage a pour objet de caractériser l'activité champenoise à travers les siècles et dans tous les domaines où elle s'est manifestée. Il se présente sans vain appareil d'érudition ; mais l'auteur a eu le souci de ne rien dire qui ne puisse être appuyé sur des preuves.

D'un séjour de plusieurs années en Champagne et de travaux relatifs à l'histoire champenoise, il a acquis une connaissance approfondie de la province à laquelle se joint un véritable et sincère attachement sentimental à la terre champenoise qu'il a aimé à parcourir avant d'en écrire l'histoire. Ce pays, que certains prétendent peu séduisant, est, en réalité, extrêmement prenant. Il gagne infiniment à être connu et comment le faire connaître mieux qu'en retraçant avec amour ses peines et ses labeurs, ses succès et ses gloires ?

Crapouillot (juillet) publie un très intéressant numéro spécial : « Hitler est-ce la guerre ? » brillamment illustré : Un écrivain libéral allemand, actuellement traqué par les nazis dresse contre le « Führer » un réquisitoire passionné, tandis que Jean Galtier-Boissière, l'auteur de la si vivante « Histoire de la Guerre » explique la mystique hitlérienne d'après les textes et fait des révélations curieuses sur les véritables alliés d'Hitler. (La livraison, 12 francs, au « Crapouillot », 3, place de la Sorbonne, Paris.)


PHYTOSPLÉNOL
PLE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIQUE
GÉNÉRAL ET RECALCIFIANT

Actuellement (14 mai), Chia... ne se plaint que d'une très légère pesanteur de la région pariétale gauche, s'irradiant dans la région occipitale. Il n'y a plus de tremblement, ni de nystagmus.

L'examen neurologique complet ne montre aucun signe d'altération appréciable à nos moyens d'investigation, en particulier aucun signe de la série cérébello-labyrinthique.

En résumé, un homme jeune, sans antécédents pathologiques, fait, après une courte période de céphalée avec fièvre, elle-même suivie d'une légère congestion pulmonaire apyrétique, un syndrome caractérisé par un nystagmus spontané intense, par un tremblement très accusé prédominant à la tête, par une réaction méningée avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, par hypercytose (20 lymphos pour une albuminose de 0,20).

Ce syndrome, qui est d'emblée à son maximum, ne tarde pas à régresser dès la deuxième semaine. Déjà très atténué au bout d'un mois et demi, il ne laisse aucune séquelle quand nous examinons le malade au troisième mois.

Quel diagnostic porter devant un pareil cas ?

Et tout d'abord à quelle infection le rattacher ?

La syphilis ne peut être en cause ; rien dans les antécédents, dans l'évolution, dans les réactions biologiques ne permet d'y penser.

On peut hésiter entre une névraxite épidémique et un épisode aigu de sclérose en plaques. Cette dernière hypothèse serait la plus vraisemblable. Il n'y a eu en effet aucun trouble de sommeil, aucune diplopie, aucune myoclonie, aucun symptôme délirant, qui plaide en faveur de l'encéphalite. Par contre, un nystagmus et un tremblement aussi intenses se rencontrent plutôt dans la sclérose multiple.

Il y a lieu cependant de remarquer que jusqu'ici ce malade n'a jamais présenté d'épisode pouvant être rattaché à cette infection et que la réaction du benjoin colloïdal est négative dans le liquide céphalo-rachidien (réaction qui est, il est vrai, loin d'être constante).

S'il s'agit de sclérose en plaques, nous devons être en présence d'un épisode aigu qui n'a laissé aucun reliquat, mais il faut faire des réserves pour l'avenir ultérieur.

A quelle localisation pouvons-nous attribuer ce syndrome ?

On a beaucoup insisté, depuis les travaux de Barré sur les troubles *vestibulaires* et le début vestibulaire de la sclérose en plaques (1). Les épisodes vestibulaires du début se traduisent, outre le nystagmus et le tremblement, par des vertiges, des vomissements, des troubles de l'équilibre, tous symptômes qui manquent dans notre cas. Sans doute, notre malade a de la difficulté pour marcher, mais celle-ci dépend du tremblement seul, il n'y a eu en effet ni titubation, ni pulsion ; les épreuves labyrinthiques cliniques, que nous avons pu rapidement pratiquer, montrent l'absence des signes de Romberg, de Barany de l'index, de Babinski-Weill (marche en étoile).

On a décrit des formes *cérébelleuse*, *cérébello-labyrinthique*, *ponto-cérébelleuse* (2). Elles se traduisent par l'association au syndrome sus-mentionné de dysmétrie, d'asynergie, d'adiadococinésie, tous symptômes, qui manquent chez notre malade.

(1) Barré. — Sclérose en plaques à forme labyrinthique presque pure. *Soc. O. N. O.*, Strasbourg, 9 février 1924. — Barré et Reys. Les troubles labyrinthiques dans la sclérose en plaques. *Soc. O. N. O.*, Strasbourg, 10 mai 1924. — Barré. Le début vestibulaire de la sclérose en plaques. *Pratique méd. franç.*, juillet 1929. — Vassal. Accidents labyrinthiques et évolution de la sclérose en plaques. *Soc. O. N. O.*, Strasbourg, 12 janvier [illegible]. — Foix et Bariéty. A propos de trois cas de sclérose en plaques à début vestibulaire. *Rev. O. N. O.*, novembre 1926. — Subirana et Guillaume. Importance des troubles vestibulaires pour le diagnostic précoce de la sclérose en plaques. *Ars medica*, février 1930. Subirana, Oller et Escardo. Exemple de début vestibulaire de sclérose en plaques. *Instituto medico farmaceutico*, 15 juin 1931. — Weve. Sur le début oculaire et labyrinthique de la sclérose en plaques. *Nederl. Tijdsche v. Geneeske*, [illegible] février 1931.

(2) Scherb. Sclérose en plaques fruste ou syndrome cérébelleux de Babinski. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, janvier-février 1905. — Roger, Reboul-Lachaux et Siméon. Paralysie persistante des deux droits externes au cours d'un syndrome cérébello-pyramidal dissocié. *Soc. O. N. O. du Sud Est*, 26 décembre 1926. — Froment, Dechaume et Imbert. Sclérose en plaques aiguë à forme de tumeur ponto-cérébelleuse : étude anatomo-clinique. *Lyon Méd.*, 20 juillet 1930. — Decourt. Ataxie cérébelleuse aiguë du type Leyden, suivie de guérison rapide. Sclérose en plaques probable. *Soc. neur.*, 5 novembre 1931.

Plus récemment Guillain et Mollaret (1) ont publié un cas complexe réunissant un tremblement intentionnel à type cérébelleux, un petit tremblement de type parkinsonien, de grands mouvements du type de l'hémiballisme et le distinguent sous le nom de forme *hypothalamopédonculaire* de la sclérose en plaques. Sans doute dans notre cas, l'intensité du tremblement pourrait se rapprocher de l'hémiballisme si ce tremblement n'était bilatéral et ne prédominait à la tête peu atteinte dans l'hémiballisme et si ce tremblement ne survenait beaucoup plus à l'occasion des mouvements qu'au repos.

C'est cependant dans la région mésocéphalique que s'est vraisemblablement localisé le substratum anatomique de cette lésion infectieuse passagère, peut-être au niveau des pédoncules cérébelleux, peut-être au voisinage du noyau de Deiters ou du noyau rouge, ou bien même vers les fibres arciformes, mais il nous est difficile de ranger ce cas dans une des formes connues des épisodes aigus de la sclérose en plaques.

Et ce qui le caractérise encore, c'est l'absence d'autres signes, en particulier de signes pyramidaux.

Une autre hypothèse étiologique vient d'ailleurs à l'esprit. Alors qu'autrefois nous avions rattaché à tort à peu près toutes les lésions du système nerveux à la syphilis, ne faisons-nous pas actuellement encore une fois fausse route en voulant faire rentrer la plupart des manifestations nerveuses aiguës dans le cadre de l'encéphalite ou de la sclérose en plaques ? Notre malade a présenté un court épisode de fièvre, suivi d'une congestion pulmonaire, il est vrai discrète et apyrétique. Ne s'agirait-il pas chez lui d'une infection grippale, d'une forme inhabituelle de pneumococcie encéphalitique ? Mouriquand ne vient-il pas d'attirer l'attention récemment sur les complications nerveuses de la pneumonie ?

Cette discrimination étiologique n'est pas sans importance. S'il s'agit de sclérose en plaques, il est bien à craindre que d'ici quelques années de nouveaux épisodes, plus ou moins graves, ne viennent assombrir le pronostic. S'il s'agit de virus grippal, de pneumococcie, les séquelles sont peu vraisemblables. Malheureusement en l'absence de tout critère biologique, l'évolution ultérieure nous permettra seule de conclure.

Je désire en terminant attirer l'attention sur le diagnostic parfois délicat de certaines infections à virus neurotrope et de la névrose. Un observateur, qui aurait vu ce cas tardivement, aurait été bien tenté de considérer ce tremblement bizarre et passager comme purement fonctionnel : l'accentuation du fait que le malade était observé, l'émotivité reconnue du sujet auraient, il y a quelques années à peine, imposé ce diagnostic. Cependant l'existence d'un nystagmus intense à la période aiguë ne permet pas le doute, de même la réaction du liquide céphalo-rachidien réalisant ce type curieux de dissociation albumino-cytologique avec hypercytose qu'avec Derrien, Mestrezat et Euzière, nous avons contribué à faire connaître, il y a déjà une vingtaine d'années.

(1) Guillain et Mollaret. — Sclérose en plaques avec tremblement cérébelleux, parkinsonien et hémiballisme. La forme hypothalamopédonculaire de la sclérose en plaques. *Soc. méd. hôp.*, 7 février 1930.

« Jusqu'à hier, on séparait radicalement les tuberculeux en curables et incurables, et le sanatorium de cure ne devait être ouvert qu'aux tuberculeux dits curables. Lorsque nous passons au crible de nos connaissances actuelles, ce diagnostic de tuberculose curable, tel qu'il était conçu naguère, nous nous apercevons que beaucoup de sujets ainsi qualifiés ne seraient plus aujourd'hui considérés comme de véritables tuberculeux, ou tout au moins comme de véritables malades. Combien de sujets simplement fatigués, chétifs ou présentant seulement quelques manifestations d'une ancienne lésion tuberculeuse arrêtée ont été considérés comme des malades justiciables, de la cure sanatoriale ? Il y a eu dans le passé bien des errements dans cette catégorisation absolue qui reposait sur une conception fausse de la maladie tuberculeuse. » (Professeur Léon Bernard. Les directives de la Lutte antituberculeuse. *La Revue de Paris*, 1er février 1933).

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Epidémiologie

L'épidémie de grippe de 1933 a permis de faire des constatations curieuses sur l'état refractaire des tuberculeux.

Sur les quarante-quatre malades du service huit étaient entrés avec la grippe et doivent être éliminés ; les 36 autres comprenaient 23 tuberculeux et 13 non tuberculeux ; les assistants au nombre de 10, étaient supposés sains. Les cas de grippe se répartirent ainsi :

23 tuberculeux, 7 grippés (30 %).
13 non tuberculeux, 6 grippés (46 %).
10 sujets sains, 5 grippés (50 %).

Bien que le nombre de ces cas soit assez faible, les chiffres précédents sont significatifs ; ils montrent que, dans le même milieu, à la même époque, au cours de la même épidémie, les tuberculeux sont relativement réfractaires à la grippe.

Pour la grippe, comme pour toute infection, il peut exister une immunité spécifique, acquise à la suite d'accès répétés mais peu virulents, incapables de déterminer un tableau clinique pathologique, mais suffisants toutefois pour produire une immunité progressivement croissante, bien qu'elle ne soit pas sujette à une démonstration biologique.

Il n'est pas niable que la grippe ne soit une des maladies qui ouvrent le plus fréquemment la porte à la tuberculose ; dans la pensée de l'auteur, ces processus aigus, qualifiés de grippe, que l'on retrouve dans les antécédents des tuberculeux adultes, seraient déjà des phénomènes d'activation ou de réactivation bacillaire. Quoi qu'il en soit, on peut admettre que les tuberculeux, réfractaires à la grippe, l'ont déjà eue et ont conservé une immunité suffisante pour les protéger d'un nouvel accès pendant une période de temps difficile à déterminer, bien qu'elle semble relativement courte.

Il y aurait lieu également de considérer comme facteur de défense non spécifique le potentiel de résistance acquis par un organisme atteint d'une infection chronique. Les tuberculeux se défendent mieux contre la grippe que les non tuberculeux atteints d'une infection quelconque et ces derniers se défendent encore mieux que les sujets sains. On voit fréquemment des personnes saines et robustes, en pleine jeunesse, en pleine force, succomber rapidement à la grippe, tandis que des chroniques résistent avec efficacité.

Parmi les facteurs extrinsèques, qui expliquent cet état réfractaire, figurent la résidence, le régime et le traitement.

En ville il est difficile d'avoir des chiffres précis ; on a vu que 50 % des personnes, vivant dans un domicile particulier, mais passant quelques heures à l'hôpital, contractent la grippe ; les tuberculeux de l'hôpital sont atteints dans la proportion de 30 %, tandis que les tuberculeux de sanatorium ne sont touchés que dans la proportion, beaucoup plus faible, de 13 % (épidémie de 1920).

Le régime, l'hygiène générale ont une influence certaine. Il en est de même du traitement, tant chimiothérapique que chirurgical.

(Jose Codina Castellvi. El estado refractorio de los tuberculosos pulmonares a la gripe en la epidemia de 1933. *Revista espanola de tuberculosis*, mars 1933.)

Chirurgie

Cinq cas de rupture du tendon d'Achille ont été traités avec les résultats suivants :

3 sutures précoces, 3 succès.
1 suture tardive, 1 résultat satisfaisant.
1 méthode non sanglante, 1 échec.

Une observation nous montre deux ruptures (une à chaque jambe) chez le même sujet.

a) La malade, acrobate de profession, exécute le saut périlleux et retombe d'une certaine hauteur sur la pointe des pieds. Il y a six ans, au cours de cette performance, elle se rompt le tendon d'Achille droit. Un chirurgien italien en pratique la suture immédiate. Quelques mois plus tard l'opérée reprend son métier.

Nous l'examinons, six ans après l'intervention, à l'occasion du second accident. Le tendon est normal, non adhérent à la peau. Depuis six ans le sujet pratique sans aucune restriction ses exercices acrobatiques.

b) Le même accident se produit en 1931 à l'autre jambe. La malade est admise dans le service du Professeur Neuman. Elle n'a pu se relever après sa chute. L'impotence du pied est presque totale. On ne trouve que quelques mouvements d'extension limités et sans force dus aux muscles de la jambe sans intervention du triceps sural. A 4 centimètres au-dessus du calcanéum on palpe une dépression en coup de hâche d'une largeur de deux doigts. Cette région est douloureuse. La contraction du triceps attire vers le haut le moignon tendineux proximal et accentue le diastasis.

L'intervention est pratiquée après deux jours par le Professeur Neuman, sous anesthésie générale. Incision longitudinale sur le tendon. On trouve une section assez nette. Le rapprochement se fait sans difficultés au catgut. Fermeture sans drainage, immobilisation en légère extension dans un appareil plâtré. Mobilisation après dix jours. Résultats éloignés parfaits.

(P. Cogniaux et L. Wybauw, de Bruxelles. A propos de cinq cas de rupture du tendon d'Achille. *Journal de chirurgie et annales de la Société belge de chirurgie*, février 1933.)

L'infarctus embolique du rein conduit souvent à des opérations basées sur des erreurs de diagnostic.

La littérature est assez pauvre en observations, une trentaine dont neuf de l'auteur ; on trouve cependant des infarctus rénaux récents dans 1,7 % des autopsies ; on trouve relevés des symptômes cliniques dans 8,5 % des cas.

L'infarctus rénal s'accompagne habituellement d'une élévation de la température ; le maximum (de 38 à 40°) est atteint du premier au quatrième jour ; puis survient une descente en lysis ; le retour à la normale se fait une semaine après.

Dans la plupart des cas la douleur survient subitement, sans prodromes ; elle atteint rapidement son apogée. Assez rarement elle présente une augmentation lente et progressive ou bien des variations d'intensité. Elle disparaît en général quelques jours après ; elle peut cependant, dans certains cas, durer plusieurs semaines. Elle est localisée dans la région des reins, bien que les douleurs abdominales soient susceptibles de prédominer. On signale, dans un quart des cas, des irradiations douloureuses vers la cuisse, l'aine, les organes génitaux.

On observe de l'albuminurie dans 4 cas sur 5, une hématurie dans 1 cas sur 2.

Les vomissements et la constipation sont fréquents.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les maladies douloureuses du rein et en outre avec la plupart des affections abdominales aiguës ; il présente généralement de grandes difficultés.

Le pronostic est assez bon, puisque l'infarctus représente simplement une réduction du parenchyme rénal.

Le traitement est purement médical.

(Evert Schildt. Ueber den aseptischen, embolischen Niereninfarkt. *Acta chirurgica scandinavica*, 13 avril 1933.)

La radio-chirurgie des corps étrangers s'est dépouillée graduellement des innombrables superfétations du passé et permet, moyennant un minimum d'appareillage, des réussites faciles et nombreuses.

La meilleure méthode est celle de l'extraction sous le contrôle intermittent des rayons et encore plus celle où le chirurgien fait tout lui-même, c'est-à-dire celle où il cherche, voit et extrait avec un minimum d'assistance.

Le procédé simplifié, auquel Raoul Hoffmann, de Genève, a abouti peu à peu, est d'une techique très sûre.

Le cas a été débrouillé par un premier examen à l'écran, pratiqué suivant les règles habituelles ; les radiographies ou les stéréo radiographies ont permis de connaître la profondeur et la localisation anatomique du corps étranger, dont la projection a été dessinée sur la peau.

La salle est éclairée à la lumière artificielle, jaune clair ou même simplement blanche ; l'adaptation de la retine est excellente à condition de proscrire absolument la lumière du jour.

L'écran fluorescent est d'un modèle réduit à manche ; il est inclus dans un sac stérilisé, qui présente sur le côté une ouverture circulaire, laissant partiellement à découvert le verre plombé.

Une pédale donne le courant soit à la lampe jaune-clair du plafond soit à l'ampoule Rœntgen.

Le chirurgien donne un premier coup d'œil à l'écran en actionnant la pédale, qui éteint la lampe jaune-clair et allume l'ampoule Rœntgen ; il constate la plupart du temps que la pointe du bistouri, appliquée juste au-dessus du corps étranger, ne coïncide pas exactement avec le petit dessin cutané.

Le chirurgien lâche sa pédale ; la lampe jaune-clair se rallume tandis que l'ampoule Rœntgen s'éteint. La lumière est très suffisante pour opérer. Il suffit de saisir le petit écran

stérile et d'appuyer sur la pédale pour obtenir toute nouvelle information radioscopique désirable.

Il est rare que deux ou trois de ces brefs contrôles à l'écran ne permettent pas de trouver le corps étranger, fût-ce à une profondeur respectable. On est toujours à nouveau étonné du caractère expéditif de la radio-chirurgie ainsi pratiquée. Surtout, on a l'agréable sensation de ne jamais travailler à l'aveuglette, mais de faire œuvre chirurgicale logique et claire, avec un minimum de délabrements. Et notons bien ceci, pour répondre à une objéction possible : les doigts du chirurgien ne pénètrent jamais dans le faisceau des rayons X, puisque ce faisceau est fortement étranglé par un diaphragme tenu presque fermé. Tout danger de radiodermite est donc écarté.

Avouerons-nous... que nous avons réussi l'extraction d'une aiguille, déjà vainement recherchée par un confrère, avec pour toute assistance celle d'un vague quidam qui n'avait jamais vu une opération chirurgicale et encore moins radio-chirurgicale ? Qui pi est, la percaïne, que nous avions malencontreusement employée à une concentration trop élevée..., fut très mal supportée ; la malade présenta tous les symptômes d'une ivresse, sans doute quinique, fort impressionnante, avec déséquilibre, agitation, vomissements. La situation pouvait paraitre compromise. Mais la simplicité de la méthode où le chirurgien fait pratiquement tout lui-même, permit de triompher de ces handicaps. Rapidement l'aiguille fut enlevée...

(Raoul Hoffmann, de Genève. Radio-chirurgie des corps étrangers. L'extraction sous le contrôle de l'écran. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 mars 1933.)

Parasitologie

Les traités de médecine tropicale ne suffisent pas pour se faire une idée exacte de la fréquence de la bilarziose intestinale en Afrique et pour retrouver ses principales manifestations dans la pratique journalière.

Les symptômes sont très variés et loin d'être pathognomoniques. Le patient indigène se plaint de douleurs vagues dans le thorax, le dos, le ventre, etc... En poussant un peu l'interrogatoire, on apprend qu'il évacue parfois des selles recouvertes de mucus et même de sang.

Il faut penser à la bilharziose. L'éosinophile sanguine confirme la possibilité d'une infection parasitaire, mais la certitude ne s'obtient qu'après avoir vu sous le microscope les œufs à éperon latéral. Faute d'examen microscopique, on s'expose à des omissions fâcheuses et à de vraies erreurs de diagnostic.

Certains malades présentent un aspect caractéristique que l'on peut décrire sommairement ainsi : grande maigreur, anémie, ventre très gros, œdèmes des extrémités inférieures ; l'examen clinique révèle dans ces cas une hypertrophie souvent très marquée du foie et de la rate. Le cœur lui-même peut être atteint : arythmie avec extrasystoles, souffle systolique à la pointe, ébauche de bruit de galop. Le taux d'hémoglobine descend jusqu'à 25 % ; l'urine contient de l'albumine. Sans un examen minutieux des selles, on laisse échapper trop souvent la véritable cause et on attribue cet aspect clinique au paludisme, à la syphilis, à une cirrhose.

Une histoire de malade illustre cet aspect particulier :

S. B., noir de 30 ans.

Il se sent malade depuis quelques mois, a des douleurs dans tout le corps, a beaucoup maigri. Il y a trois ans il a présenté de la diarrhée sanglante, mais maintenant il se trouve plutôt constipé et a perdu tout appétit.

Examen : Homme de grande taille, très maigri avec un ventre très proéminent. Cœur : sans particularité. Poumons : matité absolue à la base arrière droite, abolition de la respiration et des vibrations, une ponction exploratrice retire du liquide jaune-citrin.. Foie : le bord antérieur arrive à six travers de doigt au-dessous de l'apophyse xyphoïde, la surface est lisse. Rate : très hypertrophiée et dure. Ascite d'abondance moyenne. Urine : albumine positive. Selles : présence d'œufs de Bilharzia Mansoni. Température fébrile.

Ne voulant pas essayer le traitement de tartre stibié, je fais attendre le malade à l'hôpital jusqu'au moment où nous devons recevoir nos premiers échantillons de Fuadine. Entre temps nous pratiquons quelques ponctions pleurales et administrons des diurétiques, ainsi que quelques médicaments propres à stimuler la fonction hépatique.

Dès l'arrivée de la Fuadine il reçoit sa série d'injections et nous voyons avec étonnement la fièvre tomber graduellement et l'état subjectif s'améliorer. Les examens des selles ne permettent alors plus de retrouver des œufs de bilharzia. Nous gardons le patient encore quelques semaines à l'hôpital, où il reçoit du boldo, de la quinine et de l'arsenic, en même temps que nous pratiquons de la révulsion sur ses organes abdominaux malades, puis nous le laissons partir.

Plusieurs mois après il revient nous faire visite et nous dit qu'il se sent beaucoup mieux. La matité pulmonaire a beaucoup diminué. Le foie et la rate, bien que diminués de volume, sont cependant encore très gros et durs.

Le traitement a été conduit de la façon suivante. Dans la majorité des cas on a pratiqué des injections intraveineuses de tartre stibié ; on emploie une solution à 4 % et on fait trois injections par semaine. Pour un adulte on commence par une injection de 2 c.c. dilués au maximum dans la seringue de 10 c.c. ; on augmente d'un demi c.c. chaque fois jusqu'à atteindre 4 c.c. On fait en tout de 8 à 10 injections, ce qui porte à 1,08 gr. ou à 1,40 gr. la dose d'émétine donné en 18 ou 20 jours. Chez les femmes et les enfants on donne des doses plus faibles. Le seul inconvénient du tartre stibié est de provoquer, après les vomissements, des douleurs abdominales qui persistent et masquent les bienfaits du traitement.

Les injections intraveineuses d'émétine ont provoqué de violents vomissements.

Les essais faits avec la Fuadine ont paru heureux ; elle est cependant moins active que le tartre stibié ; elle n'est du reste pas sans inconvénient, car les malades se plaignent de nausées pénibles, de vomissements et d'un état de faiblesse fort désagréable.

Il reste à savoir combien a de chances de se réinfecter le malade guéri de sa bilharziose.

(A. Perret-Gentil. Notes sur les cas de bilharziose intestinale traités à l'hôpital de la Mission Suisse de Chicumbane (Afrique orientale portugaise). *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 mars 1933.)

Thérapeutique

La sérotheropie antiscarlatineuse s'est révélée efficace ; le serum Behring et le sérum Cantacuzino sont également bons. L'action est purement antitoxique.

L'effet se constate surtout dans les quatre premiers jours ; la fièvre tombe vingt-quatre heures après l'injection ; par contre l'influence est nulle sur les complications.

L'association hémo-sérothérapie donne les meilleurs résultats.

Pendant la période 1920-1931 il y a eu, à Cluj, 3.536 cas de scarlatine dont 191 cas mortels ; de l'analyse de ces cas on peut conclure à l'efficacité incontestable de la sérothérapie.

(Ion Gavrila. Mersul epidemiei de scarlatina la Cluj in ultimi lă ani si valoarea seroterapiei antiscarlatinoase. *Clujul Medical*, 1er janvier 1933).

L'anesthésie générale, associée à la sérothérapie massive, constitue le traitement le plus actif du tetanos sévère ; le chloroforme, généralement employé, n'est pas exempt de danger, surtout en cas de répétition ; la paraldehyde intraveineuse ; voici un cas de tetanos viscéral où cette association donna un résultat favorable :

R. M., 50 ans, souffrant d'un ulcère duodénal, fut soumis, le 16 septembre 1932, à une opération...

Le 1er octobre le malade accuse les premiers symptômes de tétanos...

Une fois le diagnostic établi, on pratique le jour même une injection intrarachidienne de 20 c.c. de sérum antilétanique, accompagnée de 30 c.c. par voie intramusculaire et 50 c.c. par voie intraveineuse.

Le 2 octobre les signes s'aggravent... On pratique de nouveau une injection de 40 c.c. par voie intramusculaire.

Le 3 octobre, pas d'amélioration malgré cette thérapeutique massive.

On décide alors le matin, vers onze heures, de faire sous anesthésie générale à la paraldéhyde. 20 c.c. de sérum dans l'espace sous-arachnoïdien, 80 c.c. intraveineux et 100 c.c. intramusculaire. Le soir, encore 60 c.c. par voie intraveineuse. Sommeil tranquille pendant huit heures...

Les deux jours suivants, 4 et 5 octobre, on applique le même traitement, c'est à-dire paraldéhyde et injection de sérum par les trois voies, rachidienne (20 c.c.), veineuse (60 c.c.) et musculaire (60 c.c.). Sommeil tranquille pendant 7-8 heures... Le soir encore une injection intraveineuse de 60 c.c. de sérum.

Le 6 octobre, on poursuit le traitement en injectant 20 c.c. intraveineuse et 20 c.c. intramusculaire.

Le 7 octobre, nouvelle anesthésie avec paraldéhyde et injection intrarachidienne de 20 c.c., intraveineuse de 20 c.c. et intramusculaire de 30 c.c.

A partir du 8 octobre une amélioration se dessine...

On continue deux jours consécutifs (8 et 9 octobre) le traitement : sous anesthésie à la paraldéhyde, on injecte 20 c.c. de sérum intrarachidien, 60 c.c. intramusculaire et 60 c.c. intraveineux. On pratique l'anesthésie un jour le matin, l'autre jour dans l'après-midi entre 4 et 5 heures.

Les 10 et 11 octobre 30 c.c. de sérum intraveineux et 30 c.c. intramusculaire.

Le 12 octobre 30 c.c. intramusculaire. Dans l'après-midi une dernière anesthésie générale, demandée par le malade pour se reposer pendant la nuit et 30 c.c. par voie intraveineuse pendant le sommeil anesthésique.

Le 13 octobre état général beaucoup amélioré...

On continue la sérothérapie antitétanique sous la forme suivante : 40 c.c. de sérum par voie intramusculaire jusqu'au 23 octobre et 10 à 30 c. c. en injection sous-cutanée jusqu'au 28 octobre.

Les signes disparaissent un à un...
Le 4 novembre le malade quitte la clinique complètement guéri.

En résumé le malade a subi sept anesthésies en douze jours, ce qui met en évidence la faible tonicité de la paraldéhyde. Il serait possible d'alterner chloroforme et paraldéhyde.

(I. I. Nitzescu et J. Jacobovici. Tétanos viscéral traité par la sérothérapie massive sous anesthésie à la paraldéhyde intraveineuse. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Bucarest*, mars 1933.)

Varia

L'automatisme des organes est très accentué (M. Ide, de Louvain).

Les myomes utérins et les adénites tuberculeuses représentent des deux conquêtes les plus brillantes de la rœntgenthérapie (J. et S. Ratera, de Madrid).

La tuberculose pulmonaire, qui ne relevait jusqu'alors que de la médecine interne, glisse de plus en plus vers la chirurgie, alors que — contraste frappant — la tuberculose dite chirurgicale ressort de plus en plus du domaine de la médecine, de l'héliothérapie, du *noli me tangere* (L. de Reynier, de Leysin).

J. Lafont.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Méningite ourlienne

Une observation de méningite ourlienne a été rapportée à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (2 mars 1933) par M. René Damade. Au sixième jour d'une infection ourlienne cliniquement bénigne est apparu, chez un enfant de 13 ans, un syndrome méningo-encéphalique caractérisé par de la raideur de la nuque avec signe de Kernig léger, engourdissement et diminution de la force musculaire de la main droite, brady-arythmie marquée, le tout évoluant avec une température aux environs de 39°. Ces accidents ont duré six jours et ont guéri sans séquelles.

Horaire de la douleur dans la sinusite frontale

Se basant sur 30 observations, M. Collet (*S. nat. de méd et des S. m. de Lyon*, 22 mars 1933) insiste sur la grande valeur de l'horaire de la douleur dans les sinusites frontales ; la crise douloureuse débute vers 8 ou 9 heures du matin, puis augmente d'intensité pour cesser vers midi. Le passage du décubitus à la position verticale, les changements de température expliqueraient le fait,

Série récente d'accidents dus à la chrysothérapie

MM. Dufour, Vachon et Brun ont présenté à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (14 mars 1933) sept observations d'accidents cutanéo-muqueux consécutifs à des injections de sels d'or. Ces accidents sont fréquemment rencontrés et, dans les cas présentés, ils n'ont pas de caractère particulier. Mais il est intéressant de constater qu'ils sont survenus au cours d'une même période ; ils ont donc pour cause la nature du produit employé, celui-ci appartenant à la même série de fabrication.

Tétanos aigu localisé

Voici le résumé d'une observation présentée à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, par MM. Pommé, H. Coumel et J. Lacroix.

Un jeune sujet de 21 ans, neuf jours après une blessure de la paupière supérieure gauche, blessure non suivie d'injection préventive de sérum, présente un syndrome tétanique à localisation céphalique homo-latérale (paralysie faciale tonique, trismus important, dysphagie). L'excision du foyer en tissu sain n'est qu'imparfaite, en raison de la région infectée : le lendemain, malgré une sérothérapie intense, la contracture gagne les muscles du cou et l'on voit s'installer une paraplégie en hyperextension avec crises spasmodiques subintrantes. L'état général est sévère. Au bout de sept jours, l'amélioration se dessine et la guérison est obtenue en vingt jours. On a injecté 2.230 c.c. de sérum ; les accidents sériques ont été très faibles.

Les auteurs insistent sur les deux points suivants :

1° L'intervention incomplète semble avoir ouvert aux toxines de nouvelles voies de pénétration, ainsi qu'en paraissent témoigner dès le lendemain l'aggravation des signes locaux et l'apparition de la paraplégie spasmodique. La succession d'un syndrome régional et d'une atteinte des membres inférieurs permet de signaler une analogie de plus entre les toxines diphtérique et tétanique ;

2° Les voies sous-cutanée et intramusculaire ont été les plus employées. On a eu recours à la voie intraveineuse au moment de l'extension du syndrome. La voie rachidienne n'a pas été utilisée.

Cirrhose atrophique alcoolique traitée par les injections iodo-iodurées

M. Chabé (*S. de M. et de Ch. de Bordeaux*, 16 févr. 1933) relate le cas d'une malade qui fut très améliorée par cette méthode après six injections, à raison de une par semaine.

Les convulsions de la coqueluche

Une communication de MM. Grenet et E. Mourrut à la Société de pédiatrie (16 mai 1933) attire l'attention sur la proportion élevée de convulsions chez les coquelucheux hospitalisés. En un an, sur 238 malades, ils en ont observé 24 cas. L'influence du jeune âge est également à noter ; dans 21 cas sur 24, il s'agissait d'enfants âgés de 3 mois à 2 ans.

Les convulsions surviennent à toutes les périodes de la coqueluche, même avant les quintes (deux cas). On les observe principalement dans les coqueluches compliquées : broncho-pneumonies et surtout otites, souvent latentes, auxquelles on doit attacher une grande importance. Elles ont dans tous les cas une extrême gravité (21 morts sur 24 cas).

L'examen anatomique de quinze cas a montré trois fois des lésions d'encéphalite (deux fois formes congestive et hémorragique, une fois périvacularite), dix fois des lésions d'œdème et de congestion (qui seraient toujours les lésions primitives, pour Willemin-Clog, Mély et Mlle Jung), deux fois, cerveau normal. Ils n'ont pas observé d'altérations purement dégénératives comme dans les cas de Husler et Spatz et de Dubois, Ley et Magnelie.

On doit repousser les théories mécaniques et celles qui invoquent l'existence d'hémorragies cérébrales ou méningées en foyer. De telles hémorragies semblent absolument exceptionnelles. On doit, semble-t-il, admettre l'origine toxi-infectieuse des convulsions et rechercher particulièrement l'otite constatée cliniquement dans les deux tiers des cas.

M. Cathala considère également que les hémorragies méningées dues à la coqueluche sont rares ; cependant il en a observé deux ou trois cas.

M. Hallé a observé deux cas de coqueluches compliquées d'encéphalite dont un avec hémiplégie.

Radiothérapie des métastases vertébrales des cancers du sein

M. Arcelin a traité deux fois des métastases vertébrales de cancer du sein par les rayons X. Les résultats qu'il a obtenus sont fort intéressants, et il semble que l'évolution de la métastase ait été au moins temporairement arrêtée.

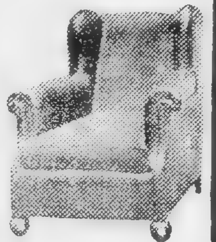
Dans un premier cas, les phénomènes vertébraux apparurent quinze ans après l'amputation du sein : douleur et paraplégie. On fait de la radiothérapie, les accidents cessent et la malade peut reprendre une vie normale.

Le second cas est analogue, sauf que la métastase vertébrale apparut vingt mois après le Halstead ; même résultat excellent.

Ces deux malades restent vivantes, sans troubles nerveux, dix-huit mois et deux ans après la fin du traitement par les rayons.

L'ictère dans la submersion

MM. Muller et Marchand (de Lille) ont présenté au XVIII° Congrès de médecine légale de langue française l'observation d'un ouvrier qui fut submergé accidentellement pendant quatre minutes. Ranimé au bout de trente minutes de respiration artificielle, il resta les jours suivants très asthénique. Douze jours après l'accident, la température atteignit 40°, puis oscilla autour de 39° pendant cinq jours. L'examen clinique ne révéla rien de spécial, sauf un subictère très net et une abondante albuminurie. L'état du malade s'améliora peu à peu et la guérison fut complète un mois et demi après l'accident. Après avoir éliminé la possibilité d'une spirochétose ictéro-hémorragique, les auteurs se sont demandé si l'hémolyse, réalisée par la pénétration brutale de liquide dans la circulation chez un submergé, ne pouvait pas provoquer le subictère et l'albuminurie par mise en liberté d'une grande quantité d'hémoglobine.



Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Quelques conseils à ceux qui veulent enseigner la physiologie. — *Extrait des* SOUVENIRS D'UN PHYSIOLOGISTE (*Professeur Richet.* APOLLON. *Revue Littéraire et Artistique des médecins*, juin 1933, *J. Peyronnet et Cie, édit.*) :

J'ai donné des conseils aux physiologistes qui voudraient entreprendre des recherches. Je peux me permettre aussi de donner quelques conseils à ceux qui veulent enseigner la physiologie.

Ils sauront d'abord qu'il existe de très nombreux et très bons traités de physiologie, et que, par conséquent, il est à peu près inutile de répéter dans son cours ce qui est dit dans tous les livres.

Evidemment on n'a pas à inventer, et il ne faut enseigner que ce qui est connu et classique. Mais, pour des étudiants en médecine qui ne suivront pas la carrière scientifique, il ne convient pas d'encombrer une leçon de citations, de chiffres et de documents. On n'a pas à faire un article de dictionnaire. Certes non ! Il faut, sous une forme aussi vivante et imagée que possible, exposer l'état actuel de la science sur tel ou tel point. Eliminez les détails trop techniques ; présentez les résultats acquis, éveillez les idées et donnez le goût de la physiologie, la plus belle des sciences médicales. Si les étudiants ont retenu seulement une ou deux phrases simples, décisives, on a bien compris son rôle de professeur. Il ne faut donc pas craindre de se répéter. Certaines vérités élémentaires doivent être exposées en se débarrassant des incertitudes qui feraient naître dans l'esprit des auditeurs l'idée que la science n'est pas fixée sur ce point.

Aussi bien donnerais-je le conseil de parler sans notes, car les notes et les indications bibliographiques relèvent de tout autre souci que celui d'un cours (1).

C'est pour la même raison que je faisais peu d'expériences à mon cours, car les étudiants les comprennent mal et ils s'intéressent plus aux réactions de l'animal qu'à l'exposé méthodique, logique, des faits expérimentaux. Il faut, je crois, toujours avoir la craie à la main pour schématiser, et simplifier les données, parfois très confuses, que présente dans ses détails une physiologie complète. Mon ami Laborde aimait à faire — et faisait très bien — une expérience délicate, destinée à montrer qu'il y a dans la moelle épinière des nerfs sensibles (postérieurs) et des nerfs moteurs (antérieurs), mais c'est à peine si deux ou trois personnes, en se penchant sur la plaie profonde et saignante, arrivaient à voir quelque chose, à constater les résultats de cette difficile expérimentation. On en apprend plus aux élèves en faisant au tableau noir le dessin d'une section de la moelle épinière avec les deux racines nerveuses qui en sortent.

Ne prolongez jamais votre leçon au delà d'une heure. C'est déjà beaucoup si l'étudiant vous a bien écouté pendant toute une heure. Persuadez-vous que vous parlez à des ignorants et parlez comme si vous aviez non pas à instruire, mais à convaincre.

D'ailleurs, j'ai peut-être tort de vouloir donner des conseils. Chaque professeur a sa manière de professer et sa personnalité éclate aussi dans son cours que dans ses livres. Volontiers je citerais l'histoire de ce personnage d'Ibsen, Peer Gynt, qui, entrant dans une grotte fantastique passe par divers couloirs mystérieux, et, à chaque pas qu'il fait dans un nouveau sentier tortueux, entend une voix qui lui dit : *sois toi-même*.

Quant aux examens que l'on doit faire passer aux étudiants, j'estime, contrairement peut-être à la pratique de quelques-uns de mes collègues, qu'il faut être d'une impartialité absolue. Peut-être même mon impartialité était-elle exagérée ; car, lorsqu'un candidat m'était recommandé, j'étais, malgre moi, mal

(1) On m'a dit que les professeurs allemands lisent leurs cours. Je ne puis guère le croire. Ce serait affreux !

disposé à son égard, et d'autant plus sévère qu'il m'était plus chaudement recommandé.

Je ne me contentais jamais d'une seule question ; sauf le cas très rare d'ailleurs, où la réponse était excellente. Une excellente et détaillée réponse suffit pour juger un candidat. Si la réponse est mauvaise, faites une autre question sur un autre sujet et même une troisième question encore. Que l'étudiant, s'il est refusé, comprenne bien qu'il a été refusé parce qu'il ne savait rien.

M. Béclard, la première fois que je fis passer un examen, me dit : « *Ne vous laissez pas troubler par ce que le candidat se prétendra intimidé. Un jour je posai à un étudiant une question simple. Il me dit qu'il était trop troublé pour répondre.* — « *Soit, lui dis-je. De quel département êtes-vous ? — Des Côtes-du-Nord.* » — « *Que fait votre père ?* » — « *Il est employé dans l'administration* ». — *Avez-vous frères et sœurs ?* » — « *J'ai un frère et une sœur.* » Alors, *me tournant vers mes collègues : Vous voyez, dis-je, quand Monsieur sait, il répond très bien.* »

Aux examens on obtient parfois des réponses comiques. Un étudiant savait à peine le nom du grand, de l'incomparable Lavoisier. Je lui demandai : « *Savez-vous comment il est mort* ? — *Il est mort*, me dit-il, *en faisant une expérience* (!) ».

Une autre fois, parlant de l'asphyxie et des plongeurs, je demandais au candidat : « *Quels sont les individus qui peuvent rester le plus longtemps sous l'eau* ? » Il me répondit : *les noyés.* C'était un étudiant malgache, dont je puis citer un trait, unique peut-être dans les fastes de l'Ecole. Après qu'il a été reçu à l'examen de physiologie, il a continué à suivre le cours ! !

Il est bon que chaque étudiant, en sortant d'un cours ait gardé une idée dominante qu'il retiendra toujours, une phrase, une formule qui laissera une trace indélébile dans sa jeune intelligence, et dont il conservera le souvenir toute sa vie. C'est beaucoup plus intéressant qu'une accumulation de détails techniques qu'il va oublier, détails que d'ailleurs il peut trouver dans tous les livres. Ces formules générales (lapidaires, oserai-je dire), il ne les trouve pas dans les livres, ou du moins elles ne se dégagent pas avec la netteté qu'on doit leur donner dans un cours.

Je vais citer quelques-unes de ces propositions générales : 1° Le créateur de la physiologie est Lavoisier. Il a dit : « *La vie est un phénomène chimique, une combustion obscure.* Avant lui on n'avait rien compris au phénomène de la vie. De même les travaux de Pasteur peuvent se condenser et se résumer en une petite phrase : « *La maladie, c'est le parasitisme* ».

2° *Le système nerveux est le grand maître du chimisme des tissus vivants*, la contraction musculaire est une combustion, et c'est le système nerveux qui la règle. Les sécrétions glandulaires aussi La pensée même, peut-être aussi.

3° Le système nerveux est le grand régulateur de la vie. Grâce à lui *par action réflexe une cellule retentit sur toutes les autres et toutes les autres retentissent sur elle.*

4° *Le métabolisme est d'autant plus actif que la température est plus élevée, si les animaux sont hétérothermes. Au contraire chez les homéothermes il est d'autant moins actif que la température s'élève.*

J'insiste souvent dans mes leçons sur la finalité. *Aucun organe n'est inutile.* On ne peut guère faire de physiologie sans développer cette idée, chère déjà au plus ancien et au plus génial des physiologistes, à Galien. Mais il ne faut pas tomber dans les ridicules excès du grand physiologiste de Pergame. En tout cas on ne peut pas s'empêcher de dire que les organes ont une fonction et qu'ils sont admirablement adaptés à cette fonction. Par exemple le globe oculaire, enchâssé dans l'orbite, est protégé par les os du crâne, par les paupières, par la sensibilité exquise de la conjonctive. Alors trois alternatives se présentent : dire qu'il est mal protégé, ce qui est absurde, — ne rien dire du tout de sa protection, ce qui n'est pas digne d'un professeur, — ou dire qu'il est bien protégé, ce qui est tellement évident, que j'aurais honte de ne pas oser le dire.

Le sang se coagule. Mais, s'il ne se coagulait pas, toutes les hémorragies seraient mortelles.

La peau n'absorbe pas les poisons. Mais, si elle les absorbait, on serait sans cesse empoisonné.

Allons plus loin dans la finalité.

Si nous suivons l'évolution des êtres à la surface terrestre, depuis qu'il y a des êtres vivants, c'est-à-dire depuis des millions de siècles, on aperçoit distinctement qu'un grand phénomène apparaît, c'est l'intelligence qui, nulle chez les primitives monères dont nous dérivons, médiocre chez les poissons et les reptiles, se développe chez les mammifères, et a pris chez l'homme une extension énorme. L'intelligence a crû non seulement en qualité, mais en quantité, puisque aujourd'hui l'homme et l'intelligence de l'homme couvrent la terre. Il y a donc là une

loi, car je ne saurais admettre que le Hasard puisse créer l'intelligence.

J'ai d'ailleurs développé ces idées sur la finalité dans un livre que j'ai écrit en collaboration avec mon illustre ami Sully Prud'homme.

Même si la cause finale nous échappe, pour le professeur qui fait son cours de physiologie, il s'agit d'un précieux moyens mnémotechnique. Et je n'en prendrai qu'un exemple. Chez les animaux asphyxiés, le cœur se ralentit énormément. C'est parce que le nerf pneumogastrique excité par l'absence d'oxygène ralentit les mouvements du cœur. Or, si l'on a coupé les nerfs pneumogastriques, le cœur ne peut plus se ralentir et alors la mort par l'asphyxie survient en trois ou quatre minutes, au lieu de durer huit ou dix minutes, comme sur les chiens dont les pneumogastriques sont intacts.

Je citerai encore un autre fait qui prouve à quel point il est important de rechercher la finalité. Les animaux dont on enlève la rate vivent aussi longtemps que les autres. On avait conclu témérairement que la rate ne servait à rien. Or, en observant des chiens dératés, j'ai vu que, pour vivre et conserver leur poids normal, ils étaient obligés de manger deux fois plus que les autres. Dois-je ajouter que j'ignore complètement par quel mécanisme la rate économise la consommation alimentaire ?

Que de choses je pourrais dire encore ! Mais je n'écris pas ici un traité de physiologie.

La greffe inter-raciale. — *Extrait d'un article du Docteur René Martial, article paru dans le* MERCURE DE FRANCE (15 juillet 1933) *et intitulé*: L'IMMIGRATION ET L'AVENIR DE LA FRANCE.

Qu'est-ce que la greffe inter-raciale ?

C'est une opération démographique qui consiste à prélever sur un peuple (émetteur ou donneur) une partie plus ou moins grande de la population pour la greffer sur, ou mieux dans, un autre peuple (récepteur). La comparaison avec la greffe chirurgicale ou avec la greffe arboricole ne manque pas d'analogies. Il en va de même avec la transfusion du sang.

Mais, de même qu'en arboriculture ou en biologie, la greffe inter-raciale ne peut être, pratiquée qu'après une étude complète du peuple émetteur et une préparation minutieuse du peuple récepteur. Autant d'études et d'opérations qui n'ont pas été faites jusqu'à ce jour, de sorte que l'immigration est demeurée une opération démographique abandonnée, en France du moins, aux seuls empiriques, — en France du moins, parce qu'il n'en est pas ainsi, depuis 1928, en A. O. F. et en A. E. F., non plus qu'aux Etats-Unis, — mais là, seulement en ce qui concerne l'admission, toutes les opérations ultérieures ayant toujours été omises.

. . . .

La population française présente-t-elle de nos jours la même plasticité que celle des siècles passés ? Il serait difficile d'en juger par les apparences. Mais ici intervient un facteur important : celui de la biologie anthrohologique.

On a établi, au moyen d'expérience sur le sang, que les globules rouges d'un individu donné présentent certaines propriétés agglutinantes constantes qui sont du type 1, 2, 3 ou de 0. Dans une même race, il y a plus ou moins de 1, de 2, de 3 ou de 0. Le rapport entre les valeurs des globules rouges donne un chapitre qu'on appelle l'index biochimique. Chaque race a son index. Ces index ont déjà été déterminées pour une soixantaine de peuples environ. Les recherches continuent.

Si l'on consulte la liste de ces index, on s'aperçoit qu'on peut la diviser en trois groupes : un groupe très nombreux dont les index sont égaux ou inférieurs à celui des Français ; un second groupe, l'anglo-saxon dont l'index est nettement supérieur à celui des Français ; un troisième groupe, nombreux, dont les indexs sont très inférieurs. Si l'index bio-chimique des Français est égal à 3,2, celui des Anglo-saxons sera de 4,4 et celui des Annamites de 0,6.

Si, d'autre part, on dresse la liste des peuples qui ont concouru à la formation de la France, on constate qu'elle se compose à peu près, ligne pour ligne, des peuples dont l'index est égal ou inférieur à celui des Français, les autres demeurant nettement en dehors, malgré des contacts fréquents : Anglais, Nègres, par exemple. La règle n'est pas absolue, mais un peuple seulement qui a contribué à la formation de la population française a un index de 2/10 plus élevé que le Français ; de par ailleurs, on peut citer la lignée des trois Alexandre Dumas : le général et les deux écrivains, descendants d'une négresse et d'un Français. Or, l'index bio-chimique des nègres est très inférieur au nôtre.

La confrontation des données historiques et des données biologiques fournit une concordance si surprenante qu'il n'est pas possible de la négliger. Sans préjudice de ce que les études en cours, nous enseigneront de nouveau sur le sujet, — sur quoi nous faisons toutes réserves, — on est conduit à penser que la plasticité actuelle du peuple français, envisagée sous l'angle biologique, est égale à ce qu'elle fut autrefois et que son pouvoir de résorption n'est pas atteint. Il restera à déterminer la quantité et la qualité des éléments résorbables.

Pour que la greffe inter-raciale réussisse, il ne suffit pas de connaître le greffon, il faut préparer le greffé ou récepteur. Cette préparation comporte une organisation matérielle, des directives politiques et une législation. Rien de tout cela n'existe en France. Les Etats-Unis ont une politique et une législation extérieure, mais non intérieure. L'Argentine n'a qu'une législation, mais pas de politique, de même que le Brésil.

Ce n'est pas avec des lois de circonstance et de détail qu'on crée une législation de l'immigration (et à quoi nous sert la réciprocité, puisque les Français n'émigrent pas ?) que l'on fait une politique. Une politique de l'immigration suppose un choix parmi les peuples, un choix ethnographique, psychologique et politique.

. . . .

La qualité importe plus que la quantité, pour la France. Pour que l'immigrant joue son rôle démographique essentiel, pour qu'il soit le bon ferment, il faut que sa sélection soit aussi irréprochable que possible. Quant au nombre, c'est une question qu'il n'est pas possible d'élucider encore maintenant. Nous dirons seulement qu'il nous paraît nécessaire, à tous égards, que la France résorbe au minimum deux millions d'individus d'ici un siècle, et que notre Afrique du Nord : Tunisie, Algérie, Maroc, y compris les confins sahariens, en absorbent, dans le même temps, un nombre égal.

Aix-les-Bains mérite bien le nom que lui a donné un de nos confrères : Arthropolis. (M. TERRAY. *Gazette des hôpitaux.*)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 34 LE NUMÉRO : 50 Centimes 26 AOUT 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Pascal, conseiller général du Morbihan ; Hoeffel, conseiller général du Bas-Rhin ; Burg (de Nice).

(Promotion de l'Algérie.) *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Murat (d'Alger).

PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Babeau (de Tours).

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur : F. RATHERY.) — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré* (du 16 au 28 octobre 1933). — Ce cours sera fait par M. le Professeur RATHERY, avec la collaboration des Professeurs TERRIEN et JEANNIN, de M. PLANTEFOL, des Docteurs THALHEIMER, BOLTANSKI, FROMENT, DÉROT, Germaine DREYFUS-SÉE, KOURILSKY, Julien MARIE, MOLLARET, Maurice RUDOLF, SIGWALD et DOUBROW.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Etude biologique du diabète* : La glycémie normale et le métabolisme des glucides. — Les troubles du métabolisme dans le diabète. — Le métabolisme basal chez les diabétiques. — L'acidose diabétique. — La physio-pathologie du diabète.

II. *Les méthodes d'examen d'un diabétique.*

III. *Etude clinique du diabète* : Le diabète simple et le diabète consomptif. — Le diabète infantile. — Le diabète rénal. — Le diabète bronzé. — Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme). — Diabète et grossesse.

IV. *Les complications du diabète* : Les petits accidents nerveux. — Les accidents oculaires. — Les accidents cutanés: furoncles, anthrax, diabétides. — Les accidents cardio-vasculaires. — Le collapsus cardiaque. — Les gangrènes diabétiques. — Le coma diabétique. — Tuberculose et diabète.

V. *Les thérapeutiques du diabète* : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. — L'insuline, ses propriétés et son mode d'action. — Les traitements chimiques et hydrologiques. — Les succédanés de l'insuline. — Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. — L'insulino-résistance. — Le traitement du coma diabétique. — Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. — Diabète et chirurgie. — L'avenir du diabétique.

EXERCICES PRATIQUES. — Les auditeurs du cours seront initiés, par petits groupes, aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète :

Le dosage du sucre urinaire. — Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée. — Le pH et la réserve alcaline. — La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide béta-oxybutyrique. — Le métabolisme basal. — Les lésions anatomo-pathologiques.

Les exercices pratiques seront faits sous la direction de Mme PLANTEFOL et Mlle LÉVINA, du Docteur DOUBROW et de M. DE TRAVERSE.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le Professeur RATHERY.

INSCRIPTIONS. — Les inscriptions à ce cours sont reçues, dès maintenant, à la Faculté de médecine soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine. Métro Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques (Insuffisance cardiaque, angine de poitrine, douleurs précordiales, syncopes).* — Ce cours qui aura lieu du 13 au 23 novembre 1933 sera fait par M. Camille LIAN, avec la collaboration de MM. HAGUENAU, H. WELTI, A. BLONDEL, ALIBERT, DEPARIS, EVEN, GILBERT-DREYFUS, MÉNÉTREL, P. MERKLEN, MORICARD, ODINET, PAUTRAT, P. PUECH, RACINE, M. MARCHAL, GOLBLIN, BRÉANT et ROY, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi, à 15 heures et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

PROGRAMME. — Lundi 13 novembre, 10 heures, M. LIAN : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. BLONDEL : Examens cliniques. — 15 heures, M. BLONDEL : Dyssystolie et hyposystolie. — 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : La toux cardiaque.

Mardi 14 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique. — 15 heures, M. ODINET : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire. — 16 heures, M. DEPARIS : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Asystolie.

Mercredi 15 novembre, 10 heures, M. LIAN : Le bruit de galop. 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire gauche. — 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2 : M. HAGUENAU : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 16 novembre, 10 heures, M. LIAN: Le pouls alternant. — 11 heures, M. MARCHAL : Examens radiologiques. — 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës. — 16 heures, M. PAUTRAT : Démonstration d'oscillométrie. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire droit.

Vendredi 17 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique. — 15 heures, M. BLONDEL : Diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque. — 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. ALIBERT : L'insuffisance cardiaque des affections respiratoires.

Samedi 18 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. MORICARD : Accidents gravido-cardiaques. — 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. BRÉANT : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Lundi 20 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Considérations générales sur les angines de poitrine. — 11 heures, M. LIAN : Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine. — 15 heures, M. BLONDEL : Forme commune de l'angine de poitrine. — 16 heures, M. EVEN : Mesure et valeur séméiologique de la pression veineuse. — 17 h. 1/2, M. RACINE : L'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 21 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique. — 15 heures, M. MÉNÉTREL : Traitement des asphyxies. 16 heures, M. PUECH : Examen du cœur à l'autopsie. — 17 h. 1/2 M. BLONDEL : Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 22 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement médical des angines de poitrine. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. WELTI: Traitement chirurgical des angines de poitrine. — 16 heures, M. RACINE : Epreuves fonctionnelles cardiaques. — 17 h. 1/2, M. BARRIEU : Traitement hydro-minéral des angines de poitrine.

Jeudi 23 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Douleurs précordiales. — 11 heures, M. MARCHAL: Exercices radiologiques. — 15 heures, M. ODINET : Les syncopes. — 16 heures, M. P. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique. — 17 h. 1/2, M. LIAN : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours : ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères, veines et capillaires ; 4° endocarde, péricarde, myocarde et, aorte. Le cours de juin 1934 portera sur les maladies des artères veines et capillaires ; il sera suivi d'un voyage aux stations hydro-minérales cardio-vasculaires.

S'inscrire, ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès du Docteur Blondel, premier assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription 250 francs.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — *Cours de révision d'une semaine* (6 *au* 11 *novembre* 1933) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du Professeur Emile SERGENT et de M. C. LIAN, de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés ; P. PRUVOST, WEISSENBACH, JOANNON, BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON.

PROGRAMME DU COURS. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi, démonstration pratique.

Lundi 6 : M. LIAN, hôpital Tenon. — Mardi 7 : M. AUBERTIN, hôpital de la Pitié ; mercredi 8 : Professeur SERGENT, hôpital Broussais ; jeudi 9 : M. FERNET, hôpital Broca (service de M. Weissenbach) ; vendredi 10 : M. CHABROL, hôpital Saint-Antoine ; samedi 11 : M. PÉRISSON, hospice de la Salpêtrière (service du Professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital Broussais, 3 à 4 heures, démonstration pratique (service au laboratoire du Professeur Sergent) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 et 6 h. 1/2, conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du Professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le Professeur Sergent.

Lundi 6 : 3 heures à 4 heures, M. Henri DURAND (tuberculose). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Professeur SERGENT (appareil respiratoire). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (appareil respiratoire).

Mardi 7 : 3 heures à 4 heures, M. LIAN (cœur, vaisseaux). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. PÉRISSON (neurologie). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie, nutrition).

Mercredi 8 : 3 heures à 4 heures, M. PÉRISSON (neurologie). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. DUVOIR (médecine légale). — 5 h. 1/2 à 6 heures, M. HARVIER (endocrinologie). — 6 heures à 6 h. 1/2, M. ABRAMI (pathologie générale).

Jeudi 9 : 3 heures à 4 heures, M. FERNET (peau et syphilis). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (peau et syphilis). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston DURAND (intestin).

Vendredi 10 : 3 heures à 4 heures, M. WEISSENBACH (médecine générale). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston DURAND (estomac). — 5 h. 1/2 à 6 heures, M. JOANNON (hygiène). — 6 heures à 6 h. 1/2, M. AUBERTIN (sang).

Samedi 11 : 3 heures à 4 heures, M. BLECHMANN (pédiatrie). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN (pédiatrie). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. LIAN (cœur, vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine, ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 16 heures (sauf le samedi) salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien au secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Droit d'inscription 250 francs.

Inspecteur d'hygiène. — Un concours est ouvert dans le département de l'Aisne pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène chargé des dispensaires et de l'inspection scolaire, il est réservé aux hygiénistes en fonctions et aux diplômés.

Traitement 38.000 francs à 43.000 francs plus 15.000 francs de frais de déplacement et avantages courants.

Le concours aura lieu au ministère de la Santé publique, rue de Tilsitt, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Les dossiers devront être réunis pour le 28 septembre au plus tard.

Pour tous renseignements s'adresser à l'Inspection départementale d'hygiène, Préfecture de l'Aisne, à Laon.

UMFIA. Prochaine conférence des Voix Latines. — Le Docteur Lutrario, ancien directeur général du Service de la Santé publique, délégué à la Société des Nations, membre d'honneur de l'UMFIA ou Union médicale latine, représentant l'Italie au Comité international d'hygiène publique, fera le lundi 23 octobre, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, une conférence sur : *La rédemption de la terre romaine par l'hygiène. La fin des anciens Marais Pontins.* Cette conférence sera présidée par Son Excellence, le Comte Pignetti Morano di Custoza, ambassadeur d'Italie à Paris.

Le Docteur Lutrario s'exprime en français d'une façon admirable. Il est très intéressant que des Italiens viennent nous exposer des sujets de haute portée, mais comme le disait Son Excel-

lence le Comte Pignetti Morano di Custoza, il est à souhaiter, que nous Français, allions parler de la France, en Italie.

A partir du 1er octobre, on pourra trouver des cartes, chez le Docteur Dartigues, président de l'Union médicale, latine, 81, rue de la Pompe, Paris 16e ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris ; à l'Ambassade d'Italie, 50, rue de Varenne, Paris ; au Consulat général d'Italie, 3, avenue de Villars, Paris ; Casa degi Italiani, 12, rue Sédillot, Paris ; Dante Alighieri, 248, rue de Rivoli, Paris.

XXe Congrès de la Société italienne de psychiatrie. Le XXe Congrès de la Société italienne de psychiatrie se tiendra à Sienne, du 1er au 4 octobre.

Questions à l'ordre du jour :

1° *Diagnostic des encéphalopathies de la première enfance.* Rapporteur : Professeur Balduzzi.

2° *Psychasthénie.* — Rapporteur : Professeur Puca.

3° *Les nouvelles réalisations de l'assistance hospitalière psychiatrique à l'étranger.* — Rapporteur : Docteur Manzoni.

Rappelons que les présidents du Comité permanent sont les Professeurs A. d'Ormea et G. Ayala, et le président de la Société est le Professeur Donaggio.

Pour tous renseignements, s'adresser sans retard au secrétariat général, « Ospedale Psichiatrico di S. Niccolo », in Siena (Italie).

Voyage médical en Belgique (3-10 septembre 1933.) — La Ville de Spa et la Compagnie fermière Spa-Monopole organisent le 3 septembre prochain, au départ de Paris, un voyage d'études médicales en Belgique, sous la présidence d'honneur de M. le Professeur Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, prix Nobel ; avec le concours de M. le Professeur Herland, recteur de l'Université libre de Bruxelles ; de MM. les Bourgmestres de Spa et d'Ostende, et sous la direction scientifique de M. le Professeur agrégé Thévenot, de la Faculté de médecine de Lyon.

L'itinéraire comporte d'abord la visite de Spa, de ses sources et de ses établissements thermaux. Des excursions dans les environs de la station et dans les Ardennes sont prévues, notamment aux grottes de Remouchamps, à la Baraque Michel et au Barrage de la Gileppe.

Le voyage se continuera par la visite de Louvain et de Bruxelles. Il se terminera le 10 septembre à Ostende, avec retour à Paris dans la soirée.

Des démonstrations médicales, scientifiques et historiques seront assurées durant tout le parcours. Des visites sont prévues à la nouvelle Université libre et à la Faculté de médecine de Bruxelles ; à l'Institut du cancer à Louvain ; au sanatorium de Borgoumont ; au nouvel établissement thermal et aux installations maritimes d'Ostende. De nombreuses réceptions seront offertes aux voyageurs à Spa, Bruxelles et Ostende. La plus grande partie des parcours sera effectuée en autocars et le logement est prévu dans les meilleurs hôtels de Belgique.

Ce voyage est réservé aux médecins et à leur famille. Les étudiants en médecine sont admis. Le droit d'inscription est de 100 francs et la cotisation est fixée à 1.100 francs, y compris le trajet Paris-Spa et retour.

Pour tous renseignements complémentaires (programme détaillé, adhésion, instructions, conditions, etc.), écrire au Secrétariat du Voyage médical belge, 38, avenue Auber, à Nice.

Nécrologie. — Docteur Baudot, de Dijon. — Docteur Maurice Cosson, de Tours, décédé à Porquerolles. — Docteur Degouy, d'Amiens. — Docteur Derien, de Rohan (Morbihan). — Docteur Filaudeau, de la Roche-sur-Yon (Vendée). — Docteur Maurice Froidure, d'Amiens. — Docteur Garnier, de Nantes. — Docteur Clovis German, de Pernes (Vaucluse). — Docteur Jules Gross, médecin colonel en retraite, décédé à Colmar. — Docteur Gurval-Poirier, de Nantes. — Docteur André Herrenschmidt, de Paris, 23, rue Franklin (XVIe), décédé dans sa 59e année. — Docteur Jorrand, de Guéret (Creuse). — Docteur Louis Manonviller, de Voisey (Haute-Marne). — Docteur Auguste Metz, d'Epfig (Bas-Rhin). — Docteur Clément Petit, de Sainte-Foy-les-Lyon, décédé dans sa 71e année. — Docteur Sabatier, décédé à Varennes-sur-Allier, dans sa 66e année. — Docteur Samuel, de Mulhouse. — Docteur Socin, de Strasbourg. — Docteur Charles Will, de Diemeringen (Bas-Rhin). — Antoine Girard, pharmacien, officier de la Légion d'honneur, conseiller du commerce extérieur, décédé en son château de Parisis-Fontaine (Oise), le 11 août. — Docteur Gaetano Parlavecchio, de Rome, chirurgien. — Docteur Joseph Verco, d'Adélaïde (Australie), ancien président de la Société royale de médecine de l'Australie du Sud. — Docteur Tytus Vararec, médecin chef de l'hôpital de Lvow. — Professeur Kummer, de Genève.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'endocrinothérapie des cancers (1)

Par le Docteur **Joseph LERICHE** (de Joigny).

Je me propose de vous présenter quelques formules d'endocrinothérapie anticancéreuse dont la mise au point repose, à l'heure actuelle, sur un nombre élevé d'observations cliniques et expérimentales.

Permettez-moi de vous rappeler que les recherches de laboratoire poursuivies dans ces dix dernières années sur cette importante question, notamment en Italie et en Belgique, ont apporté la preuve expérimentale que les perturbations fonctionnelles des glandes endocrines jouaient un rôle très important dans la genèse du terrain précancéreux et dans le processus évolutif de la maladie.

Dans le cancer provoqué sur le lapin ou le cobaye, soit par des badigeonnages au goudron, soit par l'application locale de rayons X ou après l'ingestion des parasites, Kotzareff et Fischer rapportent qu'il existe, avant la cancérisation, une modification très nette du métabolisme local et général. « Les examens chimiques de l'urine, du sérum et des organes de l'animal, sacrifié avant sa cancérisation, démontrent la présence de différentes substances qu'on ne trouve pas normalement ou qui sont augmentées quantitativement. De plus, le foie, la rate, les reins, les capsules surrénales, les testicules, les ovaires présentent des lésions organiques. »

Mes recherches personnelles m'ont conduit à des observations absolument semblables. Je les ai résumées, en 1929, dans une étude sur la pathogénie des cancers et je terminais par les conclusions suivantes : « Les viciations de sécrétion entraînent des troubles profonds dans les phénomènes diastasiques, et ces troubles sont aggravés par la perturbation des corps chimiques dont la plupart sont des co-diastases.

La succession ininterrompue des phénomènes pathologiques, consécutifs aux troubles physico chimiques et diastasiques, modifie les constantes électriques de la cellule et des humeurs, affecte le mécanisme des actions et des interactions tissulaires, altère le métabolisme des composants cellulaires et désagrège lentement le faisceau des forces statiques et régénératives de la cellule. L'enchaînement progressif de ces déviations marque les étapes du terrain précancéreux et de la cancérisation. »

Nous retrouverons toujours des déficiences polyglandulaires dans le cancer en évolution. D'autre part, comme l'a écrit Dartigues « Les glandes endocrines travaillent en commun, se complètent, se suppléent ou se compensent ». La solidarité physiologique et pathologique de ces glandes, où les viciations de sécrétion de l'une d'entre elles suffisent à entraîner celles des autres dans un temps donné, aboutit à la cachexie cancéreuse dont les étapes successives correspondent à l'effondrement progressif du système endocrinien. Ces importantes données m'ont conduit à préconiser, surtout à la période tardive des cancers et chez les vieillards où les innombrables artérioles des endocrines sont plus ou moins atteintes de sclérose (ce qui constitue une entrave permanente à leur mécanisme fonctionnel) les extraits de toutes les endocrines (excepté l'hypophyse qui est la glande du gigantisme et de la prolifération) non seulement pour combattre des insuffisances glandulaires multiples simultanées, mais aussi pour éviter, en stimulant un organe par l'extrait correspondant, d'exercer une action inutile ou même nuisible sur d'autres organes que le même extrait est capable d'inhiber.

Les récents travaux de l'école italienne, entre autres les travaux de Fichera et ses élèves, ont apporté des précisions sur le pouvoir antinéoplasique de certaines glandes à sécrétion interne. Dans une série d'expériences du plus haut intérêt, et dont le protocole a été publié par Pacetto dans la *Revue Internationale d'études cancérologues*, ces auteurs ont démontré que la rate, le thymus, les glandes lymphatiques, la moelle osseuse, le sang, sont doués de propriétés antiblastiques et oncolytiques, de telle sorte que, grâce à l'activité normale de ces organes, l'organisme est pourvu de vertus antinéoplasiques. Inversement, leur dysfonction constitue l'essence de l'état humoral précancéreux et est un des facteurs indispensables pour qu'un néoplasme puisse se développer.

Les propriétés anticancéreuses du thymus sont depuis longtemps connues. Elles avaient été antérieurement signalées par Gower et Boulogne, et elles ont été confirmées, en 1931, par François, de l'Institut du cancer de Louvain.

Dans ces dernières années, l'école belge a apporté une large contribution à l'étude des dysfonctions endocriniennes dans la pathogénie du précancer et dans le cancer en évolution. Les belles recherches de Slosse et Reding sur l'équilibre acide-base et l'équilibre ionique ont démontré que « l'ablation des parathyroïdes reproduit exactement les mêmes troubles humoraux que ceux qui existent dans le cancer, c'est-à-dire un pH hyperalcalin, une chute de la concentration en calcium et une rupture du mécanisme neutralisateur ».

Ces auteurs ont également démontré, confirmant ainsi mes recherches personnelles publiées en 1927, que « l'altération du mécanisme glyco-régulateur existe à la période précancéreuse et qu'elle ne diffère de celle de la période cancéreuse que par une question d'intensité ».

Dans le même ordre de faits, Maisin (de Louvain) et ses élèves ont utilisé avec succès l'extrait de cervelle, associé aux extraits de rate et de moelle osseuse. L'extrait de cervelle jouit apparemment de propriétés très complexes, et celles-ci doivent exercer une action excito motrice et équilibrante sur tout le système endocrinien.

Telles sont, brièvement exposées, les données fondamentales de l'endocrinothérapie anticancéreuse, telle que je la conçois. Ce sont ces données qui ont servi de base aux formules suivantes dont j'ai longuement étudié la posologie et où chaque dose représente l'équivalent en poids de glande fraîche.

Première formule :

Rate	0 gr. 75
Thymus	0 gr. 60
Cervelle	0 gr. 60
Moelle rouge	0 gr. 60
Ganglions lymphatiques	0 gr. 60
Parathyroïdes	4 milligrammes

Pour une ampoule de trois centimètres cubes.

Deuxième formule :

Rate	1 gr. 50
Thymus	1 gramme
Cervelle	1 gramme
Moelle rouge	1 gramme
Ganglions lymphatiques	0 gr. 50
Parathyroïdes	6 milligrammes

Pour une ampoule de cinq centimètres cubes.

Le choix de l'une ou l'autre de ces préparations qui se différencient par le taux de concentration, reste essentiellement subordonné au degré de l'évolution du cancer, et dans les cancers avancés je donne généralement ma préférence aux ampoules de cinq centimètres cubes.

Je pratique alors, tous les trois jours, une injection in-

(1) Communication faite aux Journées d'études biologiques du cancer, Bordeaux, 12 au 14 mai 1933.

tramusculaire profonde dans le tiers supérieur de la fesse. Ces injections ne sont nullement douloureuses si l'on a soin d'injecter le liquide avec lenteur.

Permettez-moi maintenant de vous signaler le fait suivant. J'ai observé, à maintes reprises, que dans les cancers à forme hémorragique, l'administration des parathyroïdes entretient et même provoque les hémorragies. Je ne vous expliquerai pas ce phénomène, mais je le signale à votre attention. J'utilise dans ces cas spéciaux une formule polyglandulaire de cinq centimètres cubes, semblable à celle que je viens de vous communiquer, en y supprimant les parathyroïdes. Lorsque tout danger d'hémorragie a disparu, je reprends l'une ou l'autre des formules à base de parathyroïdes.

Indépendamment de ces préparations, dont la composition leur confère une place de premier plan dans le traitement médical des cancers, j'ai établi deux autres formules pour parer aux déficiences glandulaires multiples et en quelque sorte généralisées qui, à certain moment, caractérisent l'état cancéreux et précipitent la marche de la maladie.

Première formule :

Foie	0 gr. 30
Pancréas	0 gr. 30
Ovaire	0 gr. 30
Thyroïde	0 gr. 15
Surrénales	0 gr. 12

Pour une ampoule de trois centimètres cubes.

Deuxième formule :

L'ovaire y est remplacé par l'extrait testiculaire, à la même dose.

J'associe à l'une ou l'autre des préparations précédentes, et en les mélangeant dans la même seringue, un ou deux ou trois centimètres cubes selon les cas et suivant le sexe du sujet à traiter. Dans tous les cas, j'applique l'endocrinothérapie pendant trois semaines et laisse le malade au repos pendant une semaine, pour reprendre ensuite le traitement suivant le même rythme.

Je terminerai en vous disant qu'il importe de mener de front un traitement chimique judicieusement conduit. Ce traitement comporte un développement spécial et fera l'objet d'une autre communication.

Hémorragie au cours de l'accouchement par rupture d'un vaisseau funiculaire prævia

Par Henri VIGNES

On sait que, dans un certain nombre de cas, le cordon au lieu de s'insérer sur le placenta s'insère sur les membranes. A partir de cette insertion, les vaisseaux rampent dans les membranes jusqu'au bord du placenta, soit en deux groupes principaux séparés par un delta de membranes, soit en patte d'oie avec des vaisseaux intermédiaires surajoutés entre les deux groupes principaux de la fourche. Dans un cas de ROUVIER, (Rupture durant le travail d'un rameau vasculaire dissocié du cordon dans les cas d'insertion vélamenteuse. *Province Médicale*, 28 mai 1910, p. 2377), l'épanouissement des vaisseaux commençait à onze centimètres environ du bord placentaire et la base d'insertion mesurait 30 centimètres, c'est-à-dire la moitié de la circonférence du placenta. Les vaisseaux se divisaient en sept branches divergentes.

La fréquence de cette anomalie est diversement appréciée : LEFEVRE (*Thèse* 1896) un pour cent, SICKEL, un pour cent soixante, THÉVENOT (*Annales de Gyn.*, mars 1881, p. 161), un pour cinq cents. La fréquence est plus grande pour les grossesses doubles que pour les grossesses simples, les vaisseaux dissociés courant dans la cloison intraovulaire. MIRANOFF a constaté, dans les gémellaires, une fréquence de 5 %. On l'observe aussi souvent dans le placenta prævia.

Cette anomalie anatomique peut se compliquer d'hémorragie si les vaisseaux sont prævia et contenus dans la poche des eaux. A la rupture de celle-ci, la déchirure des membranes peut s'étendre aux vaisseaux. C'est ce qui explique que cet accident se voit souvent au cas où il est associé à une insertion basse du placenta.

Un certain nombre de ces cas d'hémorragie ont été publiés depuis l'observation princeps de BENCKISER (p. 8 de sa thèse soutenue en 1831 à Heidelberg sous le titre de *De hemorragia inter partum orta ex rupto venae umbilicalis ramo*). Si je cite ici le nom de cet auteur, c'est que souvent cette hémorragie est appelée hémorragie de BENCKISER.

Cette hémorragie se présente avec des signes qui peuvent permettre d'en faire le diagnostic : l'hémorragie se produit au moment où se rompt la poche des eaux (à la différence de l'hémorragie par insertion basse dont l'importance diminue à ce moment) ;

elle est abondante et semble plus abondante encore parce que le sang est dilué dans le liquide amniotique ;

la tension de l'utérus est normale (à la différence des hémorragies par décollement du placenta normalement inséré) ;

l'enfant souffre en sorte que les bruits du cœur s'accélèrent puis disparaissent ;

la mère ne s'en porte pas plus mal ; elle n'a aucun signe d'anémie malgré l'hémorragie vaginale abondante (1).

L'accouchement se continue et l'enfant naît mort et absolument exsangue. Cependant, dans quelques cas, il arrive qu'il survive.

CHARPENTIER (*Soc. obst. et gynécologique de Paris*, séance du 19 juin 1896) en a publié une observation : une femme présenta un léger écoulement sanguin une demi-heure après la rupture spontanée de la poche des eaux ; cette hémorragie s'accentua peu à peu et fut importante pendant les six dernières minutes ; l'enfant, né en état de mort apparente, put être ranimé. La rupture des membranes avait atteint les vaisseaux du cordon. BUDIN à propos de ce cas, supposa que la déchirure atteignit d'abord seulement la paroi externe de la veine et qu'ensuite la solution de continuité du vaisseau se serait complétée par les progrès de l'accouchement.

Très souvent, le diagnostic n'est pas fait pendant le travail et, si l'on n'examine pas soigneusement la délivrance, on peut le méconnaître après l'expulsion. Ce fait, comme le remarquait ROUVIER, n'est pas sans importance médicolégale. On peut porter, contre une accouchée, une accusation d'infanticide par négligence ou, contre un médecin, une accusation d'impéritie professionnelle.

Dans quelques cas, il peut y avoir hémorragie sans que le vaisseau soit prævia.

Par exemple, KOSMAK (Intra-uterine rupture of a velamentous cord. *Amer. Journ. of. Obst. and gyn.*, 1922, t. IV, p. 619) en rapporte un cas où le cordon s'insérait au pôle supérieur du placenta au fond de l'utérus (constaté par césarienne).

L'enfant était totalement vidé de son sang.

Il faut rapprocher de ce cas l'observation de KLUMPER publié dans le *Nederl. Tijds. v. Geneesk* (16 avril 1927, p. 2120) d'une femme qui mit au monde un enfant mort au cours du travail après une forte hémorragie. Il y avait un placenta de 20 centimètres sur 20 et à 15 centimètres de celui-ci, un placenta accessoire de 10 sur 10. Entre les deux s'étendaient des vaisseaux dont l'un avait été déchiré par des tractions lors des contractions.

(1) Dans un cas de LAFFONT et BONAFOS, la mise en place de valves vaginales permit de voir le vaisseau qui saignait, gros comme une radiale.

FAITS CLINIQUES

Un cas d'anaphylaxie cutanée à la suite d'injections de gaz carbonique

Par

Georges PERRIN, Médecin consultant à Royat, et Charles ROSENRAUCH, Ancien interne à l'hôpital Paul-Brousse.

Les injections sous-cutanées de gaz carbonique sont devenues d'usage courant, depuis les publications de Lian et de Barrieu. Rappelons que ces injections connaissent comme indication principale deux affections : l'artérite des membres inférieurs et les angines de poitrine. On pratique à Royat des injections de gaz carbonique vivant, c'est-à-dire pris directement à la source et contenant des gaz radioactifs.

On n'a signalé, jusqu'à présent, aucun incident, ni accident à la suite de ces injections, en dehors des suffusions hémorragiques sous-cutanées, dues à la perforation d'une veinule, incident d'ordre tout ce qu'il y a de plus banal.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas curieux d'ordre anaphylactique, au cours de nos injections de gaz et nous pensons que sa publication n'est pas sans intérêt.

Observation clinique :

M. B..., 63 ans, est atteint d'artérite des membres inférieurs. Client assidu de Royat, il a toujours été très amélioré par les bains carbo-gazeux. A l'examen, on constate une diminution considérable des oscillations au niveau des membres inférieurs (0,5 et 0,7 au Pachon). La tension artérielle est de 19 1/2-11. Le cœur est un peu arythmique, mais ne présente aucun souffle orificiel.

Dans le but d'agir favorablement sur cette artérite oblitérante, nous instituons un traitement par piqûres de gaz carbonique.

C'est vers le troisième jour que le malade attire notre attention sur une petite plaque cutanée, de coloration rougeâtre, apparue la veille au niveau de la cuisse. Nous pensons à une lésion banale et en tout cas sans aucune relation avec le gaz injecté.

Le lendemain et le surlendemain, d'autres plaques apparaissent, au nombre de deux à trois à la fois et nous finissons par nous apercevoir que ces curieuses lésions cutanées sont dues aux injections de gaz. Nous interrompons alors les piqûres pendant cinq jours. Les plaques ne paraissent plus le troisième jour après la cessation du traitement, mais reviennent dès que les injections de CO^2 sont reprises.

Description de l'éruption :

L'éruption débute, d'après les dires du malade, huit à dix heures après l'injection du gaz carbonique. Son *territoire* est bien circonscrit, étant donné qu'elle se produit uniquement au niveau des membres inférieurs, sans dépasser le pli de l'aine. Elle se forme *indistinctement* au niveau de la cuisse injectée ou celle *opposée* à l'injection.

Il ne s'agit au début que d'un petit « bouton », à fleur de peau qui ne tarde pas à prendre du relief à fur et à mesure qu'il s'agrandit. Cette augmentation de volume se fait en « tache d'huile ». Au bout de deux à trois heures, on est en présence d'une plaque œdémateuse, d'une dureté élastique et légèrement surélevée par rapport à la peau saine qui l'environne. Sa couleur est d'un rouge vif très prononcé et sa forme très irrégulière. Ses bords sont très nettement accusés et le doigt sent un léger ressaut, en passant de la plaque à la peau saine.

Nous avons pu en mesurer une qui avait 9 cm. sur 3 cm. d'étendue. Les autres plaques étaient ordinairement un peu plus petites.

Atteignant le maximum de son développement au bout de deux à trois heures, la plaque reste de couleur rouge sombre pendant quelque temps, puis commence à s'affaisser petit à petit. Le lendemain, il ne reste plus qu'une tache cutanée, sans bord perceptible ou à peine, et de coloration assez curieuse, rouge-jaunâtre. Cette tache disparaît au cours de la journée, sans laisser aucune trace visible sur la peau.

Le *nombre* des plaques apparues à la fois est de une à quatre au maximum.

Les taches ont parfois persisté pendant deux jours. Nous avons pu alors observer, *assez rarement*, il est vrai, des plaques jeunes (récentes), empiéter partiellement sur les taches anciennes.

Le malade ressent un léger *prurit* pendant les premières heures de la formation de la plaque, prurit qui s'atténue à fur et à mesure que cette dernière s'affaisse.

L'examen du malade au point de vue de l'insuffisance hépatique ne révèle rien d'anormal. Les temps de coagulation et de saignement sont normaux (six et quatre minutes).

Le malade affirme, ne jamais avoir eu d'accidents anaphylactiques. Des injections médicamenteuses autres que le CO^2 ne lui ont jamais provoqué d'accidents semblables.

Il s'agit donc bien d'un accident d'ordre anaphylactique, dû aux injections de gaz carbonique, étant donné que les plaques ne se sont plus reproduites après la cessation temporaire des injections.

BIBLIOGRAPHIE

LIAN, BLONDEL et RACINE. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris* p. 721, 1931.

DESCHAMPS. — *Médecine*, p. 210, 1931.

DESCHAMPS et BERTHIER. — *Ann. de la Soc. d'Hydr.*, 3 avril 1933.

BARRIEU. — *Ann. de la Soc. d'Hydr.*, n° 4, 1933.

BARRIEU. — Les Nouvelles Thérapeutiques, 17 mai 1933.

ROQUES. — *L'Informateur Médical*, 9 juillet 1933.

LIAN et ZARRIEN. — *Paris Médical*, 22 octobre 1932.

« On a trop de tendance à croire que nos ancêtres ne connaissaient rien à l'hygiène. En réalité, si nous avons aujourd'hui des bureaux d'hygiène, ils n'existent que dans les villes, alors qu'autrefois chaque commune avait son bureau de santé. De plus, alors que nos bureaux d'hygiène sont à peu près désarmés, les bureaux de santé étaient au contraire tout puissants, appliquant même la peine de mort pour faire respecter leurs ordonnances. » (Prof. Jules GUIART. Pourquoi la peste nous a quittés. Histoire de la peste en France au XVI[e] et au XVIII[e] siècles. *Revue de l'Université de Lyon*, février 1933.)

« Je remarque que la crédulité et la naïveté sont en voie de développement inquiétant. J'observe depuis quelques années un nombre nouveau de superstitions qui n'existaient pas il y a vingt ans en France et qui s'introduisent peu à peu, même dans les salons. On voit des personnes fort distinguées frapper le bois des fauteuils et pratiquer des actes conjuratoires et fiduciaires. D'ailleurs, un des traits les plus frappants du monde actuel est la futilité ; je puis dire, sans risquer d'être trop sévère : nous sommes partagés entre la futilité et l'inquiétude. » (Conférence de M. Paul VALÉRY à l'Université des Annales : La Politique de l'Esprit notre souverain Bien.)

CHRONIQUE

Alcalose et cancer

S'il faut en croire les travaux de Reding (1), l'alcalose est un élément constant du terrain cancéreux, et ceci, probablement, serait la clef de l'énigme du cancer. Nous allons passer en revue ses principaux arguments.

L'état humoral du sujet cancéreux.

Le pH du plasma normal d'après les mesures de Reding varie entre 7,33 et 7,40 et, dans le cancer, entre 7,41 et 7,63 traduisant ainsi une alcalose marquée.

Pour éviter les erreurs, R. a effectué ses mesures uniquement sur des cancéreux n'ayant subi aucun traitement et il a soigneusement éliminé : 1° les malades cachectiques ou avancés ; 2° les sujets porteurs de cancer des glandes ; 3° les malades atteints de tumeurs de l'arbre respiratoire supérieur capable de troubler mécaniquement l'élimination de CO^2 ; 4° toute personne atteinte de cancer de l'estomac, lorsqu'il y a vomissements fréquents ou obstruction pylorique complète et dénutrition profonde (les vomissements pouvant causer de l'alcalose par perte considérable de HCl, l'obstruction aboutissant pratiquement à un jeûne forcé, capable d'amener de l'acidose).

Trois cents cancéreux sélectionnés ont tous, à part deux exceptions, un pH au-dessus de 7,40 entre 7,41 et 7,63 avec une moyenne de 7,46.

Dans les urines, le pH a été augmenté : l'alcalose du sang se trouve, donc, dans les humeurs des cancéreux.

Points isoélectriques des tissus et du sérum : les protéines se comportent comme des bases en milieu acide et comme des acides en milieu alcalin. Il existe un certain pH du milieu pour lequel un tel corps ne se comporte ni comme acide, ni comme base, où il est indifférent. C'est le point isoélectrique qui s'exprime par le pH de ce milieu ou le pHi.

Or, les expériences de Vlès et de Coulon établissent chez les souris cancéreuses que le pHi des muscles est dévié du côté alcalin et qu'il redescend si la tumeur régresse.

La tension superficielle du sérum sanguin, du liquide céphalo-rachidien, du sang de poule porteuse de sarcome de Rous, des extraits de tissus tumoraux est de façon constante abaissée chez les cancéreux. Or, de nombreuses expériences ont démontré que l'abaissement de la tension superficielle favorise la division cellulaire en général.

La viscosité du sérum est augmentée notablement chez les cancéreux.

La résistance électrique (r. absolue et r. de polarisation) des tissus malins ou en voie de transformation maligne est fortement abaissée. Ce fait témoigne d'une augmentation de la perméabilité de la membrane et de modifications dans la constitution protoplasmique, en lipoïdes et en cathions dans le sens d'une diminution des bivalents.

Teneur minérale des humeurs et des tissus. Dans le milieu intérieur de la cellule maligne, l'analyse des cendres de tumeurs effectuée par de nombreux auteurs et des méthodes différentes, établissent la haute teneur de ce milieu en K et en Na et la diminution considérable de la concentration en Ca. Le rapport K/Ca est un indicateur fidèle de la rapidité d'une évolution d'une tumeur. Or, *in vivo*, on connaît l'action stimulante du K sur les tumeurs spontanées et l'action modératrice du Ca et du Mg.

Le calcium ionisé serait en moyenne de 22 m. 0/00 chez les normaux et de 17 milligrammes chez les cancéreux non traités.

Lipoïdes et graisses : les tissus cancéreux et en voie de cancérisation contiennent une quantité de cholestérol notablement plus élevée que les tissus normaux.

Le cholestérol ingéré ou injecté se montre toujours un excitant de la division cellulaire, la lécithine un modérateur.

Teneur du sang en matières albuminoïdes : de nombreux travaux ont abouti presque unanimement à la constatation d'une réduction du métabolisme des matières protéiques.

L'azote totale et l'azote uréique sont abaissés.

Le taux des globulines s'élève considérablement.

L'hydratation cellulaire est augmenté chez les cancéreux du fait de l'augmentation des globulines, et du fait de l'alcalose et du fait de la richesse en cholestérol.

Métabolisme des glucides. *a*) De nombreuses mesures ont confirmé une relation habituelle entre la présence de glycogène dans une cellule et la rapidité de sa croissance.

b) Mécanisme glycorégulateur : Reding a recherché son fonctionnement par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée. Chez les normaux sans hérédité cancéreuse, le taux de la glycémie à jeun varie de 0,80 à 0,1 %. La flèche d'hyperglycémie varie de 0,1 à 0,46 avec une moyenne de 0,22 % et atteint son sommet en trente minutes. Le retour à la glycémie normale s'effectue en soixante ou quatre-vingt-dix minutes.

Chez les cancéreux non traités, il se manifeste régulièrement un trouble plus ou moins accentué de la glycorégulation, caractérisé par la hauteur considérable (0,089) et par le retard de l'arrivée au point culminant de la flèche (une heure) ainsi que par l'élongation de la phase d'hyperglycémie.

c) Glycosurie : La présence de sucre dans les urines des cancéreux, après ingestion de cinquante grammes de glucose est très fréquente et semble présenter un certain rapport avec l'atteinte de l'organisme.

d) Hyperlacticémie : l'acide l'actique qui semble bien être un excitant spécifique de la croissance maligne est en légère augmentation dans le sang des cancéreux. Cet acide provient de la glycolyse extrêmement activée qui se passe dans les tissus tumoraux.

La respiration tissulaire. *a*) Des travaux divers ont montré que la diminution de la respiration tissulaire et l'augmentation de la glycolyse, mesurées par la méthode de Warburg, ne sont pas un apanage des seuls tissus malins mais sont partagées par n'importe quel tissu normal d'un organisme cancéreux ou prédisposé. Ces constatations sont en conformité avec l'existence d'une alcalose humorale qui permet, au-dessus de 7,40 une accélération progressive de la glycolyse.

b) Il y a plutôt une diminution du métabolisme de base chez les cancéreux.

d) Catalyseurs de la respiration (le Glutathion) : les tissus de croissance, le foie, les tumeurs, contiennent une grande quantité de glutathion. D'après Hirsch, le sang d'un animal jeune contient peu de glutathion tandis que ses tissus en croissance en contiennent beaucoup. A l'âge adulte, la teneur des tissus et du sang s'équilibre, mais à l'état de prédisposition provoquée par le goudron, on retourne aux conditions de l'état jeune : élévation de la teneur en glutathion dans les tissus et chute de sa teneur dans le sang.

Tonus vago sympathique : L'excitation du vague produit de l'alcalose, une diminution de la calcémie, une augmentation de la Kaliémie, une augmentation de la teneur du

(1) Le métabolisme du sujet cancéreux et cancérable. *Bulletin de l'Association pour l'étude du cancer*, 1932, t. XXI, p. 339.

BIBLIOGRAPHIE

L'annuaire du Saint Hubert Club Médical. — Grâce à l'impulsion de son actif secrétaire général le Docteur Davesne, le Saint Hubert Club Médical qui groupe près de 250 médecins chasseurs, vient de publier un annuaire plein d'humour et de gaîté ; très humoristiquement illustré par « Sebem » qui y a mis sa verve et le fond de son cœur, c'est-à-dire quelques bonnes gauloiseries de bon ton.

Le Saint Hubert Club Médical l'offre gracieusement à tous les médecins qui aiment la chasse et s'intéresse à ce noble sport.

Il suffit de s'adresser au secrétaire général, 125, rue de la Pompe.

Il fera certainement le plaisir de quelques-uns, car on n'y trouve pas que les statuts de la société ou la liste de ses membres, certes, non. C'est un « livre » de style et de luxe qui mérite de prendre place dans la bibliothèque des médecins chasseurs ; un conseil : Demandez-le et lisez-le.

Nostradamus, par Jacques Boulenger. Un volume in-16 double couronne avec 4 hors-texte, 186 pages, 12 francs. Editions Excelsior, 27, quai de la Tournelle, Paris (5e).

C'est l'histoire d'un lointain confrère. Il étudia à Montpellier en même temps que Rabelais, il exerça de-ci, de-là, avant de s'établir dans une ville de la Crau pierreuse entourée d'oliviers. « On l'imagine cheminant par petites étapes sur sa mule, herborisant et s'informant des simples, causant avec les apothicaires de médicaments et de confitures dont il devait faire plus tard un soigneux recueil », — recueil dont M. Jacques Boulenger nous donne quelques fines recettes.

Il eut une très grande notoriété de bon médecin ; mais la gloire lui vint plus encore de son livre de prophéties — dix éditions en quinze ans. J'en souhaite autant à mes amis les meilleurs et je m'en souhaite la moitié.

Henri II, Charles IX, Catherine de Médicis prisent ses horoscopes, lui demandent de connaître leur avenir et l'avenir des leurs et lui font une situation de devin officiel.

M. Jacques Boulenger analyse avec finesse ces curieuses prophéties — que les colporteurs vendaient dans les foires. Leur vogue persiste et je lisais, ces jours-ci, un livre récent qui en fait une dévotieuse paraphrase, assez éloigné de l'esprit critique de M. J. Boulenger. La langue en est volontairement obscure — une obscurité qui ne nuit pas aux prognostications. Il en résulte un style curieux dont M. J. Boulanger établit une piquante comparaison avec le style de Mallarmé et celui de M. Paul Valéry.

Henri Vignes.

Madame de Pompadour, reine.... et martyre, par Paul Reboux. Dessins de Nicolas Sternberg. Un volume in-18 jésus. Prix : 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris, 4729 (7-33).

Paul Reboux conte, dans ce livre alerte, la vie de Mme de Pompadour, ses débuts, son ascension rapide, les jalousies qu'elle provoque, ses triomphes et la période du déclin, celle où, vieillissante, elle doit tolérer, voire même recruter des rivales, de très jeunes rivales, et c'est l'histoire du Parc-aux-Cerfs propice à l'indignation des bons républicains.

Ce livre se lit avec un plaisir très vif. Roman historique ? Vie romancée ? Histoire ? Qu'en peut-on savoir ? Nul historiographe n'était là pour enregistrer les propos de Louis-le-Bien-Aimé avec son procureur M. Lebel, ou avec Mme de Pompadour complaisante et enrageant ; j'entends bien. Mais Paul Reboux a une réelle et solide documentation. Il est probable que tout est vrai dans son livre ou presque tout, ou, du moins, que l'essentiel de l'affaire est vrai.

Mettons son livre à côté de celui de Gaxotte et Dieu reconnaîtra les siens — j'entends le Dieu de cette « science conjecturale » qu'est l'histoire.

Henri Vignes.

La sidérurgie à la portée de tout le monde, par S. Brull. Chez l'auteur, 124 *bis*, avenue de Villiers, Paris.

C'est un plaisir de connaître ; et de connaître en d'autres branches de l'activité des hommes. J'ai lu, avec un très vif intérêt, le livre du Professeur Brull sur l'industrie du fer encore qu'il soit loin de mes préoccupations. Avec une clarté admirable, il expose les merveilles de l'industrie du fer au milieu desquelles nous vivons et qui transforment notre vie et dont nous sommes sans cesse tributaires pour la paix et pour la guerre. M. Brull a eu l'heureuse idée de multiplier les documents historiques et ethnographiques : en étudiant comment un procédé rudimentaire est devenu un machinisme compliqué, on comprend mieux comment se posent les problèmes actuels. On pourrait avec bénéfice étudier toutes les sciences par leur histoire.

Ce livre qui est un livre de vulgarisation garde une parfaite tenue scientifique. Il faut en recommander la lecture.

Henri Vignes.

sang en globuline, en cholestérol, et aussi de l'hydratation et de la perméabilité cellulaire.

L'excitation du sympathique exerce une action humorale inverse.

L'hypertonie vagale reproduit, donc, l'image synthétique des modifications humorales que nous venons d'énumérer. Il faut alors, rechercher si le tonus vago-sympathique semble jouer un rôle dans l'éclosion du cancer.

Or, des expériences nombreuses ont démontré que, localement, l'excitation vagale ou la paralysie du sympathique favorise considérablement l'éclosion du cancer spontané et, au contraire, que la paralysie du vague et l'excitation du sympathique crée un état plus ou moins réfractaire au cancer.

Lésions anatomo-pathologiques. — Peu de recherches dans le domaine endocrinien ont été tentées au cours du cancer. Cependant l'étude du cancer du goudron chez le lapin a fait l'objet des travaux intéressants de Babès. Sur l'homme, on est d'accord pour constater une atrophie du lobe postérieur de l'hypophyse, glande à sécrétion sympathicotrope et une hypertrophie du lobe antérieur. Le pancréas possède des îlots de Langerhans augmentés en nombre et en volume. L'hyperfonctionnement insulinien s'harmonise avec l'hyperlacticémie et avec l'alcalose des humeurs, due peut-être à la vagotonine, substance qui aurait été dernièrement extraite de l'insuline.

***

Rapports entre altérations humorales et néoplasmes.

A) **Persistance des altérations humorales après ablation de la tumeur**. — Reding a recherché si les cancéreux débarrassés de leur tumeur par exérèse chirurgicale sont débarrassés en même temps de leurs troubles humoraux. Or, si l'ablation chirurgicale de la tumeur peut parfois faire diminuer le degré de l'alcalose, elle ne le fait pas disparaître. La courbe d'hyperglycémie des opérés guéris confirme les constatations faites sur la réaction du sang.

B) **Préexistance des altérations humorales sur la cancérisation**. — Les enseignements du cancer du goudron nous ont appris que l'intoxication générale chronique du goudron qui crée précisément l'état de prédisposition précède souvent de longue date l'apparition de toute activité cellulaire pathologique. Et cette intoxication se traduit par des signes d'alcalose.

La fin de la grossesse et la parturition qui s'accompagnent d'alcalose, d'hypercholestérolémie et d'autres manifestations du métabolisme superposables à celles des cancéreux, coïncident chez les souris de Maud Slye avec l'apparition du cancer spontané et, chez la femme déjà cancérisée, avec une accélération et une généralisation de la maladie.

***

Du rôle pathogénique des altérations humorales

Reding étudie, ensuite, le rôle pathogénique des altérations décrites en établissant leurs variations sous l'action des radiations en rapport à l'effet thérapeutique obtenu, puis en étudiant les variations de l'activité mitotique de la cellule maligne en présence de chacune de ces altérations.

Radiations et division cellulaire. — La conception actuelle de l'action du rayonnement repose essentiellement sur son pouvoir électif de faire disparaître ou inhiber la cellule en mitose sans léser apparemment les éléments voisins.

Il n'est pas question, pourtant, de concevoir que la cellule maligne soit, de par sa composition spéciale, immédiatement endommagée et tuée par le rayon. De nombreux auteurs ont, en effet, signalé que des doses de rayonnement suffisantes pour faire disparaître des tumeurs chez des organismes vivants, sont totalement incapables d'influencer ces mêmes tumeurs en dehors de l'organisme.

De même Jolly, irradiant un ganglion lymphatique très radiosensible du creux poplité du lapin, ne produit aucune lésion si le ganglion a été libéré de ses connexions vasculaires et remis dans sa loge. Il en est de même si les pédicules ont été liés par un fil ou si l'irradiation a lieu sur un ganglion intact dans ses connexions, mais l'animal étant tué.

La radiosensibilité d'une cellule n'est donc pas uniquement tributaire de l'action directe du rayonnement.

L'école de Fribourg, avec Opitz et ses collaborateurs, professe, depuis longtemps, que la destruction de la cellule cancéreuse ne peut être due uniquement à une action directe. Pour eux, l'action indirecte jouerait dans les destructions cellulaires, le rôle principal, grâce à des modifications humorales d'ordre physico-chimiques et par l'intermédiaire du système endocrinien influencé certainement par l'irradiation.

Les rayons X et le radium exercent une action profonde et durable sur la réaction sanguine des cancéreux. Cette action est variable. Si l'alcalose se maintient ou s'accentue, si le calcium s'abaisse, l'effet thérapeutique est nul ou défavorable ; si l'alcalose s'abaisse et atteint même des chiffres normaux, il y a un effet favorable plus ou moins complet. Mêmes constatations en ce qui concerne le mécanisme glyco-régulateur.

Quel est le mode d'action de l'irradiation sur le pH et sur le mécanisme glyco-régulateur ? — Les variations du pH et du fonctionnement de la glyco-régulation sous l'action des radiations sont-elles dues à l'irradiation directe de la tumeur, aux produits de désintégration des tissus malins en fonte, ou bien s'agit-il d'une action directe sur le milieu humoral ?

Pour obtenir la solution, Reding a fait des applications de radium loin de la tumeur et, surtout chez des cancéreux dont la tumeur avait été enlevée au préalable par l'intervention chirurgicale. Sous l'action du radium ainsi appliqué, la réaction de sang se modifie très rapidement et souvent en quelques heures tombe à la normale. Chez certains malades, cette chute ne se produit cependant pas et le pH peut même s'élever, surtout chez les malades avancés.

L'action sur la courbe hyperglycémique est identique.

En conclusion, l'ensemble de ces travaux suggère que l'action élective du rayonnement sur la cellule en division s'exerce partiellement, en tout cas, par l'intermédiaire du milieu humoral.

Action des radiations sur le cholestérol. — Chez les normaux, il se produit un abaissement de la concentration de ce lipoïde. Chez les cancéreux, le sens des variations est différent et, dans ce cas également, suivant l'effet thérapeutique obtenu. En cas d'effet favorable c'est l'abaissement du taux du cholestérol que l'on constate habituellement tandis qu'une élévation de ce taux coïncide avec un effet thérapeutique nul ou défavorable. Cette conclusion est conforme à ce que l'hypercholestérolémie constituait une circonstance favorable à la division cellulaire maligne.

Action de l'irradiation sur le tonus vago-sympathique. — Une excitation durable du sympathique doit être fréquente puisque les doses hypocoagulantes de rayons X durs, c'est-à-dire de 10 à 175 R ou de 7,5 à 45 millicuries provoquent une hyperadrénalinémie prolongée. Les radiations exercent une action considérable sur le tonus radio-sympathique, mais le sens de cette réaction, comme de toutes les autres réactions générales, varie suivant les modalités d'irradiation et vraisemblablement aussi suivant l'effet thérapeutique obtenu.

***

Pathogénie

1° L'élévation des pH vers les pH alcalins a comme effet d'augmenter parallèlement l'indice de réceptivité de la greffe,

de précéder et de favoriser l'éclosion spontané du cancer du goudron, par contre l'abaissement des pHi acides a pour résultat de ramener à zéro l'indice de réceptivité et souvent de faire régresser et disparaître le cancer expérimental du goudron.

2° L'abaissement de la tension superficielle du milieu *in vivo* et en culture, l'augmentation de la perméabilité de la membrane cellulaire sont autant de facteurs qui favorisent la division cellulaire en général.

3° L'hyperkaliémie et l'hypocalcémie des cancereux sont également des conditions favorisantes de la division cellulaire maligne. Le potassium n'apparaît pas en toutes circonstances comme un des excitants les plus actifs du cancer tandis que les bivalents : Ca, Mg, Cad jouent le rôle de modérateurs.

4° L'hypercholestérolémie ainsi que l'hypolécithinémie sont deux circonstances extrêmement favorisantes du développement du cancer. comme le prouvent de nombreuses expériences directes.

5° Les globulines apparaissent comme des excitants de la multiplication cellulaire ; elles sont aussi en augmentation dans le sang des cancéreux.

6° Il en est de même de l'hydratation tissulaire autre caractéristique de l'organisme cancéreux sur la cellule maligne est d'une extrême sensibilité à la dessication et a des besoins énormes en eau.

7° L'hyperlacticémie semble pouvoir être regardée également comme un facteur favorable au développement du néoplasme ; l'acide lactique étant même, de l'avis de la plupart des auteurs, un excitant spécifique de la croissance.

8° La diminution des oxydations tissulaires et l'augmentation de la fermentation du sucre propres à l'organisme précancéreux tout entier, créent un état des plus aptes à provoquer la division cellulaire maligne, comme l'a montré Warburg et ses collaborateurs.

9° L'hypertonie vagale expérimentale reproduit précisément les caractéristiques essentielles du syndrome humoral du cancéreux et expérimentalement fait naître le milieu humoral prêt à la croissance maligne.

Dans l'œuf, les cinèses ne se produisent et ne se poursuivent que si le milieu a une réaction alcaline ; l'acidification les inhibe plus ou moins, suivant les cas.

Dans les cultures de tissus, on connaît l'effet de la concentration en ions H sur la multiplication cellulaire en culture : l'alcalose y apparaît comme un excitant indispensable de la croissance, l'acidose comme un inhibiteur.

Chez l'animal normal, l'exsudat des plaies en réparation suractivée par sympathectomie offre un pH plus alcalin que celui des plaies normales.

La prise et l'évolution du cancer greffé chez des animaux dont la réaction humorale avait été modifiée expérimentalement. ont répondu toujours par une accélération de croissance en cas d'alcalose.

Les autopsies faites en grand nombre ont montré que la tuberculose évolutive, la fièvre récurrente et, surtout, les affections cardiaques chroniques décompensées, la néphrite et l'artério-sclérose, toutes maladies endogènes, sont en général peu compatibles avec l'éclosion d'un néoplasme.

Alcalose physiologique de la grossesse et cancer. — Si nous étudions maintenant l'influence d'une alcalose physiologique sur l'évolution du cancer déclaré, ce sont toujours des conclusions du même ordre qui sont tirées. Chez la femme déjà cancérisée, il se produit habituellement une accélération extrêmement rapide de l'allure de la tumeur, au moment d'une alcalose physiologique accentuée. Chez la souris, Maud Slye a établi l'expérience suivante : deux lots de souris porteuses de cancer spontané sont mises en observation ; les souris du premier lot, dont on laisse évoluer la tumeur, meurent en quelques semaines. Les souris du deuxième lot furent mises en état de gestation quasi-permanente. Les tumeurs des souris du deuxième lot évoluèrent très lentement en sept à neuf mois à condition que les animaux soient mis en état de reproduction presque continue : la parturition étant suivie sans interruption d'une nouvelle gestation. Mais dès que la souris cesse d'être en gestation ou, s'il y a un intervalle entre deux grossesses, la tumeur croît avec une rapidité effrayante et l'animal ne survit que six à huit jours après la mise bas. Devant cette brève période, la tumeur atteint plusieurs fois le volume qu'elle atteignait le jour de la parturition.

En résumé, c'est l'occasion de l'alcalose physiologique de la parturition qui fait éclore la tumeur chez la souris de Maud Slye, vouées héréditairement au cancer. C'est aussi à ce moment qu'une tumeur déjà déclarée précipite son évolution et se généralise chez la femme comme chez la souris.

Recherche de certains caractères de la diathèse alcaline dans l'état constitutionnel héréditaire. — La tendance à faire du cancer est, on le sait, influencée par l'hérédité ; il est donc d'un grand intérêt de rechercher si certains caractères de l'état de prédisposition ne se retrouveraient pas, avec une plus grande fréquence, parmi les consanguins de cancéreux, que parmi d'autres sujets normaux provenant de familles indemnes de cancer.

Pour résoudre ce problème, Reding a déterminé le pH, la réserve alcaline, le calcium ionisé, la nature de l'alcalose et le mécanisme glycéro-régulateur d'environ 170 consanguins de cancéreux, c'est-à-dire père et mère, frères, sœurs ou enfants de sujets atteints de cancer vérifié : le pH est souvent élevé et même très élevé, le calcium ionisé est souvent bas, etc.

* * *

Applications pratiques

Diagnostic humoral. — Les mesures susceptibles de déceler les caractéristiques les plus constantes du terrain cancéreux sont souvent précieuses dans l'établissement d'un diagnostic précoce du cancer : l'alcalose est un de ces symptômes, on ne saurait trop le dire.

Prophylaxie du cancer. — D'après les conclusions de Reding, la recherche de la diathèse alcaline serait à la base de la prophylaxie du cancer. Il semble bien d'après l'exposé antérieur des faits que la modification de cette diathèse, durant des années avant l'éclosion possible du néoplasme, puisse empêcher cette éclosion. L'endocrinologie doit nous fournir dans cette lutte des armes principales.

Diététique du cancer. — Certaines règles générales peuvent se déduire de cet exposé. Le régime alimentaire et médicamenteux doit avoir pour objet d'éviter de favoriser l'état alcalosique : au point de vue alimentaire, restriction au maximum des boissons, forte réduction des hydrates de carbone, interdiction des aliments riches en cholestérol et usage fréquent de ceux riches en lécithine ; restriction de l'alimentation en légumes et fruits, régime hypochloruré. Au point de vue médicamenteux, prohibition des médicaments contenant du potassium et de l'arsenic. L'usage des acides et des substances acidifiantes comme le chlorure d'ammonium, peuvent rendre des services. Emploi des médications susceptibles de modifier le tonus vago-sympathique dans le sens d'une prédominance sympathique.

Henri Vignes.

Il faut savoir si l'on veut, à plus ou moins longue échéance, un doctorat abaissé au niveau de l'official de santé créé sous la Révolution pour soigner les ruraux dont les affections étaient « moins graves » aux termes du décret de la Convention, que celle des citadins». (Mordagne. Cité par J. Baranger : Nos maîtres et l'enseignement de la chirurgie. *La Science médicale pratique*, 1er juillet 1933.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic

La tuberculose rénale peut être masquée par une colibacillose coexistante, qui, à elle seule, accapare totalement l'attention.

Le tableau clinique est celui d'une colibacillose absolument typique. La tuberculose évolue d'une façon tout à fait silencieuse et risque de passer inaperçue ; la colibacillose surajoutée ne serait qu'une vulgaire infection secondaire, de peu d'intérêt, si elle ne faussait le diagnostic et surtout les indications thérapeutiques.

En général les malades se plaignent surtout de troubles digestifs.

Le début de la maladie urinaire s'effectue comme pour n'importe quelle pyélonéphrite typique ; l'analyse bactériologique des urines recueillies à la sonde montre le colibacille en abondance ; on institue un traitement approprié, qui ne donne aucun résultat ou, tout au moins, aucune amélioration durable ; devant cette persistance des symptômes on est amené à rechercher une cause d'entretien.

Il faut procéder par élimination, ce qui n'est ni rapide ni facile.

Le seul moyen de certitude est l'examen bactériologique des urines, qui doit amener la découverte du bacille de Koch.

Le pronostic de la tuberculose rénale, masquée par une colibacillose n'est guère différent de celui d'une tuberculose rénale ordinaire.

La néphrectomie constitue le traitement de choix. Elle transforme un syndrome entéro-rénal compliqué en un syndrome entéro rénal simple. On peut accélérer la guérison en instituant un traitement de désinfection intestinale.

(Wolgensinger. De la tuberculose rénale masquée par une colibacillose. *Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1933.)

Maladies infectieuses

Six cas de fièvre ondulante, dont trois autochtones, ont été observés dans la région lyonnaise.

Au point de vue clinique, tous ces malades ont réalisé la symptomatologie classique de la fièvre de Malte.

La fièvre est le signe capital. Elle revêt toujours une forme ondulante, quoique parfois certaines hâchures irrégulières du tracé, spontanées ou provoquées par la thérapeutique, arrivent à masquer ou à déformer partiellement les grandes ondulations thermiques.

L'état général est peu atteint : même dans les cas les plus intenses avec hyperthermie, sa conservation relative contraste avec l'élévation de la courbe thermique.

L'hypertrophie splénique est peut-être le meilleur signe objectif de la fièvre ondulante.

L'évolution est longue dans la plupart des cas.

A l'heure actuelle on ne possède pas de thérapeutique efficace de la fièvre ondulante.

Cinq malades ont été soumis à la vaccinothérapie sous-cutanée, sans en retirer de bénéfice appréciable. On a l'impression que le vaccin mélitococcique n'agit qu'à condition de provoquer des phénomènes de choc et que son activité est plus celle d'un agent protéinothérapique que d'un agent anti-infectieux spécifique.

Les notions épidémiologiques, qui se dégagent de ces six observations, sont infiniment plus intéressantes que les données d'ordre clinique ou thérapeutique.

En ce qui concerne le lieu de la contamination, les six cas se classent en deux groupes de trois d'un intérêt inégal ; dans le premier groupe la contamination a eu lieu relativement loin de Lyon ; le deuxième groupe concerne les cas véritablement autochtones, c'est-à-dire ceux dans lesquels la contamination n'a pu s'opérer qu'à Lyon même ou dans ses environs immédiats.

Plus intéressante encore est la question de savoir quelle a pu être la source du contage. Dans trois cas la contamination semble bien avoir été d'origine caprine ; l'origine bovine est incontestable dans un cas ; les deux derniers cas ne fournissent aucune notion précise ; tout au plus l'un d'eux est-il suspect d'origine bovine.

Pour diverses raisons l'identification bactériologique *Brucella melitensis* ou *Brucella abortus* n'a pas été réalisée.

La fièvre ondulante n'est plus une rareté en France.

(Pierre P. Ravault. La fièvre ondulante dans la région lyonnaise. A propos de six observations personnelles. *Journal de médecine de Lyon*, 20 avril 1933.)

Tube digestif

La manie de restriction alimentaire mérite une place importante en pathologie digestive ; si elle a peu retenu l'attention, c'est qu'elle est à la limite de la gastro-entérologie et de la psychiatrie et qu'elle n'est guère connue que par ses formes graves et extrêmes sous le nom d'anorexie mentale.

Elle peut être qualitative ou quantitative, élective ou globale ; dans ses formes moyennes elle crée d'innombrables dyspepsies ; dans ses formes légères, elle se rapproche de la sobriété dont elle n'est que la caricature.

L'amaigrissement est le symptôme de fond et l'asthénie forme avec lui un complexe indissociable. Le manque de variété dans l'ordonnance des menus a bien moins d'importance que le manque de quantité ; ce qui compte, c'est la ration alimentaire totale.

Il y a de nombreux types cliniques : type maniaque proprement dit, type asthénique, type pithiatique, type sénile, type infantile, types associés.

A l'origine de la manie de restriction alimentaire on peut trouver une prédisposition héréditaire névropathique, une constitution maniaque dépressive légère, une asthénie neuro-endocrinienne, du surmenage physique ou intellectuel, des maladies infectieuses, des abus de régimes ou de médicaments.

Il est nécessaire d'examiner le malade très complètement au point de vue somatique et d'étudier le bilan nutritif, la traversée digestive et les réactions psycho-nerveuses.

(P. Oury et P. Godard. La manie de restriction en pathologie digestive. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er avril 1933.)

Chirurgie

Le problème thérapeutique des fractures vertébrales dorsales et lombaires comporte deux ordres d'indications : des indications d'ordre osseux : le traitement de la fracture en elle-même ; des indications d'ordre nerveux : le traitement des lésions radiculo médullaires.

L'intérêt de la lésion osseuse passe après celui des organes nerveux

Le traitement habituel, conservateur, ne donne que des résultats médiocres ; que faut-il attendre du traitement sanglant ?

Il est utile tout d'abord de rappeler certains faits qui semblent établis :

1° Il n'existe pas actuellement de statistique capable d'établir la valeur de la laminectomie précoce dans le traitement des fractures du rachis ;

2° Il n'y a rien à attendre des opérations qui se proposent de rétablir la continuité de la moelle.

Des interventions réalisées on peut tirer quelques conclusions :

Si la section de la moelle est anatomiquement totale, l'intervention est inutile.

Si la section de la moelle est seulement partielle, l'intervention peut être utile pour autant que des phénomènes de compression s'ajoutent aux phénomènes immédiatement destructifs.

S'il n'existe que de la compression par un fragment osseux (les autres modes de compression guérissent spontanément), l'indication opératoire est formelle, à moins que les troubles nerveux ne soient peu marqués.

Théoriquement le problème semble facile à résoudre ; pratiquement il n'en est pas de même.

Tout d'abord il est impossible — au début et pendant longtemps — de faire la part des phénomènes de destruction et des phénomènes de compression. On risque de pratiquer une opération qui ne servira à rien (section totale) ou qui est susceptible d'aggraver l'état du blessé sans profit (commotion, hématomyélie, hématorachis).

D'autre part le point crucial de la question réside dans le fait de savoir si une laminectomie précoce, pratiquée sans traumatisme inutile, sans choc, sous anesthésie locale, constitue une intervention *sans gravité*.

(Mutel et Rousseaux. La laminectomie précoce dans les fractures vertébrales dorsales et lombaires. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 avril 1933.)

Oto rhino-laryngologie

La douleur frontale à heure fixe est un des meilleurs symptômes qui existe, que cette sinusite soit congestive, catarrhale ou purulente.

C'est une douleur violente, spontanée, qui se produit pendant les premiers jours chez le sujet atteint de sinusite frontale, qui

est localisée à la région sus orbitaire correspondant au sinus malade, qui dure de une à quatre heures et qui se reproduit exactement tous les jours à la même heure. Elle est habituellement diurne, très rarement nocturne. Sa soudaineté et sa régularité lui ont valu le nom de colique sinusale à heure fixe.

La pathogénie de ce symptôme est inconnue.

(E. Beynes. La colique du sinus frontal à heure fixe. *Gazette médicale limousine*, avril 1933.)

Ophtalmologie

Le nystagmus est un symptôme qui intéresse au premier chef le neurologiste et l'otologiste.

L'analyse des mouvements nystagmiques montre que, dans la plupart des cas, on peut y reconnaître plus ou moins nettement la présence d'un double mouvement : mouvement d'aller ou de rupture de l'état statique ou dynamique harmonique du globe oculaire ; mouvement de retour ou de réaction pour rétablir l'état primitif. Ce double mouvement nystagmique est dû à un double mouvement musculaire, à contraction inversée.

Deux éléments sont essentiels pour régler le tonus et contrôler les mouvements de la musculature extrinsèque du globe : la fixation oculaire labyrinthique (voie vestibulaire) et la fixation oculaire visuelle (voie optique).

Dans ces conditions, si l'on met à part la fixation oculaire psychique, on peut poser en principe qu'il y a deux grands types de nystagmus :

1° Le *nystagmus vestibulaire*, dû à une modification du tonus labyrinthique par atteinte des éléments périphériques (labyrinthe) ou centraux (nerfs, voie et noyaux vestibulaires) ;

2° Le *nystagmus optique*, dû à une modification du tonus optique, dit visuel ou rétinien.

Cependant il y a, en clinique, un assez grand nombre de cas où le nystagmus ne paraît pas avoir une valeur pathologique très nette.

(Jacques Rollet. Du nystagmus. *Journal de médecine de Lyon*, 20 mars 1933.)

La peur d'une cécité rapide doit-elle faire renoncer à l'arme si puissante des arsenicaux ?

L'auteur a le souvenir personnel d'un enfant de deux ans qu'il avait vu avec une atrophie optique complète. Cet enfant n'avait pas grands symptômes de syphilis, mais il était soigné à titre préventif à cause de la syphilis des parents. Il est impossible de dire si l'acétylarsan est en cause, car il n'a vu cet enfant qu'une fois, quand il était aveugle, mais il avoue qu'il ne songe pas à ce cas sans angoisse.

Il est tout à fait prouvé, par la lamentable histoire de l'atoxyl, que certains arsenicaux ont une action toxique élective sur les cellules ganglionnaires de la rétine et les fibres du nerf optique. Les oculistes accusent surtout les *pentavalents* ; ils les redoutent particulièrement. Il est certain que l'on n'a pas observé d'atrophie optique réellement attribuable à l'arséno ni au novarsénobenzol qui sont trivalents et que l'atoxyl, le stovarsol et l'acétylarsan sont pentavalents. Mais à côté de ces sels, le cacodylate, le méthylarsinate de soude sont également des pentavalents, qui paraissent, aux doses habituelles, à l'abri du soupçon de causer la cécité.

On peut cependant penser qu'étant donné le grand nombre d'antisyphilitiques il est prudent de laisser de côté ceux qui ont mauvaise réputation.

(Charles Roche. Arsenicaux et nerf optique. *Provence médicale*, 15 mai 1933.)

Stomatologie

L'hémorragie gingivale, suite d'avulsion dentaire est un incident banal, presque toujours dû à une hémophilie larvée.

Le tamponnement à l'eau oxygénée ou à la solution d'antipyrine, la cautérisation thermique ou galvanique sont généralement employés.

L'électro-coagulation diathermique, après anesthésie locale, a donné un excellent résultat chez un jeune homme de 19 ans qui saignait depuis près de vingt-quatre heures à la suite de l'extraction d'une grosse molaire inférieure ; les moyens classiques avaient échoué successivement. La coagulation sanguine était très retardée (vingt-trois minutes).

(Duchet-Suchaux. Hémorragie gingivale suite d'avulsion dentaire. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 mai 1933.)

Hygiène

La pratique de la javellisation rencontre parfois des difficultés particulières qui tiennent à l'absence d'informations précises sur le degré de souillure de l'eau et par conséquent sur les quantités d'hypochlorite nécessaires pour la stérilisation.

Il en résulte que l'on emploie des quantités insuffisantes de chlore, au risque de ne pas obtenir une purification convenable, ou bien que l'on exagère la dose, ce qui a pour résultat de déconsidérer le procédé aux yeux des consommateurs.

On peut se débarrasser de l'excès de chlore par l'emploi d'une solution d'hyposulfite de soude, mais on double le nombre de manipulations et des solutions titrées, ce qui représente un gros inconvénient pratique.

Comme ces solutions ne sont pas de conservation très durable sous le climat tropical, on conçoit aisément que ce procédé n'ait été jusqu'ici employé que de façon tout à fait exceptionnelle en Indochine.

Le procédé de stérilisation de l'eau, dit carbochlore, consistant à traiter l'eau préalablement fortement chlorée par filtration sur du charbon actif, a donné à Barder et à Marneffe l'idée d'une simplification des plus intéressantes par l'emploi du vulgaire charbon de bois.

Dans ce but ils ont construit un appareil de démonstration, composé de quatre barillets en verre, de 25 litres de contenance chacun, disposés de telle sorte que l'eau passe du premier au dernier par gravité. La suite des opérations comprend :

Baril n° 1 : alunage et décantation de l'eau brute.
Baril n° 2 : filtration rapide sur sable.
Baril n° 3 : addition de chlorure de chaux.
Baril n° 4 : filtration lente sur charbon de bois.

Les limites pratiques de sécurité ont été contrôlées chimiquement et bactériologiquement.

Une eau, même très souillée, est amenée à un degré de stérilité pratiquement parfait avec une quantité de chlore, qui est de 0,03 grammes par litre au minimum, qui atteint 0,10 sans altérer le goût de l'eau consommée ; avec une eau d'un degré de souillure moyen une dose de 0,0002 est suffisant.

L'odeur caractéristique est perçue dès le taux de 5 à 10 milligrammes de chlore par litre ; il est très aisé de l'absorber totalement par le charbon de bois réduit en poussier.

Cet excellent procédé (javellisation et fixation du chlore par le charbon de bois) est applicable dans la brousse.

(H. Bader et H. Marneff. Procédé simple et pratique de purification de l'eau de boisson. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1932.)

Thérapeutique

Les extraits de rate méritent de retenir l'attention dans le traitement des dermatoses purigineuses.

On a employé des doses variables, qui sont allées pour une seule injection de 1 gramme d'extrait de rate jusqu'à 10 et même 20 grammes. Ces extraits correspondaient environ à 5 grammes de rate fraîche pour un gramme d'extrait. Il ne semble pas que les doses fortes soient plus actives. Les injections étaient faites le plus souvent tous les deux jours, quelquefois tous les jours. Le nombre des injections était variable ; toutefois, quand au bout de cinq ou six injections on n'avait pas obtenu de résultat appréciable, on abandonnait la thérapeutique.

On a été très réservé en ce qui concerne le traitement local et on s'est borné, le plus souvent, à une application de pâte de zinc.

On n'a pas cru devoir négliger les règles générales d'hygiène et de diététique. Toutefois, les sujets soumis à la splénothérapie n'ayant pas été améliorés avant l'institution de cette dernière par l'hygiène et le régime, on estime que les résultats enregistrés en faveur des extraits de rate n'en sont nullement faussés.

On a soumis à la splénothérapie 43 malades, qui se répartissaient ainsi : 30 eczémas, 4 prurigos, 3 dermatites de Dühring-Brocq, 1 lichen plan, 1 prurit post-scabiéique chez un névropathe, 1 prurit anal, 1 névrodermite et 2 dermatoses non prurigineuses, soit 1 lèpre et 1 psoriasis.

Sur les 30 eczémas traités on relève 12 échecs complets, 7 améliorations partielles et 11 améliorations considérables ou guérisons.

Les 4 cas de prurigo ont donné 1 guérison, 2 améliorations et 1 échec, les 3 cas de dermatite polymorphe, 1 guérison, 1 amélioration et 1 arrêt.

Les autres dermatoses sont restées insensibles à cette thérapeutique ; seul le prurit du lichen plan a été très amélioré.

(J. Gaté, J. Charpy et J. Monard. La splénothérapie des dermatoses prurigineuses. *Journal de médecine de Lyon*, 20 mai 1933.)

J. Lafont.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La formation du chirurgien — *Docteur Jacques Baranger : Nos maîtres et l'enseignement de la chirurgie.* (LA SCIENCE MÉDICALE PRATIQUE, 1er juillet 1933) :

..... Il est donc certain qu'une formation spéciale doit être, prévue pour les futurs chirurgiens, comme complément de la formation hospitalière : physiologie, indications opératoires, techniques sur le cadavre et sur l'animal. Nous-même avons demandé après Leriche et Toupet, l'institution d'une Ecole ou Institut de chirurgie par les Facultés où par les chirurgiens des hôpitaux. Verrons-nous cela réalisé bientôt ?

Si, sortant de la phalange d'élite des élèves de l'Assistance publique, nous allons faire un tour d'observation chez tous les chirurgiens installés, nous voyons que cette formation idéale qui manque partiellement aux internes et externes des hôpitaux, manque totalement à une partie des chirurgiens installés.

On peut dire que deux chirurgiens installés sur quatre, en province au moins, ont une formation suffisante ou supérieure, un possède une formation passable et le quatrième est absolument sans formation. Nous avons connu dans une ville du Centre un docteur qui s'intitule chirurgien, qui est arrivé là à vingt-quatre ans, n'ayant passé aucun concours, ne pouvant pas exhiber un titre d'externe : la guerre est venue, il ne fut pas mobilisé, mais commença « pour rendre service », à faire de la chirurgie et maintenant, il coupe tout ce qui lui tombe sous la main, où voulez-vous qu'il ait pris une formation sérieuse ?

Est-ce à dire qu'il faille aller jusqu'à la création d'un super-doctorat de chirurgie comme le demande le Professeur Duval et à l'institution d'une noblesse constituée par les chirurgiens ? Nous ne le pensons pas. Certes, il est désirable que *le titre* de chirurgien soit réservé un jour ou l'autre à ceux qui peuvent exhiber une formation suffisante, mais de là à commencer un compartementage de la médecine, à donner une *exclusivité d'opérer* au chirurgien pourvu du certificat de faculté ou du super-doctorat, il y a un monde. Le monopole de la chirurgie serait suivi rapidement du monopole de l'urologie, du monopole de la phtisiologie, du monopole de la médecine légale, du monopole de la stomatologie, etc... Il faut que le médecin puisse, selon ses compétences, soigner les fractures, opérer les cas d'urgence ou même, s'il s'en juge la force, opérer les tumeurs cérébrales. La création de castes à l'intérieur de la profession médicale ne peut qu'amener un abaissement du niveau intellectuel par le défaut de concurrence et d'émulation. Il n'y a, d'ailleurs, pas plus de raison que les chirurgiens soient qualifiés d'aristocrates que certains médecins très distingués, certains spécialistes de toutes sortes.

Pour conclure, nous croyons que l'avenir est dans la fondation d'un enseignement de la chirurgie, Ecole ou Institut de chirurgie, que le certificat que donnera bien un jour la Faculté doit être un certificat facultatif, le médecin général conservant la possibilité d'exercer toutes les spécialités, *mais n'ayant pas la possibilité de se donner un titre, le titre de chirurgien*, lié à la possession d'un certificat. Il est désirable qu'en attendant ce jour, les associations de spécialistes se mettent à qualifier les chirurgiens, les urologues, les laryngologues, etc., et n'admettent dans leurs membres que des individus reconnus compétents, qui seront par là même désignés à la recherche du pubic, des hôpitaux et des administrations.

L'enseignement de la puériculture et des maladies du premier âge doit-il être sanctionné par un examen ? *Professeur Marfan : Le médecin éducateur des mères.* (LA PRESSE MÉDICALE, 8 juillet 1933) :

Cette tâche d'éducateur des mères qui lui incombe, le médecin est-il préparé à la remplir par ses études ? Il est permis d'avancer que la plupart des jeunes docteurs qui viennent de quitter nos écoles ont beaucoup à apprendre sur l'hygiène et les mala-

dies du premier âge. Nous avons reçu à ce propos des confidences significatives ; nous avons entendu de jeunes confrères se plaindre d'avoir employé à des études qui leur étaient médiocrement utiles pour la pratique un temps qu'ils auraient pu passer à apprendre cette partie de la médecine.

Si la plupart d'entre eux en ignorent les éléments, ce n'est pas parce que les moyens de s'instruire leur ont manqué. Les professeurs de clinique des maladies de l'enfance font une place importante dans leurs leçons à l'hygiène et à la pathologie du premier âge. Les médecins des hôpitaux d'enfants donnent à ceux qui suivent leurs services un enseignement sur les questions qui s'y rattachent. Quelques accoucheurs font de même dans les consultations de nourrissons dont les maternités ont été dotées. A Paris et dans certaines villes de province, il existe des consultations de nourrissons et des gouttes de lait qui sont ou qui tendent à devenir des centres d'instruction.

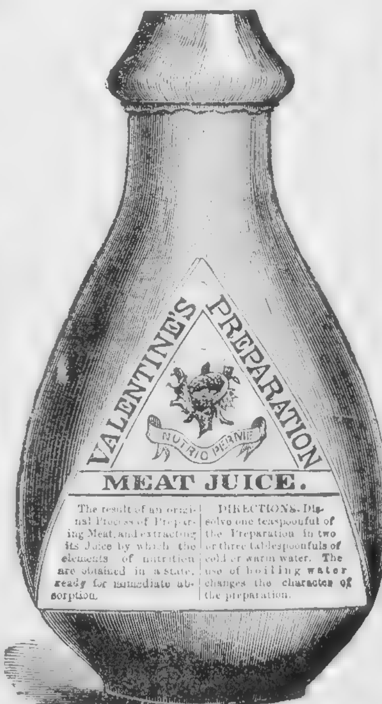
La Faculté de médecine de Paris, persuadée que l'enseignement de l'hygiène et des maladies de la première enfance est une des armes indispensables pour la lutte contre la mortalité si considérable de cette période de la vie, a demandé en 1913 et a obtenu en 1914, la création d'une chaire consacrée à l'enseignement de ces matières. Nous avons eu l'honneur d'être appelé le premier à l'occuper. Notre collègue et ami P. Lereboullet nous y a succédé en 1928.

Depuis 1920, la Faculté de médecine de Paris donne un autre enseignement de puériculture. Grâce à un don de la Croix-Rouge américaine, complété par des cotisations françaises, elle a ouvert une école de puériculture qui reçoit deux groupes d'élèves. En premier lieu, elle instruit des jeunes filles, des dames et des sages-femmes, et les prépare aux fonctions de directrices ou infirmières de crèches de visiteuses de l'enfance, d'assistantes sociales d'hôpitaux ou de dispensaires d'enfants. En outre, des étudiants et des médecins y reçoivent des leçons de puériculture, envisagée surtout au point de vue social. A la fin de leur scolarité, les élèves de chacun de ces groupes subissent des examens : ceux qui ont satisfait obtiennent un diplôme d'Etat.

Si tous ces moyens d'enseignement ne donnent pas les résultats qu'on est en droit d'en attendre, c'est pour deux raisons, d'ailleurs liées l'une à l'autre. La première est que l'étude de l'hygiène et des maladies de la première enfance n'est pas obligatoire et n'est pas sanctionnée par un examen. A la vérité, à la fin de l'année 1918, il avait été décidé que tous les étudiants devaient suivre pendant environ trois mois un service où sont soignés des enfants du premier âge, et qu'ils subiraient en fin d'études un examen sur l'hygiène et les maladies de cette période de la vie. Mais, après quelques mois d'essai, on a renoncé à maintenir cette obligation et cet examen à cause de la surcharge des programmes. Je suis loin de méconnaître l'importance de cette raison.

Mais, il faut ajouter que cet abandon a été très facilement consenti et il ne faut pas en dissimuler le motif. Les inspirateurs des pouvoirs publics ne tiennent aucun compte de ce fait capital : l'hygiène de l'enfance est essentiellement fondée sur la médecine. Ses principes se déduisent de l'observation des nourrissons malades. C'est celle-ci qui révèle la règle dont la violation a engendré la maladie. On a méconnu cette vérité, et c'est pourquoi on a abandonné sans regret l'enseignement de l'hygiène de la première enfance, tel qu'il avait été conçu d'abord, c'est-à-


HÉMOPAUSINE
TROUBLES de la CIRCULATION DU SANG
DU DOCTEUR BARRIER
MÉNOPAUSE
HÉMORROÏDES
VARICES
PHLÉBITES


VALENTINE'S PREPARATION
MEAT JUICE.

dire lié à l'étude des maladies des nourrissons, obligatoire et sanctionné par un examen spécial.

Ceux qui inspirent aujourd'hui les pouvoirs publics comprennent la puériculture comme une science indépendante, entièrement distincte de la médecine. Ils veulent la fonder sur des *a priori* physiologiques et philosophiques. Ils ne voient pas que, bien plus que toute autre partie de l'hygiène, l'hygiène de la première enfance est fille de l'observation médicale. Ils pensent que les médecins apprendront la puériculture de la même manière que les personnes étrangères à la médecine. C'est là qu'est l'erreur. Aux médecins, il faut exposer les raisons des règles qu'on leur enseigne ; comme ces règles dérivent de l'observation médicale, c'est par celle-ci qu'il faut les leur apprendre. Aux personnes étrangères à la médecine, il suffit d'enseigner ces règles elles-mêmes, sauf lorsqu'on peut leur en fournir une explication qui n'exige pas de connaissance médicale pour être comprise.

Il faut donc que, dans l'instruction des médecins, l'étude de la puériculture et celle des maladies du premier âge ne soient pas séparées, qu'elles soient au contraire étroitement unies. Leur enseignement doit être obligatoire et sanctionné par un examen. Il sera donné au cours d'un stage d'environ trois mois dans une des cliniques des maladies de l'enfance ou dans un service hospitalier remplissant les conditions nécessaires. L'objection de la surcharge des études médicales tombera lorsqu'on en aura révisé sérieusement les programmes. Par cet enseignement, les médecins seront préparés à remplir leur tâche d'éducateur des mères. Il n'en est pas de plus utile et de plus belle.

Varia. *Le château de Jouvence* (*Jules Chancel*. CANDIDE) :

... Que ce soit en hiver ou en été, partout enfin sur la Côte d'Azur, j'ai été obsédé par cette éternelle question :

— Avez-vous été chez Fred ?

Et ceux qui avaient été chez Fred — ce sont en général de hauts personnages — s'enfermaient dans un mutisme mystérieux.

Fred, que certains se permettent ainsi de désigner par son prénom, non sans irrévérence, n'est autre que le Docteur Serge Voronof, haut et puissant seigneur du château de Grimaldi, qui dresse sa tour carrée, en terre italienne, au-dessus de Menton-Garavant, château situé dans un lieu unique et qu'habita la reine Victoria au temps où il appartenait à son médecin particulier : le Docteur Bennet.

Le docteur se montre avare de ses faveurs qu'il réserve aux grands personnages, l'accès du château Grimaldi tout entouré de grilles surmontées d'écriteaux interdisant l'entrée, est bien gardé. Il est gardé d'abord par les carabiniers du Duce, qui laissent pénétrer en territoire italien ceux-là seuls qui sont munis de passe-ports en règle, bien que la demeure du docteur se trouve à cinq cents mètres à peine de la frontière. Les gens du château font aussi le guet à travers les grilles et appliquent une consigne sévère.

Vous comprenez ? m'avait dit à Paris le Docteur Georges Voronof, frère de Fred et son collaborateur en greffe humaine, nous voulons éviter à Grimaldi les curieux, les oisifs, ces caravanes entières que n'auraient pas manqué de nous envoyer les hôteliers et les syndicats d'initiative si nous n'y avions pas mis bon ordre.

« Heureusement, cette fâcheuse publicité qui a salué les premières découvertes de mon frère et nos premières opérations commence à s'atténuer. On a voulu faire de nous des charlatans, des distributeurs d'aphrodisiaque, des rajeunisseurs.

Rajeunisseurs ? Oui certes, mais par des procédés rigoureusement scientifiques qui, maintenant, ont fait leurs preuves et sont appliqués dans le monde entier.

« Le château de Grimaldi est pour mon frère son habitation et il y passe tout le temps qu'il ne consacre pas à son laboratoire officiel d'Auteuil. C'est à Grimaldi qu'il poursuit actuellement, dans son laboratoire particulier, admirablement installé d'ailleurs, ses recherches, non plus sur les greffes masculines ou ovariennes, qui sont maintenant entrées dans le domaine pratique, mais sur le cancer. Enfin, il a installé là-bas, dans le décor merveilleux et dans un climat particulièrement favorable notre élevage de singes et sa salle d'opérations pour singes, car nous n'opérons pas l'homme ou la femme à Grimaldi.

« New-York, en 1931, a dépensé 47 millions de dollars pour ses 73.000 malades mentaux : cela représente une augmentation de 350 % sur le chiffre de 1921. Dans les Massachusetts, les asiles absorbent un cinquième du rendement des impôts de l'Etat. » (*Je suis Partout*, 1er avril 1933.)

P. L. M.

De Nice à Chamonix, Evian et Besançon à travers les plus beaux paysages des Alpes et du Jura

Voici vos vacances !..... Vous allez enfin pouvoir abandonner sans regret, pendant quelques semaines, vos travaux, vos soucis, pour vous enivrer de grand air.

Savez-vous qu'une des plus belles excursions à faire en cette saison est celle de la Route des Alpes et du Jura qui, sur près de 1.000 km., de Nice à Besançon, de la Méditerranée au lac Leman et à la Franche-Comté, déroule, sous les yeux du touriste, des sites d'une variété infinie.

Les autocars P. L. M. mettent cette excursion à la portée de tous. Vous pouvez en parcourir, dans un sens ou dans l'autre, les 7 étapes ou seulement une partie d'entre elles, les faire d'affilée ou les espacer à votre gré. Le Service est assuré par des voitures confortables que conduisent des chauffeurs éprouvés. Les places peuvent être retenues d'avance.

N'hésitez pas, vous conserverez le meilleur souvenir de votre voyage. Vous pouvez d'ailleurs vous déplacer à bon compte grâce aux billets combinés chemin de fer et autocars que toutes les gares P. L. M. délivrent.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 35 LE NUMÉRO : 50 Centimes 2 SEPTEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V[e])
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1[er] de chaque mois.

France et Colonies		40 fr.
Étudiants		30 fr.
Belgique		45 fr.
Étranger	1[re] zone	70 fr.
	2[e] zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Bordeaux. — M. Colse, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er décembre 1933, professeur de botanique et matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux. (Dernier titulaire de la chaire : M. Beille.)

Guerre (Active). — Les officiers du Corps de santé sortant de l'Ecole d'application du Service de santé reçoivent les affectations suivantes, avec la mention « service », à compter de la date de leur radiation des contrôles de l'Ecole (1er août 1933) :

MM. les médecins lieutenants Juillet, H. Percy ; Evrard, H. Bégin ; Géraud, H. Toulouse ; Amigues, H. Bégin ; Simon, H. Desgenettes ; Roulin, H. Percy ; Terver, H. Bégin ; Warter, H. Strasbourg ; Duffard, H. Bordeaux ; Bolot, H. Villemin ; Schneyder, Maroc ; Bonnet, Nice ; Dupeyron, Montpellier ; Duguet, Nice ; Laboureau, H. Percy ; Champsaur, H. Villemin ; Daniel, Clermont-Ferrand ; Molinier, Levant ; Petchot-Bacqué, Fontainebleau ; Blot, H. Villemin ; Ferrari, Saint-Etienne ; Clec'h, Rennes ; Cazals, Maroc ; Rescanières, H. Dominique-Larrey ; Giordan, Villacoublay ; Martin, Maroc ; Le Pavec, H. Dominique-Larrey ; Vidal, Montpellier ; Peyronel, Marseille ; Huc, Vannes ; Carli, Orléans ; Péchoux, H. Desgenettes ; Chabannes, Rennes ; Bordes, Levant ; Aigrot, Maroc ; Blancardi, Dijon ; Piana, 19e corps d'armée ; Viennot-Bourgin, H. Dominique-Larrey ; Melnotte, Saint-Denis ; Nouguès, Dijon ; Chon, Chambéry ; Olivier, H. Grenoble ; Dumont, 402e déf. contre aéronefs ; Fourgeau, Angoulême ; Chemin, Montauban ; Paleyron, H. Grenoble ; Sillion, Fontainebleau ; Flottes, Avignon ; Falconnet, H. Metz ; Vialle, Rouen ; Cantégrit, Auxonne ; Thiébaut, H. Strasbourg ; Carreau, Dijon ; Demonet, Maroc ; Masson, Reims ; Merle, Narbonne ; Roquigny, Rambouillet ; Danthony, Provins ; Gaud, H. Bastia ; Riolacci, Tarbes ; Pruvot, Chartres ; Denis, Tours ; Deramaix, 19e corps d'armée ; Avenard, Chartres ; Bros, Tours ; Bertrand, Limoges ; Bloch, H. Strasbourg ; Delard, Reims ; Liénard, Verdun ; Noguez, Clermont-Ferrand ; Leduc, Evreux ; Pouhin, Maroc ; Belaubre, Orléans ; Levêque, Le Mans ; Luigi, Maroc ; Lataste, H. Nantes ; Prades, Valence ; Doublet, Angers ; Jandot, H. Rennes ; Geisert, Bourg ; Colis, H. Amélie-les-Bains ; Fontalirant, Gérardmer ; Lutrot, du Havre ; Costes, H. Bourges ; Jirou, Besançon ; Ovide, H. Metz ; Chakroun, 19e corps d'armée ; Deramond, Caen ; Muller, 19e corps d'armée ; Vairel, Mulhouse ; Vincent, Nevers ; Rivière, Tunisie ; Ardorino, Châlons-sur-Marne ; Landès, Amiens ; Daniel, 19e corps d'armée ; Calvet, Besançon ; Balgairies, H. Lille ; Bouillé, Tunisie ; Hascoët, 19e corps d'armée ; Jan, Châlons-sur-Marne ; Undreiner, Haguenau ; Richard, H. Toul ; Rabaute, Auxerre ; Rousson, H. Briançon ; Romand, H. Metz ; Armengaud, Alençon ; Peiffer, H. Bourges ; Dessort, 19e corps d'armée ; Lhez, H. Metz ; Régerat, H. Mulhouse ; Robine, Tunisie ; Roques, H. Colmar ; Poque, Verdun ; Serny, 19e corps d'armée ; Arnal, H. Metz ; Bertrand, Verdun ; Cadéot, Tunisie ; Guiraud, H. Belfort ; Dautané, Reynaud et Vigroux, 19e corps d'armée ; Jean, H. Belfort ; Courchinoux, Mézières ; Wagner, H. camp de Châlons ; Tartarin, Douai ; Rouvière, 19e corps d'armée ; Longchampt, Lunéville ; Souron, H. Thionville ; Vidaillac, 19e corps d'armée ; Chateau, Morhange ; Vidal, Sarrebourg ; Charet, Haguenau ; Coyault, 19e corps d'armée ; Rozan, Neuf-Brisach ; Marnac, H. Sarrebourg ; Gras, Forbach ; Le Bihan, Bitche ; Tailhades, Maurin, Bureau, Loubet et Floris, 19e corps d'armée.

Légion d'honneur. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade d'officier.* — M. Pasteur Vallery-Radot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Concours pour la nomination à dix places (au maximum) d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 27 novembre 1933, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 6 au mardi 14 novembre 1933 inclusivement.

Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mai 1934 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le vendredi 15 décembre 1933, à 9 h. 1/2 au Parc des Expositions (Porte de Versailles, Paris, 15e).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le mercredi 25 octobre jusqu'au lundi 20 novembre 1933 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Association internationale de pédiatrie préventive (Section médicale de l'Union internationale de secours aux enfants). — L'Association internationale de pédiatrie préventive tiendra sa troisième réunion à Luxembourg les 27 et 28 septembre prochain. Les sujets discutés seront :

1. *La prophylaxie de la poliomyélite.* — Rapporteurs : Professeur ROHMER (de Strasbourg), Docteur WALLGREN (de Göteborg, Suède).

2. *Les affections aiguës spécifiques du nourrisson.* — Rapporteurs : Professeur ROTT (de Berlin), le Docteur FRONTALI (de Padoue).

Les confrères qui seraient désireux de prendre part à la discussion de l'une ou l'autre de ces deux questions peuvent s'annoncer dès maintenant au secrétaire, Docteur D. Oltramare, A. I. P. P., 15, rue Lévrier, Genève.

Nécrologie. — Docteur PISSOT, de Versailles, tué dans un accident d'automobile. — Docteur Adolphe TUVIEN, de Neuilly, 4 *bis*, rue Paul-Déroulède, décédé à Fécamp. — Sir James CRAIG, professeur de clinique médicale au Trinity College de Dublin.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

A propos de la stérilisation des tarés. — *Docteur Toulouse* (L'ŒUVRE) :

Ainsi Hitler a décrété la stérilisation des tarés. Là-dessus grand émoi dans le public et la presse qui restaient indifférents, hostiles par principe et silencieux lorsque les médecins français, la *Conférence internationale d'hygiène mentale, l'Association d'études sexologiques* que j'ai fondée, montraient l'importance de ce problème. On trouvait choquant de parler de ces choses. Le malheur c'est qu'elles existent — que l'on en parle ou que l'on n'en parle point.

. . . .

C'est aux Etats-Unis, dans l'Indiana, qu'une loi fut appliquée en 1907, visant les imbéciles et les criminels endurcis. Plus tard, d'autres Etats frappèrent de cette mesure légale les auteurs d'attentats sexuels, les aliénés et déments, les toxicomanes (alcooliques et morphinomanes), les dégénérés anormaux et même certains syphilitiques.

D'après un rapport de la *Human Betterment Foundation*, au 1er janvier 1930 on avait pratiqué 10.877 stérilisations officielles. Et dans les trois dernières années l'augmentation fut de 50 % pour le total du quart de siècle précédent. La stérilisation est donc en progrès.

D'après ce rapport, les effets de la stérilisation eugénique, telle qu'elle est pratiquée en Californie, seraient les suivants : elle évite la paternité : elle *n'insexue* pas le patient ; elle est une protection et non une punition, approuvée par les stérilisés eux-mêmes, leurs familles ou leurs amis, elle permet à des malades de regagner leurs foyers au lieu de vivre confinés dans les asiles, d'où resserrement des liens sentimentaux ; elle empêchera que des enfants soient élevés par des parents tarés ou par l'Assistance publique ; elle soulage grandement les budgets d'assistance ; elle a été suivie par une décroissance marquée d'outrages et d'attentats à la pudeur ; elle permet à des individus tarés de se marier, qui sans la stérilisation n'auraient pas été autorisés à le faire ; elle tend enfin à éviter l'altération de la race.

Il est à noter que maintenant un certain nombre d'individus réclament eux-mêmes l'opération.

Une loi a établi la stérilisation en Suisse dans le canton de Vaud. L'article 97 du Code civil de ce pays interdit le mariage aux individus atteints d'aliénation mentale. Cette disposition légale a été une des raisons données en faveur de la stérilisation, qui s'applique aux aliénés, infirmes mentaux, incurables, imbéciles, toxicomanes. La demande est présentée par la famille, le tuteur, la commune. Deux médecins — qui ne sont pas choisis par la famille ou la commune — examinent l'individu, et, si le rapport est concluant, le Conseil de santé autorise l'intervention.

Cette question fait l'objet de l'étude scientifique dans tous les pays ; et il ne faudrait pas croire que le décret de Hitler soit une improvisation. Il y avait un projet de loi au Reichstag ayant le même but. D'autre part, à la *Conférence européenne d'hygiène mentale*, qui s'est tenue le 30 mai 1932, à Paris, à l'hôpital Henri-Rousselle, sous la présidence du ministre Justin Godart, le professeur Rüdin, de Munich, a fait un rapport sur l'eugénique et la prophylaxie mentale.

Il disait que, si l'on ne peut prédire actuellement de façon certaine que tel couple taré donnera telle ou telle descendance anormale, on a établi une échelle de probabilités et de pronostics qui est déjà concluante.

On sait notamment que l'on retrouve la maladie de Huntington chez la moitié des enfants des malades, l'épilepsie myoclonique chez le quart. Les maniaques dépressifs donnent un tiers de descendants également atteints. Si les parents sont tous deux des schizophrènes, 53 % des enfants le seront aussi ; on comptera en outre 29 % de psychopathes, au total, 82 % d'anormaux mentaux parmi cette descendance.

Rüdin concluait ainsi : « Appliquer l'hygiène mentale à des dégénérés héréditaires est un travail de Sisyphe ; l'appliquer à des éléments sains est un bienfait durable. » . . . .

J'affirme avec force que l'opinion publique doit être éclairée pour devenir favorable à toute mesure tendant à soumettre la procréation à une action prophylactique, afin de donner à la race française des qualités biologiques meilleures, plus de santé, plus de vigueur, et d'abandonner surtout le système du laisser-faire qui aboutit comme maintenant à la culture des anormaux.

Je ne discuterai pas ici l'usage que pourrait faire Hitler de son décret, qui vise notamment à perfectionner la race allemande. Ce n'est pas que le dessein soit déraisonnable ; encore

ne faudrait-il pas qu'il serve à des buts politiques indéfendables.

Sans doute cette manière rationnelle d'envisager un problème biologique est peu compréhensible pour les masses ignorantes, que l'on maintient dans des préjugés grossiers. Mais c'est pourtant là le vrai salut de notre peuple. Et il faut approuver ur Hitler d'avoir hardiment posé un problème, sur lequel j'exigerais au moins que mes contemporains veuillent bien se pencher avec un esprit de libre examen.

Qu'on se demande notamment si Hitler fait cela pour affaiblir la vertu combative et la puissance extérieure de la race allemande.

La stérilisation hitlérienne et l'opinion anglaise. AUX ECOUTES

Il est intéressant de noter les réactions de l'opinion scientifique et religieuse anglaise, en face des projets de stérilisation que le régime hitlérien veut imposer aux personnes victimes d'une hérédité fâcheuse, ou jugées impropres au mariage. Les catholiques sont opposés, bien entendu, à toute stérilisation aussi bien qu'à la castration, estimant que les voies de Dieu étant impénétrables, la volonté divine ne doit pas être contrariée.

Dans l'Eglise anglicane, nombreux sont ceux qui partagent cette opinion. Par contre, le célèbre Docteur Barnes, l'évêque de Birmingham, et M. Robert Boothby, un des jeunes députés les plus brillants, ont défendu vigoureusement l'idée de la stérilisation.

Il y a deux ans, le Parlement rejeta à une majorité de deux contre un, une proposition tendant à instituer la stérilisation volontaire.

La Commission d'enquête sur l'aliénation mentale va présenter dans quelques jours au ministère de l'Hygiène une proposition tendant à interdire le mariage aux personnes atteintes d' « insuffisance mentale ». Des certificats médicaux seraient exigés pour l'obtention des licences de mariages, comme on le fait au Canada.

Dans le monde médical anglais on condamne cette proposition qui n'aura qu'un résultat : augmenter le nombre des enfants illégitimes. « Mieux vaudrait, disait un spécialiste de Harley Street, « stériliser » les personnes jugées impropres à la reproduction et leur permettre le mariage »...

Où commence et où finit la folie ? Et à vouloir une race absolument parfaite physiquement, on peut du même coup supprimer les génies et créer un peuple d'athlètes stupides. — *Ah! che Sciagura* ! comme disait le More dans *Candide*...

Jurisprudence. — *Secret professionnel.* — *La règle du secret professionnel n'empêche aucunement un chirurgien-dentiste de communiquer le nom de ses clients, et dire les sommes que ceux-ci lui ont versées, ces renseignements n'ayant aucun caractère confidentiel*, dit la cinquième Chambre du Tribunal civil de la Seine dans un jugement récent (2 février 1933).

Si donc un chirurgien-dentiste s'est engagé envers un bailleur de fonds à lui verser un pourcentage sur ses bénéfices, le tribunal peut confier à un expert le soin d'examiner sa comptabilité afin de déterminer le chiffre de ses bénéfices.

Voici les observations présentées par le QUOTIDIEN JURIDIQUE (28 juillet 1933) à propos de ce jugement :

Cette solution doit être approuvée. En effet, un acte secret par nature est celui dont la révélation serait susceptible de causer un dommage quelconque matériel ou moral, à celui qui l'a confié (Perraud-Charmantier : *Le secret professionnel, ses limites, ses abus*, pages 132, 140, 169, 240). Ce n'est que dans la doctrine du secret absolu, soutenue envers et contre tous par le Corps médical, qu'on prétend que le praticien doit taire, toujours et quand même, tout ce qu'il peut voir, comprendre et entendre, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa profession. Dans cette théorie, commode en vérité, on s'en tient tout simplement au serment d'Hippocrate !

Sans doute est-il vrai que certains confidents nécessaires, tels que les avocats, les médecins spécialistes, ne peuvent dévoiler même le nom des personnes qui ont franchi le pas de leur cabinet, et n'ont pas, dès lors, la possibilité, sans violer l'art. 378 du Code pénal, de représenter le moindre document à des tiers, tels que les carnets de visites pour les médecins. En ces hypothèses, la révélation risquerait d'être préjudiciable au client. Mais, à défaut de règle juridique, le sens commun suffit à décider que le fait par un chirurgien dentiste d'énoncer le nom de ses clients avec l'indication des honoraires reçus ne présente aucun caractère confidentiel.

C'est pourquoi le jugement ci-dessus rapporté est à retenir. Il est de ceux — de plus en plus nombreux — qui n'acceptent plus comme un dogme, la théorie antihistorique, anti juridique et antisociale du secret absolu, que le Corps médical, a, voilà un demi-siècle à peine, élaboré avec le concours inattendu de la jurisprudence.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la nécessité de noter sur un calendrier spécial les dates de menstruation

Par le Professeur Dr. **Hermann KNAUS**, Graz, Autriche

Il n'y a qu'un nombre relativement restreint de femmes à avoir l'habitude de noter sur un calendrier le jour initial de la menstruation et de fixer ainsi d'une façon exacte la date de l'événement périodique. Les motifs qui les y poussent se devinent aisément : d'abord, le besoin d'ordre et de contrôle des phénomènes vitaux du corps, puis l'intérêt de repérer immédiatement le commencement d'une gestation et, par suite, de calculer le terme exact de l'accouchement. D'autre part, les femmes aisées tiennent des calendriers de menstruation pour pouvoir, d'après leur rythme individuel, prendre des décisions relativement aux fêtes de famille, réceptions et voyages. Mais la majorité des femmes ne se donnent pas la peine de faire des annotations régulières, et se fient à leur mémoire pour conserver approximativement le jour du début de la menstruation.

De ces observations superficielles faites par les femmes elles-mêmes, nous savons que 80 % d'entre elles ont leurs règles toutes les quatre semaines. Il est évident que ce laps de temps de quatre semaines qui s'écoulent du commencement d'une menstruation jusqu'au début de la suivante, n'a que la valeur d'une estimation approximative, sans notation exacte sur calendrier. Et pourtant jusqu'ici cette façon d'estimer la durée du cycle menstruel suffisait non seulement à la majorité des femmes qui, en somme, tiennent seulement à savoir à peu près quand elles auront leurs prochaines règles, mais elle satisfaisait même les hommes de science auxquels cette fixation approximative paraissait suffisante pour la théorie et pour la pratique.

Mais, depuis la découverte si importante du fait que chaque femme est susceptible de conception seulement lors de certains jours très précis du cycle menstruel, la donnée de ce cycle en semaines est devenue absolument insuffisante et la fixation en jours devient une exigence indispensable. Car nous savons aujourd'hui que l'ovulation, qui est d'importance capitale pour la fixation des jours de fécondité, a lieu d'après une loi dépendante de la longueur du cycle menstruel : toujours quatorze jours avant le début des règles suivantes ; ainsi l'ovulation pour un cycle menstruel de vingt-six jours a lieu le douzième jour à partir du début des règles précédentes : pour un cycle de vingt-huit jours le quatorzième jour, pour un cycle de trente jours le seizième jour, et ainsi de suite. Nous pouvons en conclure qu'il n'est pas du tout indifférent de savoir si la longueur effective du cycle menstruel comporte vingt-six ou trente jours, puisque, avec de telles variations, l'ovule est pondu proportionnellement plus tôt ou plus tard. Nous avions, donc, en admettant un cycle de quatre semaines sans constatation plus exacte par rapport au temps de l'ovulation, fait une erreur qui pouvait aller jusqu'à cinq jours. Cette constatation devra à l'avenir être faite à temps pour permettre la démarcation exacte des jours de fertilité ; et, comme nous allons le voir, cette erreur doit absolument être évitée si l'on veut avec certitude et sécurité limiter les naissances d'une manière naturelle et physiologique.

Étant donné que les deux cellules sexuelles, ovule et spermatozoïde, ne restent que peu de temps aptes à la germination après avoir quitté leur lieu d'origine, la possibilité de conception n'existe que peu de jours avant et quelques heures après l'ovulation. On peut, donc, considérer aujourd'hui comme fait acquis que la femme n'est apte à la conception que durant cinq jours du cycle menstruel, à savoir dans les trois jours précédant l'ovulation, le jour même et le jour suivant. Ces cinq jours de fertilité s'étendent donc chez la femme à cycle de vingt huit jours du 11e au 15e jour, chez celle à cycle de trente jours du 13e au 17e jour après le commencement des dernières règles. Ce déplacement des jours de l'aptitude à la conception prouve clairement que la donnée de la longueur du cycle menstruel en semaines est inexacte et prête lieu à erreur, et il en résulte qu'il n'y a qu'un fondement sûr pour la fixation des jours de fertilité et de non fertilité, c'est la connaissance exacte en jours de la durée du cycle mensuel.

Médecins et sages-femmes ont encore à fournir un grand travail d'éducation pour diffuser le principe de la régulation naturelle des naissances, régulation qui doit apporter en somme, avec un peu de force de volonté pour l'abstinence absolue pendant les jours de fertilité, de si grands avantages tant au point de vue moral qu'au point de vue sanitaire dans la vie sexuelle : l'édification de toutes les jeunes filles et femmes sur la nécessité d'une notation régulière et soigneuse des termes de menstruation.

Toute jeune fille, dès l'apparition des premières règles, doit être astreinte à noter le début de chaque menstruation suivante dans un calendrier le jour même ; toute femme doit être amenée à renoncer pour toujours à tenir superficiellement en mémoire les termes de ses menstruations et à tenir dorénavant, avec une exactitude infatigable, au courant son calendrier menstruel. Ce travail d'éducation sera couronné de succès si nous exigeons des femmes non seulement qu'elles tiennent un calendrier, mais si, en même temps, nous leur faisons comprendre les avantages qui en résulteront pour elles à l'avenir dans leur vie sexuelle. En effet, si nous avons les dates de menstruation d'au moins une année, elles nous donnent une vue certaine sur la régularité de la durée du cycle menstruel. Seules ces dates nous permettent de constater si le cycle a lieu : d'une façon régulière, avec des variations de quelques jours ou d'une façon très irrégulière. Et seul le caractère individuel du cycle menstruel qui ne peut se constater que de cette manière peut former la base pour la fixation certaine des jours de stérilité.

Chaque femme a évidemment le plus grand intérêt à savoir à quels jours de cycle menstruel elle est stérile et, à mon avis, elle a le droit de le savoir. Dès lors, elle sera toujours en mesure d'estimer si elle doit se donner à son conjoint les jours de fertilité et si elle est prête ou non à assumer les conséquences possibles. Tandis que jusqu'à présent, elle était livrée plus ou moins inconsciemment à son partenaire, elle pourra à l'avenir avoir la voix dominante dans la question de progéniture et éviter ainsi beaucoup d'infortune morale et matérielle. A elle, en effet, en première ligne les joies, mais aussi les dangers, les soucis et les fatigues de l'élevage de l'enfant. Après ces éclaircissements, toute femme ayant conscience de sa responsabilité, qui, pour des raisons quelconques d'ordre éthique, voudra éviter la conception, s'abstiendra systématiquement pour quelques jours des rapports sexuels et ne les acceptera que dans les jours de stérilité. Et, pour la fixation de ces jours, fixation qui peut lui éviter de grands dangers tant au point de vue physique qu'au point de vue social, chaque femme désormais dans son intérêt très personnel, veillera à la notation régulière des dates de menstruation.

Voyons maintenant comment la femme arrive sur la base des dates de menstruation d'une année à la connaissance certaine de ses jours de fertilité et d'infertilité dans

◆◆

le cycle menstruel. Doit-elle sur ces données fixer ces jours elle-même ou doit-elle à cette fin recourir à l'aide de qui est versé en la matière ? Tant que nous serons au début d'une régulation naturelle des naissances, on ne peut que recommander aux femmes d'avoir recours au conseil des hommes de science ; mais c'est chose actuellement encore difficile vu que cette nouvelle théorie n'a été reconnue jusqu'ici que par un nombre relativement restreint de médecins.

Diverses brochures ont été déjà écrites sur cette question en langue allemande ; on a créé déjà en Allemagne et en Autriche divers moyens techniques à l'effet de déterminer avec facilité et d'une façon sûre les jours de fertilité d'après la durée du cycle menstruel. Mais la majeure partie de ces moyens techniques pour la plupart des calendriers ont deux désavantages : les uns sont dans leur application beaucoup trop compliqués pour être utilisés d'une façon sûre par la femme de moyenne intelligence, les autres ne permettent pas l'adaptation individuelle du diagnostic au cycle menstruel de chaque femme et, pour éviter toute erreur, étendent les limites de la période de fertilité beaucoup plus loin qu'il n'est absolument nécessaire. J'ai le plaisir et le devoir de constater ici qu'un inventeur de notre ville M. H. Heyssler tenant compte de ces défauts a imaginé un calendrier qui évite les défauts sus-mentionnés et est d'une application simple et facile. Il sert non seulement de calendrier de conception, c'est-à-dire pour trouver les jours de fertilité, mais en même temps de calendrier de menstruation dans lequel sous une rubrique *ad hoc* on enregistrera régulièrement les dates des menstruations. Ce calendrier s'établit pour chaque femme individuellement sur la donnée des dates de menstruation d'une année.

Nous nous trouvons ainsi au seuil d'une nouvelle époque de la régulation des naissances qui est appelée à délivrer l'humanité de toutes les méthodes anticonceptionnelles nuisibles à la santé utilisées jusqu'à présent.

Le traitement moral des psychopathes

Par R. BENON

Médecin du Quartier des maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes

Le traitement des psychopathes, malades qui sont plus ou moins conscients, malades qui sont plus ou moins nettement des aliénés suivant le degré et la forme de leurs réactions impulsives, le traitement des psychopathes ne sera jamais d'ordre simplement matériel ou physique. La création de laboratoires variés dans les asiles ou à côté des asiles d'aliénés s'impose d'une manière indiscutable : les examens de sang, d'urines, de liquide céphalo-rachidien, etc., sont maintes fois ici plus urgents qu'en médecine générale ; la nécessité de la recherche de médicaments spéciaux pour ces malades est impérieuse et des découvertes récentes sont loin d'être négligeables ; enfin, l'installation, dans les instituts psychothérapiques et dans les établissements d'aliénés, de l'électricité, du chauffage central, de la balnéothérapie moderne, de la télégraphie sans fil, de salles de spectacle, constitue un progrès réel, si on compare cela à la misère des vieux hôpitaux d'autrefois. Cependant il est un traitement des psychopathes ou aliénés, qui devra toujours être à la base des soins à donner, c'est le traitement moral.

* * *

Nous savons que dans les temps modernes le traitement moral spécialisé des psychopathes est à peu près considéré comme vanité pure. Cela est exact en partie, mais le traitement moral général, c'est la douceur qui s'ajoute à certains gestes thérapeutiques, c'est la persuasion bonne ou inutile, faite avec patience, c'est la consolation du sujet malheureux, c'est une certaine confiance en l'avenir qui est apporté chaque jour au patient. Ces soins-là nous pensons bien que ce sont ceux que l'on reçoit dans sa famille, près des personnes qui vous furent chères mais le malade d'hôpital et surtout le malade d'asile, ne pourrait-il pas, lui aussi, avoir sa part de ces petits soins qui atténuent le chagrin, l'anxiété, l'énervement, et qui laissent après guérison d'agréables souvenirs ? Nous ne demandons pas à nos infirmiers d'aimer les malades bien que quelques-uns soient naturellement bien doués à cet égard. On ne saurait décréter l'amour du prochain : quelle merveille si un décret suffisait pour atteindre certaine perfection ! Mais ne pourrait-on pas, en particulier dans les asiles d'aliénés, avoir des infirmiers ou mieux des infirmières qui seraient chargés, sous la direction médicale, du traitement moral des malades? Que de confidences précieuses, utiles et quotidiennes, ne recueillerait-on pas de la sorte ! A ces infirmières assistantes pourrait être adjointe une infirmière visiteuse à domicile qui renseignerait le praticien sur le comportement spécial du sujet en liberté et sur l'évolution de la maladie mentale.

* * *

La loi de 1838 est une des meilleures lois de l'Etat français. Le mode d'hospitalisation des malades dits indigents est injuste : il disparaîtra grâce aux Assurances sociales ; l'insuffisance des locaux, le mauvais recrutement du personnel ne sont pas fonction de la loi, et ils vont s'amendant petit à petit, très lentement bien sûr. Un traitement moral convenable des psychopathes ou aliénés à l'hôpital, un traitement aussi humain que possible, et un *service social* annexé à l'établissement, permettront seuls de diminuer la fâcheuse réputation des maisons de santé fermées et même ouvertes.

LE MOIS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

I. Sur l'épilepsie

Existe t-il une *épilepsie syphilitique congénitale* ? Dans « *The Journal of Nervous and Mental Disease* (mai et juin 1932), MM. Karl A. et William C. Meuninger concluent à la rareté de cette variété d'épilepsie. Ils fondent cette conclusion sur les résultats que leur a donnés l'examen de trente et un cas pour lesquels la preuve de la syphilis a été tirée à la suite d'une recherche sur les antécédents héréditaires, d'examens cliniques et d'analyses sérologiques.

Or, les manifestations épileptiques étaient de deux types : celles du premier, étaient de nature nettement spécifique avec des localisations organiques dans l'encéphale ; par contre, celles du second groupe, étaient dépourvues de toute lésion et présentaient l'allure d'accidents comitiaux dits « essentiels »...

En considérant l'ensemble des cas d'épilepsie et de syphilis héréditaire, on constate que le mal comitial syphilitique congénital est un syndrome clinique relativement rare.

* * *

A propos d'*épilepsie* dans ses rapports avec la *syphilis*, M. Moreau a présenté à la Société de Médecine mentale de

Belgique dans sa séance de mars dernier une curieuse observation d'une jeune femme de 26 ans devenue dysmnésique, vertigineuse et franchement comitiale trois mois après son mariage. C'est une alopécie en clairière qui mit le médecin sur la voie du diagnostic. On fit un examen du sang chez les époux : Bordet-Wassermann fortement positif chez le mari ; la même réaction ne se montra positive chez la femme qu'après deux injections intraveineuses de novarsénobenzol. On continua le traitement antispécifique sans employer le moindre produit antiépileptique. Le résultat se montra excellent : toutes les manifestations comitiales disparurent. Il s'agissait, comme l'on voit, d'un cas d'épilepsie survenue à la période secondaire de la syphilis. Cas relativement rare qui s'observe, quand il se produit, entre trois et six mois après le chancre.

***

Les *réflexes oculo-cardiaque, palato-cardiaque et solaire* dans l'*accès épileptique* ont été examinés dans cinq cas par MM. T. Dosuzkov et K. Uhl. Dans quatre cas, les auteurs ont constaté une diminution de la vagotonie préparoxystique après l'accès, tandis que dans un seul cas, cette vagotonie s'est trouvée augmentée, donc, inversée. A quoi tient cette inversion ? Aux modifications organiques secondaires consécutives à la prolongation anormale de l'accès et à l'agitation intense post-paroxystique, disent les auteurs.

***

On sait que les *épileptiques* peuvent présenter des *troubles du langage* au cours de leurs accès comitiaux conscients et mnésiques. Dans la *Revue neurologique* de décembre 1932 M. L. Marchand a décrit plusieurs modalités de cette aphasie transitoire spéciale : un arrêt brusque du langage par suspension subite de la pensée et du langage intérieur ; une anarthrie et aphasie sensorielle comme l'aphasie de Broca ; enfin, une anarthrie par perte du langage extérieur.

L'explication adoptée par l'auteur est celle de la théorie circulatoire des accidents épileptiques, théorie déjà ancienne soutenue, entre autres, par M. Souques. D'autres théories, comme celle d'une intoxication ou d'anaphylaxie avancées dans ces dernières années, n'excluent guère la possibilité simultanée d'un désordre circulatoire.

***

Une observation intéressante d'*épilepsie traumatique*, accompagnée de crises hallucinatoires et d'accès d'automatisme ambulatoire tantôt conscients et mnésiques, tantôt inconscients et amnésiques, a été présentée tout récemment, en juin dernier à la Société médico-psychologique, par M. Marchand et Mlles Deschamps et Truche. Il s'agit dans ce cas d'un homme de 35 ans, facteur auxiliaire qui fut gravement blessé à la tête à l'âge de 22 ans, par un tonneau de 220 litres qui roula accidentellement sur lui. Il perdit connaissance durant plusieurs heures. On constata un enfoncement léger de la région frontale gauche. Quelques semaines après, se déclarèrent une céphalée continue et des absences comitiales quotidiennes. Plus tard, quatre mois après le traumatisme cranien, le blessé eut une crise hallucinatoire d'une minute de durée : il crut apercevoir sept Allemands le poursuivant à coups de grenade, le fusil à la main.

Cette vision n'était qu'une reproduction hallucinatoire d'une scène réellement vécue par le malade en 1918, à Jonchery. Elle s'est reproduite, depuis, bien souvent, toujours sous la même forme, avec, pour commencer une *aura* consistant en une sensation de boule montant à la gorge...

Après l'accès hallucinatoire se manifeste l'amnésie : l'homme ne se souvient de rien et ce sont les gens qui ont assisté à la crise qui le lui ont dit. Pendant la vision, il se débat, crie, cherche à se défendre, s'agite au point que l'entourage est obligé de le maintenir soit pour l'empêcher d'étrangler une personne se trouvant à sa portée, soit pour qu'il ne se jette par la fenêtre pour fuir ses agresseurs imaginaires.

Après la première crise hallucinatoire, le malade eut un accès d'automatisme ambulatoire suivi d'amnésie complète : il quitta son domicile et se retrouva à plusieurs kilomètres de chez lui. Pendant sa course éperdue, il titubait comme un ivrogne...

A l'âge de 28 ans, à la suite d'un accès analogue, il parcourut 33 kilomètres. Il s'était, ensuite, endormi dans un fossé, le long de la route. Sur toute cette fugue, son amnésie fut totale... Au retour d'une fugue semblable, il se coucha et voulu étrangler sa femme la prenant pour un Allemand...

Enfin, une dernière crise d'automatisme ambulatoire se produisit en avril 1933 : étant à Nice, à la gare, il eut tout à coup sa vision des sept Allemands de Jonchery. Il décida aussitôt de partir pour cette localité et prit un billet pour Paris... Arrivé dans la capitale il se rendit à pied de la gare de Lyon à la gare de l'Est, prit un billet pour Reims, d'où il alla à Jonchery. Il y retrouva l'endroit où il avait été poursuivi par les Allemands pendant la guerre. Il ne reprit conscience que vers une heure avancée de la journée. Cette fois, il se rendit compte qu'il venait d'être malade. Il reprit un billet pour revenir à Paris. Il se rendit chez un ami qui est député, ne le trouva pas chez lui et alla à la Chambre des Députés... A ce moment il fut repris de son accès hallucinatoire et, conscient de son état morbide, entra dans un poste de police pour demander protection. Conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt, il fut interné d'office à Sainte-Anne.

Et voilà un sujet atteint d'épilepsie post-traumatique se traduisant par des absences classiques, par des crises hallucinatoires et par des accès d'automatisme ambulatoire, mais, avec cette particularité tout à fait remarquable que ces accès et ces crises sont généralement inconscients, et amnésiques, mais qui deviennent, parfois, conscients et mnésiques comme la dernière fugue de Nice à Jonchery... A propos de cette curieuse observation, M. Georges Dumas a rappelé le cas de Flaubert qui, étant épileptique, avait pour aura de ses crises, la vision d'une scène émouvante, celle d'un accident de voiture qui lui était survenu...

Les mêmes auteurs ont cité le cas d'un épileptique psychique sujet à des crises d'automatisme conscientes et mnésiques mais, pas entièrement et cherchant à expliquer ses actes absurdes par un délire d'influence...

Ainsi après chaque accès d'épilepsie psychique le malade présente un syndrome d'interprétation explicative. Pendant un ou plusieurs jours, il cherche dans une influence extérieure l'explication des actes absurdes qu'il a pu accomplir.

Exemples : « il se trouvait, dit-il, à l'état de médium ; sa « volonté ne lui appartenait plus ; quelqu'un le faisait passer d'un état à l'autre ; on voulait faire de lui un sujet « d'expériences pour les hôpitaux ; sa volonté est entre les « mains d'étrangers qui lui veulent du mal ; il lui vient des « idées obcènes qui ne sont pas à lui ; on agit sur lui pour « renseigner la politique », etc...

Comment s'expliquent des phénomènes psychiques de cet ordre ? On doit tenir compte, sans doute, du fond mental constitutionnel, habituel, du sujet. Dans l'observation en question il s'agit d'un épileptique qui a toujours présenté un caractère anormal : il était orgueilleux, méfiant, à tendances paranoïaques, hypocondriaques, interprétatives. Après chaque accès d'épilepsie psychique se produit chez ce malade une exagération post-paroxystique de son caractère. La littérature psychiatrique compte déjà un certain nombre d'observations analogues publiées par Gaupp en Allemagne sous le nom de « psychoses combinées », par MM. Merklen et Heyer, et le Professeur Claude, en France.

Dans tous ces cas le « délire explicatif » fait suite aux hallucinations et aux idées délirantes qui surviennent au cours d'un accès d'épilepsie psychique se caractérisant par un état crépusculaire de la conscience.

(*A suivre.*)

Dr J. ROUBINOVITCH.

VARIÉTÉS

Le « Lieu de Genève » et les objecteurs militaires

Le *lieu de Genève* rencontre ses adversaires les plus fougueux parmi les *antimilitaristes*, les plus plus nombreux parmi les *irréfléchis*, les plus dangereux parmi certains *militaires*.

On sait l'objection habituelle dérivant plus ou moins directement d'un *mot d'ordre des communistes* qui, s'ils admettent ou préconisent les *guerres civiles* (au cours desquelles le *lieu de Genève* serait d'ailleurs extrêmement bienfaisant) proscrivant la guerre nationale.

Ce mot d'ordre, avalisé plus ou moins complètement, plus ou moins consciemment, par quantité de gens peut se résumer ainsi : « Nous supprimons la guerre par différents moyens — en particulier par l'objection de conscience ; donc nous nous refusons à souscrire à quoi que ce soit de ce qui, comme le *lieu de Genève*, est fonction de la guerre. »

L'objection des irréfléchis — *oublieux du nombre extrêmement élevé de Français recueillis et sauvés par la Croix-Rouge ennemie* au cours des dernières guerres (*y compris celle de* 1914-1918) — peut se résumer ainsi : L'adversaire n'observera pas les engagements pris. »

J'ai répondu ailleurs, et pertinemment je crois, à ces objections et à d'autres qui ne valaient même pas une réfutation.

Je résumerai mon opinion en répétant, en ce qui a trait aux communistes qu'en raison d'incoercibles conditions biologiques, que du fait de la constitution anatomo-physiologique et psychologique de l'homme, ils ne parviendront pas plus à supprimer les guerres nationales que quantité d'Etats ne réussiront à supprimer les guerres civiles et que le succès de leurs campagnes (*objection de conscience*, etc.) marquerait l'avènement proche de la dictature ou, tout au moins, le « *re* » surgissement d'armées de professionnels et de mercenaires.

Quant aux propos des irréfléchis, il suffit, je pense, de leur opposer le succès de la Croix-Rouge qui, depuis qu'elle existe (Convention de 1864) — en dépit d'accrocs les uns accidentels, d'autres criminels — a valu au cours des guerres (*y compris la dernière*) la vie sauve à tant des nôtres.

Il importe de faire pénétrer dans la tête des étourdis que ce succès de la Croix-Rouge n'est pas dû au seul sentiment mais bien au fait qu'il est de l'*intérêt* de tout belligérant, fût-il archi-victorieux, de se plier, comme n'ont pas manqué de le faire toutes les nations civilisées aux exigences de cette bienfaisante Convention de Genève de 1864.

Car signer les clauses de cette Convention, c'est prendre quel que puisse être le sort des armes une assurance contre des pertes cruelles.

Les dictateurs, si autocrates fussent-ils, sont trop intelligents ou trop esclaves des nécessités pour ne le pas sentir.

Je ne reviendrai pas aujourd'hui sur ces différents points.

Ce que je veux signaler, c'est le rôle obscur joué dans la coulisse par des objecteurs qui, ayant réussi à bâillonner la presse, tentent maintenant de bâillonner le Parlement.

Ces adversaires du *lieu de Genève* sont des objecteurs militaires.

Ce sont eux et non les communistes, non les objecteurs de conscience qui, jusqu'à ce jour, ont réussi à retenir l'essor du *lieu de Genève*.

Examinons leurs arguments.

La proposition ayant reçu la sanction du Parlement pourrait être exploitée par les représentants d'autres pays.

On connaît la proposition présentée à la Chambre des Députés par M. Maurice Robert, député de l'Aube. Nous en avons publié le texte.

On se demande vraiment (je pose la question à tous les gens de bonne foi) en quoi la France risquerait d'être atteinte dans ses intérêts, en saisissant la S. D. N. non d'un fait, non d'un acte, non d'une résolution l'engageant en quoi que ce soit, mais d'une simple proposition — proposition qui lui ferait grand honneur — d'étudier avec des partenaires les possibilités de réalisation d'une mesure qui, de toute évidence, ne deviendrait viable qu'autant qu'elle répondrait également aux intérêts respectifs d'adversaires éventuels.

Plût à Dieu, plaise à Dieu qu'on n'eût jamais porté, qu'on ne porte jamais dans les palabres internationales que des propositions aussi pondérées.

Ce qui pourrait impliquer quelque danger, ce serait, en la faisant ratifier d'emblée ou prématurément par les organes militaires, de conférer à ladite proposition un caractère technique qui, liant plus ou moins les représentants du pays, pourrait, parce que liés, les désarmer au cours des négociations vis-à-vis de représentants de nations plus habiles.

Plût à Dieu, plaise à Dieu que l'on eût évité, à d'autres sujets, qu'on évite à jamais procédés aussi illogiques et aussi périlleux.

C'est, tout au contraire, lorsque des tractations préliminaires entre deux nations, tractations menées ou non dans le cadre de la S. D. N. auront conduit à de premiers échanges de vues intéressants que les organes militaires, que le Comité de défense nationale, etc., devront être appelés à évaluer ce qui est offert et ce qui est demandé, à opposer leur veto ou à indiquer les modifications désirables.

Agir autrement, c'est en termes vulgaires : *mettre la charrue avant les bœufs.*

C'est inviter l'organe de la défense nationale :

Ou à la conduite la plus insensée si, approuvant la proposition, il venait à peser plus ou moins sur les représentants français par des directives dont l'ignorance de ce que pourrait être amené à proposer l'adversaire ne permettrait pas de savoir si elles seraient ou non défavorables à nos intérêts militaires et dans quelles mesures elles le seraient.

Ou à la conduite la plus inhumaine si, par le seul fait qu'il ne peut être qu'insuffisamment documenté sur une question aussi nouvelle et *par méfiance de principe* l'organe militaire parvenait par son veto à décourager les bonnes volontés du Parlement, à priver le pays du bienfait que lui serait la mesure et par le nombre d'existences qu'elle sauverait et par le rayonnement qu'elle lui vaudrait.

Les adversaires militaires de M. Maurice Robert savent très bien que sa proposition *n'est pas encore, qu'elle ne peut être déjà affaire technique, affaire de compétence*, qu'elle ne relève jusqu'à présent que du *bon sens*, que du *sens commun* ; ils n'ignorent pas que le Comité de défense ne pourra exprimer *utilement* son avis qu'après examen de textes relatant les premiers échanges de vues entre les représentants français et des représentants étrangers ; que lui demander de se prononcer dès maintenant, c'est le mettre dans l'alternative ou de satisfaire à l'honnêteté en se récusant ou de céder au parti pris en se déclarant hostile.

Comme on ne peut raisonnablement pas attendre de l'infaillibilité qu'elle consente à se récuser, le choix n'est pas douteux.

De là l'insistance à le provoquer.

Si la Croix-Rouge n'existait pas et que M. Maurice Robert en demandât la création, on peut tenir pour certain que nos objecteurs militaires lui refuseraient avec dédain leur approbation.

Etendre aux catégories de personnes visées par la proposition Maurice Robert (femmes enceintes, mères avec leurs nourrissons, vieillards impotents, infirmes) *les immunités conférées par la Croix-Rouge aux blessés et aux malades ne pourrait-il pas être interprété à tort ou à raison*, dit l'objecteur militaire, *comme la reconnaissance implicite de belligérant à toute la population valide du pays ?*

Voilà qui est prodigieux !

L'argument, que son auteur lui-même n'ose exprimer qu'en

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Le nouveau-Beaujon hôpital vertical. — *De M. Pierre Devaux dans* LA NATURE (15 juillet 1933).

Une « expérience » médicale et technique du plus haut intérêt va se trouver réalisée prochainement dans la banlieue de Paris avec l'achèvement du gigantesque hôpital de *Nouveau-Beaujon*.

Construit selon des principes encore inédits en France, d'*équipement vertical*, ce nouvel hôpital diffère profondément, par sa silhouette générale aussi bien que par son organisation intérieure, de ces bâtiments peu élevés, largement étendus en surface, que nous avions l'habitude de considérer comme la formule rêvée, aussi bien pour les établissements hospitaliers que pour les maisons de repos. Ainsi se trouve rompue brutalement une longue évolution qui, des hauts étages de *Lariboisière*, nous avait amenés aux pavillons presque détachés de la *Nouvelle Pitié* et aux pavillons-chalets disséminés au milieu des jardins dont *Boucicaut* offre un parfait modèle.

« Hôpital gratte-ciel », a-t-on dit, et, de fait, avec ses treize étages et ses 55 mètres au point le plus élevé, *le Nouveau-Beaujon* a nécessité pour sa construction une autorisation spéciale de la Préfecture de la Seine. Mais c'est surtout par la remarquable organisation de ses services intérieurs que le nouvel établissement s'apparentera aux colossaux *buildings* d'outre-Atlantique, par ses innombrables ascenseurs et ascenseurs express, ses monte-charge automatiques, ses distributions d'air comprimé, de vide et de courant électrique sous ses formes les plus variées, ses « descentes » à gravité pour les linges, les déchets, les pansements, ses postes de « climatisation », ses cuisines où tous les appareils seront électriques, sa laverie automatique de vaisselle, sa fabrique de glace et sa propre « centrale » électrique à moteurs Diesel, toujours prête à fonctionner en cas de panne du réseau et à assurer la vie de cet immense organisme autonome !

Cette formule de construction en hauteur, avec le formidable équipement mécanique et électrique, qu'elle nécessite est-elle satisfaisante pour un hôpital ? Telle était assurément l'opinion bien ancrée des auteurs du projet, car des neuf hectares de terrain, achetés avant-guerre, dont disposait l'Assistance publique, deux seulement seront utilisés pour les bâtiments ; ce n'est donc pas la place qui a manqué.

. . . .

De plus, et c'est là un des inconvénients commun à toutes les formules de grande extension horizontale, l'immobilisation de capital représenté par le terrain finit par devenir considérable. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'un hôpital doit être *central* et que, par suite, il occupe généralement un emplacement où le prix du mètre carré est fort élevé. Un exemple typique est celui de *Beaujon* actuel, rue du Faubourg Saint-Honoré, dont les terrains ont pris une telle valeur qu'on estime pouvoir couvrir, par leur vente, une grande partie des frais de construction de *Nouveau-Beaujon*, à Clichy !

Ainsi, par le jeu des circonstances économiques aussi bien que par les difficultés d'organisation maternelle, d'économat, les grands hôpitaux étalés au milieu des jardins sont fatalement condamnés dans nos cités actuelles ; on ne peut que le constater à regret. Il a donc fallu en revenir à des formules plus ou moins avouées de construction en demi-hauteur qui nous ont donné, par exemple, *Bichat* et *Broussais*. Toutefois, dans ces derniers venus de la science hospitalière, la hauteur n'avait pas été traitée et utilisée, comme un élément nouveau, l'élément *vertical*, permettant les plus heureuses réalisations.

. . . .

Commençons par le plus éclatant avantage de *l'hôpital vertical* qui est la facilité, l'économie et l'extrême rapidité des transports. Si paradoxale qu'une telle affirmation paraisse, les *déplacements verticaux* sont aujourd'hui plus faciles à obtenir, grâce aux progrès de l'électromécanique, que les parcours horizontaux, qui nécessitent des charriots et des tracteurs. suspendu à son câble, dans un puits autonome, le monte-charge rapide ne nécessite aucune surveillance et fonctionne, grâce à

des enclanchements spéciaux avec une sécurité parfaite, une régularité, une absence de secousses absolument irréalisables en parcours horizontal.

On estime qu'à *Nouveau-Beaujon*, quinze secondes seront suffisantes pour expédier des plats depuis les cuisines, situées au sous-sol, jusqu'à l'étage le plus élevé, le onzième réservé aux tuberculeux. Très intéressante pour les aliments qui n'ont plus besoin d'être accompagnés de réchauds, cette rapidité devient un avantage primordial lorsqu'il s'agit d'envoyer des médicaments et des instruments indispensables.

Un avantage important des transports verticaux, au point de vue financier, c'est qu'ils occupent une faible superficie de terrain, autrement dit, l'encombrement est faible du fait que les voies qu'ils empruntent sont perpendiculaires à la direction ordinaire des déplacements d'objets et de personnes, qui est l'horizontale ; 1 à 2 m² 50 suffisent pour un monte-charge léger et 8 m² environ pour un appareil plus important.

Toutefois, cet avantage ne s'étend pas dans la même mesure aux ascenseurs, qui, très réduits dans un établissement peu élevé, prennent une importance énorme, avec leurs innombrables cabines omnibus et express dans une construction verticale. On sait d'ailleurs que cet encombrement des ascenseurs constitue actuellement le principal obstacle à l'élévation indéfinie des gratte-ciel américains : il arrive dans les *buildings* dépassant 200 mètres, que la *moitié* de la superficie des étages inférieurs soit occupée par les puits des ascenseurs, ce qui constitue un « coefficient d'utilisation » dérisoire ! A *Nouveau-Beaujon*, les ascenseurs seront logés dans une tour spéciale.

En ce qui concerne les descentes, par contre, la disposition verticale ne présente, dans un hôpital que des avantages. Les linges à nettoyer peuvent être précipités par des conduits spéciaux ou « tobogans » qui les amènent directement dans des cuves de désinfection situées au sous-sol. Les pansements usagés sont de même envoyés aux poubelles d'incinération. Détail pittoresque, les tuyaux de descente des W. C. doivent présenter des relais coupant la chute en plusieurs étapes, afin d'éviter la rupture des conduites !

Le principal inconvénient de l'hôpital en hauteur :

est un développement considérable de la machinerie pour les ascenseurs, les monte-charge et les pompes. De plus, une centrale de secours très importante doit être prévue, car une absence brusque de courant dans un établissement comme Nouveau-Beaujon, équivaudrait à une attaque de paralysie générale !

. . . .

On peut donc affirmer avec quelque vraisemblance qu'aux dixième et onzième étages de *Nouveau-Beaujon*, les malades atteints de tuberculose bénéficieront d'un « climat » autrement sain que celui où ils vivaient d'ordinaire. Soustraits à la « vase atmosphérique » qui stagne au niveau du sol, respirant un air particulièrement riche en ozone du fait que les vents dominants, de l'ouest et du nord-ouest arriveront directement à Clichy après avoir passé sur des forêts, les malades se présenteront aux médecins dans des conditions particulièrement favorables...

Une crèche à Moscou. — LA REVUE DES VIVANTS (juillet 1933). *Notes prises en Russie.*

Revêtus de blouses blanches, l'air tout à fait « toubib », nous visitons une des grandes crèches de Moscou, dans un quartier ouvrier. Dès l'entrée, de grandes pancartes :

« *Aime ton enfant, mais n'oublie pas que les baisers sont dangereux* ».

« *Laisse ton enfant tranquille quand il mange* ».

« *Ne fais jamais peur à ton enfant* ».

« *Quand tu sors ton enfant emporte un jouet* ».

« *Ne te montre pas ivre à ton enfant* ».

Des images saisissantes illustrent ces principes. Dans cette crèche, qui reçoit 75 enfants, on distribue des images utiles aux enfants et... aux parents. On y distribue également aux parents des « patrons » pour vêtements d'enfants. Les jours de fête révolutionnaire, les enfants reçoivent de petits cadeaux.

« Nous voulons éviter avant tout le genre « hôpital », nous dit une très sympathique infirmière sociale.

Dans une salle de jeux, un petit golf miniature est à la disposition des enfants. Plus loin, « la chambre rouge » : une table recouverte d'étoffe rouge forme l'autel, au-dessous des images de Lénine, de sa femme, du président du Conseil. Dominant le tout, la figure de Lénine enfant.

Pour habituer les enfants aux bons principes d'hygiène de petits lavabos individuels ont été installés à ras de terre, et ils sont dressés à s'en servir tout seuls. Cette crèche est surtout utilisée par les habitants de l'immense immeuble au centre duquel elle a été construite. Beaucoup d'air, beaucoup de lumière, de grandes baies vitrées qui permettent presque aux habitants des immeubles voisins d'apercevoir leurs enfants. La crèche est surveillée et dirigée par une doctoresse qui s'intéresse passionnément à son œuvre. Nous quittons cette crèche modèle par un escalier où nous retrouvons cette odeur fade caractéristique de bien des endroits publics. Il y a sous les dernières marches de l'escalier un gros tas d'ordures.

l'enrobant d'une formule dubitative, confond l'imagination.

Si le fait de conférer aux personnes, que leur condition de santé contraint d'assimiler aux blessés et aux malades, les immunités conférées aux blessés et aux malades donne le droit d'anéantir tout le reste de la population civile, il en résulte inéluctablement que ce même droit dérive du seul fait qu'il existe des blessés et des malades couverts par ces immunités.

De portée immense, l'insinuation dubitative incluse dans l'objection ouvre les perspectives les plus solides à la faculté de détruire intégralement une agglomération si cette agglomération renferme une formation sanitaire couverte par la Croix-Rouge; — ce qui vise une légère extension de la Croix-Rouge visant évidemment la Croix-Rouge elle-même.

C'est donc que l'on veut supprimer la Croix-Rouge ?

Je sais bien que ce serait le vœu de certains et même qu'une campagne a été amorcée dans ce dessein.

Cependant je ne crois pas que l'objecteur ait mesuré la portée incroyable de son argument.

Je ne veux pas croire que sa légèreté ait entrevu toute l'importance des renoncements que les autorités seraient amenées à consentir pour exonérer les populations civiles du risque d'être considérées par l'ennemi comme belligérantes.

Si vous ne voulez pas que l'ennemi puisse considérer les populations civiles comme belligérantes, force vous est :

Au lieu d'en faire des actes officiels patronés et dirigés par le Gouvernement et par les chefs de l'armée, d'interdire toute participation de la population civile aux exercices de défense contre le péril aérien.

De rassurer les populations, de nier le péril aérien, de renoncer à toute publication de tracts, recommandations officiels ou autres, règlements, consignes, etc., etc., relatifs au péril aérien.

Vous savez bien que vous ne le pouvez pas, sous peine d'agir d'une façon folle et criminelle.

Vous savez bien que vous êtes CONTRAINTS *de faire participer toute la population aux opérations stratégiques* — tout au moins à une part des opérations stratégiques —*de la protection contre le péril aérien.*

Alors où l'honnêteté de votre raisonnement ? du raisonnement qui revient à dire : Ce que nous faisons nous, — et qui est immense — ne court pas le risque d'être taxé par l'ennemi d'acte militaire, tandis que l'induira en tentation le peu que, vous, vous proposez : augmenter, de façon infime l'étendue de la Croix-Rouge.

Les raisons secrètes de l'inqualifiable argument sont de divers ordres :

Beaucoup d'esprits se refusent par paresse et par hostilité envieuse contre l'inédit, à envisager quoi que ce soit de ce qui n'est pas coutumier ; le dieu *routine* est un dieu jaloux.

Bien des gens engoncés dans le statut actuel de la Croix-Rouge où ils ont trouvé honneurs ou avantages, redoutent toute modification de celle-ci — fût-elle à son profit et à leur propre.

Quantité de « ligueurs » de membres d'associations diverses voient *à tort* dans le *lieu de Genève* un rival qu'il convient d'étouffer.

Qu'on ne se méprenne pas sur nos intentions.

Nous les résumerons en disant : qu'il est tout à fait indispensable de préparer la lutte contre le péril aérien et d'assouplir le public aux nécessités de la protection — qu'il faut surveiller *attentivement* les vendeurs de masques — enfin qu'il serait bon de ne pas perdre de vue la sage suggestion du Docteur Félix Regnault, suggestion dont, sous le titre « *le bon sens reprend ses droits* » nous trouvons l'écho suivant dans le n° du mois de juin du *Lieu de Genève*, organe de l'association du même nom :

« On sait qu'un médecin éminent, le Docteur Félix Re-« gnault, a depuis longtemps préconisé contre le péril aérien « ce qu'Espé de Metz (Médecin Général G. Saint-Paul) appelle « la *mobilisation disséminatrice*, mobilisation destinée à vider « les villes de leurs non-combattants.

« Sous la plume autorisée de Paluel-Marmont nous lisons « dans l'*Echo de Paris* du 2 mai 1933 :

« *Admettons, pour un moment, que les dispersions, décen-« tralisations et décongestionnements aient été, dès le temps de « paix, préparés avec soin et exécutés sans parcimonie ; admet-« tons encore que l'évacuation de la population pendant la « période de tension politique ait été réalisée avec courage — « nous parlons du courage civique, plus rare que l'autre — « et nous pouvons être assurés, alors, que si les services de « guet, et d'avertissement sont à la hauteur de leur tâche, ce qui « restera de population pourra être presque instantanément « évacué par les seuls moyens ordinaires du bord. Lorsqu'il ne « restera plus guère, dans les grandes villes, de femmes, d'en-« fants, de malades et d'infirmes, le transport à bonne distance « de la population masculine, plus docile à l'encadrement solide « d'un service d'ordre intransigeant, s'effectuera très rapidement, « assez vite en tout cas pour que les pertes de vies humaines « soient réduites au strict minimum....* »

« Parfait. On évacuera (non par contrainte, mais seulement « sur la demande des intéressés ou de leurs ayants droit) « mères et petits enfants, vieillards, infirmes... sur les *lieux « de Genève* et on disséminera les autres non-combattants « sur l'étendue du territoire.

« Un son de cloche identique est donné dans un article de « la *France Militaire.* »

La neutralisation (1) *des formations abritant malades et infirmes serait sans doute obtenue sans trop de difficulté..... mais il est beaucoup plus logique de commencer par examiner la question plus générale de la protection de tous les civils.*

Voilà un objecteur que le salut des mères et celui des enfants n'intéressent guère.

De quel droit viennent-ils troubler la quiétude de ceux qui attendent avec une infinie patience que la logique (!) leur vienne révéler le moment de *commencer à examiner* (! ! !) le problème général dont celui de la vie de mères et d'enfants ne constitue à leur sens qu'une donnée négligeable.

Nous avons éprouvé les mérites de cette logique qui entend ne recevoir d'autres leçons que celles qui, à la longue, lui viennent des catastrophes.

Qui ne connaît sinon toute l'antienne du moins quelques-uns de ses couplets ?

Rappelons certains d'entre eux :

Il vaut mieux attendre Charleroi pour penser à l'artillerie lourde que de se pourvoir d'artillerie lourde avant Charleroi.

Il vaut mieux se faire révéler les mérites de la tranchée en envoyant contre elle à une mort inutile une jeunesse aux vêtements bariolés que de creuser des tranchées et d'y abriter cette jeunesse afin d'interdire à l'ennemi l'accès du sol national.

Il vaut mieux laisser asphyxier ses troupes par les gaz toxiques savant de se douter de l'existence des gaz toxiques que de se tenir prêts à répondre à des attaques aux gaz foudroyantes par des attaques aux gaz foudroyantes.

Il vaut mieux recevoir de l'invasion les enseignements techniques de la guerre de Mandchourie que de se pénétrer de ces enseignements avant l'invasion.

Il vaut mieux éprouver de la rencontre avec l'ennemi toute l'absurdité de l'« *attaquons* » systématique que de consacrer à la réflexion les cinq minutes nécessaires pour reconnaître que l'intérêt commande, selon les circonstances, d'attaquer, de temporiser ou de rompre.

Il faut mieux apprendre l'existence de la grosse Bertha par les obus qu'elle envoie sur la capitale que de connaître et de construire des grosses Berthas et des anti-grosses Berthas avant qu'elle n'ait perpétré ses mauvais coups.

Il vaut mieux..........

Mais résumons tous ces : *il vaut mieux* par un seul : « Il vaut mieux envoyer à une mort superflue des milliers et des milliers de soldats que d'éviter la mort superflue à ces milliers et milliers de soldats par une préparation à la guerre faite d'application sérieuse, honnête et documentée.

(1) Dieu merci ! les objecteurs militaires ne jouent pas sur le mot *neutralité*. Qu'ils en soient remerciés. Il est clair que, dans sa proposition, Maurice Robert ne donne pas au mot neutralité son sens absolu mais bien qu'il en fait, selon l'usage en la matière, le synonyme de : *immunités conférées par la Convention de Genève* (1864-1906-1929).

Aujourd'hui l'on nous dit : « Attendez le moment favorable pour demander la lune. Quand elle sera dans notre poche nous n'aurons plus besoin de *lieu de Genève.* »

Parbleu !

Et que faire quand inhumanité, légèreté, paresse trouvent un étai solide dans la crédulité d'esprits aussi dédaigneux des réalisations modiques qu'enthousiastes de mirages et de chimères.

Comme il a été dit, écrit et répété : *Si, au cours des prochains conflits armés* (guerres civiles ou guerres internationales) *il y a des lieux de Genève, des mères et des enfants seront sauvés qui ne le seront pas s'il n'y a pas de lieux de Genève.*

La Commission des Affaires étrangères et la Commission de l'Armée de la Chambre précédente l'avaient parfaitement compris qui, toutes deux ont approuvé sans restriction la proposition de M. Maurice Robert.

Les lieux de Genève gêneront les diverses activités du pays...... Les populations s'élèveront contre les lieux de Genève en raison des séparations qu'ils imposeront entre les membres d'une même famille.

Pour mieux noyer le projet les objecteurs militaires feignent de penser que les *lieux de Genève* couvriront de vastes étendues du territoire national, étendues dont la mise à l'écart, dont la suppression fonctionnelle paralyseraient la vie économique et militaire du pays.

Puis, détruisant sans s'en apercevoir son propre argument l'objecteur militaire, feignant de croire que le séjour dans le *lieu de Genève* serait obligatoire assure que le *lieu de Genève* n'aurait aucun succès auprès des populations.

Il est cependant évident qu'il ne serait pas exercé de contrainte et que les *lieux de Genève* seraient exclusivement destinés à ceux des intéressés qui réunissant les conditions requises pour y être admis, auraient été classés sur leur demande ou sur celle de leurs ayants droit (1) parmi les personnes à diriger sur un lieu de Genève en cas d'hostilités.

Il est certain qu'un nombre élevé de personnes renonceraient à se prévaloir de leur condition physique, préférant chercher protection soit dans les abris souterrains, soit dans la mobilisation disséminatrice, soit dans l'exode hors frontières.

Que, dans la suite des temps, si l'expérience démontre l'efficacité du lieu de Genève, celui-ci puisse devenir zone de Genève ouverte à des catégories plus nombreuses de non-combattants, quel cœur généreux ne le souhaite ?

Mais la *zone de Genève* (j'entends une zone de quelque étendue) ne peut être qu'un but très lointain, dont rapprocheraient peu à peu les succès du *lieu de Genève.*

Et l'espoir de constituer des zones de Genève, cet espoir peut — comme beaucoup d'autres — demeurer utopique.

Pour l'instant, pour une longue suite d'années, pour un siècle, peut-être, IL NE S'AGIT PAS DE CELA.

Que dans le cadre de la S. d. N. ou non, les représentants de deux nations soient autorisés à conférer sur la création éventuelle de lieux de Genève, voici le genre de projet qui, *fort justement à ce moment*, sera soumis à l'examen et à l'approbation des organes militaires dans l'un et dans l'autre pays : Le partenaire se propose de créer, en cas de guerre, un lieu de Genève de quatre kilomètres carrés de superficie, en telle de ses provinces, nous envisageons, nous, de créer dans telle région, un lieu de Genève d'une égale étendue.

C'est à ce moment que la technique militaire, que la compétence militaire devront intervenir pour approuver ou désapprouver le choix des régions proposées, au besoin suggérer d'autres choix, finalement fixer sur la carte le point précis du lieu de Genève.

Les tractations entre représentants des puissances intéressées pour aboutir à ce résultat seraient naturellement guidées et inspirées, surveillées peut-on dire par les organes militaires supérieurs auxquels l'ensemble du projet serait obligatoirement soumis avant ratification définitive.

Les intérêts de la défense nationale seraient ainsi très strictement sauvegardés et l'Autorité Militaire ne prendrait plus figure, en se dressant contre le *lieu de Genève*, de s'opposer par indifférence ou par parti pris à une tentative modeste mais qui aura du moins le mérite de sauver un nombre élevé d'existences humaines.

Autres objections : Inaccessibilité des lieux de Genève. Difficulté de les administrer. Coût élevé.

Quant à l'argument tiré de la prétendue inaccessibilité des lieux de Genève, on ne fera croire à personne qu'il ne soit aisé de trouver de ci, de là dans l'étendue du territoire national des emplacements de quelques kilomètres carrés chacun d'étendue où la population relativement peu nombreuse à abriter dans les *lieux de Genève* ne puisse être amenée promptement par voie ferrée ou par auto. On a bien, lors de la dernière guerre transporté au loin des flots de blessés et même de réfugiés sains à plus de 800 kilomètres parfois de la ligne de feu.

La désignation des personnes admises — sur leur demande — à bénéficier de l'admission au lieu de Genève, désignation que nos objecteurs déclarent difficile, (!) sera, au contraire, d'autant plus aisé qu'il s'agit exclusivement de personnes reconnaissables à vue d'œil : vieillards impotents, femmes enceintes, nourrissons, infirmes.....

Le coût à prévoir soulève naturellement un haro.

Pour beaucoup de militaires est volé à l'Armée tout ce qui n'est pas dépensé en achats ou en fabrications d'armes et de munitions, en constructions militaires, en créations de grades, de fonctions militaires, en augmentation de soldes et d'indemnités.

Encore une fois, si la Croix-Rouge n'existait pas et que Maurice Robert en demandât la création, c'est par un tollé que nos objecteurs accueilleraient sa proposition, sur quoi je ne puis m'empêcher de remarquer que leurs sentiments sont fort éloignés de ceux du Parlement, plus encore de ceux de l'immense majorité de la nation.

Il n'est médecin ayant servi dans l'Armée qui, ne sache l'abjecte et criminelle lésinerie dont n'ont cessé de pâtir les services de santé de l'Armée, cependant indispensables, toute sentimentalité mise à part, à la récupération des effectifs.

Le fait que sans un Corps sanitaire actif et pourvu de moyens rapides et puissants (1) l'*Armée se devore elle-même* échappe à bien des compréhensions.

De même que leur échappe la valeur de la quantité énorme d'existences c'est-à-dire — toute sentimentalité mise à part — de capitaux sauvés, récupérés par la Croix-Rouge depuis sa fondation.

Tout ceci d'ailleurs ne peut guère influencer irréflexion, parti pris, égoïsme de l'instinct de domination.

Bornons-nous à constater qu'évidemment l'installation, toute réduite qu'elle soit au nécessaire, ainsi que le fonctionnement des lieux de Genève entraîneront des dépenses.

Sans doute quelques-unes pourront-elles être évitées ; certains zèles trouveront de suffisantes satisfactions dans leur besoin de se dévouer ; des commissaires neutres (agréés par les deux partis) sous le contrôle desquels seront placés les lieux de Genève se contenteront parfois de distinctions honorifiques, etc.

Quant au gros des frais il importe de remarquer : que les personnes admises dans les lieux de Genève ne seront pas nécessairement indigentes et que celles qui sont aisées ou riches devront contribuer aux frais d'installation et d'entretien.

Qu'en raison de la noblesse du dessein poursuivi, ne manqueront pas de se fonder des associations privées qui, collectant dons en espèces et en nature provenant du pays et de l'étranger, finiront par assurer la vie intégrale des *lieux de Genève* (2).

(1) Entendons par ayant droit le représentant légal du mineur ou de l'incapable.

(1) En 1914 les G. B. D. sont partis avec mulets et cacolets ! A la première bataille de la Marne, j'ai dû, faute de mieux, évacuer des flots de blessés sur cacolets. Imagine-t-on ce que peut coûter en vies et en infirmités pareil dédain du blessé ?

(2) A titre d'exemple : Si destiné à desservir la région lyonnaise, un *lieu de Genève* était installé dans cette région, ne croit-on pas que l'initiative privée lyonnaise aurait à cœur d'assurer intégralement la vie de ce *lieu de Genève* ? Et ce que nous disons de Lyon de combien d'autres villes ne pourrions-nous pas le dire ?

Le personnel administratif (direction, gestion, administration proprement dite, services sanitaires) serait bien entendu. *exclusivement* recruté parmi les personnes couvertes par les immunités de Croix-Rouge et, dans la mesure où il serait possible de les utiliser, parmi celles dont la condition physique légitime l'admission dans un lieu de Genève.

Il serait judicieux de constituer en grande partie les personnels en affectant *par roulement* aux postes des lieux de Genève considérés comme *postes de détente*, les médecins et autres personnes des services de Croix-Rouge qui, après un dur séjour sous le feu, viendraient y trouver momentanément repos et sécurité.

Une organisation raisonnable permettrait d'éviter l'une des plaies de la dernière guerre : une pénurie d'effectifs laissant des médecins succomber dans certains postes de l'avant sous un poids accablant d'obligations, tandis qu'en tels et tels cantonnements ou formations d'arrière médecins et « sanitaires » ne savaient qu'imaginer pour lutter contre le désœuvrement.

L'argument colonial.

Pour écraser définitivement la proposition Maurice Robert, les objecteurs militaires vont jusqu'à mettre en avant l'argument : *« en tout cas, le lieu de Genève est impraticable aux colonies. »*

Oublieux du *qui veut trop prouver ne prouve rien* ils trahissent ainsi, à leur insu, que si le *lieu de Genève* est impossible aux colonies, c'est donc qu'il est possible ailleurs !

S'ils veulent donner à entendre que les naturels du centre africain sont rebelles à la conception : *lieu de Genève*, il suffit de leur faire remarquer qu'ils enfoncent une porte ouverte.

S'ils visent toutes les populations coloniales dont certaines, depuis le traité de paix, se montrent extraordinairement délurées, il pourrait advenir qu'ils se trompassent beaucoup.

Le temps n'est pas loin où l'on eut rangé le Japon parmi les peuples coloniaux. Or, il y a de sérieuses raisons de penser qu'en cas de guerre avec des nations de culture occidentale, le Japon — faisceau incomparable dans le monde actuel de forces matérielles et morales — observerait les clauses de la Convention de 1864 aussi bien et peut-être mieux que ces nations.

En ce qui a trait aux populations musulmanes, si le Maroc a toujours recélé des tribus d'une férocité particulière (1), il faut tout de même se souvenir de ce qu'au cours de la conquête de l'Algérie nos médecins, tenus en estime exceptionnelle par les autochtones, ont parfois joui d'immunités qui donnent à penser que des campements sanitaires uniquement consacrés aux œuvres médicales eussent été respectés par l'ennemi. Abd-el-Kader n'était ni plus cruel ni moins intelligent que bon nombre de Chefs militaires européens. Et c'est en l'an 631 que plus humain que certains de ceux-ci, Abou-Bekr, successeur immédiat de Mohammed ordonnait aux généraux qu'il envoyait conquérir Arabie, Syrie et Perse d'épargner les femmes, les enfants et les vieillards.

Au demeurant, inutile de s'appesantir sur la feinte coloniale dont les adversaires du *lieu de Genève* ne font usage que pour détourner l'attention.

Sont-ils à court d'objections ?

C'est peu probable ; car, au service du parti pris l'imagination est fertile en trouvailles.

Qu'ils sachent bien que, si besoin est, nous leur réservons d'autres raisons.........

Que les camarades inconnus, adversaires du *lieu de Genève*, me permettent un conseil amical.

Celui de donner en conscience, s'ils sont à nouveau consultés, la réponse honnête qui se doit.

Cette réponse honnête, *dont peuvent dépendre bien des vies humaines*, la voici :

« L'Autorité militaire n'a pas de raison de s'opposer à ce que soient étudiées à la S. d. N. ou entre le Gouvernement français et d'autres Gouvernements les propositions de M. Maurice Robert, sous la réserve toutefois :

« Qu'il ne sera rien conclu de définitif sans l'approbation des Autorités militaires supérieures ;

« Que les propositions échangées entre nos représentants et ceux des nations étrangères seront soumises à ces Autorités de façon telle que celles-ci en puissent suivre le cours dans ses détails, qu'elles puissent, en temps voulu, donner à leur sujet avis et directives ».

Pour l'instant la question ne ressortit pas à la compétence militaire, à la technique. Elle est affaire de sens et de vouloir.

La Commission de l'Armée de la précédente législation l'a très bien compris qui a approuvé la proposition de M. Maurice Robert comme l'avait fait la Commission des affaires étrangères, cette dernière — où *toutes les opinions* sont représentées — à l'unanimité.

L'affaire doit être de nouveau soumise au Parlement puisque, bousculée par les travaux de la dernière heure, la Chambre précédente s'est séparée sans avoir pu la discuter.

Les fiers ouvriers de la première heure : Paul Bernier qui défendit vaillamment la proposition à la Commission de l'Armée ; le Docteur Péchin ; le Docteur J. Molinié qui la « *rapporta* » brillamment à la Commission des Affaires étrangères, demeureront-ils fermes au poste ?

Le Parlement se laissera-t-il imposer, comme il advint parfois, par des organes anonymes, excipant d'une compétence qu'ils n'ont pas, d'une compétence dont ils eussent mieux fait, pour le salut de tant de Français, de témoigner en de certaines autres circonstances.

Maurice Robert, de qui un grand mutilé de guerre écrivait dernièrement qu'il avait inscrit son nom dans l'histoire de l'humanité, en portant le premier la question du *lieu de Genève* devant un Parlement, Maurice Robert trouvera-t-il dans son intelligence et dans son cœur la force de balayer les sophismes et de persuader ses collègues ?

Ou bien laissera-t-il à un parlement étranger l'honneur de proposer au monde civilisé la création du *lieu de Genève*.

C'est ce que démontrera un avenir proche.

(*Reproduction autorisée*). **

(1) Même en ce qui concerne le Maroc, n'a-t-on pas prêté au maréchal Lyautey ce mot : que pour en conquérir certaines régions quatre médecins valaient mieux qu'un bataillon ?

FAITS CLINIQUES

Accouchement indolore et dilatation anormalement prolongée (douze jours)

par S. OMIECINSKI (de Faremoutiers)

Le 15 mai dernier, j'ai examiné fortuitement une primigeste qui avait eu ses dernières règles le 15 septembre 1932 (soit huit mois auparavant), qui n'avait rien présenté de particulier (sauf une ectasie artérielle et veineuse des membres inférieurs) et dont les urines ne renfermaient pas d'albumine. Abdomen plutôt petit : l'enfant paraît petit (pas plus de huit mois), il remue à peine, son dos est à gauche, je ne sens pas la tête par le palper. Au toucher, je la trouve complètement descendue, reposant sur le plancher périnéal. Malgré qu'il n'y ait pas de douleurs, le col est complètement effacé ; la dilatation est même commencée : deux francs. Je me retire en annonçant ma visite pour le lendemain.

Le 16, la dilatation est plus avancée ; et, pourtant, il n'y a toujours pas de douleurs, toujours pas de mouvements

actifs de l'enfant. Après ma visite, quelques douleurs de reins.

Le 17 mai, la dilatation était de cinq francs : — le 18, de petite paume de main : — le 20, de grande paume de main. L'enfant ne remue pas, mais j'entends les bruits du cœur assez assourdis.

Le 20 mai (sixième visite) je ne pratique pas le toucher, la jeune femme est très bien, elle ne perçoit rien.

Le 24 mai, la dilatation est complète, sans douleur, les bruits du cœur se perçoivent toujours nettement. Pendant tout ce temps, il n'y a pas eu de douleurs ; je n'ai jamais perçu de contraction indolore ; je n'ai jamais perçu de saillie d'une poche des eaux.

Je demande une consultation avec un chirurgien de Coulommiers, le Docteur Berson, lequel conseille d'attendre.

Le 24 au soir, on m'appelle, parce qu'il y avait un léger écoulement sanguin sans douleur : l'examen de mon confrère avait été long, sérieux et approfondi : cette perte sanguine n'avait rien de caractéristique à mon avis. Et, de fait, la nuit se passa sans incident, de même que la journée du 25.

Vers minuit, la jeune femme se sent un peu mouillée. On me signale ce fait le lendemain 26 à onze heures. Je constate que les membranes sont rompues, que la dilatation est toujours complète, que les douleurs sont absentes, que l'enfant vit toujours, et, même, pour la première fois, je perçois des mouvements.

Désireux d'activer le travail, je prescris : à 13 h. 30 un cachet de bichlorhydrate de quinine (0,50), à 14 heures un deuxième cachet, à 14 h. 30 un troisième cachet, à 15 heures un quatrième cachet et une injection d'une demi-ampoule de rétropituitrine Carrion, puis à 15 h. 30, 16 heures et 16 h. 30 une deuxième, troisième et quatrième injections d'une demi ampoule. A 17 heures, cinquième injection d'une ampoule, à 17 h. 30 et à 18 heures sixième et septième injections d'une demi-ampoule, à 18 h. 30 huitième injection d'une ampoule entière. Jusqu'à mon arrivée vers 15 heures, la jeune femme était assez bien. Mais à partir de ce moment, agitation, énervement, fièvre, bourdonnements d'oreilles et vomissements incessants. A 19 heures, le travail n'est pas déclenché. Je fais une toilette très soignée de ma cliente, injection antiseptique, bourrage de la vulve à la pommade de Reclus, garniture et je préviens que, désormais, j'attendrai, mais je ne recommencerai pas ma tentative d'accouchement provoqué, la jeune femme ayant été trop secouée. En somme, il y eu inefficacité presque absolue de la quinine et de l'hypophyse à toutes doses. Plus exactement il y a eu effet à retardement, puisque, douze heures, après la première injection Mme S... fut prise de douleurs et qu'en deux heures et demi tout était terminé.

En effet, le 27 mai, à 2 heures, elle ressent pour la première fois des douleurs. A 3 h. 30, je suis auprès de ma cliente et pour lui dire que, dans une heure, tout sera fait : de fait, vers 4 heures, les douleurs d'une violence extrême se suivent sans intervalle. La tête volumineuse semble vouloir déchirer le périnée, mais en tout cas ne peut pas sortir ; je fais une incision latérale et, à 4 h. 30, l'enfant sort, enfin : grosse tête, presque complètement ossifiée, petit corps (quatre livres), pas de difformité, un cordon gros comme un pouce à sa racine et de bout en bout. La fontanelle antérieure est presque complètement fermée, les ongles sont bien formés. Les cris ne se font entendre qu'après un moment de suspension et un peu de flagellation à l'eau froide. Délivrance normale trois quarts d'heure après : écoulement de sang presque nul.

Suites de couches parfaites, et, même, involution utérine anormalement rapide.

A Paris, les hôpitaux « sont actuellement devenus les centres de traitement chirurgical de 80 à 90 % de toute la population ». (Robert LASCAUX. La crise chirurgicale, éditions de la *Revue Mondiale*.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Physiologie

Il semble que chez l'homme, dans des conditions normales, on puisse envisager un autre facteur pour le passage du chyme dans le duodénum, pour déclencher le phénomène de l'évacuation vésiculaire.

Celle-ci pourrait être provoquée par un réflexe bucco-vésiculaire comparable au réflexe de Pavlov.

La présence des aliments dans l'estomac complète et renforce l'action de ce réflexe sans nécessité de passage alimentaire par le duodénum.

(Nemours-Auguste. Etude de l'évacuation réflexe de la vésicule biliaire. *La Presse Médicale*, 12 juillet 1933.)

Diabète

Dans la pathogénie du diabète, on ne fait pas la part assez large aux lésions centrales et aux troubles fonctionnels nerveux. En dehors des diabètes par troubles fonctionnels du foie, par lésions pancréatiques ou par neutralisation de l'insuline, il en existe qui ont une origine nerveuse, l'insuffisance pancréatique n'étant alors que secondaire à un trouble de la régulation glyco-insulinienne.

Cette régulation est assurée par des facteurs variés : centres commandant la sécrétion d'insuline, l'activant ou la freinant suivant les circonstances ; centres réglant l'élimination hydrique ; sécrétion hypophysaire si complexe dans ses effets mais qui paraît ne pouvoir agir que par l'intermédiaire des centres tubériens ou thalamiques ; système vague ; système sympathique, etc.

Bref, et sans parler des centres disséminés, sur une surface très limitée de la base du cerveau sont concentrés en un véritable nœud métabolique des centres qui fonctionnent synergiquement ; très voisins les uns des autres ils sont exposés aux mêmes atteintes toxiques, infectieuses ou traumatiques. Et le moindre trouble dans leur fonctionnement peut entraîner des perturbations considérables dans le métabolisme de l'eau et des glucides.

Véritable clef de voûte d'où partent les commandements organiques, les centres nerveux interviennent fréquemment dans la pathogénie du diabète sucré qui est moins souvent la conséquence d'une insuffisance pancréatique pure que d'un *vice de la régulation neuro-endocrino-sympathique*.

(Professeur Pierre Mauriac. Les troubles de la régulation neuro-endocrinienne dans la pathogénie du diabète. *La Presse Médicale*, 2 juillet 1933).

Diététique

L'huître est un aliment complet. Sur 100 parties, elle contient sept parties de matières albuminoïdes, deux parties de matières grasses, quatre parties de matières hydrocarbonatées (glycogène) et une partie de sels minéraux.

L'huître est un aliment vivant, dont la respiration a été parfaitement analysée et dont la richesse en vitamines est remarquable ; elle contient les quatre vitamines fondamentales : la vitamine A, dite de croissance ; la vitamine B, antibéribérique ou vitamine d'utilisation nutritive : la vitamine C ou antiscorbutique, et la vitamine D, antirachitique, vitamine de recalcification, qui y est abondante du fait de l'alimentation de ce mollusque se nourrissant de plankton.

L'huître contient des *principes chimiques particuliers*. Il faut insister sur sa haute teneur en phosphore, en calcium, en magnésium. On sait fort bien aussi que l'huître renferme de l'iode, qui s'y trouve à des doses particulièrement fortes, si l'huître est élevée dans des bassins suriodés. Mais surtout il importe d'y signaler la présence de quatre métaux importants qui y ont été dosés par G. Bertrand et son élève Wang-Tai Si : signalons le zinc, la manganèse, mais principalement le fer (on dose 5 mg. 07 p. 100 dans l'huître comestible, 2 mg. 09 p. 100 dans l'huître portugaise) et le cuivre qui y est abondant. Les déterminations faites en France ont montré depuis longtemps que l'huître marenne, variété verte, renfermait plus de cuivre que l'*Ostrea edulis* (13 mg. 79 au lieu de 9 mg. 65 pour 100 grammes de matière fraîche).

Cette différence s'explique parfaitement bien si l'on se souvient que dans les huîtres vertes existe un pigment, dit marennine, qui est l'œuvre d'une diatomée (*Navicula ostearia*) et qui contient du cuivre (phycocyanine).

De telles données biochimiques devraient amener les expérimentateurs à explorer le *pouvoir antianémique* de l'huître, et de récentes recherches ont démontré le pouvoir hématopoïétique de ce mollusque. De bien intéressantes expériences ont été effectuées aux Etats-Unis par H.-D. Pease, expériences qui permettent de conclure à un pouvoir antianémique puissant de l'huître.

MM. Léon Binet et M. V. Strumza, reprenant le problème, ont effectué un certain nombre d'expériences qui montrent que l'huître est un aliment *actif*, qui agit sûrement sur la rénovation sanguine.

(Léon Binet et V. Strumza. La valeur alimentaire de l'huître. Son pouvoir antianémique. *Paris Médical*, 1er juillet 1933).

Artériographie

Vingt-huit artériographies faites chez vingt et un malades atteints de diverses formes d'artérites, conduisent MM. R. Leriche, R. Fontaine et Ph. Frieh aux conclusions suivantes.

1° L'artériographie faite à la façon et avec l'instrumentation de Dos Santos est d'une innocuité parfaite et d'exécution simple.

2° Dans les artérites, elle trouve un champ d'application très vaste, elle nous renseigne sur les trois facteurs qui conditionnent en clinique le pronostic, c'est-à-dire :

a) Le siège et l'étendue des oblitérations ainsi que les conditions circulatoires, dans le tronc principal en amont et en aval de la zone oblitérée.

b) L'état anatomique des parois vasculaires.

c) La richesse de la circulation collatérale.

3° Nous avons été frappés par la fréquence des oblitérations segmentaires, limitées à la fémorale superficielle, à la poplitée ou à la tibiale postérieure. Dans plusieurs de nos cas en aval d'une oblitération de la fémorale superficielle, la poplitée se remplissait normalement par de riches collatérales internes.

4° Il existe des différences sensibles entre les artériogrammes provenant d'artérites diabétiques ou séniles et ceux qu'on recueille dans la maladie de Buerger. Dans les artérites du type athéromateux avant la stade d'oblitération, les artères paraissent augmentées de calibre, en même temps qu'elles deviennent sinueuses, et que leurs contours prennent un aspect irrégulier et moniliforme. Dans la maladie de Buerger, au contraire, les vaisseaux gardent leur trajet rectiligne, des contours restent réguliers, mais les artères dans leur ensemble paraissent diminuées de calibre. L'artériographie ferait penser aux vaisseaux d une jeune fille mince et fluette, alors qu'on a affaire à un homme grand et robuste. Il nous semble utile de chercher desormais si on ne peut pas faire, sur la simple vue d'une radiographie, le diagnostic différentiel entre la maladie de Buerger et l'artérite du type athéromateux.

5° Pour le diagnostic différentiel entre la maladie de Raynaud véritable, et les artérites avec crises vasomotrices du type Raynaud, rien ne vaut l'artériographie. Si celle-ci montre — comme dans les trois cas que nous avons rapportés — un défaut de réplétion, le diagnostic est tranché : il s'agit d'artérite.

6° Dans l'anévrysme artériel, l'artériographie montre la disposition exacte du sac et de ses collatérales : elle témoigne de sa perméabilité ou de son obstruction, par thrombose secondaire.

En résumé, s'il est trop tôt pour donner des conclusions définitives, si d'innombrables documents sont encore nécessaires pour que l'on puisse fixer et interpréter l'aspect radiologique typique des différentes lésions vasculaires, on peut dès maintenant affirmer que l'artériographie doit entrer dans la pratique. Aucun procédé ne donne des renseignements aussi précis sur la circulation d'un membre malade. Ni la recherche systématique du pouls, ni la manœuvre de Moskowicz, ni même l'examen oscillométrique le plus complet, qui indique seulement la limite supérieure d'une oblitération, mais ne nous apprend rien sur les conditions circulatoires en aval de celle-ci. Pourtant il suffit qu'elle soit bonne pour qu'aucun trouble n'apparaisse même si un vaisseau aussi important que la fémorale est oblitéré. Le pronostic d'une artérite étant pendant longtemps fonction avant tout de la valeur physiologique de la circulation collatérale.

La précision qu'apporte l'artériographie est telle que dans plusieurs cas déjà elle nous a permis non seulement de diagnostiquer des oblitérations artérielles très limitées, mais de les réséquer en totalité pour le plus grand bien de nos malades.

Un procédé qui permet pareil traitement conservateur mérite d'être connu, appliqué et surtout étudié car il est loin d'avoir donné tout ce qu'il peut.

(R. Leriche, R. Fontaine et Ph. Frieh. Indications et résultats de l'artériographie dans les artérites. *La Presse Médicale*, 12 juillet 1933).

Stomatologie

On doit s'imposer comme règle absolue de rejeter toute anesthésie locale pour l'extraction des dents à chaud. « Si nous n'avons jamais eu d'accidents à la suite des interventions dentaires faites dans mon service, cela tient uniquement au fait que nous avons toujours proscrit ce procédé d'analgésie.

Toutes les complications que j'ai vues à la Policlinique ou dans ma clientèle étaient dues à des anesthésies locales faites par des dentistes. Je traite actuellement un jeune homme de 19 ans pour un gros phlegmon ligneux de la région maxillaire gauche, qui est survenu après une extraction de dent de sagesse sous anesthésie locale. La dent avait été enlevée sans aucune faute technique. Mais, dès le lendemain le trismus apparaissait, la joue se mettait à enfler si bien qu'au bout de trois jours le malade ne pouvait plus ouvrir la bouche. L'enflure était telle sur l'hémiface gauche qu'il en était complètement défiguré. En outre le plancher de la bouche était infiltré jusqu'à la ligne médiane donnant la sensation de carton. L'angine de Ludwig commençait. J'ai dû faire trois incisions pour arriver à juguler ce processus : encore a-t-il fallu plus de deux mois pour obtenir une guérison.

J'ai vu une centaine de cas semblables qui démontrent à l'évidence le danger de l'anesthésie locale : c'est elle qu'il faut redouter et non l'extraction. Tel est le point essentiel qu'il importe de mettre en relief et sur lequel l'attention n'a pas été suffisamment attirée.

Mais, dira-t-on, puisque ce mode d'analgésie est contre-indiqué pour l'extraction à chaud, par quoi doit-on le remplacer ? Voici : deux éventualités sont à considérer, ou bien on a affaire à un sujet courageux qui accepte l'intervention et se résigne à supporter la douleur vive qu'elle comporte, auquel cas on se passera de tout anesthésique, — les suites n'en seront que plus simples, — ou bien il s'agit d'un sujet pusillanime qui a peur de souffrir, on recourra alors à la narcose à l'éther ou mieux au chlorure d'éthyle. Quelquefois s'il s'agit d'une dent antérieure du maxillaire inférieur, on pratiquera une régionale à l'épine de Spix.

Quant à la question de savoir quelle conduite il faut tenir en présence de ces infections aiguës odontopathiques, je réponds qu'il faut toujours intervenir en arrachant la dent pathogène, sauf dans le cas où l'on a affaire à une dent de sagesse saine en position normale, qui provoque de la gingivite lors de son éruption. Dans ce cas il suffit de cautériser le bourrelet gingival exubérant. Mais, à part cette réserve, qu'il s'agisse de cas bénins, fluxion simple, cellulite légère, ou de cas graves, ostéophlegmons, il faut toujours enlever la dent qui, dans le déterminisme de ces accidents, joue le rôle exclusif. »

(Professeur Jean Veyrassat. L'extraction des dents à chaud. Pourquoi et comment il faut intervenir sur la dent malade dans les ostéo-cellulites odontopathiques. *La Presse Médicale*, 28 juin 1933).

Cancer

La recherche, dans les voies aéro-digestives supérieures, d'un épithélioma, recherche imposée par toute tumeur cervicale qualifiable d'adénopathie, peut être rendue laborieuse par les dimensions réduites du néoplasme et les difficultés de l'exploration. Or à celle-ci on demande une certitude. Un examen douteux en commande un second. Un examen négatif n'a de valeur que si tous les moyens d'investigation préconisés ont été utilisés. Dans ce cas, il est indispensable de pratiquer une biopsie sur le ganglion, ce qui est simple et toujours indiqué par ailleurs, soit quand deux biopsies successives au niveau de la lésion muqueuse n'ont pas donné de renseignement, soit quand cette lésion n'est pas ulcérée, le prélèvement aseptique sur le ganglion devant être préféré à l'ulcération biopsique septique de la tumeur cavitaire.

A ceux qui seraient tentés de conclure qu'au demeurant tout cela a bien peu d'importance pratique, un épithélioma aggravé d'une adénopathie étant un mauvais cas, nous répondrions que les exemples ne sont point exceptionnels de lésions apparemment incurables et néanmoins très améliorées par le traitement, voire guéries pour de longues durées ; que dans l'état actuel de nos connaissances sur le cancer, il est prématuré de légiférer ; qu'une loi paraît toutefois bien établie quant à la thérapie quelle qu'elle soit : *son efficacité proportionnelle à la précocité de sa mise en œuvre.*

(Pierre-Charles Huet : Des cancers latents du pharynx. *La Presse Médicale*, 7 juin 1933).

Thérapeutique.

Reposant sur des bases expérimentales, cliniques et biologiques sûres, la méthode glycolytique et amylopexique du Professeur Loeper, par l'association du glucose et de l'insuline, constitue un véritable moyen physiologique d'améliorer le fonctionnement des myocardes au cours de nombreuses défaillances.

Mais l'on obtiendra des résultats de valeur qu'autant que la méthode sera conduite logiquement, en se basant sur le taux du sucre sanguin, seul moyen pratique que nous puissions utiliser pour apprécier le métabolisme glucidique des cardiaques, pour déterminer les proportions respectives d'insuline et de glucose à injecter.

La voie intra-veineuse semble hautement préférable à la méthode buccale pour l'introduction du glucose.

Mais la méthode a ses indications que l'on peut tenter de préciser : régularisant et modérant le rythme cardiaque, provoquant une diurèse considérable, c'est un procédé qui sera surtout efficace dans les asystolies irréductibles, dans les insuffisances ventriculaires à tendance œdémateuse, beaucoup moins utile pour traiter des troubles isolés du rythme et parfaitement inefficace dans les cardiopathies infectieuses. Enfin l'observation complète d'un lot important d'insuffisances cardiaques au cours de la maladie de Basedow permet d'insister fortement sur la valeur des résultats obtenus et d'avancer que les défaillances cardiaques du goitre exophtalmique constituent une des indications majeures de la méthode. Si l'iode est bien la meilleure préparation aux interventions nécessitées par l'intensité de l'hyperthyroïdie, il semble que l'association glucose-insuline mérite de lui être associée pour combattre systématiquement les troubles cardiaques des basedowiens.

(G. Carrière, C. Huriez, Démarez, Leperre et Christiaens. L'insuffisance cardiaque au cours de la maladie de Basedow. Son traitement par l'association glucose-insuline. *Gazette des Hôpitaux*, n° 29 et 31, 1933).

Varia.

Devant l'extension considérable des maisons de santé à bon marché, se substituant à l'hôpital, devant l'intransigeance de certaines commissions administratives d'hôpitaux qui au point de vue du service médical, entendent conserver leurs anciennes habitudes d'autocratie et n'admettent, comme médecins ou chirurgiens soignants, que ceux qui sont *persona grata* il se pourrait qu'à brève échéance, un conflit grave éclate et soit porté devant les tribunaux.

(Docteur Paul Boudin. Chambres payantes à l'hôpital. Concurrence à la maison de santé. *Concours Médical*, 27 juillet 1933).

***

M'est-il permis de sortir un instant de mon domaine et de soumettre, à ceux de la ville, une méchante hypothèse :

La lourde aggravation des DIPHTÉRIES URBAINES tient-elle réellement à une exaspération de la virulence du Lœffler ? Ne s'agit-il pas, tout simplement, d'une diminution de la résistance individuelle, due à ces deux conditions de la VIE URBAINE que sont — *les gaz toxiques* qu'on respire dans les rues — et la *surchauffe* (au dessus des quinze degrés centigrades qui seraient utiles) des logements et des SALLES D'HÔPITAL ?

(Docteur Jean Camescasse. Introduction à la vie du médecin de campagne. La diphtérie : Du sérum de Roux à l'anatoxine de Ramon. *Le Concours Médical*, 9 juillet 1933).

***

J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs fois la pyélite de défloration. Si les pyélites de la défloration à forme dramatique sont rares, les formes atténuées sont à mon avis assez fréquentes.

(Lepoutre. De l'influence de la vie génitale dans l'étiologie des pyélonéphrites. *Journal d'Obst. et de gyn. Pratiques*, mai 1933.).

***

Répétons et retenez bien que l'histologie ne peut ni infirmer ni affirmer le diagnostic de syphilis, elle ne peut apporter qu'une probabilité.

(Professeur Gougerot. Syphilis méconnue par erreur de biopsie. *La Presse Médicale*, 1er juillet 1933).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 août 1933

La sérothérapie anticolibacillaire. Son emploi dans le traitement des appendicites malignes ou compliquées de péritonite locale ou généralisée. — *M. H. Vincent*. — J'ai fait connaître depuis l'année 1925 les résultats donnés par le sérum anticolibacillaire que j'ai préparé et j'ai signalé, dès cette époque, les diverses indications qui peuvent réclamer l'emploi de cette médication, en particulier dans *les appendicites à pronostic très grave ou mortel*. Un grand nombre d'observations de guérison de ces appendicites par l'association du sérum anticolibacillaire à l'appendicectomie ont été publiées (Machavoine, Lacaze, Laffitte, Foucault et son élève Naudet, Alary, Marcel Lacour, etc.) : un grand nombre d'autres encore m'ont été signalées. Le sérum a amené des guérisons inespérées dans les appendicites avec péritonite opérées au troisième, au quatrième, au sixième jour et même au huitième jour après le début de l'appendicite.

L'indication d'emploi du sérum et la guérison qu'il détermine s'expliquant par la constance presque absolue du *Bacillus Coli* dans les exsudats péritonéaux des malades atteints d'appendicite compliquée. J'ai, en effet isolé ce bacille seul ou associé à d'autres bactéries, *dans* 94,73 % *des cas. Le B. perfringens* est rare, ainsi que les anaérobies vraiment pathogènes (5 % des cas)

On doit à mon avis, considérer l'appendicite aiguë comme une maladie infectieuse *spécifique*, au même titre que les oreillons ou les fièvres éruptives. Son virus est encore inconnu. Elle est, sinon, nouvelle, du moins beaucoup plus fréquente depuis 40 ans. Elle est endémo-épidémique, au moins dans les familles. Son plus grand danger est dans la localisation anatomique du virus, son pouvoir nécrosant, qui permettent aux bactéries pathogènes de l'intestin et surtout au *B. Coli* de s'ensemencer dans le péritoine. Il y acquiert alors une virulence et une toxicité beaucoup plus grandes et apporte ainsi, par son intervention secondaire, un coefficient de gravité considérable.

De là, la nécessité urgente que j'ai posée d'injecter le sérum anticolibacillaire aux malades atteints d'appendicite gangreneuse, toxique, avec péritonite locale ou généralisée. On peut lui associer le sérum antigangreneux.

Le sérum très riche en anticorps est à la fois antimicrobien et antitoxique ; il détruit le bacille et neutralise ses toxines. Sous son influence, la fièvre tombe en 24 heures à 48 heures, le pouls descend à la normale : les signes d'intoxication, le faciès péritonéal disparaissent et la cicatrisation s'effectue rapidement. Parmi le nombre très élevé des malades soumis à la sérothérapie en même temps qu'à l'intervention chirurgicale; on peut citer 200 observations de Foucault, chirurgien de l'hôpital de Poitiers, toutes chez des malades atteints de sphacèle, 28 d'entre ces malades avaient de la péritonite locale, neuf de la péritonite généralisée ; trois ont été opérés *in extremis*. Il n'y a eu aucun décès.

D'autres belles statistiques, portant sur des appendicites très graves en raison de la date tardive de l'intervention et de la péritonite généralisée qui existait chez un nombre élevé de malades, ont été publiées par Alary (Thèse de Marcel Lacour, 31 cas), Naudet (27 cas) où m'ont été transmises par leurs auteurs, chirurgiens d hôpitaux : Laffitte (27 cas), Larget et Lamare (25 cas). Faisant suite à celles de Foisy, Clavelin, Duguet, Paitre, Lacaze, Machavoine etc., elles mettent en lumière l'efficacité « souvent merveilleuse » du sérum anticolibacillaire de Vincent et la « simplicité des suites operatoires, vraiment remarquables », chez les malades ainsi traités.

Je citerai l'exemple probablement unique d'une jeune fille opérée *au huitième jour* de son appendicite. Shock complet, délire continu, pouls à 160, etc... On trouve chez elle une péritonite purulente généralisée. Cette malade traitée par les injections de sérum anticolibacillaire associées à l'intervention chirurgicale, a complètement guéri (Larget).



Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres le sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Léon Guignard. — *Allocution prononcée par M. Béhal au nom de l'Académie de médecine, lors de l'inauguration du monument élevé à Léon Guignard, dans le jardin botanique de la Faculté de pharmacie, le 26 juin 1933.*

L'âge confère certains privilèges qui sont souvent un honneur, imposant parfois une tâche douloureuse qui, comme celle d'aujourd'hui, est pour moi mêlée de douceur : l'on me demande, en effet, de retracer, au nom de l'Académie de médecine, ce que je sais de Guignard en dehors de son œuvre scientifique. Je vais donc essayer d'esquisser les impressions lointaines ou récentes qu'a laissées dans mon esprit le souvenir de mon ami.

Je l'ai connu au printemps de la vie, alors que, plus âgé que moi, il allait aborder l'été, et j'ai été en relations suivies avec lui pendant son automne jusqu'à son dernier jour.

C'était, il y a plus de cinquante ans, en 1881, à l'hôpital de la Pitié, le vieil hôpital qui longeait le Jardin des Plantes, remplacé, depuis, par un établissement beaucoup plus luxueux, boulevard de l'Hôpital.

La salle de garde, réputée depuis longtemps pour son travail, était très recherchée ; elle comprenait huit internes : Berlioz, Duffourc, Gallois, Goy, Nardin, Robin, Guignard et moi.

Guignard, qui avait obtenu la Médaille d'or au concours des prix de l'internat en 1880, jouissait du privilège de faire deux années supplémentaires avec les hauts émoluments de 100 francs par mois et de 33 fr. 33 pour indemnité de logement, alors que les internes de première année ne touchaient que 33 fr. 33 comme indemnité mensuelle et une somme égale pour le logement.

Il habitait à l'hôtel des Argonautes, rue Linné, chez un brocanteur qui louait les chambres de la maison de deux étages aux étudiants. Guignard possédait la plus belle et la plus éclairée qui avait deux fenêtres ayant vue sur les arènes de Lutèce.

J'y habitais moi-même et je fus plus tard, à son départ, locataire de cette chambre fastueuse à 40 francs par mois.

Guignard était de taille moyenne, paraissant plutôt faible de constitution, quoique ses épaules fussent carrées. Il avait le front large, les traits un peu anguleux, le nez long, le teint bronzé et portait toujours une petite moustache de couleur noire qui conservait à la fin de sa vie, par coquetterie, cette même teinte. Il avait l'allure alerte et vive. Ce qui frappait en lui, c'étaient deux yeux bruns enfoncés sous l'orbite dont l'éclat était remarquable et qui prenaient parfois une grande douceur.

Guignard faisait salle de garde avec nous et son prestige était tel qu'aucun de nous ne le tutoyait.

Il avait déjà fait de nombreuses communications, il était licencié ès sciences et allait soutenir sa thèse de pharmacien pour le diplôme supérieur, sur le sac embryonnaire des phanérogames angiospermes et celle de docteur ès sciences sur l'embryogénie des légumineuses qui le classa parmi les savants.

Il était à cette époque, depuis 1878, aide de clinique à la Faculté de médecine et chef du laboratoire des travaux chimiques du Professeur Lasègue.

Malgré tous ces titres, il était resté très simple, et lors des réceptions de la salle de garde il chantait au dessert sa chanson, plus ou moins leste, ainsi qu'il convient dans ces réunions. Il avait une voix de baryton léger, agréable, mais peu forte.

Son temps se passait au laboratoire où on était sûr de le trouver, le plus souvent, juché sur le haut escabeau de bois, l'œil au microscope, dessinant ce qu'il voyait ou préparant des coupes qu'il montait.

Il n'allait dans le monde qu'à son corps défendant et ne recevait, lorsqu'il eut une situation, que quelques intimes.

Guignard était gai et toujours d'une humeur égale, je ne l'ai jamais vu en colère ; il avait une volonté ferme, sans violence, mais tenace et il arrivait à faire prévaloir ses idées par une suite de raisonnements pondérés, mûrement réfléchis dans l'isolement du laboratoire. Sa finesse et sa vivacité d'esprit étaient extrêmes.

Lorsqu'il quitta Paris pour Lyon, il eût pu trouver aisément une situation dans la pharmacie pratique, mais sa volonté

était enchaînée par l'amour de la science, et il décida de poursuivre le chemin, un peu âpre, des recherches, laissant, sans regret, la richesse qui aurait pu le combler.

Causeur agréable en société, il ne parlait dans les réunions, lorsqu'il remplissait les fonctions qui lui incombaient, qu'après avoir pesé longuement toutes les éventualités ; aussi, sa parole était-elle d'un grand poids tant dans les Conseils de la Faculté que dans les Assemblées dont il faisait partie, l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, etc.

Comme la très grande majorité des travailleurs de laboratoire, Guignard n'a pas beaucoup écrit en dehors de ses travaux scientifiques, cependant, sa plume, comme son esprit était alerte.

Fils de cultivateurs, Guignard commença ses études à l'école communale de Mont-sous-Vaudrey où il était né, et l'abbé Bouvier frappé de sa vive intelligence proposa à sa famille de lui donner des leçons de latin qui lui permirent d'entrer en cinquième chez les Jésuites, au pensionnat des orphelins de Dôle, dont Guignard remplissait les conditions d'admission, car il avait perdu son père un an auparavant. Il y fut un élève des plus brillants et passa son baccalauréat ès lettres en 1870 à Besançon ; c'était la porte ouverte à la carrière de pharmacien qu'il allait entreprendre.

Cette éducation n'a pas pesé sur sa liberté de penser ou de dire.

On pourrait citer un certain nombre d'hommes qui, sortis comme lui du peuple, sont arrivés par la même voie, ont été, ou sont, des personnalités qui honorent leur pays ; et l'on peut se demander si dans le souci, infiniment respectable, de ne pas perdre une seule des forces de la Nation les représentants de la France, en créant la gratuité de l'enseignement secondaire, ne vont pas, pour un gain qui peut être minime, créer de nombreux déclassés, surtout quand on envisage la poussée actuelle vers les carrières libérales. Car pour faire un homme remarquable il faut, en dehors de la santé, de l'amour du travail et de l'intelligence, des qualités innées qui ne se révèlent le plus souvent que dans l'application.

Inconnu du grand public, parce que son œuvre ne pouvait être comprise qu'avec des connaissances préalables, il eut cependant la joie de voir la plupart de ses travaux entrer dans l'enseignement.

Jusqu'à la fin de sa vie, il était resté jeune d'esprit, aimant à causer avec ses amis en fumant de petits cigares que la Régie nous fournit libéralement par paquets de 20.

Au lendemain de l'ovation qui lui fut faite dans l'amphithéâtre où son successeur Guérin ouvrait son cours et magnifiait l'œuvre magistrale de son prédécesseur, Guignard fut atteint d'une pneumonie foudroyante et s'éteignit.

Aujourd'hui, grâce aux soins pieux de ses élèves, de ses collègues, de ses confrères, et à l'activité dévouée de nos doyens Guérin et Radais, nous conserverons sous forme tangible le souvenir de celui dont les travaux désintéressés ont agrandi le patrimoine de l'humanité en honorant la Pharmacie dont il est issu, la France dont il était l'un des fils et la Science qui n'a pas de Patrie.

Ce buste ne durera pas autant que son œuvre, car elle est, pour une part, à la base des sciences biologiques. Elle paraîtra, peut-être s'estomper sous la montée des travaux qui s'accroissent sans cesse, mais elle sera, pour le chercheur, comme ces œuvres d'art magnifiques que l'explorateur retrouve parfois, après des siècles, avec stupéfaction et admiration, enfouies au milieu des forêts.

Guignard a consacré toute une vie de labeur aux recherches et sa satisfaction était d'avoir employé toutes ses forces à ce qu'il considérait comme un devoir. Arrivé à l'âge de la retraite, soixante-quinze ans, par le privilège donné aux Membres de l'Institut, il n'avait point songé au lendemain. Sa retraite était insuffisante pour lui permettre de tenir un rang honorable et ses confrères se réunirent pour y ajouter un fonds, dont les revenus étaient de 15.000 francs.

Il ne profita pas de ce geste magnifique, car la première annuité fut employée à élever son monument funéraire et aujourd'hui elle sert à l'entretien des laboratoires, emploi qu'il aurait approuvé.

On peut devant ce geste de profonde et respectueuse admiration se demander si l'aide ainsi apportée au grand savant honore davantage ceux qui l'ont donnée ou celui qui l'a reçue ?

Sainte-Hélène. — M. Octave Aubry déclare dans le *Petit Parisien* une Sainte-Hélène n'est pas un enfer ; ce n'est pas non plus un paradis ; c'est un lieu assez agréable où l'on peut vivre comme ailleurs, à condition de n'être pas Napoléon et prisonnier.

Le climat n'a pas changé ; il était, il y a cent vingt ans, comme aujourd'hui, humide, souffleté par cet inlassable vent du sud est qui irrite à la fois les nerfs et déprime. Du soleil, de la pluie, des brouillards avec une parfaite irrégularité, un complet désordre des saisons. Point malsain à présent, il ne l'était pas davantage en 1815. Cependant, la mortalité était très élevée à Sainte-Hélène les chiffres de décès que j'ai relevés pour cette période, dans les archives de Jamestown, n'admettent à cet égard aucun doute. Comment expliquer une telle contradiction ? Tout simplement — et je m'étonne qu'on ne s'en soit pas avisé plus tôt — par le défaut d'hygiène de l'époque. Il était ici meurtrier. L'eau était mauvaise, rare, conduite, dans des rigoles mal couvertes, que souillaient les bestiaux. Les moustiques — maintenant disparus — pullulaient et propageaient le paludisme. Enfin, les noirs tirés d'Afrique avaient apporté la dysenterie. De nombreux soldats anglais, établis sous la tente, au camp de Deadwood, en mouraient. Presque tous les compagnons de l'Empereur, à des époques variables, en furent atteints. Lui-même, au début, en souffrit quelques jours, mais fut tiré d'affaire par sa forte constitution bien plus que par les soins d'O'Meara.

Longwood n'était pas, comme on l'a prétendu, « l'endroit de plus affreux de l'île ». Au contraire, je l'estime préférable à la plupart des autres sites, même à Plantation-House, résidence du gouverneur. Ce large plateau est plus ouvert, plus vivant et — relativement — moins pluvieux. Il a aussi comme un air d'Europe. C'est là que des Français devaient se trouver le moins dépaysés.

Quant à la maison où fut logé l'Empereur, elle était par trop mesquine. Sans en convenir, les Anglais l'avaient compris.

Réponses aux questions posées par les parlementaires

4139. — *M. de La Ferronays demande à M. le ministre du Budget si un médecin ayant un certain nombre de traitements fixes : hôpital, service médical d'une compagnie de chemins de fer, service médical de la place et d'une caserne de garde républicaine mobile, peut, en vertu de l'article* 12 *de la loi du* 13 *juillet* 1925 *et d'un arrêté du Conseil d'Etat du* 12 *juillet* 1931, *déclarer lesdits traitements dans la cédule* 7 (*traitements publics, etc.*), *ou bien s'il doit les comprendre dans la cédule* 8 (*bénéfices des professions non commerciales.* (*Question du* 16 *mai* 1933.)

Réponse. — Conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat (arrêt du 9 décembre 1932), le médecin visé dans la question est imposable à raison de ses revenus professionnels suivant le mode spécial prescrit par l'article 66 des lois codifiées (décret du 15 octobre 1926), modifié par l'article 8 de la loi du 31 mars 1932, qui est ainsi conçu :

« Les contribuables qui disposent à la fois de revenus provenant de traitements ... et de bénéfices de professions non commerciales... sont cotisés pour l'ensemble de ces revenus, déterminés suivant le mode propre à chaque catégorie, d'après les règles applicables à l'impôt sur les traitements, salaires, pensions et rentes viagères. Le total imposable sera ensuite fractionné proportionnellement au montant des revenus de chaque catégorie et chaque fraction sera taxée d'après le taux spécial à sa cédule ».

L'intéressé doit donc déclarer séparément, d'une part ses émoluments fixes qui relèvent de la cédule des salaires, d'autre part les revenus provenant de sa clientèle particulière qui appartiennent à la cédule non commerciale.

Le Gérant : A. ROUZAUD.
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

Fondé en 1873. — N° 36 LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 SEPTEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — LÉGION D'HONNEUR. — *Chevalier* : M. Théophile Ulrich.

Les Journées médicales de Bruxelles de 1934. — Les prochaines Journées médicales de Bruxelles auront lieu les 23, 24, 25, 26 et 27 juin 1934, et seront consacrées en ordre principal à la *physio-pathologie des glandes endocrines* dans leurs relations avec les différents domaines de la médecine et de la chirurgie.

Dès à présent, le Comité, présidé par le Professeur Zunz, de Bruxelles, a obtenu l'adhésion de M. le Professeur Roussy, de Paris et de M. le Professeur de Quervain, de Berne, etc. (Secrétariat général, 141, rue Belliard, à Bruxelles).

Guerre. — Mutation :

Médecin lieutenant-colonel. — M. Lacaze, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris, est affecté au 19e corps d'armée.

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Quercy, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Saint-Méen, à Rennes, a été nommé médecin-chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Château-Picon, à Bordeaux, en remplacement de M. le Docteur Anglade, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Mlle le Docteur Martrille, reçue au 7e concours de médecins d'asiles de 1933, a été nommée médecin-chef de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre) (poste créé).

Ministère de la Guerre. — Un concours sera ouvert le mercredi 25 octobre 1933, à 14 heures, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent). Traitement de 9.000 francs à 16.750 francs, auquel s'ajoute une indemnité de résidence variable suivant les garnisons.

Pour tous renseignements, les candidates devront s'adresser au directeur du Service de santé de la région dont dépend leur résidence.

Hôpitaux de Paris. — *Assistants d'électro-radiologie.* — Un concours pour dix places (au maximum) d'assistants électro-radiologistes des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 27 novembre 1933, à 9 heures, à l'administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

Les docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 heures du lundi 6 au mardi 14 novembre 1933 inclusivement.

École de perfectionnement des médecins de réserve de la région de Paris. (Année scolaire 1933-1934.) — *Six conférences.* — Lundi 16 octobre 1933, Médecin lieutenant-colonel CORBEL, médecin-chef du Centre de réforme de Paris : Le Centre de réforme et les Commissions de réforme. — Lundi 30 novembre 1933, Médecin colonel BEYNE, de la Direction générale des formations aériennes au ministère de l'Air : Physiopathologie de l'aéronautique militaire, ses corollaires pratiques. — Lundi 16 décembre 1933, Médecin lieutenant-colonel PILOD, professeur au Val-de-Grâce : L'équipement du soldat en campagne. — Lundi 15 janvier 1934, Docteur MÉTIVET, chirurgien des hôpitaux : Le traitement des blessés de première urgence. — Lundi 19 février 1934, Docteur LARDENNOIS, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux : Amputation et appareillage du membre inférieur. — Lundi 16 avril 1934, Médecin colonel PAITRE, professeur au Val-de-Grâce : Les conditions des interventions chirurgicales chez les blessés gazés.

Ces conférences ont lieu à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, à 21 heures, en principe le troisième lundi de chaque mois.

Travaux écrits. — Trois travaux écrits sur les matières traitées au programme des conférences et exercices pratiques dont un sur les gaz.

BIBLIOGRAPHIE

Le Précis d'Anatomie pathologique de G. Roussy. — Le nouveau Précis d'anatomie pathologique que vient de publier le Professeur Roussy en collaboration avec Leroux et Oberling, a plus que l'attrait d'une nouveauté. Il joint à des qualités didactiques de premier ordre une grande originalité de forme et de fond et une richesse d'illustration peu commune.

L'anatomie pathologique est pour beaucoup, une science un peu revêche souvent reléguée aux accessoires, négligée de beaucoup au profit d'autres moins utiles. Elle est pourtant d'un intérêt capital et très directement utile au médecin pour comprendre les maladies et expliquer leurs symptômes. Bien qu'elle soit souvent étayée par l'étude du cadavre, elle ne doit pas être une science morte. Les lésions qu'elle doit décrire témoignent de la lutte constante des éléments de nos tissus contre les microbes ou les toxiques qui les pénètrent ou les assiègent. Elles sont l'image de la vie des organes, de leur défense, de leur victoire ou de leur défaite. Leur intérêt se double de la connaissance des causes qui les déterminent et des moyens que l'organisme met en œuvre pour y résister. Elles nécessitent une connaissance approfondie des fonctions d'un organe et de sa physiologie, mais aussi des causes qui les impressionnent et des modalités de leur action irritante ou destructrice.

Le plan de l'ouvrage est nouveau. Pour étudier à fond les processus morbides qui se retrouvent identiques à eux-mêmes dans tous les tissus et dans tous les organes, les auteurs ont renoncé à la division classique en anatomie pathologique générale et spéciale. Ils ont préféré situer les affections propres aux divers organes dans le cadre des phénomènes généraux dont ils sont en quelque sorte l'illustration. Et ils ont choisi et retenu les lésions les plus importantes et les plus aptes à les expliquer.

Le livre premier traite des lésions élémentaires des tissus ; le deuxième des troubles circulatoires ; le troisième de l'inflammation. Puis le livre 4, le plus étendu, décrit avec minutie les lésions élémentaires et inflammatoires des divers organes.

Les livres 5, 6, 7 et 8 sont consacrés à l'étude détaillée des processus tumoraux et des tumeurs et l'on y retrouve toute la science et la précision de l'auteur du « Cancer ».

Presque à chaque pas, la pathogénie, l'étiologie, viennent éclairer les processus et les expliquent ; c'est ce qui donne à ces études la vérité et la vie et c'est aussi ce qui les soude en quelque sorte intimement à la pathologie générale et à la clinique.

L'abondance des figures, leur originalité, leur richesse font de ce livre plus qu'un livre d'étudiant et constituent une collection sans précédent d'images toujours explicites et parlantes et qu'on aime à consulter.

Un tel ouvrage répondait à un besoin. Il est bien dans l'esprit de l'enseignement si vivant et si alerte du Professeur Roussy. Il fait le plus grand honneur à son Ecole et à lui-même.

Maurice LOEPER.

La vie sexuelle de la femme, par le Professeur agrégé Binet. Préface du Docteur Stiedey. Un volume de 250 pages, avec 51 figures, 30 francs. L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris VIe.

Les diverses phases de la vie de la femme sont successivement étudiées dans ce livre.

Voici, tout d'abord, *l'aube sexuelle*, c'est-à-dire l'évolution psycho-physiologique de la sexualité chez l'enfant.

Puis, le Docteur Binet étudie les métamorphoses de la puberté, c'est-à-dire *l'efflorescence sexuelle*.

Peu après la puberté, la femme devient nubile. La période d'activité génitale est marquée, non seulement par *l'épanouissement des organes génitaux*, mais encore par une recrudescence de l'instinct sexuel qui se normalise le plus souvent, parfois cependant, présente quelques déviations.

Enfin, le livre se termine par l'étude du *crépuscule sexuel*, c'est-à-dire de la ménopause, bientôt suivie de sénescence par extinction progressive de la fonction sexuelle.

Les praticiens, si souvent consultés par leurs clientes pour des désordres menstruels, pour une stérilité rebelle, pour des aménorrhées, des hémorragies, des métrorragies, des dysménorrhées, etc., trouveront dans le livre de M. Binet les éléments indispensables pour s'orienter dans le diagnostic et la thérapeutique de ces états si complexes.

Le prix du sourire, par Henri Mazel. Mercure Universel. Lille et Paris, 3, Cité Bergère, 150 p., 12 francs.

Il ne s'agit pas de celui que vendent les marchandes de sourires !

Le seul vrai sourire est celui de l'âme, dit l'auteur, et c'est sous le signe de ce sourire qu'il différencie les vertus et les vices, les âges et les temps et jusqu'aux civilisations : Sourire heureux de la civilisation grecque, sourire divin de la civilisation chrétienne, toute la joie dont est capable la pauvre créature humaine tient en vous.

Ce livre plaira à tous les esprits élevés. C'est une synthèse de toutes les cultures, de toutes les morales, de toutes les religions même. Et il est vraiment curieux que personne avant l'auteur ne se soit avisé de donner au sourire toute son importance humaine.

Ajoutons que l'auteur célèbre le sourire en souriant, M. Henri Mazel dont on connaît des œuvres délicieuses (*Le Choix d'un Amant*) graves (*La Synergie sociale*) ou érudites (*Ce qu'il faut lire dans sa vie*) et dont le *Théâtre* symboliste paraît en une édition d'ensemble en trois volumes, a écrit *Le Prix du sourire* d'une plume exquise et qui fera de son livre, le charme des délicats : tous ceux qui le liront en seront apaisés et améliorés.

On ne peut mieux s'imaginer Henri Mazel, écrivain d'érudition immense que sous les traits d'un Confucius aimable et souriant, d'un Confucius qui saurait joindre à une incomparable sagesse le charme de l'artiste, la grâce parisienne. Dr G. S.-P.

Medicus. Guide-annuaire du Corps médical français. Librairie médicale Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Me voilà bien en retard pour louer *Medicus* et l'on peut se demander si je veux parler de l'édition en cours ou de la prochaine. Puis, c'est enfoncer une porte ouverte que de faire l'éloge d'un ouvrage indispensable qui procure à tout moment au médecin, au pharmacien, au *sanitaire* le renseignement demandé, l'adresse cherchée. Nous souhaiterions à *Medicus* tout le succès qu'il mérite si bien, si ce succès n'était tellement évident qu'il ne soit devenu superflu de le signaler. Dr G. S.-P.

Album national anti-gaz, par le Capitaine Gilbrin et L. Simon, Paris, Limoges et Nancy. Charles Lavauzelle, éditeur, 1933.

On connaît déjà du pharmacien, capitaine de réserve L. Simon un parfait ouvrage : *La Nation sous les gaz*. Cette fois, avec la collaboration du Capitaine Gilbrin, officier Z du génie, il nous donne un ouvrage dont je ne dirai jamais assez les qualités.

La première de toutes, c'est qu'il est *scientifique*. Les auteurs nous font mesurer le danger — qui est grand — mais, discutant objectivement les possibilités *tactiques* des prochaines attaques par les gaz, ils nous font comprendre la sottise des exagérations disséminées par de certains agents de l'ultra-pacifisme qui parviennent à persuader la foule — et même bon nombre de gens intelligents et instruits — que les effets toxiques exerceront des ravages effroyables sur des étendues immenses.

Avec MM. Simon et Gilbrin, il ne s'agit plus d'assertions fantaisistes — ou intéressées — il s'agit de données raisonnables, objectivement, scientifiquement étudiées.

Le danger est *grand* certes ; bien moindre cependant que beaucoup ne le prétendent. Et une préparation sage de la protection en peut atténuer considérablement les effets.

Le texte de l'ouvrage est parfaitement ordonné et clair. Et ce qui est au-dessus de tout éloge, c'est qu'il n'est rien dans le texte qui ne soit nettement, expressivement éclairci par la foule des dessins et des schèmes qui accompagnent ce texte.

Plusieurs parties : *Généralités et mesures générales ; caractères des gaz de combat ; classification ; modes d'emploi ; toute la série des mesures individuelles ; description de tous les types de masques ; leur conservation ; leur mise en place ; les appareils isolés (Draeger, etc.) ; les masques pour chevaux ; tous les moyens de protection collective* avec de nombreux schémas à l'appui : *ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire en cas d'attaque ; comment se protéger chez soi : l'organisation des différents types d'abri*, etc., etc. ; *bombes explosives ; bombes incendiaires ; soins à donner aux intoxiqués*, etc., etc.

En vérité, je crois qu'on n'a rien fait de mieux sur la question et je crois aussi qu'il est de l'intérêt de chacun de lire ce livre, tout au moins de l'avoir à portée de la main.

A ceux que ne rebute pas quelque philosophie, je recommande la lecture des pages 70 et suivantes. Ils verront que l'arme chimique est en usage depuis des siècles, qu'en particulier, elle fut utilisée avec succès, sous forme d'anhydride sulfureux, à la bataille de Delium (424 avant J.-C.), que passablement de grands hommes — dont l'admirable Léonard de Vinci — comptent au nombre des inventeurs de gaz toxiques, et de propagandistes de leur emploi militaire. Dr G. S.-P.

Marchands de canons. G. Mignolet et Storz, éditeurs, 2, rue Fléchier, Paris (IXe), 255 p.

Ce livre n'est pas signé, est-il écrit à la première page, afin d'éviter à son auteur les représailles des marchands de canons.

Cet ouvrage qui est stupéfiant vaut d'être lu.

Certes, nul du *pecus*, dont je suis, n'est en mesure d'en confirmer ou d'en infirmer les assertions. Que pouvons-nous savoir d'autre, nous les faibles, nous les contribuables, que ce que racontent les journaux ?

Si l'auteur invente, c'est le créateur le plus puissant et le plus original que je connaisse. S'il relate la vérité, il éclaire notre psychologie de moeurs à la Tacite. Que dire de ces princes de l'industrie qui sachant l'ennemi près de succomber, prennent soin de le ravitailler afin que dure le plaisir, c'est-à-dire la guerre ; c'est-à-dire le gain.

Lisez dans ce livre la bibliographie de Krupp, grand officier de la Légion d'honneur et celle de ses descendants, celle de Zaharoff et les autres.

Il s'élève de ces pages, écrites froidement, bien écrites, un romantisme macabre dont le grandiose va de pair avec tout ce que l'humanité a jamais exprimé en fait d'égoïsme et de cruauté. Dr G. S.-P.

Du timide au satyre, par Paul Voivenel, Paris. Librairie des Champs-Elysées, 23, rue Marbeuf, 1933, 12 francs.

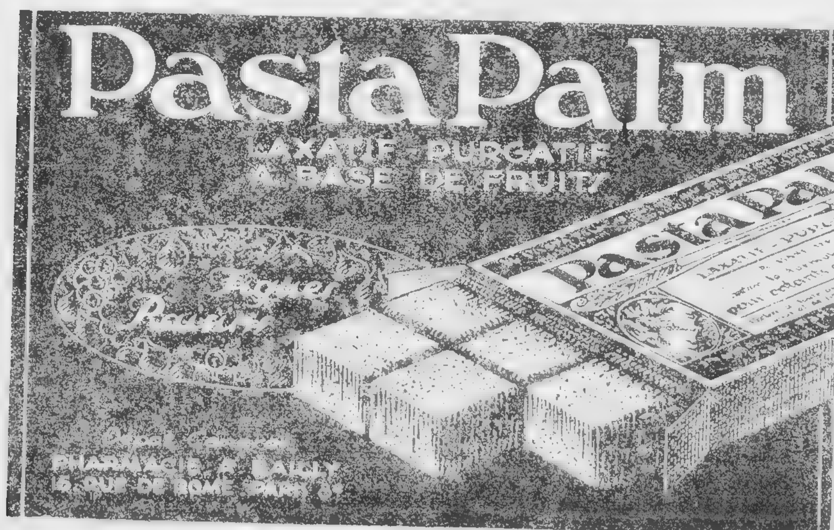
Il est extrêmement agréable et profitable pour qui que ce soit de lire du Voivenel.

Autre chose est de devoir rendre compte d'une de ses œuvres. Je l'ai tenté précédemment : j'ai rempli des colonnes entières, puis me suis aperçu que si j'avais discuté de certains points traités par l'auteur, je ne l'avais nullement analysé.

La raison en est facile à comprendre.

Chaque page ruisselle d'idées originales, d'aperçus neufs, ajoute par quelque point à notre connaissance.

Que dire d'un homme qui, sur Petrarque, sur Tartarin de Tarascon, sur ......, trouve le moyen d'écrire des chapitres aussi captivants qu'instructifs, nous révélant que nous connaissions fort mal ce que nous pensions connaître fort bien.


Pasta Palm
LAXATIF PURGATIF
A BASE DE FRUITS

Quant au *Voivenelisme* nul n'ignore que c'est ce que l'on pourrait appeler du freudisme *sain*, autrement dit que, sans rien emprunter à Freud, il confirme ce que l'on rencontre de raisonnable chez le Viennois.

Le champ plantureux de Voivenel sur ce terrain (1), c'est, on le sait, l'étude de celles des modalités atypiques du « comportement » humain qui dérivent de modalités atypiques de l'instinct sexuel.

Celles-ci peuvent être d'origine somatique, purement anatomiques, résulter de manque de synergie entre des actions physiologiques ; elles peuvent être dues à des compressions occasionnées par les exigences sociales par l'éducation, etc.

Voivenel étudie cette fois les modalités dont le point de départ est l'impuissance en entendant par le mot impuissance non ce qu'appellent ainsi les traités de pathologie, mais la difficulté ou l'impossibilité, du fait d'une psychologie viciée, de satisfaire harmonieusement l'instinct sexuel.

Tels se présentent au psychiatre : le timide, l'anxieux, le satyre, le sadique, parfois l'aliéné criminel.

Voici les chapitres de l'ouvrage : *la timidité et le trac, l'obsession, la « regardelle », psychologie de l'amour de tête, le bacille et l'amour : les phtisiques, la jalousie et l'envie, le délire jaloux, le crime passionnel, l'envie, du sadisme à la nécrophilie, les magnicides*, etc., etc.

Encore une fois, pareille œuvre est inanalysable.

D'ailleurs les auteurs aussi connus que Voivenel n'ont que faire de la critique. Ce sont les inconnus qu'il convient d'aider.

Ou bien, si du point de vue littéraire, la critique est jugée indispensable, Voivenel ne relève que d'un prince ; un simple amateur ne peut que signaler, comme je le fais, que chaque ouvrage nouveau de Voivenel est un progrès quant à la profondeur et à l'affinement de la pensée et quant à la maîtrise de la forme — laquelle tend, sans perdre de son allant, à s'exonérer des exubérances très fougueuses qui marquaient les premières œuvres du futur académicien.

Enfin, je note un point qui me fait grand plaisir.

Voivenel, le grand Voivenel — tout Voivenel qu'il soit — commence à se trouver gêné par la question *responsabilité* et de ci de là, défendant l'indéfendable corporation des psychiatres experts près les tribunaux, il marque d'une note, à peine perceptible encore, sa préoccupation.

Il en vient même à citer — sans les approuver — des opinions comme celle de M. Robert Loewell dans la *Petite Gironde* du 5 août 1932 (v. page 249) — opinion que je trouve d'autant plus digne d'approbation qu'elle compte au nombre des propositions que je soumettais à Voivenel en 192[illegible] dans une brochure, *à lui dédiée : Utilisons les assassins* (v. chapitre 3 : *Un krach médical au prétoire* et chap. 4 : *Le royaume du médecin.*) — propositions qui ne venant que d'un confrère ne peut évidemment avoir l'autorité de la *Petite Gironde* et d'autres journaux.

Voivenel le sait très bien :

— faire dépendre innocence ou culpabilité du degré de responsabilité que l'on suppose à l'accusé est une stupidité dommageable à la Société et à maints inculpés eux-mêmes.

— si le psychiatre — *lequel souvent est un psychopathe* — est souvent parfaitement fondé, *scientifiquement parlant* à affirmer l'état de démence d'un inculpé, par contre il n'est JAMAIS en droit d'affirmer — *scientifiquement parlant* qu'un inculpé n'a pas été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister.

C'est prêcher un converti que de prêcher à ce sujet l'auteur de *la raison chez les fous et la folie chez les gens raisonnables.*

Aux incertitudes du magistrat, le système actuel a substitué les incohérences de psychiatres qui, prétendant connaître le mécanisme cérébral (si j'ose dire ainsi) s'arrogent, chacun selon sa jugeotte — qui n'est presque jamais celle du voisin — le pouvoir de déterminer et les forces incitatrices et les forces de résistance, sans se soucier de savoir s'il est une âme (au sens spiritualiste du mot) ou s'il n'en n'est pas, sans se préoccuper de ce que l'avenir pourra apporter de scientifique dans l'évaluation des forces incitatrices et des forces frénatrices.

Que sait-il, de *scientifique*, le psychiatre des forces qui déterminent son sentiment et de celles qui déterminent le sentiment adverse de son confrère psychiatre ?

L'inculpé et — plus que lui encore — la Société ont droit à la justice. L'infâme système actuel, dans lequel le psychiatre compromet, bafoue la science, ne la donne ni à la Société, ni à l'inculpé.

Je renvoie Voivenel à la brochure précitée (v. chap. 3 : *Le royaume du médecin*).

Il y a là, tracé pour un psychiatre, une voie qui ferait pour celui qui aurait le courage de s'y engager, sa mémoire à jamais grande et bienfaisante.

Allons, Voivenel...

Pensez qu'on est fort quand, parlant en homme de science, on a pour soi les faits, quand on a pour soi la vérité.

En attendant, bénissons la *Petite Gironde* puisqu'elle a enfin réussi, en éveillant l'attention de celui qui est vraisemblablement le plus intelligent et le plus hardi de nos psychiatres, à rompre ce qu'un cliché — qui, dans le cas particulier, exprime une réalité — appelle la conspiration intéressée du silence.

Dr G. S.-P.




(1) Je dis : *sur ce terrain*, car Voivenel en explore bien d'autres. Comment ne pas évoquer, en particulier, ses admirables souvenirs de guerre, que publie l'*Archer*, le seul ouvrage parfaitement sincère, de bon sens et de bonne foi que j'ai lu sur la guerre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital des enfants « Caritas » Bucarest
Médecin chef : B. Frenkel

Contribution à l'étude clinique de la maladie cœliaque

Par les Docteurs
H. ELIAS, M. SCHACHTER et **D. SEGALL** (de Bucarest).

Récemment toute une efflorescence de travaux européens et d'outre-mer ont insisté et souligné de nouveau l'importance de la connaissance des manifestations cliniques de la maladie cœliaque. Ceci en dépit du nombre relativement maigre des cas que chaque auteur rapporte. Car, s'il y a des auteurs qui relatent des séries imposantes de cas de cette maladie, d'autres en apportent à peine 2-3. Mais il y a plus ; certains pays ont si rarement des cas pareils que chacun mérite d'être relaté. C'est le cas de la Roumanie où jusqu'à ce moment nous ne comptons que de très rares cas, aussi notre contribution ne semble pas dénuée d'intérêt pratique.

Un point sur lequel il convient d'insister en guise de vue générale c'est que le tableau clinique de la maladie cœliaque, est tout à fait spécifique de l'enfance. Rien de pareil ou d'équivalent dans l'âge adulte. Ceci nous renforce la conviction que l'organisme infantile a des moyens tout autres pour réagir aux conditions pathologiques de tout genre. Le tableau clinique est spécial à l'âge infantile. La solidarité qui existe chez l'enfant entre l'organisme entier et l'appareil digestif, explique jusqu'à un certain point pourquoi presque tous les organes se ressentent de cette maladie. Pourquoi l'adulte réagit-il autrement aux troubles digestifs, ceci reste encore à discuter. Il est très probable qu'au cours de l'évolution, la cellule comme unité anatomo-physiologique acquiert un certain degré de résistance, d'autonomie, qui n'existe pas encore chez le tout petit. Les phénomènes de croissance demandent probablement une plasticité cellulaire qui va ensemble avec un certain degré d'instabilité. Seulement ainsi peut-on s'expliquer les proportions catastrophiques que ressent l'enfant atteint de maladie cœliaque. De ce point de vue, il nous semble heureuse l'expression donnée par Czerny-Keller, de Spät-atrophie, c'est-à-dire atrophie tardive.

C'est dans cet esprit, de la conception de la maladie cœliaque, comme un syndrome tout à fait particulier de l'enfant qu'est conçue notre contribution actuelle.

Mélange curieux de symptômes, dont chacun peut se voir ailleurs, la maladie cœliaque présente néanmoins une unité nette, chose qui a permis de l'isoler du cadre si riche des dyspepsies chroniques. A vrai dire, l'unité de la maladie reste encore sujette à des discussions, car la clinique nous montre assez fréquemment l'existence de cas qui ne peuvent plus entrer dans les cadres des dyspepsies chroniques habituelles, mais ne sont pas encore suffisamment nets pour prendre place dans la maladie cœliaque. C'est dire que des tableaux cliniques intermédiaires mènent souvent, sans y aboutir obligatoirement, à la maladie cœliaque, qui reste comme nous l'admettons, un tableau infantile. Telle qu'elle est, la maladie cœliaque, pose des problèmes étiologiques et pathogéniques qui restent encore libres à la discussion ; le dernier mot n'a pas encore été dit et il ne le sera peut-être avant que nous connaissions dans son intimité, la vie cellulaire de l'enfant surtout. C'est peut-être ici que l'on doit chercher l'explication pathogénique de la maladie.

L'histoire de la maladie cœliaque commence avec le travail de S. Gee (1888) sur la « cœliac affection » comme étant un désordre digestif se voyant chez des individus de tout âge, mais surtout chez l'enfant. Il insiste sur l'absence de facteurs étiologiques certains et en même temps sur l'inexistence de lésions anatomiques des cryptes glandulaires digestives. Sa description clinique est précise, rien ne lui échappe : en effet, il souligne l'extrême émaciation du corps avec faiblesse musculaire affectant surtout les extrémités, tout ceci associé à une anémie avec tendance aux œdèmes et à une tuméfaction abdominale et appétit différant d'un cas à l'autre, depuis l'enfant vorace jusqu'à l'anorexique. Au point de vue de l'évolution, Gee souligne la longue durée de l'affection, indifféremment si le sujet survit ou meurt « whether the patient live or die, he lingers ill for months or years »).

Un an plus tard, Gibbon (1889) insiste sur l'existence de cas pareils et incrimine une insuffisance des glandes digestives. Les travaux ultérieurs de Bramwell (1902), qui parle d'infantilisme pancréatique, de Cheadle (1903) qui incrimine une « inhibition du foie », de H. V. Pragh, G. May (1904-1905), Rentoul, Schultz, Thomson, etc., ne font que souligner l'existence de la maladie cœliaque et mettent en premier rang comme cause : l'acholie.

En 1908 pourtant, Herter publie son travail intitulé : « Infantilism and chronic Intestinal Infection » où basé sur dix cas en total, il aboutit aux conclusions suivantes ; en ce qui concerne les caractères de la maladie cœliaque : arrêt du développement corporel, maintien de la capacité mentale et développement cérébral, distension abdominale marquée, anémie légère, fatigue physique et mentale, troubles intestinaux (diarrhée). Ce travail qui est regardé à juste titre comme celui qui a donné le droit de cité de la maladie cœliaque, est suivi de celui de Freeman, Morhand, Forsyth, Heubner. Le travail du dernier auteur, pédiatre célèbre, a tant attiré l'attention du monde médical, que l'on désigne sous le nom de Herter et Heubner la maladie cœliaque décrite d'abord par S. Gee, ainsi qu'on vient de le voir.

Depuis, toute une série de travaux sont revenus pour insister sur les symptômes et la pathologie de cette affection. Nous ne citerons que : Marfan, Haas, Rohmer, Pipping, Fanconi, Parson et R. Miller et enfin Holmes et Starr qui en 1929 ont décrit des troubles digestifs chez des adultes, troubles qui ressemblaient à la maladie cœliaque. Certains auteurs ont décrit des associations avec la tétanie (Langmed. 1911) rachitisme (Parsons, Hess, Schaap) de sorte que la maladie cœliaque s'est vue enrichie de symptômes qui dépassent de beaucoup ceux que les auteurs classiques avaient décrits.

En ce qui regarde la Roumanie, MM. Frenkel et H. Elias ont communiqué à la Soc. de Bucarest trois cas, les seuls connus dans notre littérature nationale.

Cette rareté de cas est bien connue, car si certains pays comme les pays anglo-saxons en ont des cas très nombreux, d'autres en ont à peine quelques cas, à tel point que des pédiatres de la taille de Marfan, L. Morquio, Apert, etc., affirment n'avoir jamais vu qu'un ou deux cas en total. Plus encore, en face de cette distribution *si inégale* d'une maladie qui frappe l'organisme infantile, certains auteurs se sont posés la question si l'on ne confondait pas avec d'autres tableaux dyspeptiques, les cas que l'on diagnostique sous l'étiquette de maladie cœliaque. Car, comment disent ces auteurs, des pédiatres d'autorité incontestable n'ont-ils pu diagnostiquer que très peu de cas, alors que des autres en citent des dizaines ? Il y a lieu selon M. L. Morquio, pour ne citer qu'un seul auteur, de croire que le tableau clinique est diversement interprété quant à la délimitation de ses cadres cliniques. Ceci explique aussi (peut-être) la diversité des dénominations qu'on a donnée à cette maladie et dont nous ne citons ici que les

◆◆

suivantes : acholie (Cheadle) ; infantilisme pancréatique (Bramwell) ; infantilisme intestinal (Herter) ; atrophie pluriglandulaire digestive (Schick et Wagner) ; insuffisance digestive grave des grands enfants (Heubner) ; Spätatrophie (Czerny-Keller) etc.

Symptomatologie. — Nous envisagerons les symptômes cardinaux suivants de la maladie cœliaque :

1° Un retard notable dans la croissance staturale et pondérale ;
2° Une intumescence abdominale des plus nettes ;
3° Selles abondantes et riches en graisses ;
4° Etat neuropathique particulier ;
5° Une hydrolabilité.

Mais auparavant, disons quelques mots sur quelques facteurs étiologiques prédisposants ou favorisants de la cœliaquie.

En ce qui regarde la *distribution raciale*, il semble que c'est surtout la race anglo-saxonne qui donne le maximum des cas. En effet, contrastant avec le faible nombre des cas français, italiens, roumains, sud-américains, nous notons l'abondance relative des cas pareils aux Etats-Unis, l'Angleterre, les Pays scandinaves, l'Allemagne et la Suisse. Jusqu'à ce moment, on ne connaît pas de cas pareils dans la race jaune ou noire, ni dans l'Inde (I. Bennett).

La maladie cœliaque se voit aussi bien dans les *classes aisées que dans les classes pauvres* ; celles-ci semblent moins frappées que les classes riches (Still). Néanmoins cet argument nous semble un peu artificiel, car l'on sait que dans les classes pauvres on a moins de soins à donner aux enfants qui traînent avec leur maladie pendant des mois et des années même.

L'âge de début varie entre douze et quatorze mois, parfois même à huit mois, de façon brusque avec une diarrhée abondante, consécutive à une maladie infecto-contagieuse (grippe, broncho-pneumonie, rougeole) soit plutôt de façon insidieuse avec ou sans diarrhée. Parfois, les parents ne peuvent plus préciser à cause de cette lenteur de début, le moment exact de l'entrée en scène des troubles digestifs de leur enfant.

Il est à noter que des auteurs comme : Tileston et Underhill (1928), Poynton et Sharpe (1920), Costam et Partch (1929), Linder et Harris (1930), Armstrong, Nabarro (1914), ont insisté et décrit des cas de maladie cœliaque chez des adultes, la maladie ayant débuté dans l'enfance, des cas où il y avait en plus des associations avec une anémie notable, rachitisme, tétanie, et ostéomalacie même. Dans un même ordre d'idées, nous citons le travail très récent de I. Bennett, D. Hunter et J. Vaughan (1932), basé sur quinze cas de maladie de Gee-Herter, chez des adultes, maladie ayant débuté dans l'enfance. Ces derniers auteurs en discutant ses cas visibles encore chez l'adulte, mais ayant leur origine dans l'enfance, disent qu'il est raisonnable de conclure que la maladie de S. Gee (qu'ils nomment idiopathic steatorrhea) associée avec rachitisme, tétanie, anémie et ostéomalacie, est une maladie à début infantile quoique souvent passant inaperçue jusqu'à l'âge adulte ou adolescence (« It is reasonable to conclude that idiopathic steatorrhea associated with tetany, anæmia and osteomalacia is per excellence a disease originating in childhood, though not necessarily recognised until adolescence or adult life is reached »).

Presque tous les auteurs notent une certaine prépondérance *des filles* sur les garçons, quoique dans les données de Bennett, Schaap, Parsons, le nombre des fillettes atteintes ne dépasse pas de beaucoup celui des garçons. En tout cas, ce n'est pas dans le *sexe* que l'on trouve un facteur différentiel important.

Dans presque tous les travaux faits sur la maladie cœliaque nous ne trouvons pas d'indications sur l'existence dans la *même famille* de cas pareils, c'est-à-dire que l'occurence familiale de la cœliaquie *est ignorée encore*.

Ainsi que nous le disions plus haut, l'installation de la maladie se fait souvent lentement, insidieusement, de façon que l'on ne peut pas incriminer une cause quelconque dans le déclenchement du mal.

Passons maintenant en revue les symptômes cardinaux que nous avons énoncés plus haut.

En effet, cliniquement, ces enfants présentent un *retard* pondéral très accentué, atteignant parfois des taux de 50-60 % par rapport au poids correspondant au développement normal moyen. La taille quoique aussi réduite, présente des moindres différences que le poids. Dans le livre remarquable de Czerny sur l'Alimentation de l'enfant (« Die Ernährung des Kindes ») des tableaux *ad hoc* montrent numériquement, les valeurs des écarts staturaux et pondéraux, aussi renvoyons-nous les lecteurs à ce remarquable travail.

La peau pâle se montre dépossédée presque totalement de son revêtement graisseux ; ceci explique les plis nombreux que fait la peau, chose qui peut être comparée à un vêtement qui est trop large pour le corps. Le turgor cutané abaissé, les reliefs musculaires éteints, de sorte que ces enfants nous apparaissent décharnés presque. Toutefois, il y a des cas moins désespérés et où le tissu graisseux quoique inégalement réparti est encore palpable.

Disons ici que dans leur avenir, ces enfants qui survivent, gardent une taille et poids inférieurs par rapport à l'âge, de sorte que si les enfants atteints de cette maladie sont des nains, les adultes le sont dans la même mesure presque.

L'intumescence abdominale, deuxième symptôme, se caractérise par sa dureté, tympanisme à la percussion et élargissement net des veines superficielles. Souvent au lieu de cette dureté on est en face d'un abdomen flasque plutôt, avec une paroi mince qui laisse voir avec facilité (comme dans nos cas) les contours des anses intestinales. Tobler a décrit chez ces malades un syndrome pseudo-ascitique qui se caractérise par une matité plus prononcée à gauche, à limite supérieure mal délimitée et ne se déplaçant pas complètement avec les déplacements du malade ; seulement ce syndrome varie d'un jour à l'autre. Ce syndrome fut trouvé aussi chez nos malades et les ponctions répétées ont été négatives toujours. Néanmoins Knoepfelmacher et des autres admettent que dans certaines phases de la maladie, il peut y avoir un léger degré d'ascite, mais alors elle est transitoire.

Selon Mathieu et Leroy, la croissance de l'abdomen est due au relâchement des muscles abdominaux, au météorisme gazeux et à la stagnation des liquides dans l'estomac et intestin grêle ou dans le côlon ; pendant les exacerbations aiguës la distension siège surtout dans l'intestin grêle (Bennett). L'abdomen flasque serait en rapport avec l'atonie semblable à celle du rachitisme si bien étudié en France par MM. Marfan et Banu. La douleur est rare sauf pendant les périodes diarrhéiques quand elle peut, elle seule, attirer l'attention du médecin.

La petite taille d'une part et le grand abdomen de l'autre expliquent mécaniquement pourquoi la marche de ces enfants ressemble à celle de la femme enceinte (marche du canard) qui oblige l'enfant à une série de mouvements analysés, pour garder l'équilibre. Encore une conséquence de l'intumescence de l'abdomen, c'est l'élévation du diaphragme, qui refoulant en haut les poumons, cause une diminution de l'hématose.

Les deux signes décrits : retard de croissance et abdomen volumineux, nous donnent le tableau de l'infantilisme intestinal de Herter-Heubner, le tableau d'enfant petit, décharné et sans panicule adipeux, ventre énorme, membres inférieurs grêles, une pâleur de la peau, en somme un aspect qu'on n'oublie pas, une fois examiné avec un peu de soin.

A ce tableau statique en quelque sorte, s'ajoute un symptôme dynamique : *la diarrhée*. (Il est vrai que R. Miller et Perkins ont décrit une forme cœliaque sans diarrhée. Mais ces cas sont rares et rentrent plutôt dans les cadres des dyspepsies chroniques). Il s'agit de selles nombreuses relativement (trois à cinq par jour) volumineuses, molles, pâteuses et parfois liquides. Leur couleur est blanchâtre ou jaune-blanche, souvent luisantes, par

suite de la grande richesse en graisses. La réaction des selles est tantôt acide, tantôt alcaline, chose qui varie d'un jour à l'autre.

Pour souligner la valeur des quantités des fèces éliminées disons que dans un cas Fanconi a vu en vingt-quatre heures 1.500 grammes ; les chiffres compris entre 800 et 1.500 grammes étant presque de règle chez ces petits malades, qui semblent éliminer plus qu'ils n'ont ingéré. Dans un des cas relatés par nous, un enfant a éliminé en un jour deux selles pâteuses l'une de 700 grammes, l'autre de 800 grammes et à la suite d'une dyspepsie dont la cause passa inaperçue, le même enfant a éliminé en 24 heures des selles pesant 2.200 grammes. Cette élimination qui s'accompagne d'une perte brusque du poids et d'une déshydratation paraît mettre en danger la vie du malade. Pourtant dans notre cas, les choses se sont remises lentement et l'enfant a commencé à reprendre du poids.

Dans la majorité des cas les graisses sont en abondance : 50 à 70 % de la quantité ingérée (au lieu de 25 %) néanmoins on voit souvent des selles à caractère de fermentation ou putréfaction (Heubner, Schmidt et Strassburger, Hurts et Knott).

Dans certains cas, l'examen coprologique montre l'existence d'une digestion défectueuse des hydrates de carbone ou des albumines enfin, parfois, on trouve du mucus en grande quantité démontrant ainsi une participation inflammatoire de la muqueuse intestinale.

Les selles riches en calcium, phosphore, magnésie, présentent une flore variable d'un jour à l'autre, chose qui contredit la constatation classique de Herter, qui admet une uniformité microbienne, signe qui est caractéristique pour cet auteur. En effet, selon Herter, la flore des selles serait la même que celle du nourrisson avec le Bac. bifidus, associé au Bac. infantilis, agent qui dans les milieux de culture produirait des bases volatiles, amines, ammoniac. Cette flore des selles serait selon Herter, la causes des symptômes de la cœliaquie.

Le syndrome diarrhéique permanent s'accentue lors des périodes paroxystiques où l'on a des débâcles diarrhéiques aboutissant vite à une déshydratation grave pouvant tuer l'enfant avec des accidents comme dans l'intoxication alimentaire.

L'*état psychique* de ces enfants montre une diminution de leur affectivité ; le monde extérieur, les jeux des autres enfants de la même chambre les laissent froids. Ils restent pourtant tranquilles dans leur lit et suivent des yeux les jeux des autres ; leur aptitude à maintenir des attitudes imprimées (catatonie), parfois des stéréotypies du négativisme, impriment à ces petits malades un cachet qui ressemble à celui du schizophrène. Sur ce fond de monotonie psychique presque, se détache des troubles de l'alimentation : ainsi, tandis que certains sont voraces et prêts à manger tout le temps, d'autres sont obstinés et refusent systématiquement toute nourriture ; c'est avec les plus grandes peines qu'on arrive à leur faire avaler quelque chose.

Parmi les symptômes neurologiques, notons l'existence de *tétanie* latente ou manifeste, trouvée tant par les auteurs anglo-saxons que les Allemands (Schutz, Heubner, Holz, Bludhorn, Sauer, Lichtenstein, Bennett, etc.).

Un dernier symptôme important est l'*hydrolabilité*, qui explique les grandes oscillations de la courbe pondérale au cours de la maladie cœliaque. Ces oscillations persistent même quand les selles deviennent consistantes et moins abondantes. La moindre infection, écart de régime ou parfois sans que l'on puisse trouver la raison, ces enfants la ressentent et font des chutes pondérales des plus nettes et perdent en même temps jusqu'au tiers du poids corporel, donnant des tableaux d'exicoce aiguë. Dans des cas pareils le test de McClure (que l'on fait systématiquement dans notre hôpital) se montre très accéléré, le turgor cutané très diminué. Ces oscillations de la courbe pondérale témoignent d'une labilité dans le mécanisme de rétention hydrique tissulaire, mécanisme qui est labile aussi dans la dystrophie labile et décomposition selon Finkelstein. Pour nous faire une idée de ces pertes en eau, il suffit de dire que dans un cas, un enfant mis au régime des pommes de Moro, a perdu en quatre jours 800 grammes, un autre après un régime riche en hydrates de carbone, a perdu en 24 heures 1.200 grammes.

Après cette description des symptômes cliniques fondamentaux, passons rapidement en revue les modifications des autres organes.

Ainsi en ce qui concerne le *sang*, l'on a décrit depuis S. Gee, une anémie (à laquelle correspond la pâleur des téguments et muqueuses) qui peut être :

a) Chlorotique avec oligochromémie ;

b) Oligochromémie avec oligocytose et microcytose faible ;

c) Anémie avec valeur globulaire augmentée, hyperchromémie et mégaloblastes.

La formule leucocytaire montre une monocytose et éosinophilie (Fanconi) la vitesse de sédimentation est diminuée. Visher, Holtz et Fanconi ont trouvé des cas avec des signes d'anémie pernicieuse et dans un de nos cas, on a noté des signes décrits dans l'anémie pseudoleucémique de Jacksch Hayem.

Le système *osseux* montre des lésions d'ostéoporose accentuée, ou ressemblant au rachitisme. Leur relative insensibilité aux rayons actiniques, plaide aux yeux de Fanconi contre leur nature rachitique. Pourtant György et Kleinschmidt pensent à la nature rachitique de ces lésions. Dans un de nos cas, on a trouvé (Garofitza) une ostéoporose nette, les os ayant l'apparence de coton, dans un autre on a noté des lésions rachitiques et enfin dans le troisième on a vu des déformations épi et diaphysaires ne correspondant pas à des cadres nosologiques bien déterminés.

Nous passons sur l'appareil circulatoire qui ne présente rien d'important pour nous arrêter un instant sur le *tube digestif*. En effet, on a décrit une langue avec des modifications comme dans l'anémie pernicieuse : langue rouge, lisse, sans papilles (Schick et Wagner) ; au niveau de l'estomac on a noté plutôt une hypoacidité (Taylor, Marriott, Lichtenstein). Le suc duodénal étudié par Kundraitz a montré des valeurs normales pour tous les ferments pancréatiques, chose confirmée dans nos cas aussi.

La diminution de l'immunité générale rend ces enfants sensibles aux nombreuses infections des voies respiratoires, qui de ce fait tendent à s'éterniser souvent.

L'examen radiologique montre une distension du côlon et parfois des anses grêles et de l'estomac. Selon Debenedetti il y a en même temps avec mégacôlon un dolichocôlon (côlon allongé). La majorité des aliments se trouvent accumulés dans le grêle et donnent les signes de pseudo-ascite. Pour ces examens, on insiste sur la nécessité d'employer des grandes doses de sulfate de Ba, autrement on risque de passer à côté d'une dilatation colique (Bennett).

Le syndrome humoral de la cœliaquie se caractérise par une diminution des albuminoïdes et une croissance des chlorures du sang, une hypophosphatémie (0,77-1,38 milligramme au lieu de 4-5 milligrammes : Fanconi). La calcémie est variable, les mêmes contradictions pour la glycémie, tandis que la lipémie serait augmentée (Moncrieff et Payne).

Le *métabolisme des substances* alimentaires dans la cœliaquie a été étudié surtout par les auteurs anglo-saxons et allemands.

En ce qui concerne le *métabolisme des sucres*, la majorité des auteurs admettent l'existence de troubles trop peu importants tandis qu'en ce qui concerne les protéines, leur métabolisme est relativement moins atteint, de façon que l'alimentation protéique est le mieux supportée dans la thérapeutique de cette maladie. La répartition de l'N et soufre dans l'urine ne dévie pas de la normale. Le bilan de l'N est sans exception positif dans tous les cas examinés, même quand l'élimination de l'N fécal est aug-

menté. Les substances azotiques proviennent selon McCroudden et Fales de la sécrétion intestinale et seulement en petite partie des restes alimentaires non résorbés.

Le plus vicié est le *métabolisme des graisses*, chose mise en évidence par le fait de la richesse des matières fécales en graisses. Numériquement, on peut dire qu'en moyenne les données analytiques nous montrent que les graisses touchent presque 60 à 70 % du résidu sec avec des variations en plus ou en moins selon les différents auteurs ayant étudié cette question (Courthey, Holt, Fales, Miller, Taylor, Schick et Wagner). Dans un cas personnel (Samuel) on a dosé les graisses des matières fécales (méthode de Labbé) et à un apport de 50 grammes de graisse, cet enfant a éliminé 38,75 grammes, donc un pourcentage de 72,5 %.

Dans la règle, les graisses s'éliminent sous forme de graisses *neutres*, dans une proportion notable, puisque Herter avait noté 68 % de toutes les autres graisses. Il ne s'agirait pas d'un trouble dans la décomposition des graisses, mais plutôt d'un trouble mécanique, chose démontrée par Freise et Jahr qui après l'administration d'opium ont vu diminuer les graisses fécales de 18,9 à 3,7 grammes et de 21,5 à 3,4 grammes. Beaucoup d'auteurs ont noté une grande élimination de graisses sous forme d'acides et savons gras, ce qui démontre que ce n'est pas le manque des ferments qui dédoublent les graisses qui est en défaut, car on ne pourrait pas s'expliquer autrement pourquoi justement les dérivés de décomposition se trouvent en grande quantité et non pas les graisses dont ils proviennent.

Le calcium se perd en grande quantité dans les selles, aussi le bilan du Ca a-t-il été trouvé négatif par McCroudden, dans les selles. L'ostéoporose dont nous avons parlé serait aussi en rapport avec ces perturbations dans le métabolisme calcique.

Le mécanisme de l'élimination massive du Ca s'explique par : 1° un trouble primaire de la digestion des graisses amenant des grandes éliminations de Ca par les matières fécales (sous forme de savons calcaires) ; 2° pertes calcaires en rapport avec des grandes éliminations d'acide phosphorique dans les selles ; 3° processus fermentatifs intestinaux donnant naissance à des grandes quantités d'acides gras volatils qui employent les sels de Ca pour leur neutralisation. Ce mécanisme est néamoins nié par Czerny, qui le considère encore hypothétique, de façon que Mc Croudden et Fales, auteurs de cette interprétation, n'ont pas de confirmateurs.

Le métabolisme aqueux a été étudié avec des résultats contradictoires par Freise et Jahr ; néanmoins l'on sait que la rétention d'eau tissulaire se fait mal, preuve en sont les œdèmes et les déshydratations si fréquentes observées chez ces malades.

Fanconi a noté une *acidose* due à la résorption diminuée des phosphates qui amène une diminution des sels « tampons » nécessaires à leur neutralisation.

Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, les constatations sont très variables, soit que certains auteurs trouvent des modifications de plusieurs glandes endocrines (pancréas, thymus, surrénales, thyroïde, etc.) soit que d'autres ne signalent que des modifications sans importance spéciale. En tout cas, il semble plutôt que les modifications trouvées soient considérées comme *une conséquence* de la dénutrition et auto-intoxication ou enfin des infections secondaires greffées sur un organisme affaibli.

Tandis que le médecin prévenu et ayant déjà vu un cas, reconnaîtra ou pensera tout au moins à la maladie cœliaque, l'on peut souvent confondre ce tableau avec la péritonite ou entérite bacillaire (erreur commise par M. Marfan d'ailleurs) ; seulement l'analyse détaillée de la symptomatologie mènera sur la bonne voie du diagnostic. On a pu la confondre avec la diarrhée de Cochinchine (sprue) dont elle a plusieurs symptômes communs ; néanmoins, cette dernière maladie est une maladie exotique, se voyant plutôt chez des adultes. Une autre maladie est celle de Hirschprung (ou mégacôlon congénital) avec laquelle on a confondu la maladie cœliaque, mais dans la première il s'agit d'une *constipation* opiniâtre *et non d'une diarrhée*. (Il est vrai que l'on a décrit des maladies cœliaques sans diarrhées). Il ne faut pas oublier que les deux peuvent s'associer ; témoins en sont les cas de R. Miller, Ribadeau-Dumas et H. Elias. Mais dans la majorité des cas, il s'agit d'une association de mégacôlon *symptomatique* (ou secondaire) et non de mégacôlon congénital comme dans la vraie maladie de Hirschprung.

L'*étiologie* reste aussi mystérieuse que la *pathogénie*, témoins en sont les multiples théories émises et qui essaient de nous donner une représentation unique de la maladie cœliaque. En passant de la théorie de l'auto-intoxication de Herter, de l'insuffisance pancréatique de Bramwell, de l'insuffisance digestive grave de Heubner, de l'avitaminose simple ou multiple invoquée tour à tour par Rohmer, McKay, Reyher, Fanconi, de l'insuffisance biliaire soutenue par Miller, van Prangh et jusqu'à l'hypothèse d'une insuffisance pluriglandulaire (Schick et Wagner) ou d'une exagération du péristaltisme intestinal causant un défaut dans l'absorption des aliments (Freise et Jahr) ou enfin, de l'existence d'une hyperlipémie (Moncrieff et Payne) en terminant avec l'hypothèse qui incrimine un trouble végétatif (Mader et Kundratitz), nous voyons que cette même abondance de théories, plaide en faveur de l'existence d'un mécanisme complexe plus profond et de base qui, perturbé, doit expliquer le mécanisme dernier de la maladie cœliaque. On ne peut pas douter que dans cette maladie, ce n'est pas un organe ou un système d'organes qui sont fonctionnellement déficitaires. Tout est touché. La constatation dans les antécédents des malades d'une hérédité chargée, des multiples signes de nervosité infantile, des troubles digestifs se montrant précocement, l'on peut avec Czerny et Schutz admettre que c'est sur les moments endogènes en relation avec la constitution surtout, que l'on doit baser une conception du mécanisme de la cœliaquie. Ces enfants, par suite de leur état constitutionnel ont épuisé rapidement les réserves de vitalité en contact avec les différents agents nocifs externes : infection, intoxication alimentaire, alimentation défectueuse, etc.

Il faut admettre ici l'existence d'un trouble profond, cellulaire, ayant comme résultat une sorte d'incapacité de la cellule dans sa fonction d'apposition. Naturellement nous ne savons pas encore en quoi ce trouble consiste. Nous pouvons seulement affirmer que ce sont les enfants avec une hérédité chargée et qui souffrent au cours de leur vie de troubles digestifs qui évoluent vers cet *état marginal* où la dénutrition atteint des degrés tels que souvent la réparation devient impossible ; parfois il est vrai, la récupération se fait encore mais demande beaucoup de patience ; car, en effet, il faut savoir que les auteurs distinguent deux formes cliniques, *l'une grave* (la forme décrite par Herter, puis par Heubner, Stolte, Lichtenstein, Pipping), *l'autre moins grave* et très sensible aux différents traitements dont nous parlerons plus loin et qui a été notée par Schick et Wagner, Taylor, Bessau, Courthney, etc... Fanconi distingue lui aussi deux formes de la maladie cœliaque selon les données étiologiques : a) une forme où prédominent les moments *endogènes constitutionnels* ; b) une forme secondaire survenant après des diètes unilatérales, anémie grave, rachitisme, ascaridiose ou enfin après la tuberculose abdominale.

En général, le *pronostic* n'est pas aussi sombre qu'on le croit, car il s'agit d'une maladie avec évolution chronique, s'étalant pendant de longues années. Mais sur ce canevas l'on voit survenir des poussées aiguës ou des complications qui du fait qu'elles tombent sur un terrain fragilisé par la maladie, mettent ce dernier en danger ou le tuent. C'est le cas des multiples affections respiratoires, digestives, suppurations de tous les organes

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Varia. — *Extrait des souvenirs de M. Maurice Donnay* (CANDIDE) :

Tandis que j'écris ces souvenirs, cinquante-trois ans après par un beau jour d'été, dans le plus tendre paysage d'Ile-de-France, je revois mes camarades du peloton. Ils viennent de toutes les écoles et de toutes les professions ; je me rappelle leur figure et leur nom : Chenu, Bricogne, Rissler, de Malet de Goupigny sont frais émoulus de l'École Centrale ; Ranson sort des Arts-et-Métiers : le Docteur Broca, est le fils du célèbre chirurgien :

. . . .

Malgré nos origines et nos professions diverses, il y a beaucoup de camaraderie entre nous : notre sort malheureux nous unit. Il y a parmi nous des avocats, des médecins, des ingénieurs, des bacheliers et des primaires ; des gras et des maigres, des petits, des moyens et des grands.

. . . .

La plupart des conditionnels ne savent pas monter à cheval ; pourtant en six mois nous devons devenir des cavaliers. Pendant trois mois, nous montons sans étriers. La première chose est de se hisser sur l'animal. Il faut s'appuyer de la main droite sur le pommeau de la selle, saisir la crinière avec la main gauche, sauter, faire un rétablissement et passer la jambe droite. Si l'homme est tout petit, si le cheval est très grand, si la crinière est fort courte, quasi rase, autant de difficultés. Broca, d'une intelligence remarquable, n'a aucune force dans les bras. Un jour, comme il essaye en vain d'enfourcher sa monture, l'adjudant Cripiat lui a crié : « Vous avez donc du jus de pruneaux dans les veines ? — Exactement, mon lieutenant, du jus de pruneaux », répond Broca, découragé. L'adjudant hausse les épaules et s'éloigne en murmurant : « Pauvre France ! »

Pauvre France ! C'est que l'adjudant Cripiat a fait la guerre de 1870 ; après la défaite, il a rêvé une renaissance, un renouveau pour la revanche prochaine ; il voudrait qu'au régiment tous les hommes brossés et astiqués à miracle, quittes à avoir les ongles noirs, soient valides, solides, d'une résistance à toute épreuve, aimant le métier militaire, ayant l'esprit militaire.

Il y aurait eu sans doute un moyen (j'y pense maintenant !) de fortifier, d'assouplir, de dégourdir ces jeunes gens qui n'ont jamais pratiqué les sports. C'eût été de leur faire faire de la culture physique. Mais, à cette époque, la culture physique n'était pas à la mode ; on n'en comprenait pas toute l'utilité. Une seule fois, dans la petite cour où nous faisions l'exercice, pendant une demi-heure, les maréchaux des logis ont commandé quelques mouvements d'extension et de flexion des membres inférieurs et supérieurs. Une demi-heure ! Et en voilà pour toute l'année ! Alors, pour Broca et pour deux ou trois autres volontaires aux bras débiles, monter à cheval sans étriers sera toujours d'une grande difficulté. Pauvre France !

Une fois en selle, Broca est assez bon cavalier : c'est qu'il a les jambes longues par rapport à son buste ; mais Ranson qui a le buste important par rapport à ses jambes trop courtes, a beaucoup de peine à se tenir en équilibre sur son cheval. Encore une chose dont on ne paraît pas s'être préoccupé dans les hautes commissions, dans les conseils supérieurs, même chez les spécialistes de la cavalerie !

. . . .

Un jour, comme nous étions en train de faire l'exercice dans la petite cour qui donne sur l'esplanade, un planton venu de la salle des rapports a apporté la triste nouvelle que le père de Broca, le célèbre chirurgien, était mort. Comme fils de veuve, Broca devait être immédiatement libéré. Aussitôt, il a quitté les rangs et j'ai entendu mon voisin murmurer : « Il a de la chance ! » Voilà qui en dit long sur la vie qui nous est faite. Mon voisin, qui travaille à Paris dans les produits chimiques, qui est un brave garçon et, j'en suis sûr, un excellent fils, a traduit sans hypocrisie son sentiment. Il a de la chance ! cri du cœur, si l'on peut dire, sorte de réflexe moral, si l'on peut dire encore. A la réflexion, il n'aurait pas prononcé ces paroles à la fois lour-

des et légères ; mais nous vivons au milieu de telles tribulations, de telles contraintes que, sur le coup, il juge que la mort du père de Broca, doit être pour notre camarade une délivrance.

Un portrait physique de Napoléon. — *André Suarès : Vues sur Napoléon.* La Nouvelle Revue Française (1er juillet 1933) :

Dans son uniforme ordinaire, l'habit fendu en haut triangle sur la culotte courte et blanche, bien tendue à même le large ventre en pointe, il a l'air d'un gros oiseau lourd, aux deux ailes de pingouin pendantes.

Jeune, il marche à petits pas pressés ; mûr, à petits pas solennels et lents. Il ne vole pas, il n'est pas léger. Vite ou non, il compte et il insiste. Ce genre de héros ne quitte jamais la terre : elle colle à leurs pieds.

Il avait la main petite et mignonne plus que belle ; blanche et grasse, un peu brève, une main d'évêque, parlant et sans cesse en action. Il la soignait attentivement. Elle discourait beaucoup pour lui, éloquente en mouvements brusques et en gestes. Souvent, il l'a chargée des menaces qu'il ne voulait pas faire entendre.

La couleur de sa peau n'était pas saine. Il était beaucoup plus pudique et fuyait plus la nudité qu'on n'attendrait d'un tel homme, si grand pourvoyeur de linceuls, de vermine et d'amphithéâtre. On n'a vu qu'à Sainte-Hélène comme il était fait. Son corps était net de poils : peu d'hommes moins velus que lui. Sa poitrine bombée était ronde aux mamelles, en dépit de l'amaigrissement et de la maladie. La brièveté de son sexe aux proportions d'un garçon de onze ans, a paru incroyable. Sa pudicité venait de là, sans doute. Peu de traits sont plus plaisants que celui-là dans un conquérant du monde, et je ne dis pas faits pour qu'on en rie, mais faits pour plaire. César semble avoir été de la même complexion.

Chauve fort tôt, il lui reste une longue mèche noire, qu'il ramène sur la tempe gauche, et qui semble collée à son front large. Il n'a pas une grosse tête, pour cette face ample et pleine : le derrière du crâne est en joli tonneau, d'un tour oblong et bien modelé. Son menton dur, en cap au bas du visage, est d'une belle forme, volontaire et péremptoire. La bouche serrée est implacable. Elle sait s'entr'ouvrir en un très aimable sourire.

Ses grands yeux sont la pièce essentielle de la figure. Magnifique par la force et la réflexion ; gris tournant sur le brun plus que sur le bleu ; le regard pesant et profond, tendus sur le dedans plus que sur le monde, sauf dans la bataille, ils ont une espèce de magie et d'énergie magnétique. La volonté, la certitude et la puissance en font la lumière, qui est moins brillante qu'elle n'a de planante grandeur. Non, la plupart des hommes ne sont pas de niveau au regard de l'Empereur.

Il semblait plus petit que sa taille, ayant le buste épais, massif et long, les jambes trop courtes et les hanches un peu rondes. Dès quarante ans, le muscle envahi par la graisse, le ventre élargi, il a été obèse de bonne heure. On lui donne toujours plus que son âge. Telle a été d'ailleurs sa carrière qu'on se rappelle mal, le plus souvent, qu'à Watterloo, où elle prend fin, Napoléon n'a que quarante-six ans.

La nuque engoncée dans les épaules, le fort menton près de toucher le haut talus de la poitrine grasse ; le dos vaste, les omoplates relevées, il n'avait pas de cou. Ce qu'on en voyait encore était rond, mou, blanc et court.

Olivâtre, il avait été maigre et pâle dans sa jeunesse. Comme tous ceux qui ont cette peau, qui tient du tempérament hépatique et nerveux, il était beaucoup plus blanc aux lumières qu'à la clarté du jour. L'âge venu, avec l'embonpoint précoce, il avait le teint jaune et brouillé, les joues soufflées et rances. On ne l'a pas vu rougir ; à la façon des bilieux, il verdissait.

« Je dis quelquefois cette boutade : l'homme est une carotte fichée au sol, ce qui veut dire que l'homme comme la carotte, dépendent avant tout du sol dont ils vivent l'un et l'autre, le sol étant lui-même commandé par le climat. J'ai cru, pendant quelques années, avoir découvert cette influence du climat sur l'homme et, par conséquent sur ses idées. En lisant Hippocrate, ces temps derniers, j'ai vu que le père de la médecine insiste fort sur la climatologie. Il est décidément bien difficile d'avoir une idée neuve ». (Docteur Jayle. Allocution à propos d'une conférence du Docteur Kalmanovitch sur la médecine en U. R. S. S. *La Science médicale pratique*, 15 juillet 1933.)

mauvaise alimentation, hygiène défectueuse, tuberculose, diabète, manque en vitamines, etc.

Toutefois, les enfants qui ont pu résister à cette longue évolution voient fréquemment se changer leur état général à la veille de la *puberté*. Mais il y a quelque chose qui reste : leur taille en a souffert et fréquemment ils ont des troubles nerveux. Bennett et ses collaborateurs qui ont pu étudier de façon détaillée l'histoire de quinze adultes ayant souffert dans leur enfance de la cœliaquie, relate chez certains l'existence d'un faible développement des organes génitaux externes, les menstrues se sont installées tardivement ou sont restées inexistantes, les caractères sexuels secondaires sont mal développés ou manquent en donnant à ces sujets des aspects enfantins. Certains auteurs en même temps avec Bennett ont noté l'existence de retards dans la dentition ou des modifications du squelette des membres, mais tout ceci n'étant pas une règle absolue, nous ne voulons pas insister. En ce qui regarde *la mortalité* par cœliaquie dans l'enfance, Knœpfelmacher l'apprécie à environ 50 %, tandis que pour Schaap elle est de seulement 11 % (Marfan).

Le chapitre du *traitement* de la maladie cœliaque mériterait lui-même une description à part, pour montrer qu'influencé par l'incertitude étio-pathogénique, il est lui aussi souple et varié que les théories que chaque auteur avait émises. Nous nous contenterons donc d'une vue *principale* qui doit être le fil directeur du traitement.

Dans la revue récente de MM. Mathieu et Leroy sont passées et examinées critiquement toutes les méthodes curatives, aussi le lecteur est-il renvoyé à ce document utile et complet. Le traitement moderne a une supériorité incontestable sur ceux des classiques (Heubner) par le fait qu'il s'inspire des données du métabolisme des substances alimentaires. Néanmoins, pour les cas de maladie cœliaque, forme de Herter (grave) le traitement est encore maintenant une chose difficile à diriger.

De l'ensemble des régimes proposés dans cette maladie, nous pouvons tirer les indications suivantes : c'est que tout traitement raisonnable de la cœliaquie doit contenir : 1° un apport suffisant de calories (jusqu'à 200 cal. par kgr.-corps) ; 2° apport suffisant de vitamines C ; 3° alimentation antiacidosique (en ajoutant des légumes et fruits riches en bases) ; 4° alimentation adéquate pour modifier les processus intestinaux dans un sens favorable.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir tout dit en matière de cœliaquie, mais nous croyons que ce sont des éléments suffisants pour que l'attention du praticien soit attirée sur un thème qui ne doit plus rester pour lui un *noli me tangere*.

Nous terminons notre travail par l'exposé de nos trois observations qui se passent maintenant de commentaires.

OBSERVATION I. — Garofitza, 19 mois, internée le 19 mai 1931 pour débilité, selles abondantes, agitation, insomnie. Antécédents sans importance du côté des parents. Antécédents personnels : née à terme avec 3.150 gr., nourrie au sein sept mois puis avec du lait condensé. Depuis février elle a une diarrhée avec fièvre qui a duré trois semaines, puis s'est remise. Après quatre semaines, une nouvelle diarrhée qui a débilité l'enfant, état qui dure jusqu'à l'internement dans l'hôpital. Actuellement elle pèse 4.900 gr. au lieu de 11.750 gr., longueur du corps 59 cm. au lieu de 80 cm. Les téguments sont jaune-gris (terreux). Le tissu cellulo-adipeux maigre surtout sur le thorax, l'abdomen et les quatre membres. La musculature a ses reliefs diminués, hypotonie musculaire. La fontanelle antérieure est largement ouverte, facilement déprimable, bosses frontales nettes et cranio-tabes. Chapelet costal, thorax évasé à la base, étroit dans la taille, nouures épiphysaires. Les doigts ont la phalangette augmentée de volume et les phalangines rondes avec aspect de baguettes de tambour. Grands paquets ganglionnaires cervicaux, sous-maxillaires, axillaires et inguinaux. Au poumon : tonalité augmentée dans les deux fosses supra-épineuses et espace inter-scapulo-vertébral gauche. Une submatité dans l'espace inter-scapulo-vertébral droit se prolongeant jusque vers la base. La respiration est rude, expiration prolongée et faiblement soufflante dans la fosse supra-épineuse et l'espace inter-scapulo-vertébral gauche ; nombreux râles ronflants. A la base droite quelques sub-crépitantes. En avant la sonorité normale. Cœur normal. Foie : le bord inférieur dépasse de deux travers de doigt le rebord costal inférieur. Rate percutable sur une étendue de trois travers de doigt, l'on palpe son pôle inférieur dur. L'abdomen volumineux et dur sans circulation collatérale, la cicatrice ombilicale déplissée. La circonférence est de 45 cm. 5, au niveau de l'ombilic ; au niveau du rebord costal, elle est de 48 cm. Tympanisme à la percussion. Bouche : l'enfant a quatre incisives, voûte palatine ogivale, langue rouge, lisse, grandes amygdales hyperémiées. Réflexes patellaires et oculo-pupillaires normaux.

Selles abondantes, 700 gr. *pro die*, semi-consistantes, jaune-clair.

24 mai 1931. Selles pâteuses, jaunes, l'examen microscopique montrant de rares fibres musculaires, rares grains d'amidon, beaucoup de cellulose. Acides organiques 24,4 c.c., ammoniaque 4,2 c.c. La malade a été mis au régime sans graisses, avec des protéines, sucres et 150 gr. de jus de fruits.

5 juin 1931. Brusque augmentation de poids de 300 gr., inexpliquable par l'apport alimentaire : 100 gr. de lait avec semoules, 7,5 % plus sucre 7,5 %.

6 juin 1931. Fièvre, selles diarrhéiques aqueuses 3-4 *pro die* ; diminution du poids de 100 gr.

8 juin 1931. Diminution du poids jusqu'à 5.600 gr. donc chute de 500 gr. en quatre jours.

10 juin 1931. Bon état général, elle prend quatre bananes, après dix-sept jours, l'enfant part avec un gain de 800 gr. par rapport au poids d'entrée dans le service. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs chez l'enfant et la mère. Sang : globules rouges 2.664.000, globules blancs 8.400, Hb. 58, Sahli 77 %, anisocytose, poïkilocytose, polychromatophilie. Poly. neutrophile 33 %, mono. 6 %, lymphos. 50 %, normoblastes 4 %, myélocytes 4 %, Turck 1 %.

Suc duodénal : après l'extraction du suc venu spontanément, l'on introduit 10 gr. sulfate de Mg 20 % (Meltzer-Lyon) et l'on obtient des échantillons de suc qui ne diffèrent pas par la couleur. Après une demi-heure on introduit 2 c.c. d'éther sulfurique (épreuve de Kathsch) et dans le liquide obtenu on a dosé la lipase qui s'est montrée égale avec 13,9 Na OH n/10. Radiologiquement : l'irigoscopie montre une ampoule rectale normale, un S iliaque allongé, le calibre intestinal augmenté de volume sans avoir la forme de mégacôlon. Examen osseux : signes de rachitisme des membres. Ostéoporose accentuée des os du bassin.

OBS. II. — Puiou M..., 1 an et 8 mois, interné le 7 octobre 1921 : diarrhée, débilité, agitation, insomnie. Père d'intelligence réduite, mère saine, deux autres enfants bien portants. Né à terme normalement (?) allaité au sein six mois puis nourri avec des aliments divers : farines, lait, soupes de légumes sans nulle surveillance. Selles diarrhéiques à plusieurs reprises. Depuis deux mois l'enfant a des selles fétides, 10-15 *pro die* avec des rémissions de douze jours quand il élimine une, deux selles plus consistantes. Il pèse 9.300 gr. donc un déficit de 2.300 gr., taille 73 (déficit de 10 cm.), téguments pâles, jaunes, tissu cellulo-adipeux très diminué, le turgor cutané beaucoup diminué. Les masses musculaires réduites, la tonicité très diminuée chose qui permet aux segments articulaires de grandes excursions. Front bombé, cyphose dorso-lombaire, thorax évasé à la base. Petits ganglions cervicaux. Poumons normaux, cœur aussi. Rate et foie sans nulle modification. Ventre augmenté de volume, couvre le tiers inférieur du thorax, sans circulation collatérale, dur à la palpation, tympanisme percutoire dans les deux tiers supérieurs, dans le tiers inférieur, matité avec concavité en haut et à droite, elle ne se déplace pas. Bouche : rien d'anormal. Réflexes exagérés, le plantaire en extension. Selles abondantes et diarrhéiques, urines à faible densité sans albumine ou sucre. L'enfant est triste, front ridé, irritable, apathique, catanonie nette. Mange exagérément. Ne peut pas rester debout. Articule seulement quelques mots.

16 octobre 1931. Coryza, fièvre, augmente de 300 gr. 20 octobre. Chute brusque de 500 gr. en trois jours, enfant abattu, turgor cutané mauvais, selles très fétides, parfois des mucosités et raies sanglantes. 24 octobre, état amélioré ; augmente avec facilité pour toucher 9.200 gr. quoiqu'il ait éliminé une selle de 700 gr. Etat général amélioré, courbe pondérale 9.500 gr., les selles ont les mêmes caractères. McClure 9' par rapport à 7' du 20 octobre. Pendant le mois de novembre le poids oscille entre 9.100 et 9.900 gr., les oscillations atteignent quelques centaines de grammes en vingt-quatre heures en haut ou en bas. Au mois de décembre, l'enfant est triste, inactif, les urines sont hydruriques

et en grande quantité ; pas d'albumine ou sucre. Puis amélioration du poids. Selles moins volumineuses et plus consistantes. L'enfant est plus gai, fait les premiers pas, et quitte le service en février 1932 très amélioré. Après un an, l'amélioration se maintient.

Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs chez la mère et l'enfant. Sang : globules rouges 4.250.000, globules blancs 7.100, Hb 64, Sahli 70 %, polynucléaires neutrophiles 52 %, eosino. 1 %, baso. 0,5 %, mono. 7,5 %, lympho. 39 %. Matières fecales : pâteuses, alcalines, fréquentes, graisses neutres, savons et acides gras relativement fréquents. Radiologiquement : l'avant-bras a la corticale amincie, dessin spongieux. Irigoscopie : dolichocôlon, le reste est normal.

Traitement : on a donné de l'acidol-pep-ine (deuxième degré) avec pancréon. Résultats non satisfaisants. On a essayé la cure de pommes (Moro-Heisler) pendant quarante-huit heures, amélioration transitoire seulement. L'amélioration s'est montrée seulement avec un régime normal plus 150 gr. de jus de fruits.

Obs. III. — Samuel, 2 ans et demi, entre pour ventre ballonné, amaigrissement progressif, œdèmes des membres inférieurs, selles fréquentes. Père alcoolique, s'est suicidé ; mère saine mais intelligence réduite ; trois enfants sains (?). Né à terme aurait pesé 3.600, accouché avec forceps, nourri au sein sept semaines seulement, puis alimentation artificielle. Depuis l'âge de cinq mois selles fréquentes et vomissements rares ; ceci a duré quatre semaines et l'enfant a eu 3.400 gr., puis amélioration, puis de nouveau selles fréquentes (5-6 *pro die*), fièvre, vomissements. Interné pour six semaines est parti beaucoup amelioré avec un gain de poids de 1.500 gr. Rentre le 25 octobre 1932 et pèse alors 7.800 au lieu de 14.000 gr., taille 77 cm., 5 au lieu de 86 cm., pâle, tissu cellulo adipeux disparu sur l'abdomen, maigre comme développement, hypotonie musculaire, crâne augmenté de volume, front bombé, bosses pariétales, chapelet costal, thorax évasé à la base ; micro-polyadénopathie généralisée. Rien à l'auscultation pulmonaire. Foie, rate, rien d'anormal. Abdomen : globuleux, la cicatrice ombilicale est à 12 cm. de l'appendice xyphoïde et à 6 cm. de la marge supérieure de la symphyse pubique. Faible circulation collatérale, tympanisme dans la moitié supérieure abdominale, matité avec concavité en haut dans l'étage inférieur. L'on voit les contours des anses intestinales. Selles au nombre de une à deux par vingt-quatre heures, pâteuses, jaunes, fétides. Réflexes exagérés, oculo pupillaires normaux. L'enfant est triste, abattu, reste couché tout le temps, marche possible, mais dandinante. Catatonie, arriéré, il parle seulement quelques mots paresseusement accentués. Anorexie presque invincible.

10 décembre, ne progresse pas en poids ; a éliminé une selle de 800 gr. ; Pirquet répété négatif. 11 janvier 1933, un lavement avec 1 l. 3/4 ; l'abdomen est devenu dur, on a dessiné dans le flanc gauche une anse intestinale avec la convexité en haut, l'enfant etait agité, avait des douleurs ; après le lavement il a éliminé 400 gr. de liquide sans matières, puis après, le reste d'eau avec des matières. 21 février, abdomen dur, courbe pondérale 8.850, état psychique le même. Au mois de mai : oscillations entre 9.300 et 7.600 gr. Les selles riches en graisses. Ne tolère pas les graisses, ni les hydrates de carbone. 9 mai : perte brusque depuis 7.800 à 7.300 gr. après un repas de pommes de terre.

Sang : globules rouges 3.096.000, globules blancs 9.200, Hb 78 Sahli 67 %, poly. neutrophiles. 33 %, Stab. 2, poly. eosino. 2, 5 %, poly. baso., 5 %, lympho. 49 %, mono. 11 %, normo. 1%.

Matières fécales : réaction amphotone, graisses neutres augmentées, acides organiques 19,80 c.c., ammoniac 5,4. Radiologiquement grand estomac poche d'air exagérée, spasme pylorique, péristaltisme lent. Irigoscopie : ampoule rectale normale ; côlon et sigma d'une longueur et calibre insolites. Dilatation du S et dolichocôlon. Système osseux : aplatissement du plateau tibial, épaississement du périoste diaphysaire sans caractères spécifiques.

Thérapie : on a tout essayé, sans résultat remarquable ; peut-être la psychothérapie a-t-elle donné une petite amélioration. C'est un cas très rebelle à tout traitement. Depuis huit mois qu'il est chez nous, sa santé n'est pas trop améliorée.

BIBLIOGRAPHIE

T. I. Bennett, D. Hunter, J. Vaughan. — *Q. J. Med.* 1932, vol. 4.
S. E. Burgui. — *Arch. de ped. del Urugay*, 1930, page 501.
P. Rohmer. — *Strasbourg Médical*, 1927, vol. 87.
S. V. Haas, *J. A. M. Assoc.*, 1932, vol, 99, n° 6.
Elias et Schachter. — *Progrès Médical*, 1932.
Apert. — Les infantilismes, Paris, 1931.
Comby. — *Arch. med. Enf.*, 1918, et 1924.
Fanconi. — *Schw. med. Woch.*, 1928, et *Klin. Woch.*, 1930.
Marfan. — Le nourrisson, 1929, vol. XVII.
R. Mathieu et E. Leroy. — *Arch. mal. t. dig.*, oct. 1932.
P. Woringer. — *Journ. méd.*, *Paris*, 1930.
D. Segall. — Thèse de méd., Bucarest, 1933 (avec la bibliographie).
L. Maqui et E.-E. Priami. — *Rev. di Clin. ped.*, 1926.
Schnick-Wagner. — *Zeitschft. f. Kinderhlk.*, 1921-23.
Freise et Jahr. — *Jahrbuch. d. Kindirhlk.*, Berlin.
Jansen. — *D. Arch f. kl. Med.*, 1919.
Kundrattitz. — *Jahrb. f. Kinderhlk*, 1927.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Quinze observations, dans lesquelles le diagnostic de colibacillose avait été porté à tort, ont permis de tirer les conclusions suivantes :

1° Se souvenir que, chez 10 % environ des individus normaux, on peut constater une bactériurie discrète (sans aucune leucocyturie bien entendu). Et surtout ne jamais envoyer à un laboratoire des urines qui ne soient pas recueillies aseptiquement par sondage et fraîchement émises. C'est tous les jours que nous voyons de monumentales erreurs dues à la non-observation de ce précepte élémentaire.

2° Il faut savoir ne pas prendre l'effet pour la cause et, avant de soigner une colibacillose urinaire, il faut être bien certain qu'il n'y a pas de lésion rénale, qui provoque et entretient l'infection (lithiase surtout et aussi hydronéphrose, rétrécissement de l'uretère, etc.)

3° En présence d'une pyurie chez un individu sans antécédents, même chez une accouchée, même chez une femme enceinte, même chez un constipé chronique, ne pas se presser de conclure à la colibacillose, mais faire d'abord pratiquer un examen bactériologique des urines dans de bonnes conditions.

4° Ne pas traiter une cystite, même d'apparence banale, même chez un vieillard prostatique, sans s'assurer auparavant qu'il ne s'agit pas d'une cystite banale révélatrice d'une tuberculose rénale.

5° Un examen de laboratoire correctement pratiqué ; montrant dans une urine du pus à colibacille, ne doit pas faire écarter *a priori* tout autre diagnostic que celui de colibacillose urinaire et ne doit pas empêcher un examen clinique minutieux, un examen cystoscopique, un examen radiographique au besoin. Il peut s'agir fort bien d'une infection secondaire surajoutée à une tuberculose rénale qu'il faut savoir diagnostiquer même sous son camouflage.

(Henry Blanc. Colibacille, que d'erreurs on commet en ton nom ! *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 15 avril 1933.)

Intoxications

Le nombre des empoisonnements par champignons reste encore trop élevé ; on en distingue quatre catégories principales, correspondant à autant de groupes de champignons vénéneux, sans compter les empoisonnements mixtes.

1° Les champignons vénéneux, produisant de la gastro-entérite à début précoce, sont de beaucoup les plus nombreux. Ce groupe est d'ailleurs mal délimité, d'abord parce qu'on peut y ranger beaucoup de comestibles conditionnels, dont la vénénosité disparaît moyennant certaines conditions de préparation, ensuite parce qu'il existe toutes les transitions entre les espèces comestibles plus ou moins indigestes et les espèces réellement toxiques.

Parmi les champignons éméto-catharitiques les plus fréquemment en cause sont certains lactaires et russules, le clitocybe ou pleurote de l'olivier, le tricholome tigré, l'entolome livide et le bolet de satan.

2° Les intoxications essentiellement caractérisées par une action sur le système nerveux comprennent deux types principaux : le type panthérinien et le type sudorien.

Deux champignons seulement, mais très communs, produisent le syndrome panthérinien ; ce sont la fausse-oronge et la fausse-golmotte. C'est au nom latin de la fausse-oronge (*Amanita muscaria*), dans laquelle elle a été découverte que la

muscarine doit son nom ; elle existe aussi dans la fausse golmotte (*A. pantherina*). Contrairement à ce qu'on avait cru d'abord, cet alcaloïde, apparenté à la choline, n'est nullement le poison actif de ces champignons où il n'existe qu'à doses très faibles et d'ailleurs variables ; il faudrait ingérer de deux à huit kilogrammes de fausse-oronge pour absorder une dose mortelle de muscarine. Les symptômes de l'empoisonnement par ces espèces sont d'ailleurs totalement différents de ceux produits par la muscarine ; ils se rapprochent au contraire de ceux produits par l'atropine ; d'où le nom de *mycoatropine* donné au principe toxique réel ; il n'a d'ailleurs pas encore été isolé. Ainsi le syndrome muscarinien, prêtant à confusion, tend à être remplacé par le terme ; syndrome *panthérinien*. Ce syndrome se résume en un mot : l'ivresse ; elle est joyeuse ou triste, légère ou bruyante ; elle va de l'ébriété au coma. Pour bruyants et impressionnants qu'en soient les symptômes cette intoxication est peu dangereuse.

Les empoisonnements à syndrome sudorien sont causés par quelques clitocybes et de nombreux inocybes ; ils sont calqués exactement sur l'intoxication par la muscarine : hypersécrétion sudorale et salivaire, troubles visuels, troubles cardiaques, parésie, etc.

3° Les empoisonnements par hémolyse ne sont pas produits par l'amanite phalloïde, comme on le croit, mais par un seul champignon : la gyromitre ou helvelle (*Gyromitra esculenta*).

Le principe hémolytique, pour autant qu'on le connaisse, est l'*acide helvellique*. Il n'y a jamais eu d'accidents en France, mais les empoisonnements sont fréquents en Europe centrale ; ils consistent essentiellement en ictère hémolytique avec hémoglobinurie.

4° Les empoisonnements, présentant, après un temps d'incubation prolongé, des symptômes graves qui traduisent la dégénérescence des cellules, sont de beaucoup les plus redoutables.

Pratiquement un seul champignon est en cause, c'est l'amanite phalloïde (*Amanita phalloïdes*). La toxicité, longtemps attribuée à la phalline, serait due à une amanitotoxine.

Le caractère de l'empoisonnement phalloïdien est de présenter un long délai entre l'ingestion des champignons et l'apparition des premiers symptômes.

5° Les empoisonnements mixtes résultent du goût des amateurs de champignons pour les mélanges d'espèces. Il peut même arriver que la présence de champignons à effets éméto-cathartiques soit salutaire.

(E. Martin Sans. Les empoisonnements par champignons. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er avril 1933.)

Circulation

La pression diastolique est difficile à déterminer avec précision ; la méthode de Ducruet (de Salins) mérite d'être signalée ; il utilise le Pachon et opère de la façon suivante :

Premier temps. — On inscrit d'abord la courbe oscillométrique classique en décomprimant le brassard depuis Mx jusqu'à 0. Ou bien on a un angle index net ou bien cet angle n'existe pas. Quel que soit le résultat obtenu on passe au second temps qui constitue le procédé proprement dit de l'auteur.

Deuxième temps. — Le brassard étant toujours en place, on fait une deuxième compression, mais cette fois on arrête la compression au niveau ou légèrement au-dessous de l'oscillation maxima, en pratique jusqu'à 8 ou 9 cm. du manomètre et on décomprime ensuite de centimètre en centimètre. Cette fois on voit apparaître très souvent un dénivellement net dans les oscillations terminales qui se traduit par un angle net sur la courbe. Quelquefois (dans 10 % des cas) on n'a pas plus d'angle sur cette deuxième courbe partielle que sur la courbe totale. Dans ce cas on ajoute un troisième temps.

Troisième temps. — On fait soit une nouvelle compression partielle du brassard jusqu'à huit ou neuf, mais prolongée pendant une minute, et on laisse tomber le pression à 0, soit deux ou trois compressions et décompressions successives ; alors on voit presque toujours apparaître une démarcation entre les oscillations et un angle index qui permet de fixer la Mn sans se tromper.

Ce procédé peut paraître long quand on inscrit d'abord la courbe oscillométrique totale et ensuite une ou deux courbes diastoliques partielles. En pratique cependant, avec un peu d'habitude, on le réalise correctement en trois ou quatre minutes. On le rend beaucoup plus rapide si on se contente de chercher d'abord la première oscillation qui marque la pression diastolique et ensuite simplement la courbe diastolique au moyen de la compression partielle.

En opérant suivant ce procédé on trouva comme Mn. chez les sujets normaux, les chiffres de 4 cm. 5 à 7 cm. 5.

(Ducruet. Un nouveau procédé de détermination de la pression diastolique. *Revue Médicale de la Franche-Comté*, 15 mars 1933.)

Chirurgie

Que faut-il penser de la fixation ostéoplastique du rachis dans le traitement des tassements vertébraux traumatiques ?

L'indication de la greffe osseuse semble formelle dans les fractures plus ou moins anciennes, qui, méconnues primitivement ou insuffisamment traitées, s'accompagnent de phénomènes douloureux persistants et de déformation progressive de la colonne vertébrale. La spondylite traumatique constitue une des meilleures indications de la greffe osseuse du rachis.

La greffe osseuse systématique précoce, appliquée à tous les tassements vertébraux traumatiques, est une opération bénigne qui donne de bons résultats ; il est d'ailleurs logique que les résultats soient meilleurs dans les fractures récentes que dans les fractures anciennes. On oppose à cette méthode que, par le traitement conservateur bien conduit on obtient, régulièrement et à moins de frais, la guérison de la presque totalité des fractures par tassement, à condition que ce traitement soit mis en œuvre immédiatement. Peut-être la réduction sous anesthésie locale va-t-elle, dans l'avenir, modifier la thérapeutique des tassements vertébraux traumatiques, mais, même une fois la réduction obtenue, le corset plâtré représente-t-il un moyen de contention suffisant ?

Pour l'instant on peut admettre les principes suivants :

1° La greffe osseuse précoce paraît être la méthode de choix dans les tassements de la région dorsale, lorsque plusieurs vertèbres sont intéressées et qu'il existe une gibbosité immédiate.

2° Elle ne semble pas indispensable à la région lombaire.

3° Elle n'est pas nécessaire quand l'affaissement vertébral est régulier, peu accentué, ne porte que sur une seule vertèbre.

4° Elle constitue un élément d'appréciation pour fixer la consolidation anatomique et juridique.

5° Elle ne doit pas être systématique, mais ses indications sont fréquentes.

(Mutel et Rousseaux. Le traitement des lésions osseuses dans les fractures vertébrales, dorsales et lombaires. *Revue Médicale de l'Est*, 15 avril 1933).

Pathologie coloniale

Les abcès du foie sont de plus en plus fréquents en Indochine ; il y a lieu de se demander si cette recrudescence n'est pas qu'une simple apparence, due à ce qu'on y pense davantage.

Ils ne sont pas, comme on le prétendait jadis l'apanage de l'Européen transplanté dans les pays chauds : depuis que la pratique des ponctions et des interventions est devenue de plus en plus courante, on s'aperçoit que l'Asiatique est également touché.

Une cause importante d'erreur est que souvent on prend des collections sous phréniques pour des suppurations hépatiques ; la confusion se commet avec la plus grande facilité ; la ponction ne permet pas, la plupart du temps, de localiser l'abcès, sauf par les caractères du pus hépatique qui n'est pas toujours bien typique ; seule l'intervention renseigne et quelquefois l'autopsie.

En un an on a compté à l'hôpital de Hai-duong huit cas de suppuration dans les régions de l'épigastre et de l'hypocondre droit, parmi lesquels cinq abcès du foie, deux collections sous-phréniques et un cas douteux (Abcès du foie probable).

Tous ces foyers ont été explorés d'abord par ponction ; chaque fois on a trouvé le pus. Tous ces malades ont été opérés ; les résultats (cinq morts, trois guérisons) s'expliquent pas le fait qu'il y avait de mauvais cas, compliqués de cachexie.

Les indigènes ne se font soigner que très tardivement ; ils ont une peur horrible du bistouri et ils perdent ainsi les meilleures chances de guérison.

(Berret et Nguyen-Ba-Tung. Abcès du foie et collections sous-phréniques. (*Bulletin de la Société médico chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1932.)

Hygiène

Les intoxications par l'eau alimentaire, conduite dans des tuyaux de plomb, se manifestent surtout dans les régions granitiques ; les eaux très pures, ont le fâcheux privilège de dissoudre les sels de plomb.

Si les intoxications aiguës ont un syndrome caractéristique

qui ne permet pas de les ignorer, il n'en est pas de même des intoxications lentes, par petites doses journalières, dont le plomb s'accumule insidieusement dans l'organisme.

L'auteur signale avec raison un péril aggravé par « l'insouciance et l'inertie de nos hygiénistes ».

(Albert Thouvenet. Le danger des tuyaux de plomb. (*Gazette Médicale Limousine*, mars 1933.)

Thérapeutique.

L'action de l'acétylcholine, à la dose de dix centigrammes, est constante dans les syndromes nerveux à point de départ cortical ou sous-cortical dans lesquels on soupçonne une ischémie par spasme vasculaire.

Il est possible de rencontrer chez le même malade, sujet aux spasmes vasculaires cérébraux, des manifestations nerveuses objectivement différentes, ces syndromes cliniques étant reliés par une étiologie commune ; ce qui les différencie c'est, en fait le siège choisi sur l'arbre artériel par le phénomène de vasoconstriction.

Trois observations succintes appuient ces propositions.

(P. Louyot, de Nancy. Spasmes artériels cérébraux et acétylcholine. *Revue Médicale de l'Est*, 1er avril 1933.)

Trois cas d'accidents nerveux post vaccinaux ont été observés avec le T.A.B.

1° Syndrome méningo-encéphalitique mortel, apparu le lendemain, rappelant l'apoplexie séreuse post-arsénobenzolique.

2° Polynévrite motrice des membres inférieurs.

3° Zona thoracique.

Il s'agissait de trois soldats ayant reçu des doses à 1 à 1,5 c.c.

(Delpy et Guillaume. Accidents nerveux post-vaccinaux (vaccin T.A.B.). *Maroc Médical*, 15 février 1933.)

Une des indications de l'abcès de fixation se trouve posée par l'état de mal asthmatique ; il ne s'agit pas de la simple crise d'asthme, mais de l'état de mal rebelle à toute thérapeutique.

Trois observations superposables viennent à l'appui de cette thérapeutique, dont l'efficacité apparaît indiscutable, immédiate et durable La première est particulièrement démonstrative.

G... Louis, 41 ans, manœuvre. Ce malade était entré une première fois dans le service, le 21 septembre 1928, au décours d'une crise d'asthme. Ces crises survenaient depuis 1919 deux ou trois fois par an, alternant avec des crises de dyspnée transitoire au moment de la floraison (rhume des foins), crises peu vives et peu longues, et des poussées très fréquentes (trente fois par an) de coryza spasmodique avec enchifrènement durant trois jours environ. D'autre part, le malade signale une sensibilité particulière à certains aliments : les tomates lui donnent des troubles digestifs, les fraises et le poisson, certains médicaments de l'urticaire. On ne décèle rien dans ses antécédents héréditaires ; dans ses antécédents personnels, du paludisme au Sénégal, une bronchite en 1911 et une atteinte par les gaz pendant la guerre.

Après ce bref séjour, il revient le 13 février 1929 à la suite d'une crise d'asthme survenue trois jours avant. La crise parait avoir été déclenchée par une affection de caractère grippal et a duré toute une nuit. Depuis lors, fièvre et dyspnée très vives. On se trouve en présence d'un sujet très essoufflé (28 respirations par minute). présentant une dyspnée du type asthmatiforme, avec thorax très dilaté, à base évasée et à ampliation minime, respiration superficielle, expiration très gênée, emphysème intense avec expiration prolongée et sifflante, signes de bronchite diffuse mais peu marquée, sibilances sans signes d'alvéolite, mais avec une expectoration uniquement muqueuse. Température à 39°. On porte le diagnostic d'infection grippale chez un asthmatique. Par ailleurs, pas de signes d'insuffisance cardiaque. On constate enfin une épididymite avec funiculite droite d'origine blennorragique remontant à un mois.

Au huitième jour, il n'y a aucune amélioration malgré les moyens usuels (révulsion, belladone, etc.). La dyspnée est très vive, le sujet reste jour et nuit assis sur son lit, la fièvre oscille entre 37 et 39°. Le 21 février on pratique un abcès de fixation « à tout hasard ». L'effet est remarquable, presque théatral. Dès le lendemain, la dyspnée diminuait, le surlendemain elle avait cessé complètement ; la température qui, le soir de l'injection térébenthinée, montait à 38°3 et le lendemain à 39°, se trouvait le surlendemain à 37°4 et restait à 37° les jours suivants. Ouverture de l'abcès le 26 février. Le malade quitte le service en bon état, le 16 mars 1929.

En pareil cas l'abcès de fixation n'est pas un simple agent pyrétothérapie, mais il a une action de choc et une action de dérivation leucocytaire.

(A. Pic, P. Delore et J. Lacroix. Traitement de l'état de mal asthmatique par l'abcès de fixation. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1933).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 août 1933

Rôle de l'intoxication colibacillaire (toxine neurotrope) dans l'étiologie de certains troubles mentaux. Action curative du sérum anticolibacillaire dans ces psychoses.

M. H. Vincent. — J'ai déterminé expérimentalement, chez le lapin, par injection d'une toxine colibacillaire riche en neurotoxine, des paralysies avec lésions considérables des cellules de la moelle, ou bien des phénomènes d'ordre plutôt névropathique : contracture, nystagmus, rétropulsion, agressivité excessive etc.

Or, chez l'homme. les symptômes morbides dus à l'intoxication par l'endotoxine entérotrope et par l'exotoxine neurotrope du *B. Coli*, que j'ai décrites, se manisfestent de la même manière surtout dans les infections chroniques déterminées par cet agent pathogène. Ici intervient l'influence de races spécialement toxigènes. La pluralité des toxines colibacillaires explique la complexité des symptômes gastro-intestinaux, hépatiques, surrénaux, paralytiques, entéro-névrosiques et névropathiques (entérite dite muco-membraneuse), etc., que l'on observe dans ces affections.

La guérison des ces syndromes par la sérothérapie m'a conduit à rechercher si la neurotoxine du *B. Coli* n'est pas capable de se fixer aussi sur les centres psychiques et de déchaîner des troubles mentaux. Cette notion s'est trouvée vérifiée chez plusieurs malades atteints de pyélonéphrite colibacillaire que j'ai observés, notamment chez une femme démente avec raideur automatique du tronc, catatonie, délire ; chez un jeune homme atteint d'hébéphrénie après septicémie colibacillaire, etc.

La démonstration décisive de l'origine toxique (colibacillaire) de ces états démentiels m'a été donnée par la guérison complète de plusieurs malades atteints de psychoses graves. En particulier, cette guérison a été obtenue chez une femme âgée, délirante chronique inconsciente, incapable de reconnaître ses enfants, et atteinte de pyélonéphrite double, grave et ancienne due ou colibacille. Elle a été observée aussi chez un homme de 47 ans, affligé de délire de persécution, mutisme, fugues, idées de suicide, etc. (guérison en trois semaines). Elle l'a été également chez un petit garçon (11 ans) présentant des désordres gastro-intestinaux continus depuis l'âge de 3 ans. Appendicite opérée ; adhérences cicatricielles et constipation très opiniâtre. Troubles psychiques, religiosité excessive, mysticisme, etc... Tics nombreux et incessants. Odeur fétide de l'haleine. Guérison en quelques semaines. Augmentation de 7 kilogr. en trois mois. Véritable transformation psychique et physique.

Je citerai encore l'observation d'une malade atteinte de pyélonéphrite colibacillaire double remontant à 20 ans ; c'est à cette dernière date qu'ont apparu les premiers symptômes de psychose progressivement aggravée et caractérisée par : troubles de la parole, hallucinations, inconscience, torpeur, état confusionnel, délire de persécution, etc... Guérison en trois semaines par les injections quotidiennes de sérum anticolibacillaire, de cette affection invétérée et très grave.

Ces faits nouveaux éclairent la pathogénie de certaines psychoses non expliquées et considérées comme incurables. Ils démontrent la double notion de l'origine colibacillaire (toxique) de ces troubles mentaux par imprégnation des centres psychiques par la neurotoxine — et de l'action curative de la sérothérapie obtenue dans ces états même très anciens.

« Ce n'est pas sans une profonde émotion que je vois disparaître le dernier (*E. Quénu*) de ceux qui, à côté de Terrier, comme les Paladins autour de Charlemagne, combattirent le bon combat, et jetèrent les bases définitives de la chirurgie contemporaine.

Voilà son vrai titre de gloire. Il faut que les jeunes le sachent ! Il faut que ceux qui n'ont pas vécu les temps héroïques de la chirurgie moderne et qui n'ont pas vu ce que nous avons vu, apprennent à connaître ces grands événements. Car l'histoire devient obscure, quand les témoins ne sont plus là ! » (Prof. J.-L. Faure. *Edouard Quénu* (1852-1933). *La Presse Médicale*, 5 août 1933.)

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le contre-prurit réflexe

Le grattage d'un point pruritique de la peau provoque parfois, chez certains sujets, un prurit localisé en un point distant. Tel est le phénomène que M. Boulogne dénomme contre-prurit réflexe et qu'il a décrit à la Société de dermatologie.

Les sels d'étain dans le traitement du tæniasis

M. L. Lépinay (*S. de path. comp.* 14 mars 1933), cite différentes observations d'où il ressort que les sels d'étain paraissent être le traitement de choix pour le tæniasis, tant au point de vue de la rapidité d'action que de l'agrément de l'absorption.

M. Taskin qui a employé les sels d'étain avec des résultats variables fait remarquer que les formulaires indiquent depuis longtemps un tænifuge à base de sels d'étain.

Œdème intermittent de la verge

M. A. Chabé a rapporté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (4 mai 1933), l'observation d'un malade qui présenta des poussées intermittentes d'œdème de la verge d'une durée de deux à cinq jours. Il s'agissait d'un petit éthylique, avec crises légères d'insuffisance hépatique.

Il est possible, dit l'auteur, qu'on se soit trouvé, en présence d'un syndrome de Quincke.

Le faux iléus de la lithiase rénale

MM. Tourneux, Sermet et Bergès rapportent (*S. de m. e de chir. de Toulouse*, mars 1933) l'observation d'une malade âgée de 57 ans, envoyée à l'Hôtel-Dieu vers deux heures du matin, pour y être opérée d'urgence d'occlusion intestinale.

Devant la souplesse du ventre, l'absence de ballonnement et de contractions péristaltiques, la négativité des touchers vaginal et rectal, malgré l'arrêt absolu des matières et des gaz, on pensa, en raison de phénomènes douloureux à point de départ lombaire, se propageant le long de l'uretère gauche, qu'il ne devait point s'agir d'une occlusion intestinale vraie mais d'iléus réflexe dû vraisemblablement à des accidents de colique néphrétique.

L'examen des urines ayant montré la présence d'hématies, on procéda à l'analyse totale des urines des deux reins après cystoscopie et cathétérisme des uretères, qui confirma le diagnostic de lithiase rénale, rendu encore plus évident par l'évolution clinique.

A l'occasion de ce cas, les auteurs rappellent les observations classiques analogues et insistent sur les divers éléments permettant le diagnostic entre l'iléus vrai et l'iléus réflexe.

Paralysie post-sérothérapique à forme polynévritique des membres supérieurs

MM. Abadie, Pauly, Lévy et R. Bargues ont présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (4 mai 1933), l'observation d'un éthylique qui fut atteint quinze jours après une injection préventive de 10 c. c. de sérum antitétanique d'une paralysie du type polynévritique des deux membres supérieurs.

Le sulfarsénol dans la scarlatine

Le sulfarsénol lui ayant donné de bons résultats dans l'érysipèle, M. Borde (*S. de m. et de ch. de Bordeaux*, 4 mai 1933) a eu l'idée de l'employer dans la scarlatine. Un cas à éruption intense où il a commencé les injections dès le deuxième jour lui a fait croire à son efficacité car la fièvre et l'éruption ont disparu en quatre jours. Aucune desquamation ne s'est produite par la suite et la langue a repris immédiatement son aspect normal. Toutes les streptococcies sont peut-être justiciables du sulfarsénol.

Le signe du tremblotement péritonéal dans les hémorragies intra-péritonéales

A propos d'une observation récente MM. Clavel et Dargent (*S. nat. de méd. de Lyon*, 29 mars 1933) insistent sur ce signe (sensation tactile et tremblotement gélatineux) qui leur paraît fort utile pour dépister les hémorragies internes. Dans leur cas, il s'agissait d'une rupture splénique pour laquelle ils intervinrent sur la constatation de ce signe.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Quelques conseils aux jeunes physiologistes. — *Extrait des* SOUVENIRS D'UN PHYSIOLOGISTE (*Professeur Charles Richet.* APOLLON, *Revue littéraire et artistique des Médecins,* juin 1933. *J. Peyronnet et Cie, édit.*).

En quittant la Faculté, dans mon discours terminal, je rappelais les travaux divers effectués dans mon cher laboratoire pendant près d'un demi-siècle. Mais je n'ai pu donner, comme je l'eusse voulu, des conseils aux jeunes physiologistes qui auraient l'intention et la volonté de cultiver cette belle science.

Je vais les exposer brièvement ici. Il leur sera probablement utile de connaître ce que méditations, réflexions, expérimentations, m'ont à la longue appris. Je sais cependant que l'expérience est un fruit qu'il faut cueillir soi-même. Mais je sais aussi qu'une parole est comme une graine lancée en l'air et qui, parfois, si elle tombe sur un sol favorable, peut germer et devenir un grand arbre magnifique.

D'abord et avant tout, il faut l'ardent amour de la science et de la physiologie. C'est ce qu'on appelle le *feu sacré*. Si tu n'as pas le feu sacré, ô jeune homme qui me lis, il est tout à fait inutile de te mettre au travail. Non seulement — ce qui est grave — tu t'ennuieras copieusement toute ta vie en accomplissant une besogne fastidieuse ; comme l'employé qui aligne des comptes dans un bureau ; le notaire qui enregistre des actes ; l'officier qui commande l'exercice à des conscrits. Mais encore, même si tu es assidu et laborieux, tu n'arriveras à rien de bon. Si tu fais un travail quelconque, il faut y penser nuits et jours, jours et nuits. Quand tu auras quitté ton laboratoire, les recherches que tu fais doivent te préoccuper plus que les soucis mesquins de la vie quotidienne. Pense aux sels que tu fais cristalliser, aux défectuosités de l'appareil que tu emploies, aux médecins, aux chimistes, aux physiologistes qui pourront te donner un conseil, aux animaux sur lesquels tu as fait expérience ou opération, aux livres qu'il faut consulter.

Si tu arrives dans ton laboratoire (le plus tôt possible, certes), ne t'occupe jamais de l'heure, et, quand tu recevras des visites, ne t'attarde pas à des conversations stériles avec des importuns ou même avec des amis. Sois avec eux bienveillant et courtois toujours, mais arrange-toi pour qu'ils ne gâchent pas un temps précieux.

Oui ! il faut le feu sacré ! Dès que tu as entrepris une recherche quelconque même quand par le fait elle est d'un intérêt secondaire, imagine-toi naïvement qu'elle est d'un intérêt primordial. Prends feu pour elle, fais des rêves — de beaux rêves — en songeant aux imprévues et merveilleuses conséquences qu'elle peut avoir.

Sois distrait, — ce qu'on appelle bêtement être distrait — c'est-à-dire absorbé dans ta pensée et dans l'idée de ta recherche. Persuade-toi bien qu'une deuxième, et même une troisième décimale ne sont pas quantités négligeables. Peu importe que tu te trompes dans la valeur que tu accordes à ton travail, il sera toujours temps, plus tard, quand tu l'auras terminé, de le mettre à son vrai rang.

En tout cas, va chaque jour à ton laboratoire. Ne fais pas d'exception, même pour les dimanches et les jours de fête, et dis-toi bien qu'il n'y a rien d'aussi essentiel que la recherche scientifique. Sois sûr que tous les autres soi-disant devoirs pâlissent à côté de celui-là.

S'il n'a pas le *feu sacré*, le métier de savant est assez misérable. Mieux vaut débiter des pruneaux et des boîtes de sardines dans un magasin d'épicerie, mieux vaut être scribe dans une administration, mieux vaut planter des choux dans son potager. Car ce qui fait la grandeur du savant, c'est qu'il a devant lui une idée, très simple et très belle, l'idée du progrès.

La vie d'un savant doit être une marche à l'étoile.

Je suppose maintenant, ô jeune homme, que tu aies choisi un sujet déterminé, facile en apparence (quoique jamais rien ne soit facile quand on veut approfondir). Soit, par exemple, la toxicité de telle ou telle substance peu connue. Tu as à ta disposition des grenouilles, des lapins, des cobayes, des chiens. Essaye d'abord sur les grenouilles, puis sur les mammifères, Toujours, et toujours, il faut, quand on expérimente, tout regarder, tenir registre des moindres détails. Que de choses à voir ! Le cœur s'arrête-t-il avant la respiration ? Que devient la pression artérielle ? Et la température ? Et les réflexes ? Et tout ?

Alors dès qu'on a, pendant cette recherche, observé un fait curieux et paradoxal, c'est à ce petit problème qu'il faut s'attacher. Plus les résultats sont imprévus, plus ils sont intéressants. Magendie était enchanté quand il échouait, car ce qu'il voulait trouver était prévu, par conséquent d'une médiocre importance. Au contraire l'échec d'une expérience introduisait du nouveau.

Une fois qu'on a constaté un fait inattendu nouveau, imprévu, il faut abandonner plus ou moins l'idée première et alors consacrer tous ses efforts à analyser cet imprévu.

Jamais la recherche ne finit, à la condition qu'on ne s'immobilise pas dans la recherche primitive, et qu'ayant observé

minutieusement, on suive avec persévérance la voie que ces premières expériences semblent avoir ouverte. Autrement dit, *il faut obéir aux choses au lieu de prétendre leur commander.*

Voici un autre précepte sur lequel je ne saurais trop insister, *il faut être aussi hardi dans l'hypothèse que rigoureux dans l'expérimentation.* Et en effet, notre science n'est pas assez avancée pour que nous ne soyions jamais assez audacieux. Nous devons construire les hypothèses les plus invraisemblables, les plus téméraires, même si elles contredisent les faits les plus classiques, universellement acceptés. N'hésite pas à faire une expérience qui te montrera si ton hypothèse est exacte. Comme elle est invraisemblable, ne fais pas beaucoup d'expériences, mais une ou deux seulement. Ces premières expériences n'ont pas besoin d'être rigoureuses, car elles te feraient perdre trop de temps, fais-les rapidement, *en passant*, pour ainsi dire, et sans mesure précise. Si elles ne donnent rien, n'en parlons plus. Mais, si elles donnent quelque chose, il faut recommencer et chaque fois déterminer davantage une ou deux des conditions, de manière à éliminer toute erreur possible. Il faut recommencer quand on aura établi le *déterminisme* de cette expérience nouvelle.

Oui, il faut recommencer sans se lasser. Je rappelle souvent aux élèves l'histoire de Don Quichotte qui construisit avec du carton et du vieux bois un casque pour couvrir son chef. Voulant essayer la solidité de cet armet, il lui asséna un violent coup d'épée. L'armet vola en éclats. Mais le brave chevalier ne se découragea pas, et il fabriqua en un autre, en carton aussi. Alors il veut l'essayer de nouveau. Il lève sa vaillante épée. Mais soudain il s'arrête : « *Non, dit-il, je briserais mon casque peut-être, contentons-nous de celui-ci. Je ne le mettrai pas à l'épreuve* ».

Eh bien ! ô jeune physiologiste qui me lis, ne fais pas comme Don Quichotte. Si ton expérience a réussi, ne crains pas de la recommencer, deux fois, trois fois, quatre ou cinq fois peut-être.

Les hypothèses même les plus aventureuses sont nécessaires, mais il faut que ce soient des hypothèses de *travail*, c'est-à-dire ayant pour effet de provoquer des expériences nouvelles, et sans aucune prétention à prendre rang dans la Science.!.

Les Christs en croix douloureux du XVe siècle. — JOURNAL DES DÉBATS.

M. le Docteur P. Thoby, de Nantes, vient de publier, dans un des derniers numéros d'*Æsculape*, une étude sur les christs en croix douloureux du quinzième siècle, dans laquelle il présente quelques-uns des spécimens les plus intéressants de ces vestiges d'un art assez ignoré : le christ du musée de Dijon, celui du musée de Beauvais, celui de Saint-Laurent d'Eu, celui de Saint-Christophe du Ligneron, celui de Saint-Maclou, de Pontoise ; le christ du Roussillon exposé au musée de Cluny, celui de l'école champenoise conservé au Louvre, et spécialement le christ lépreux en bois de Brioude.

Celui-ci provient de l'ancienne léproserie de la Bajasse fondée en 1150 par Odilon de Chambon, chanoine de Saint-Julien, au confluent de la Senouire et de l'Allier, non loin de Vieille-Brioude. Cette maladrerie fut réunie à l'ordre de Saint-Lazare, en 1762, puis à l'hôpital de Brioude, en 1696. En 1832, le crucifix fut retiré des murs de la chapelle dépouillée de ses ornements et transféré dans les locaux de l'hospice où il se trouve actuellement.

Au premier aspect, indique le Docteur Thoby, la ligne générale du corps ondulée en S., le perizonium étalé sur les genoux, ferait classer ce christ dans le quatorzième siècle, siècle, mais la tête ne laisse aucun doute.

« Le visage, en effet, est peut-être ce que le quinzième siècle a produit de plus tragique ; on y trouve l'empreinte non seulement des douleurs de la Passion, mais d'une longue misère antérieure, qui a creusé les orbites et leur a donné une profondeur qui souligne la saillie des pommettes décharnées ; le nez effilé, la bouche entr'ouverte aux lèvres rétractées découvrant les dents atteignent les limites de l'art.

« Ce visage rappelle certaines têtes momifiées des salles d'amphithéâtre. D'autres détails sont outranciers, par exemple, le bouillonnement du sang, détail qui n'est pas seulement peint, mais sculpté lourdement au côté du thorax. »

L'œuvre du pieux imagier illustre la parole d'Isaïe au sujet du Rédempteur : *Nos putavimus eum sicut leprosum*, et c'est bien un lépreux que représence ce crucifix portant sur son anatomie affaissée les stigmates de l'horrible affection. « Il sent la morgue ! » selon l'expression de Huysmans décrivant le Christ de Cassel, et son examen suggère un sentiment d'une infinie pitié correspondant au désir de l'artiste anonyme qui est arrivé à traduire par un vrai chef-d'œuvre du ciseau l'effigie même de la Douleur.

Le danger des courants électriques à basse tension dans les locaux d'habitation. — *Rapport présenté au Congrès départemental d'hygiène du Rhône (27 avril 1933), par le Docteur Cluzet, professeur de physique médicale à la Facul é de médecine de Lyon.*

Le courant électrique domestique, dont nous ne voyons en général que les avantages et les commodités, a provoqué en France dans ces dernières années, plusieurs centaines d'électrocutions mortelles dans les appartements. Le plus souvent, la victime a touché avec une de ses mains mouillées, ou simplement moite de sueur, un appareil électrique mal isolé (douille ou support métallique de lampe électrique, interrupteur à couvercle métallique, radiateur parabolique, lampe baladeuse, etc...), tandis que simultanément une autre partie du corps formait un bon contact avec la terre.

Dans ces conditions de contact unipolaire, le courant à 110 ou 220 volts de l'éclairage ou du chauffage, tout à fait inoffensif d'habitude, est devenu capable de produire à travers le corps une intensité mortelle de 100 milliampères ou plus. Il existe, il est vrai, des *prédispositions individuelles*, soit de nature physiologique, soit de nature pathologique, comme l'âge, le nervosisme, les affections cardiaques, l'hyperhydrose, qui peuvent faciliter l'électrocution. Il faut encore tenir compte de *l'état psychique* au moment du passage du courant. En effet, par suite d'un mécanisme particulièrement mystérieux, l'attention atténue le choc électrique, tandis que la surprise l'exagère ; la peur joue aussi un grand rôle.

Certaines statistiques donnent deux fois plus d'accidents mortels par basse tension que par haute tension. Et cependant, la basse tension jouit d'une étrange réputation d'innocuité. Les Compagnies ne font aucune recommandation sur l'usage du courant qu'elles nous distribuent, et l'on peut se livrer dans son appartement aux branchements les plus fantaisistes, aux installations les plus imprudentes, sans que personne ne vienne vous en signaler le danger. Ce n'est que de la basse tension ! Par contre, même sur la voie publique, c'est la profusion d'avertissements, macabrement illustrés par la tête de mort, avec l'inscription : « Haute tension ! Danger de mort ! » Cela laisse supposer que si elle était moins haute, la tension serait inoffensive. Hélas ! il n'en est rien, au contraire. Par suite des circonstances mêmes qui accompagnent les accidents, en haute tension, on a beaucoup plus de chances d'être seulement brûlé ou paralysé, tandis qu'en basse tension (à 110 ou 220 volts) on a presque toutes les chances d'être tué : avec les bas voltages des courants domestiques, c'est *tout ou rien.*

D'ailleurs, on admet aujourd'hui que, comme avec la haute tension, la mort par basse tension est due à l'asphyxie. Aussi il faut toujours considérer les victimes comme seulement en état de mort apparente et procéder au plus vite aux manœuvres de la *respiration artificielle.*

Les manœuvres doivent être continuées très longtemps, pendant 4, 5 et 6 heures, si la respiration naturelle ne reparaît pas, et pour plus de sûreté, jusqu'à l'apparition des taches livides cadavériques, comme l'a demandé Jellineck. Il existe des appareils qui produisent, par la simple manœuvre d'un levier, la compression et la décompression thoracique des victimes, suivant la méthode de Schaeffer ; le corps des sapeurs-pompiers de Lyon, notamment, possède l'un de ces appareils, que l'on peut demander par téléphone en cas d'accident. Malheureusement, le pourcentage des rescapés de la basse tension est toujours très faible.

On doit donc chercher surtout à prévenir les accidents en évitant les causes d'électrocution à domicile. Certes, on ne pourra jamais supprimer complètement les accidents, mais on peut les rendre plus rares, on peut rendre plus difficilement réalisables les conditions nécessaires au passage de l'intensité mortelle.

Remarquons d'abord qu'il ne saurait être question d'un appareil protecteur, du genre des *limiteurs* ou des fusibles coupe-circuits : l'intensité mortelle, en effet, qui a une valeur de l'ordre de un dixième d'ampère, est beaucoup plus faible que l'intensité nécessaire à la plus faible de nos lampes.

... Il faut, en somme éviter la simultanéité d'un bon contact électrique unipolaire et d'un bon contact avec la terre.

Les possibilités du contact unipolaire seront déjà très réduites si les canalisations intérieures et les appareils d'utilisation répondent aux instructions publiées par l'Union des Syndicats de l'électricité (Publication n° 137, recommandée par lettre ministérielle du 6 novembre 1928). On ne saurait trop recommander aux entrepreneurs d'installations électriques l'application intégrale des règles contenues dans cette publication.

Mais, il y aurait lieu aussi d'instruire le public, et de lui faire connaître le danger qu'il court ainsi que les divers moyens de l'éviter. Qu'il sache que, même les meilleurs appareils, peuvent avoir fortuitement leur partie métallique extérieure en communication avec la ligne conductrice, soit par suite d'un défaut de montage, soit par suite de l'usure, de la disparition des substances isolante, dont l'épaisseur est toujours faible.

Remarquons, d'ailleurs, que lorsqu'ils sont ainsi mal isolés (sans qu'il y ait court-circuit), les appareils fonctionnent normalement : rien ne nous prévient, par suite du défaut d'isolement qui peut devenir si dangereux. Ainsi, nous ne pouvons jamais répondre absolument du parfait isolement des appareils ; donc, pour supprimer toute possibilité de contact unipolaire, il faudrait, en principe supprimer toute partie métallique extérieure dans les appareils électriques. On peut, par exemple, éviter l'emploi des interrupteurs à couvercle et à bouton métal-

lique et n'employer que ceux en substance isolante (porcelaine, os, etc...)

Mais cela est évidemment impossible dans beaucoup d'appareils. Que, tout au moins, les parties devant être touchées avec la main soient en substance isolante. On doit éviter, par exemple, l'emploi des lampes mobiles à support entièrement métallique et aussi les radiateurs électriques de chauffage qui n'ont pas de poignée en substance isolante.

On doit vérifier souvent l'isolement des fils, à leur entrée dans les appareils mobiles, non munis d'une virole protectrice à cet endroit, et aussi l'isolement des pointes de contact des appareils, sur lesquelles vient se fixer la fiche mobile de la prise de courant.

On doit faire remplacer les poignées isolantes des fers à repasser, des radiateurs, quand elles sont détériorées.

Mais le contact avec un appareil mal isolé ne peut devenir dangereux que si l'*eau intervient*, pour rendre ce contact plus intime en rendant la peau bonne conductrice ; notre épiderme sec, est en effet, très résistant. Le public doit savoir qu'il faut éviter de toucher tout appareil électrique avec des mains mouillées ou moites de sueur, et que l'on doit essuyer les mains au préalable, avant de procéder à un changement de lampe, à une réparation quelconque de l'installation électrique. On doit toujours craindre le rapprochement de l'eau et de l'électricité.

Outre ces précautions destinées à supprimer le bon contact unipolaire, il faut chercher à rendre impossible, pour le cas où ce contact viendrait encore à se produire, la communication simultanée du corps humain avec la ligne électrique et avec le sol. Il n'y a rien à craindre dans les salles où il n'existe ni canalisation d'eau, ni canalisation du gaz et où le plancher, recouvert ou non d'un tapis, est toujours sec ; là le contact unipolaire ne produit tout au plus qu'une légère sensation électrique. Mais les bonnes terres ne manquent pas dans les habitations : un parquet mouillé ou simplement humide de cuisine, de buanderie, de water-closet ou de salle de bain, une plaque métallique ou un radiateur de chauffage central, la canalisation de l'eau ou du gaz, le sol en terre battue de la cave, etc... Aussi, sur sol humide et surtout sur sol métallique ou sur support métallique, on ne doit jamais toucher douilles (pour changer les lampes) et parties métalliques quelconques d'appareils électriques. Dans les chambres, les salles à manger, les interrupteurs et les prises de courant seront disposés aussi loin que possible des tuyaux et des appareils à gaz, et aussi loin que possible des radiateurs de chauffage central, afin que l'on ne puisse toucher simultanément, d'un côté, un appareil électrique, et, d'un autre côté, un robinet ou un radiateur de chauffage central, qui, par l'intermédiaire des tuyaux de plomb, font toujours une terre très dangereuse. Il faut employer le plus possible les dispositifs, d'éclairages fixes et difficilement accessibles, par le plafond par exemple.

Dans les cuisines, dans les caves, dans les garages, il faut supprimer les lampes électriques portatives et surtout les baladeuses, tout au moins celles à manche métallique.

On doit redoubler de précautions dans les salles de bain, d'où il faut bannir absolument, plus encore que partout ailleurs, les lampes électriques portatives, les interrupteurs à bouton ou à couvercle métallique, les cordons complètement métalliques de sonnette électrique ; un circuit de sonnerie électrique peut, en effet, être accidentellement en communication avec le secteur de la ville.

Dans les salles de bain, il faut disposer les choses de telle sorte qu'il soit absolument impossible de toucher simultanément un appareil électrique quelconque, d'une part, et la baignoire, le chauffe-bain, ou tout autre partie métallique communiquant avec la canalisation de l'eau ou du gaz, d'autre part. Il est très imprudent d'avoir une cabine de douche éclairée par une lampe dont l'interrupteur à bouton de cuivre, peut être actionné de l'intérieur de la cabine. Quand on manœuvre cet interrupteur, ayant déjà les pieds nus sur le parquet humide ou même couvert d'eau, un défaut de l'isolement de l'interrupteur peut entraîner la mort.

D'une manière générale, il faut craindre, répétons-le, le voisinage de l'électricité et de l'eau ; celle-ci contribuant à produire à la fois le bon contact électrique et la bonne terre.

Il est nécessaire de faire vérifier périodiquement les installations électriques, les lignes comme les appareils d'utilisation, par un technicien qui appliquera rigoureusement toutes les mesures préventives prévues par l'Union des Syndicats de l'électricité.

En cas d'accident, enfin, les témoins doivent d'abord rompre avec prudence le contact électrique de la victime s'il existe encore, puis pratiquer la respiration artificielle et faire prévenir le médecin.

A propos du nouvel hôpital Beaujon. *Le quartier Beaujon au temps de Balzac.* — L'ŒUVRE.

Quand, en 1785, le conseiller d'Etat Nicolas Beaujon, fermier général, fit construire l'hôpital qui, avant de porter son nom, fut appelé Saint-Nicolas, puis hôpital du Roule, le quartier où il l'édifiait était à peu près désertique. Nicolas Beaujon mourut en 1799. Ce coin du Roule devint alors le Beaujon, appellation consacrée par le peuple. C'était encore presque la campagne. En 1801, on y ouvrit les Jardins Beaujon, où l'artificier Ruggieri donna de belle fêtes. En 1817, les « Montagnes françaises » y attirèrent le mode élégant qui s'y amusait fort. En 1824, les Jardins ayant disparu, on ouvrit sur leur emplacement les rues de la Chartreuse-Beaujon (depuis rue Beaujon), les avenues Chateaubriand, Lord-Byron, Fortunée (devenue rue du Moulin-Beaujon, puis rue Balzac après la mort du grand romancier). Sous le Second Empire, enfin, y furent ouverts le boulevard Beaujon (depuis avenue Friedland) et l'avenue de la Reine-Hortense (avenue Hoche).

Mais ces ouvertures de rues, d'avenues et de boulevards n'incitaient guère à bâtir, la réputation du « Beaujon » étant assez mauvaise. Si, le jour, on y folâtrait dans des cabarets demeurés champêtres, la pègre y rôdait la nuit, malgré la garde. Lorsque Balzac, en 1846, y acheta pour 32.000 francs une modeste dépendance de l'hôtel de Beaujon, on le prévint que les voleurs ne se gêneraient pas pour franchir ses murs. « C'était un vrai coupe-gorge », rapporte Banville. La témérité d'Arsène Houssaye parut excessive quand, en 1849, les poches bourrées de l'argent que lui avait valu la direction de la Comédie-Française, il ne craignit pas de payer cinquante francs le mètre, au sommet de Beaujon, sur ce qui est aujourd'hui l'avenue Friedland, deux arpents de vigne et de verger sur lesquels il allait bâtir. « Il n'y avait là que sept à huit habitations, dit-il dans ses *Confessions*. Mais quels habitants ! Rue Lord-Byron, Théophile Gautier et Rosa Bonheur. Au pied de la Montagne, sur les Champs-Elysées, M. et Mme de Girardin ; rue de Balzac, Balzac lui-même ; rue de Chateaubriand, Béranger et sa Lisette. Tout à côté, Lamennais. »

En ce temps-là, une auberge avoisinant le Moulin de la Chartreuse-Beaujon, était le rendez-vous de vieux chasseurs parisiens qui trouvaient encore de la perdrix dans les champs s'étendant entre la plaine Monceau, Neuilly et le Roule. Les derniers coups de fusil furent tirés sur les terres de Beaujon en 1853.

LA TÉTRADE DIGESTIVE DU Dr ZIZINE



AGOCHOLINE

Agent de drainage biliaire

(1 à 3 cuillerées à café de granulé le matin à jeun)

En Argentine, en Uruguay, aux Etats-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

GASTROPANSEMENT

A base de Charbon ACTIF associé aux poudres inertes

(1 paquet le matin à jeun et au besoin le soir

PEPTODIASE

Eupeptique pour adultes et enfants

(Chlorure de Ca, Mg, et Na + amers de gentiane)

Adultes : 30 gouttes à chaque repas
Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)

Après les repas et au moment des douleurs :

Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

Laboratoires du Dr ZIZINE
24, Rue de Fécamp, PARIS (12e)

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. N° 37 LE NUMÉRO : 50 Centimes 16 SEPTEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.
France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger 1re zone .... 70 fr.
Etranger 2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Ecole d'application du service de santé militaire. — Les chaires de chirurgie spéciale et de chimie appliquée à la biologie et aux expertises de l'armée seront vacantes à la date du 1er novembre 1933 à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris.

Il sera procédé à la nomination des nouveaux titulaires dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 10 février 1920, concernant la réorganisation de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, modifié notamment par les décrets des 25 janvier et 11 février 1932.

Les demandes des candidats, revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel) le 1er octobre 1933 au plus tard.

Chaque demande devra être accompagnée :

1° D'un état des services, en triple exemplaire, du candidat ;

2° D'un exposé dactylographié, en triple exemplaire, des titres et services que le candidat a à faire valoir, et rédigé dans l'ordre suivant :

a. Services militaires (éventuellement services civils), affectations successives, emplois tenus, etc ;

b. Titres scientifiques, universitaires, titres et références hospitaliers ;

c) Liste, établie par catégorie, des travaux scientifiques (indications bibliographiques et, le cas échéant, résumé succinct) ;

d. Récompenses pour services techniques ou pour travaux scientifiques.

Le VIIIe Congrès français de stomatologie aura lieu en octobre 1934, à Paris. Voici la composition du bureau :

Président : M. Béliard ; vice-présidents : MM. Nespoulous et Caumartin ; secrétaire général : M. Vilenski ; trésorier : M. Boutroux ; secrétaire général adjoint : M. Bulieux.

XIVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales (Toulouse, 1-8 octobre 1933). — Présidents : MM. les Doyens Sabatier et Abelous. Secrétaires généraux : MM. les Professeurs Serr et Moog ; Trésorier : M. le Prof. Valdiguié, à la Faculté de médecine de Toulouse. — Cotisation : 100 francs.

RAPPORTS. — *Rapport d'hydrologie thérapeutique* : (Infections non-suppurées primitives du système nerveux : étude d'ensemble et traitement hydrominéral ». — Rapporteur étranger (Anglais) : Sir James Purves-Stewart, K. C. M. G., C. B., Médecin consultant du Westminster Hôpital, Londres. — Rapporteur français : M. Riser, professeur de Clinique neurologique à la Faculté de médecine de Toulouse, avec la collaboration de MM. les Docteurs J. Forestier (Aix-les-Bains), Macé de Lépinay (Néris), Ménard (Lamalou), Planque (chef de Clinique neurologique à la Faculté de médecine de Toulouse).

Rapport d'hydrologie, de climatologie, de thalassothérapie : « Indications des cures stimulantes chez les enfants » (eaux minérales, montagne, mer). — Rapporteur étranger (Belge) : M. Delcourt, professeur agrégé, chargé de Cours à l'Université de Bruxelles. — Rapporteur français : Mlle Condat, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Toulouse, avec la collaboration de MM. les Docteurs Cany (La Bourboule), Capelle (Font-Romeu), du Pasquier (Saint-Honoré), Galland (Berck-sur-Mer), Jaubert (Hyères), Larrouy (Salies-de-Béarn).

Rapport de géologie : « Les eaux thermo-minérales des Pyrénées et leur groupement géologique ». — Rapporteur étranger (Espagnol) M. l'Abbé Ramon Bataler, professeur de géologie à l'Ecole supérieure d'agriculture de Barcelone. — Rapporteurs français : MM. Mengaud et Astre, professeurs de géologie à la Faculté des sciences de Toulouse.

Rapport sur les gaz rares et les eaux minérales : « Les gaz rares des eaux minérales ». — Rapporteur étranger (Italien) : M. A. Nasini, professeur à l'Institut de chimie industrielle à Milan. — Rapporteur français : M. Lepape, professeur au Collège de France.

Rapport de climatothérapie : « Cures climatiques et tuberculose pulmonaire ». — Rapporteur étranger (Suisse) : M. René Burnand, ancien médecin directeur des Sanatoria de Leysin et d'Hélouan. — Rapporteurs français : M. Piéry, professeur d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Lyon.

Rapport sur la médecine thermale militaire : « L'utilisation des ressources hydro-minérales françaises par le Service de Santé militaire ». — Rapporteurs : M. le Médecin-Commandant Hugonot et M. le Médecin-Capitaine Andrieu, professeurs agrégés au Val-de-Grâce.

Rapport de législation hydro-minérales: « Mesures légales de contrôle des Eaux minérales ». — Rapporteur : M. Timbal, professeur à l'Institut d'hydrologie et de climatologie de Toulouse, ancien bâtonnier de l'Ordre des avocats.

— Pendant le Congrès, une séance spéciale sera réservée à la Réunion du Conseil de la Société internationale d'hydrologie et à une Réunion générale de tous ses membres.

Chaire d'anatomie pathologique (Professeur G. Roussy.) — *Cours de perfectionnement de diagnostic et de technique aanatomo pathologique*, par M. René HUGUENIN, et MM. Guy ALBOT et Paul FOULON.

Ce cours commencera le jeudi 5 octobre 1933 à 14 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants.

Il comprendra deux parties :

I. Vingt séances didactiques et pratiques qui auront lieu tous les jours au Laboratoire d'anatomie pathologique de 15 h. 30 à 17 h. 30 du 5 octobre au 27 octobre 1933. Chaque séance comprendra trois parties :

1° Une conférence sur des sujets anatomo-cliniques d'actualité dont la liste est donnée ci-dessous. Chacune de ces conférences accompagnée de projections montrera la valeur des faits anatomo-pathologiques en parallèle avec les documents cliniques et radiologiques.

2° Un exposé d'un des grands chapitres de l'anatomie pathologique générale et spéciale, préliminaires indispensables à l'étude histologique des lésions.

3° Une partie technique au cours de laquelle, les auditeurs se-

ront entraînés aux manipulations de laboratoire et aux diagnostics histologiques tels qu'ils se présentent dans la pratique médicale.

II. Huit séances de démonstrations d'autopsie qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats, par congélation. Ces séances auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de 10 à 12 h. 1/2 à l'Institut du Cancer, 16 *bis*, avenue des Écoles, à Villejuif (Service spécial d'autocar à l'aller et au retour).

PROGRAMME DU COURS. — I. Indications générales sur la technique histo-pathologique. — Intérêt dogmatique de l'anatomie pathologique en médecine : l'infection tuberculeuse et les lésions générales de la tuberculose du poumon.

II. Technique des prélèvements : autopsie, biopsie. Intérêt pratique de l'anatomie pathologique en médecine : le diagnostic des adénopathies cervicales chroniques.

III. Les processus inflammatoires banaux. Les inflammations parenchymateuses et mésenchymateuses. Théories pathogéniques récentes sur la sclérose.

IV. Les inflammations spécifiques : tuberculose, syphilis, mycoses. Formes anatomo-cliniques des splénomégalies.

V. L'inflammation hyperergique. La thrombose vasculaire au cours des cardiopathies et de la période post-opératoire.

VI. Généralités sur les processus néoplasiques. Les tumeurs de la moelle osseuse.

VII. Les inflammations, les ulcérations et les tumeurs du tube digestif. Les principales lésions du pancréas. La notion d'hépatite diffuse : sa valeur et ses manifestations anatomo-cliniques.

VIII. Les troubles circulatoires héaptiques et les hépatites aiguës. Etude anatomo-clinique des hépatites au cours de la lithiase biliaire.

IX. Les hépatites chroniques et les tumeurs du foie. — Les idées récentes sur les formes anatomo-cliniques des cirrhoses.

X. Les réactions élémentaires et les inflammations banales du poumon. La tuberculose de l'enfant : les lésions de primo-infection.

XI. La tuberculose pulmonaire ; Les pleurésies. — La tuberculose de l'enfant : les lésions de réinfection.

XII. Les scléroses pulmonaires ; la syphilis, les pneumocinioses, la dilatation des bronches. — Les tumeurs du poumon.

XIII. Les myocardites, les endocardites et les péricardites. — Les lésions cardio-vasculaires du rhumatisme articulaire aigu.

XIV. Les artérites, les phlébites aiguës et chroniques : l'athérome et l'artériosclérose. — Les lésions cardio-vasculaires des endocardites malignes.

XV. Les lésions élémentaires du rein ; les néphrites. Les syndromes para-thyroïdiens.

XVI. Le rein vasculaire ; la tuberculose et les tumeurs du rein. Les adénomes thyroïdiens toxiques et la maladie de Basedow.

XVII. Les glandes endocrines : hypophyse, thyroïde, surrénale, parathyroïde. — Les tumeurs du corps thyroïde.

XVIII. Les principales lésions des ganglions de la rate et de la moelle osseuse. Les leucémies et les leucosarcomatoses.

XIX. Les affections dysplasiques et tumorales de l'utérus et du sein. — Les réticulo-endothélioses voisines de la lymphogranulomatose.

XX. Notions générales sur l'anatomie pathologique des affections dermatologiques. — Les mélanomes et les tumeurs mélaniques.

Ce cours est réservé exclusivement aux auditeurs régulièrement inscrits.

MM. les internes des hôpitaux qui désirent participer à ce cours sont priés de s'inscrire directement au laboratoire.

Seront admis les Docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculé à la Faculté, sur présentation de versement du droit. MM. les étudiants devront en outre produire leur carte d'immatriculation.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 16 heures.

XVe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie. — La XVe réunion annuelle de la Société française d'orthopédie tiendra ses assises le vendredi 13 et samedi 14 octobre 1933, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le Professeur Mathieu (de Paris).

La séance d'ouverture aura lieu à 9 heures. L'heure de l'Assemblée générale sera fixée à ce moment.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour :

1° « La réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche ». Rapporteur : Professeur MUTEL (de Nancy) ;

2° « Les arthrites chroniques de la colonne vertébrale ». Rapporteur : Docteur André RICHARD (de Berck).

Les membres de la société qui désirent prendre part à la discussion de ces deux rapports, ou faire une communication particulière ou une présentation d'instrument et d'appareil, sont priés de vouloir bien en informer, avant le 30 septembre 1933, M. le secrétaire général, professeur Rocher 91, rue Judaique, à Bordeaux.

Les orateurs qui désirent accompagner leurs communications de la présentation d'un film, sont priés de vouloir bien informer le Secrétaire général de la durée du film.

Les chirurgiens de Paris qui désirent à l'occasion du Congrès de la Société française d'orthopédie, faire des démonstrations opératoires de chirurgie orthopédique, sont priés de vouloir bien en informer le Secrétaire général, de manière à ce qu'un affichage puisse être fait en temps utile.

Toute candidature à la Société française d'orthopédie doit être faite également avant l'ouverture du Congrès, le 1er octobre, et doit être accompagnée de sa présentation par deux parrains, membres de la Société française d'orthopédie, ainsi que des titres et de l'énoncé des principaux travaux orthopédiques de l'intéressé.

Les manuscrits concernant soit la discussion des rapports, soit les communications particulières, devront être remis avant la fin du Congrès, au Professeur Rocher, secrétaire général.

Un résumé, dactylographié si possible, en trois exemplaires, des discussions à propos des rapports et des communications particulières, seront également remises après chaque séance, si l'orateur désire que sa communication reste dans les comptes rendus de la Presse scientifique.

Une salle particulière sera mise à la disposition des membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, radiographies, dessins, etc... relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques. Année 1933.) — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le Docteur Lemaître, professeur de clinique à la Faculté de médecine, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Lariboisière, avec la collaboration de M. le Docteur Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et de MM. les Docteurs Maduro, Rémy-Néris et Lemoyne, chefs de clinique, et de MM. Gaston et Vandenbossche, internes du service, commencera le lundi 16 octobre, à 14 heures, et continuera tous les jours suivants à la même heure.

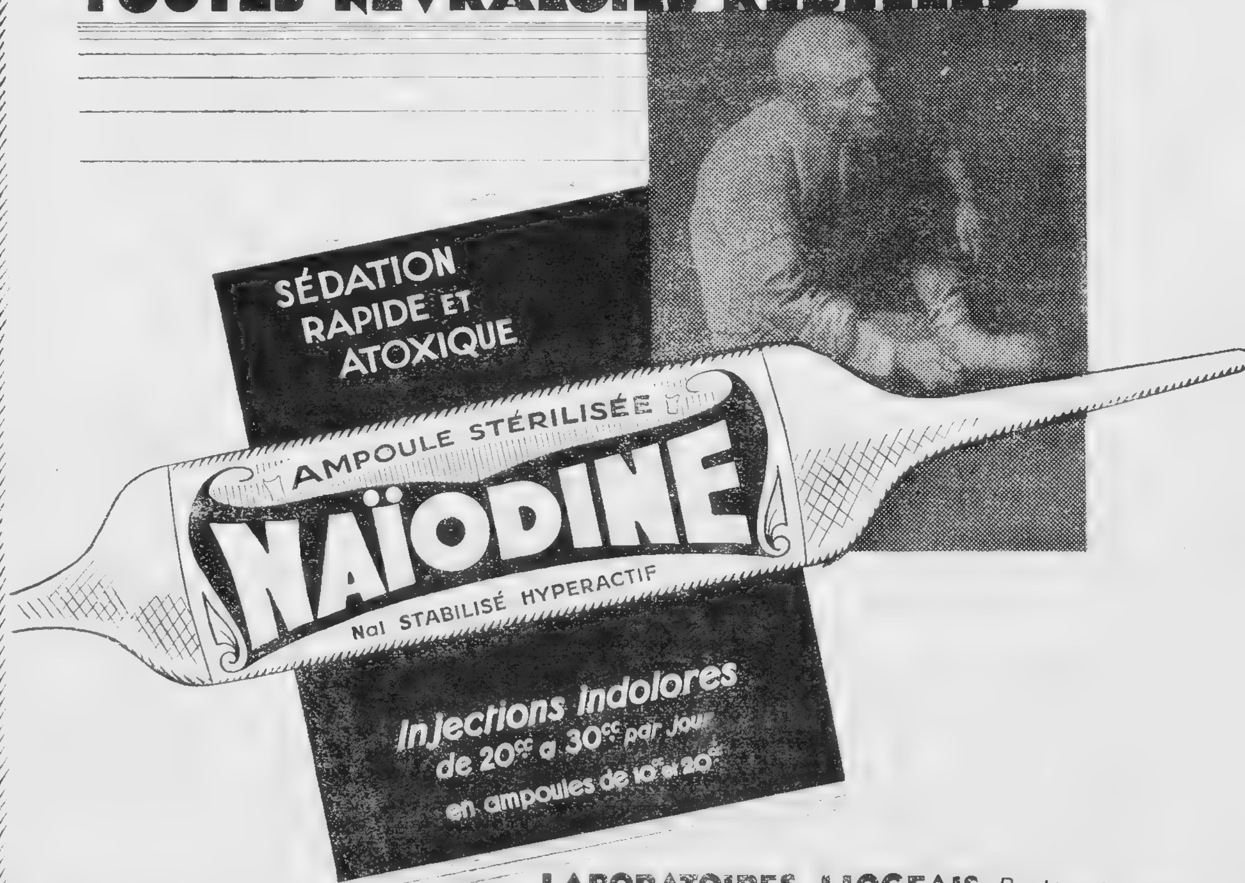
Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e). Cours en français et anglais.

Programme du cours. — I. Paracentèse. Trépanation de la mastoïde. (M. Maduro.) — II. Les évidements pétro-mastoïdiens. La chirurgie du labyrinthe. (M. Maduro.) — III. Les complications encéphaliques et veineuses des oto-mastoïdites. Ligature de la jugulaire. (MM. Lemaître et Lemoyne.) — IV. Chirurgie endo-nasale et anesthésies tronculaires. (M. Maduro.) — V. Chirurgie du sinus frontal et de l'ethmoïde. (M. Aubin.) — VI. Chirurgie du sinus maxillaire. (M. Rémy-Néris.) — VII. Les rhinotomies et la résection du maxillaire supérieur. (M. Rémy-Néris.) — VIII. Les trachéotomies et la résection du maxillaire supérieur. (M. Rémy-Néris.) — IX. Les laryngectomies. (MM. Lemaître et Lemoyne.) — X. Les pharyngotomies. (MM. Lemaître et Lemoyne.) — XI. Broncho-œsophagoscopie sur le cadavre. (M. Aubin.) — XII. Broncho-œsophagoscopie, trachéotomie et laryngectomie sur le chien. (M. Aubin.).

Nécrologie. — Docteur Charles Chastenet, de Saint-Briac (Ille-et-Vilaine). — Docteur Duvochel, de Marseillan (Hérault). — Docteur Henri Fruchaud, père, d'Angers (Maine-et-Loire). — Docteur Grenet, de Jarnac-Champagne (Charente-Inférieure). — Docteur Maurice Hanriot, membre et trésorier de l'Académie de médecine, décédé à Lisses (Seine-et-Oise), dans sa 79e année. — Docteur Georges Hayem, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, membre et ancien président de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris dans sa 92e année. — Docteur Georges Jeannin, de Versailles, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Docteur Malouchines, de la Guadeloupe. — Professeur Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid, décédé à l'âge de 70 ans. — Docteur Carlos-Maria Cortezo, membre de l'Académie de médecine espagnole, ancien directeur général de la Santé publique, ancien ministre de l'Intérieur, directeur d'*El Siglo Medico*. — Docteur Gascunana, de Madrid. — Docteur James Carmichael, d'Edimbourg, médecin de l'hôpital royal des Enfants-Malades. — Docteur Collier Green, chirurgien ophtalmologiste de l'infirmerie royale du Derbyshire.

Peut-on admettre — en toute équité — des pages du genre de celle-ci :

« On ne saurait davantage admettre que des autopsies soient provoquées dans les hôpitaux pour donner matière à des recherches purement scientifiques. Tout le monde sait, en effet, que les corps des personnes isolées, abandonnées et décédées sans famille à l'hôpital sont des matières à expérimentation et à dissection pour les carabins. *J'aime à croire cependant que ces malheureux autopsiés ou disséqués après leur mort ont été soignés jusqu'à leur dernier souffle avec dévouement et qu'aucune main criminelle ou seulement négligente n'a par action ou par omission « provoqué leur décès » dans le dessein de pourvoir les morticoles de chair à autopsie.* (Pommerol, *vice-président du Tribunal civil de Lille. La responsabilité médicale devant les tribunaux*, p. 42, 43). (Docteur Gabriel Hirtz. Le consentement aux opérations. Thèse de Bordeaux, 1933.)


TOUTES NÉVRALGIES REBELLES
SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE
AMPOULE STÉRILISÉE
NAÏODINE
NaI STABILISÉ HYPERACTIF
Injections Indolores
de 20cc à 30cc par Jour
en ampoules de 10cc et 20cc
LABORATOIRES J. LOGEAIS _ Boulogne s/seine près PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

Transfusion des leucocytes dans les vaisseaux, les plaies et les abcès et méthode pour se les procurer du sang en grande quantité

Par le Doc. Dr. J. HANAUSEK

De l'Institut d'hygiène publique de Prague
Section de diagnostique microbiologique
Doc. Dr. DRBOHLAV, chef de la section)

Depuis longtemps déjà je m'occupe du problème de la transfusion des leucocytes du sujet sain au malade dans des buts thérapeutiques, cette médication étant à peu près semblable à la transfusion ordinaire du sang ainsi que de celui de leucocytothérapie locale. Pourtant déjà, au cours de mes premières expériences, je me suis trouvé en face de grandes difficultés en ce qui concerne l'obtention de quantités importantes de leucocytes.

Dans le présent travail j'expose les résultats de mes recherches obtenus jusqu'à présent — considérations générales sur la transfusion des leucocytes ainsi que la description d'une méthode pour les recueillir en grande quantité. La leucocytothérapie peut être utilisée soit en qualité de thérapie générale soit comme médication locale, on peut aussi appliquer les deux modalités à la fois, selon le genre, les symptômes et le stade plus ou moins avancé de la maladie. J'ai, par exemple, l'intention de tenter dans les tuberculoses des os et des articulations l'hémotransfusion intraveineuse des leucocytes de l'homme sain (respectivement du sujet guéri d'une forme légère de tuberculose), ainsi que l'hétéro-transfusion des leucocytes des animaux dans les plaies et dans les abcès. La transfusion des leucocytes intraveineuse ou locale (abcès, plaies, cavité péritonéale, utérus, amygdales, cornée, conjonctive) pourrait aussi être efficace dans d'autres maladies infectieuses à savoir : septicémies, péritonite purulente, ostéomyélite, pyarthrose, infections puerpérales, pneumonie, etc.

Dans le présent mémoire je n'ai pas l'intention d'exposer les nombreuses preuves en faveur de la leucocytothérapie. Je ne veux noter, que d'après les recherches de différents auteurs, surtout les nouveaux auteurs, un rôle important dans la défense de l'organisme contre les infections appartient aussi aux plaquettes sanguines, de sorte que selon mon opinion il serait utile de les transfuser avec les leucocytes. La méthode décrite ci-dessous permet de recueillir séparément les leucocytes et les plaquettes sanguines. En dehors des indications précitées, la transfusion des leucocytes on peut espérer qu'elle serait efficace dans l'agranulocytose et dans les autres leucopénies. On pourrait l'utiliser aussi dans le choc anaphylactique (maladie sérique) qui est accompagné d'une diminution du nombre de leucocytes et de plaquettes sanguines dans le sang. De même il serait rationnel de tenter la transfusion des leucocytes et des plaquettes sanguines dans la leucémie afin d'améliorer l'état général du malade puisque nous pourrions ainsi remplacer les leucocytes pathologiques par des éléments sains. La méthode décrite ci-dessus permettant de recueillir les leucocytes nous donne aussi la possibilité d'éliminer les leucocytes du sang pris chez le malade (tous ou en partie) et de ne lui retransfuser ensuite que les globules rouges et le plasma avec les plaquettes sanguines. La retransfusion du sang des chevaux privé de plasma (c'est-à-dire retransfusion presque exclusivement d'hématies) est actuellement une méthode sérologique courante et sûre, qu'on emploie pour obtenir du sérum.

En ce qui concerne *l'injection des leucocytes* (éventuellement aussi des plaquettes sanguines) *dans les foyers infectieux et dans les tissus environnants* à l'aide d'une seringue, ce ne sont pas seulement les propriétés antibactérielle et antitoxique des leucocytes mais aussi leurs propriétés de former le tissu conjonctif qui peuvent entrer en ligne de compte. La transformation des leucocytes en cellules du tissu conjonctif dans les cultures *in vitro* est bien connue (Carrel et autres auteurs).

On pourrait appliquer la méthode aux foyers tuberculeux près des os et dans les os, dans les capsules articulaires, dans les gaines des tendons, dans les lymphomes, etc... L'injection des leucocytes et des plaquettes sanguines dans les foyers purulents aigus aurait plus de chance de succès que l'injection du propre sang du malade autour du foyer inflammatoire qu'on pratique quelquefois actuellement. Cette dernière médication provoque une destruction considérable des tissus (il se forme un hématome artificiel) tandis que le volume des leucocytes injectés serait relativement beaucoup plus petit que celui du sang retransfusé. Les leucocytes renferment aussi des tryptases qui digèrent les albumines nécrotiques dans les plaies purulentes.

La carence leucocytaire qu'on observe dans le cancer engage à tenter la transfusion intraveineuse des leucocytes sains. Leur propriété de former le tissu conjonctif à son tour pourrait peut-être limiter la prolifération des néoplasmes, surtout si on applique des injections locales dans le tissu cancéreux ou dans les tissus environnants.

Nous devons néanmoins tenir compte de ce fait que les conditions de transformation des leucocytes en cellules du tissu conjonctif nous restent inconnues jusqu'à présent. D'un autre côté on devrait bien connaître ces conditions avant de tenter l'injection des leucocytes dans le tissu cancéreux puisque sans cela la médication en question pourrait même stimuler la prolifération du carcinome qui serait due à l'action des trophones, (matières stimulant l'accroissement produit par les leucocytes). De même il faut tenir compte de cette propriété des trophones en appliquant la leucocytothérapie dans les ulcères cancéreux. Au contraire, quand il s'agit d'ulcères infectieux et trophiques des décubitus, par exemple des ulcères aux jambes, cette propriété des leucocytes, stimuler l'accroissement, pourrait souvent être très efficace. On peut donc dire que les leucocytes se présentent comme des éléments remarquables de l'organisme. Ils sont « omniprésents et éternellement jeunes », puisque non seulement ils sont passivement véhiculés par le courant sanguin, mais ils se déplacent aussi activement dans tous les tissus du corps. Carrel a signalé que pendant toute la vie ils restent à l'état embryonal de développement. Quelques jours après la mort plusieurs d'entre eux continuent à vivre encore.

Les leucocytes me paraissent être d'une médication rationnelle puisqu'il s'agit d'une matière non toxique, qui en réalité fait partie de tout organisme normal. Au début de la maladie, quand les anticorps ne se sont pas encore formés il faudrait appliquer aussi en même temps que la leucocytothérapie, l'injection de sérums antitoxiques (par exemple quand on traite des plaies fraîches) pour stimuler une forte phagocytose.

Il me paraît rationnel aussi de tenter l'injection des leucocytes dans les cavités de différents organes (abcès froids, vessie, urèthre, liquide céphalo rachidien dans la poliomyélite aiguë), dans cette dernière maladie on ne peut appliquer que les leucocytes de l'homme.

Quant à la transfusion des plaquettes sanguines on peut espérer en obtenir de bons résultats dans les diathèses hémorragiques au cours desquelles le nombre de plaquettes diminue souvent dans l'hémophilie. Plusieurs

♦♦

auteurs ont constaté que dans cette dernière affection, quoique le nombre d'éléments en question y reste normal, la coagulation du sang hémophilique s'accélère moins par l'addition de l'émulsion de plaquettes hémophiliquer que par celle qui est préparée avec des éléments normaux.

On sait que les plaquettes sanguines (thrombocytes) se sédimentent à l'orifice d'un vaisseau ouvert, provoquent l'agglutination et forment le soit-disant thrombus blanc (d'origine thrombocytique) et ce n'est qu'à la base de ceci que se forme ensuite le thrombus rouge fibrineux. Celui-ci ferme définitivement le vaisseau et arrête ainsi l'hémorragie (la contraction du vaisseau entrant aussi en jeu). En raison de cela on peut espérer un succès en appliquant la transfusion locale des plaquettes sanguines (peut-être aussi des plaquettes prises chez les animaux) dans des plaies encore saignantes superficielles ou profondes mais accessibles, par exemple plaies du foie, visibles au cours de la laparotomie, dans les plaies causées par des projectiles, dans la vessie, etc... On peut croire aussi que la transfusion intraveineuse des plaquettes sanguines de l'homme peut être appliquée avec succès dans les hémorragies pulmonaires (trauma, tuberculose), dans les hémorragies du cerveau (trauma, artériosclérose), etc.

Les indications se rapportant à la transfusion des leucocytes et des plaquettes sanguines relatées ci-dessus — indications très variées, comme nous l'avons vu, permettent d'établir plusieurs conditions auxquelles doit répondre une méthode rationnelle pour recueillir les leucocytes. A la base de ces prémisses il faudrait compter sur la transfusion de leucocytes recueillis sur une quantité considérable de sang, une dose devant renfermer les leucocytes d'un 1/2 litre de sang humain ou de 5-10 litres de sang d'animaux. Déjà au début de mes recherches en tentant à la réalisation pratique des conditions précitées, je me suis trouvé en face de gros obstacles en ce qui concerne le recueillement de la nappe de leucocytes, aussi mince qu'une feuille de papier, du sang centrifugé, quoique théoriquement la tâche en question paraisse très simple.

De plus, le but pour lequel nous voulons recueillir les leucocytes nous oblige à satisfaire à toute une série de conditions qui rendent encore plus difficile l'élaboration d'une méthode rationnelle.

Les leucocytes doivent conserver toutes leurs fonctions vitales (mobilité, propriétés immunologiques et surtout propriété phagocytaire), cette exigence réside dans la nature même de l'antiseptique physiologique que nous proposons. Nous devons donc, en procédant à la centrifugation du sang, tenir compte de toutes les prescriptions indispensables pour la culture des tissus *in vitro*.

En premier lieu la vitalité des leucocytes ne doit pas être atteinte par une centrifugation trop prolongée et répétée. On ne peut donc recueillir les leucocytes en les aspirant après la première centrifugation de plusieurs vases dans un seul, qu'on centrifugerait de nouveau, cette opération terminée, en répétant l'aspiration dans un vase plus étroit, une reprise éventuelle de toute la procédure entrant en ligne de compte. La méthode précitée ne donnerait pas de résultat satisfaisant tout en prenant beaucoup de temps.

On doit se servir de vases en verre neutre absolument propres. De plus les leucocytes ne doivent entrer en contact avec les matières désinfectantes ni dans les ulcères, ni *in vitro*.

La méthode servant à recueillir les leucocytes doit être rapide et facile, non seulement pour que la stérilité du sang soit conservée, mais aussi pour que toutes les manipulations avec les six vases soient terminées à temps.

Les hématies, elles aussi, doivent rester intactes en raison de la possibilité de retransfuser du donneur (respectivement à l'animal) le plasma et les hématies, après avoir recueilli les leucocytes et les plaquettes sanguines, ce qui permettrait d'éviter l'épuisement des transfuseurs occasionné par la perte de sang.

Nous devons aussi, élaborant la méthode, tenir compte des sources possibles des leucocytes — on peut compter à cet égard (sans parler des abcès de fixation) sur le sang des animaux d'abattoir ou des animaux vivants qu'on saignerait de temps en temps, et auxquels on pourrait retransfuser ensuite des hématies et le plasma. En ce qui concerne les leucocytes humains, on peut les recueillir par voie de saignée pratiquée dans ce but. Cette opération peut aussi être thérapeutiquement utile au donneur (par exemple dans le cas d'hypertension artérielle). D'un autre côté les expériences de Sakajan (*Zentralbl. d. chir.*, n° 11) qui a effectué dans sept cas la transfusion de sang de morts (un quart d'heure après la mort) et de Judine qui

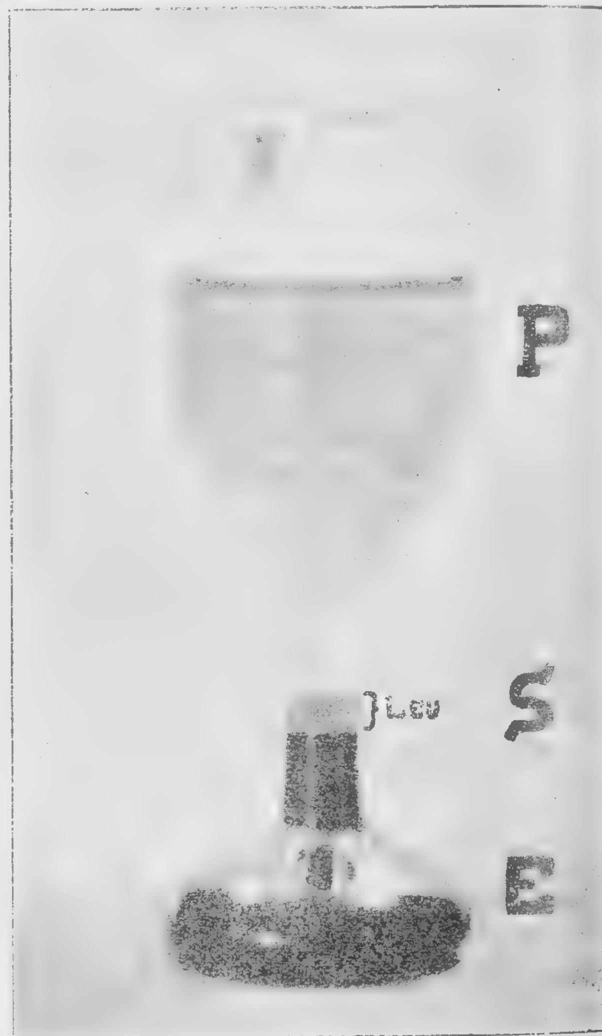


Fig. 1. — Vase pour la centrifugation avec du sang. Dans la partie E se trouvent les hématies, la partie rétrécie S est occupée par une couche de leucocytes et de plaquettes sanguines, dans la partie P on voit le plasma.

transfusait trois litres de sang de sujets qui venaient de mourir, ces expériences permettent de croire qu'on pourrait utiliser aussi le sang des morts pour en recueillir les leucocytes. J'ai aussi l'intention de tenter la culture des leucocytes *in vitro* en grande quantité, puisque la méthode de culture d'un petit nombre de leucocytes est courante, depuis longtemps déjà (Carrel et autres auteurs).

Après plusieurs échecs j'ai réussi à recueillir des leucocytes en grande quantité à l'aide de vases spéciaux pour la centrifugation (*fig.* 1) rétrécis en tube à l'endroit où les leucocytes se sédimentent au cours de la centrifugation, de sorte qu'on obtient dans ce tube une couche assez épaisse de leucocytes et de plaquettes sanguines. On refoule ensuite cette couche à l'aide d'un piston foulant (*fig.* 2) muni d'un tube.

Le refoulement s'effectue sans que les hématies soient

agitées et ils sortent en un courant calme. On peut refouler séparément les leucocytes et les plaquettes sanguines après quoi le plasma et les hématies peuvent être retransfusés au donneur. La technique servant à recueillir les leucocytes est relatée en détails dans mon travail publié dans les « comptes rendus de la Société de Biologie ».

On pourrait croire qu'une méthode rationnelle pour recueillir les leucocytes en grand nombre une fois élaborée, les autres travaux concernant la transfusion de ces éléments seraient faciles. Pourtant si nous voulons

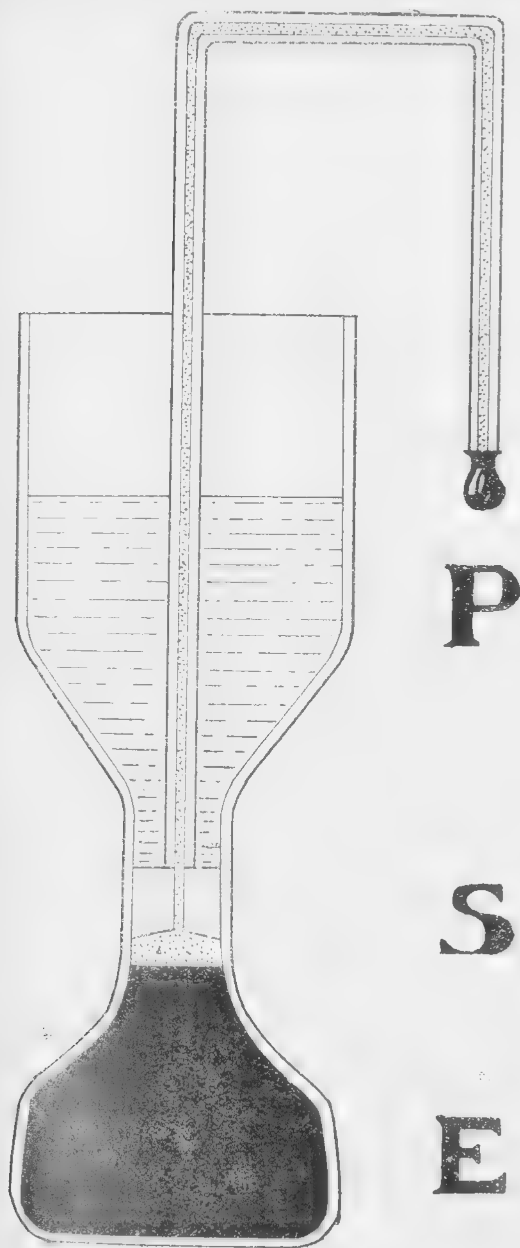


Fig. 2

obtenir de bons résultats, non seulement nous devons minutieusement contrôler la vitalité des leucocytes et des plaquettes sanguines au cours de leur conservation, mais encore établir d'une façon précise les conditions de cette conservation *in vitro*, par exemple le natrium citricum au moins dans de plus fortes dilutions, ne reste pas sans action nocive sur les leucocytes) mais nous devons aussi tenir compte de ce fait que les leucocytes d'un sujet peuvent être endommagés par le sang d'un autre. Il existe des groupes sanguins par rapport à l'action sur les leucocytes, de même qu'on les distingue d'après l'action sur les globules rouges.

Ainsi Doan (The recognition of the biologic differentiation in the white blood cells white special reference to blood transfusion. *Journ. am. med.*, vol. 86, n° 21, 1926), a signalé que les leucocytes placés dans le sang d'un groupe hétérogène perdent leur mobilité ainsi que leur propriété phagocytaire.

Avant d'avoir établi les conditions auxquelles doit satisfaire le donneur et celles de conservation de la vitalité des leucocytes et des plaquettes sanguines *in vitro* ainsi que dans le sang et dans les tissus du transfusé, toute expérience thérapeutique de transfusion des leucocytes ne serait qu'un tâtonnement dans les ténèbres. De nombreuses recherches patientes sont donc encore indispensables pour que le but en question puisse être atteint.

Résumé

L'auteur traite le problème de transfusion des leucocytes en qualité d'antiseptique biologique, notamment celui de transfusion intra-veineuse des leucocytes de l'homme ainsi que de transfusion locale (les leucocytes des animaux dans ce cas entrant en ligne de compte) dans les plaies, les ulcères et les abcès ainsi que dans les cavités de différents organes au cours des diverses maladies infectieuses (tuberculose des os et des articulations, ostéomyélites purulentes, empyème, péritonites, septicémie, pneumonie, etc.). Il a l'intention de transfuser en même temps que les leucocytes, les plaquettes sanguines, qui jouent, elles aussi, un rôle anti-infectieux. Il est ensuite porté à considérer comme rationnel de tenter des expériences thérapeutiques avec la transfusion intraveineuse des leucocytes dans différentes leucopénies ainsi que dans la leucémie (dans cette dernière maladie pour remplacer les leucocytes malades). De même on pourrait compter sur la transfusion intraveineuse (respectivement locale) des plaquettes sanguines dans les hémorragies de diverses origines (notamment en cas d'hémophilie) et sur l'injection de leucocytes dans les foyers infectieux (tuberculeux par exemple) ou dans les tissus environnants.

Dans les néoplasmes, l'auteur envisage les injections de leucocytes dans les tumeurs et aux environs de celles-ci en qualité d'éléments capables dans certaines conditions de donner naissance au tissu conjonctif.

L'auteur décrit ensuite la méthode permettant de recueillir les leucocytes en grande quantité, chose indispensable à la transfusion (pour une dose de leucocytes il faudrait un demi-litre de sang humain ou cinq-dix litres de sang d'animaux). Pour la centrifugation il emploie des vases rétrécis en tube à l'endroit où les leucocytes se sédimentent après la centrifugation, ce qui permet d'obtenir dans le tube en question une couche relativement épaisse de leucocytes et de plaquettes sanguines. On refoule ensuite ces éléments à l'aide d'un piston foulant dans un courant calme sans que les globules rouges soient agités. On peut refouler séparément les leucocytes et les plaquettes sanguines, tandis que le plasma et les globules rouges peuvent être retransfusés.

L'auteur décèle les conditions nécessaires à la conservation des propriétés vitales des leucocytes retransfusés, notamment de leur propriété phagocytaire, non seulement en dehors de l'organisme mais aussi dans celui du receveur (malade)

Strophantus et ouabaïne. — *Leur action sur le flux menstruel* : Pour Kehrer, de faibles doses de strophantine excitent l'utérus isolé, augmentent la fréquence des contractions et le tonus, diminuent l'amplitude des contractions. Sugimoto a confirmé cette augmentation du tonus et il a constaté qu'elle était inhibée par l'adrénaline. Ranson a constaté que la strophantine sensibilise l'utérus à l'action du calcium et la préconise dans les hémorragies du post-partum. Jappelli, par l'ouabaïne, a augmenté le tonus utérin et supprimé les contractions. Shinagawa a vu que la strophantine agit plus sur l'utérus isolé gravide que sur l'utérus isolé non gravide.

H. V.

CHRONIQUE

Pyélonéphrite gravidique

La pyélonéphrite est une question d'actualité en remaniement. Aussi faut-il louer M. Cleisz d'en avoir fait une mise au point claire et documentée.

Après une étude rapide de l'historique, de l'étiologie et de la pathogénie de l'affection, l'auteur (1) s'attache surtout à la description des nombreuses formes cliniques qu'elle peut revêtir et aux différentes thérapeutiques qu'elle peut exiger.

Si l'agent pathogène est dans la très grande majorité des cas le colibacille (85 à 90 % pour Couvelaire, 82 % d'après Ribadeau-Dumas et Chabrun) il peut également s'agir d'un certain nombre de variétés de para-colibacille (Gilbert et Lion) ou d'autres germes tels qu'en particulier l'entérocoque, le streptocoque, le staphylocoque, plus rarement du pneumo-bacille ou du gonocoque, ces différents germes pouvant exister à l'état de pureté ou associés au colibacille. Tandis que le colibacille donne surtout des lésions d'urétéro-pyélite, les autres germes ou leur association détermineraient plus volontiers des suppurations corticales ou diffuses du parenchyme rénal et des abcès péri-néphrétiques.

Cleisz insiste également sur l'opinion de certains auteurs (Lemierre, Bompus, Meisser et Latzko) qui contestent le rôle du colibacille, du moins isolé, et ne le considèrent que comme un agent d'infection secondaire : et poser cette question c'est envisager le problème de la vaccinothérapie (Lepoutre).

L'auteur discute ensuite les différents problèmes pathogéniques que soulève la pyélonéphrite : infection par voie ascendante (Albaran et Achard) en insistant sur la fréquence de l'affection vésicale chez la femme enceinte : celle-ci serait d'ailleurs le plus souvent d'origine staphylococcique et pour Roswing il faudrait en outre une lésion ou un traumatisme vésical : il s'agirait ainsi d'une affection hématogène d'origine vésicale.

La brièveté de l'urèthre s'ouvrant dans la cavité vaginale septique pourrait pour Legueu et Pasteau favoriser l'infection. Cleisz cite encore les observations de Stoeckels qui trouva du colibacille dans la vessie et dans la partie inférieure de l'uretère mais non dans sa partie supérieure ; les observations de Rochet étudiant sur l'animal l'affection ascendante montrant que les urines sont d'autant moins riches en germes, les lésions inflammatoires moins marquées que l'on s'élève davantage dans le conduit urétéral. Cette infection serait favorisée par les compressions de l'uretère et par un reflux de l'urine septique lors de la contraction désordonnée d'une vessie malade, reflux favorisé encore par l'atonie de l'uretère. Rochet insiste encore sur l'infection ascendante par continuité de tissu à tissu, ou par les lymphatiques (Walcker).

L'infection par voie lymphatique consécutive à une lésion de voisinage pourrait être réalisée exceptionnellement. La voie lymphatique semblerait constituer plus volontiers la première étape de l'infection par voie sanguine (Heitz-Boyer et Philippart). L'auteur insiste surtout sur le rôle généralement admis de l'infection par voie sanguine d'origine intestinale et si la septicémie reste extrêmement fréquente (40 % des cas d'après Cabot et Catbree) elle serait souvent fugace, d'autant plus difficile à saisir que le colibacille pourrait dans le sang se modifier, perdre sa morphologie habituelle pour ne plus se présenter que comme de fins corpuscules et se régénérerait ensuite dans les voies urinaires.

Lorsque l'infection est due à d'autres germes, streptocoque ou staphylocoque, la porte d'entrée serait non plus la muqueuse intestinale, mais une plaie infectée des voies génitales (pyélonéphrite des suites de couches) plus rarement un foyer infectieux, dentaire, rhino-pharyngé, ou broncho-pulmonaire.

Etudiant la septicémie colibacillaire, Cleisz à l'appui de l'opinion généralement admise de son origine intestinale rappelle les observations d'Heulner qui put le trouver dans le sang dans des cas de constipation opiniâtre et les travaux de Heitz-Boyer sur le syndrome entéro-rénal.

Le passage du colibacille dans le sang s'expliquerait par une exagération de la virulence du microbe déterminée par la stase, par l'existence d'érosions de la muqueuse intestinale (Roux) ulcérations inflammatoires ou traumatiques, parfois encore dues à des parasites intestinaux (Le Lorier et Fish). La localisation urinaire s'explique par l'élimination des microbes par le rein : la colibacillurie qui peut constituer une véritable séquelle alors que la pyélonéphrite a cessé de se manifester cliniquement, représente habituellement pendant longtemps la seule manifestation de l'infection, et ne précède que de peu en général l'apparition de la pyurie.

La gestation réalise des conditions favorables à la localisation de l'infection sur l'arbre urinaire ; stase urinaire avec dilatation urétéro-pyélique (62 % pour Legueu, rare au contraire pour Chevassu) cette dilatation intéresse habituellement le segment supérieur lombo-abdominal de l'uretère et le bassinet. Il prédomine également du côté droit. Elle pourrait se traduire par une distension du bassinet appréciable au cathétérisme et serait due surtout à une compression résultant moins de la compression de l'uretère par l'utérus gravide au niveau du détroit supérieur que d'une compression sur la paroi utérine elle-même ou surtout d'une coudure de l'uretère sur les vaisseaux (Couvelaire) la dextrotorsion de l'utérus gravide, son inclinaison à droite expliquerait en outre la fréquence de la localisation sur le côté droit. La facilité du cathétérisme urétéral chez la femme enceinte (Lepoutre) les examens radiographiques et la pyélographie (Shickelé, Marion) semblerait diminuer le rôle de la compression en faveur de facteurs physio-pathologiques tels que l'atonie de l'uretère, la paralysie de la couche musculaire des conduits excréteurs (cette paralysie serait pour Loeper, Lévy-Solal et Miraschi secondaire à l'infection), elle serait encore pour Lévy-Solal plus marquée par les pyélites gravidiques que dans les pyélites banales.

De Beaufond reprenant l'idée de Lévy-Solal montre par des radiographies en série que chez des femmes enceintes normales, les contractions urétéro-pyélites sont affaiblies, paresseuses ou plus espacées et cela de façon d'autant plus marquée que la gestation est plus avancée. Après l'accouchement au contraire, les voies excrétrices paraissent récupérer un véritable état hyperkinétique avec évacuations rapides.

Mais à cette atonie avec stase il convient d'ajouter comme autant de causes favorisantes une augmentation de virulence du microbe, la congestion rénale, due à la suractivité du rein pendant la gestation, les lésions irritatives d'origine mécanique et chimique du tractus urinaire (Le Lorier, Fisch et Marcotte).

Des prédispositions particulières viennent encore s'ajouter et à la notion de « reins prédisposés » de Pinard, Cleisz ajoute celles d'un « véritable rein gravidique » rein à tout le moins surmené et aux confins de l'anomalie. Les tares préexistantes de l'appareil urinaire, rénales ou urétérales (Lévy-Solal) les malformations congénitales de l'uretère constituent autant de causes favorisantes et doivent faire préjuger de formes graves.

L'auteur s'attache surtout à l'étude des nombreux aspects cliniques que peut présenter l'affection et suit en la modifiant légèrement la classification établie par Couvelaire.

Il prend comme type de description la forme fébrile pas

(1) Louis Cleisz. — La pyélonéphrite gravidique et son traitement. Doin et Cie, éd., Paris 1933.

sigère sinon la plus fréquente, du moins la plus caractéristique.

Forme fébrile passagère. — Précédé ou non de troubles digestifs : exagération de la constipation avec débâcle diarrhéique, anorexie, fétidité de l'haleine, céphalée, réapparition des nausées, le début est en général brusque, par une élévation thermique progressive et rapide à 39 ou 40 accompagnée ou non de frissons et à tout le moins de sensations de malaise, de courbature sans localisation douloureuse précise. Bien que peu caractéristique en soi et commun à beaucoup de maladies infectieuses, ce début chez la femme enceinte doit orienter le diagnostic vers celui de la pyélonéphrite ; cette présomption sera souvent confirmée par des troubles vésicaux d'apparition récente, mictions impérieuses, pollakiurie surtout nocturne, cuisson à la fin de la miction et parfois ténesme vésical. Puis les courbatures se précisent en une douleur lombaire souvent vive, à irradiation descendante exagérée par l'effort, par la toux (qui peut extérioriser une réaction pleuro-pulmonaire discrète). On recherchera les points urétéraux en insistant sur trois d'entre eux : point costo-vertébral de Guyon, point costo-musculaire et surtout point urétéral inférieur perçu au toucher vaginal. La douleur à ce niveau peut éveiller le besoin d'uriner parfois même l'uretère épaissi, induré, est perceptible au toucher vaginal (Cathala).

L'examen sera complété par l'examen des urines :

Macroscopiquement au début à la phase pré-suppurative, les urines sont rares, foncées, parfois d'aspect moiré caractéristique. Il n'y a pas encore d'élément caractéristique du pus, mais l'examen direct montrerait déjà de nombreux colibacilles. Cette phase peut durer d'un jour à une semaine, puis apparaît la phase suppurative, les urines deviennent uniformément troubles comme le montre l'épreuve des trois verres, abondantes, elles laissent dans le bocal un dépôt d'aspect crayeux plus ou moins abondant. C'est lorsque s'installe la suppuration que l'on pourra voir apparaître une température oscillante avec alternance de phases de rétention, caractérisées par l'exacerbation des douleurs, l'élévation de la température, la diminution des urines et des phases de rémission avec débâcle urinaire, sédation des phénomènes douloureux et thermiques.

L'examen des urines constitue un temps capital de l'examen. La présence du pus peut être mise en évidence par l'épreuve à l'ammoniaque, le procédé de Muller (à la soude ou à la potasse), la recherche du signe de Bouchard-Bazy.

Les urines doivent être recueillies par cathétérisme en laissant écouler les premiers centimètres cubes : l'examen sera fait le plus rapidement possible. Le Lorier déconseille la centrifugation qui crée un enrichissement microbien factice et détruit les cylindres, il préconise au contraire l'examen direct entre lame et lamelle des urines prélevées à l'aide d'une pipette à différentes hauteurs dans le tube : dans la partie supérieure, on trouvera les éléments microbiens, en particulier les colibacilles, dans la partie inférieure les éléments cellulaires : leucocytes surtout polynucléaires, beaucoup plus nombreux et plus volumineux que ceux que l'on peut rencontrer dans les urines normales, plus ou moins altérés d'ailleurs. Des hématies souvent assez abondantes pour réaliser de véritables hématuries microscopiques : des cellules épithéliales desquamées, des cylindres granuleux et enfin les sédiments salins (urates, acide urique, phosphate, acide de chaux, oxalate dans les urines acides, phosphate et carbonate dans les urines alcalines).

La recherche des microbes révélera le plus souvent des colibacilles. On les recherchera d'abord en préparation humide non colorée, ils apparaissent comme un bacille trapu, rectiligne de 1 à 5 de long, sans capsule, pourvu de cils et mobile, mais du fait de ses divisions dans la vessie il peut présenter des formes variées (longues, courtes, en chaînettes). Il faut recourir à la culture qui permettra d'isoler une forme unique avec des caractères particuliers caractéristiques (gram négatif, vire au rouge la gelose lacto ée tournesolée), en tube profond il attaque le lactose avec production de gaz.

Mais il existe des variétés de colibacille que ni la culture ni même l'agglutination ne permettent de classer et ceci fait prévoir la difficulté d'un traitement biologique (Lepoutre).

Evolution. — La température baisse progressivement pour revenir à la normale après quelques hésitations, une véritable débâcle urinaire se produit en même temps que les urines deviennent de plus en plus claires que les douleurs s'atténuent. La durée habituelle de l'affection dans cette forme est de une à trois semaines, l'état général parfois sérieusement atteint s'améliore rapidement. Cette guérison peut être complète et définitive, mais bien souvent la femme garde de la pyurie ou de la bactériurie jusqu'à son accouchement. Il est fréquent alors de voir des rechutes pendant la gestation ou une poussée transitoire et bénigne dans les suites de couches.

Cette forme, lorsque les phénomènes généraux sont accentués, même s'ils sont de courte durée, est susceptible de déterminer l'accouchement prématuré, celui-ci d'ailleurs résolvant le plus souvent la crise. Les récidives au cours de gestations ultérieures sont fréquentes, que la femme conserve ou non les phénomènes urinaires dans leur intervalle. Ce sont ces cas itératifs qui finissent par atteindre tôt ou tard le rein, celui-ci accusant sa déficience sous forme d'albuminurie vraie.

Diagnostic. — Cette forme est assez typique pour ne guère prêter à confusion, d'autant plus que du fait de sa fréquence chaque fois que l'on se trouve en présence d'une affection fébrile de la grossesse on doit penser, ne fût-ce que pour l'éliminer, à la possibilité d'une pyélite. Il faut éliminer une infection générale débutante : rarement dans certaines formes avec phénomènes thermiques et digestifs marqués, une fièvre typhoïde ; l'absence des signes de la série typhique, la négativité de l'hémoculture et du séro-diagnostic, la présence au contraire du colibacille dans les urines feront le diagnostic.

Lorsque la douleur prédomine, il faut éliminer l'appendicite dont le point douloureux du fait de la grossesse est déporté en haut et en dehors. La douleur est plus diffuse, s'étendant à toute la moitié droite de l'abdomen, les vomissements de règle, l'état général rapidement atteint. En réalité l'erreur inverse est plus fréquemment commise. La cholécystite est d'un diagnostic d'autant plus délicat que les deux affections reconnaissent la même origine colibacillaire et peuvent coexister.

Enfin parfois, les douleurs de la pyélite ont pu être confondues avec les douleurs du travail, l'examen local rectifiera sans peine le diagnostic. Toutes ces erreurs ne sont possibles qu'au début avant que n'apparaisse la pyurie. Celle-ci est assez caractéristique pour imposer le diagnostic.

La forme fébrile passagère atténuée ou forme fruste est beaucoup plus fréquente, elle présente une symptomatologie identique mais atténuée et chaque symptôme demande à être recherché : troubles intestinaux discrets, température qu'il faut prendre matin et soir pour déceler une légère élévation thermique parfois fugace, accompagnée assez fréquemment de sensation de froid. Les troubles urinaires sont également discrets, pollakiurie et en particulier brûlure à la fin de la miction, ténesme vésical parfois. Ce n'est que la recherche systématique chez une femme enceinte fébricitante des points douloureux pyéliques et urétéraux, l'examen des urines montrant la présence des colibacilles, ou de pus (ou des deux à la fois) qui rendront le diagnostic évident.

FORME LATENTE. — Il n'y a ici aucun signe clinique de l'affection et seul l'examen systématique des urines donnant à plusieurs reprises une albuminurie monosymptomatique, « fausse albuminurie par suppuration » (Wallich) pourra y faire penser. L'examen clinique plus poussé montre qu'il ne s'agit pas de sérine et de globuline, l'examen cytologique révèle une pyurie avec ou sans colibacillurie. Parfois même cet examen cytologique constituera le seul signe de l'affection.

Ces formes extrêmement fréquentes ont en réalité eu le

◆◆◆

plus souvent, une phase subaiguë que l'interrogatoire pourrait révéler et n'en serait ainsi qu'une séquelle. Cette pyurie monosymptomatique disparaît le plus souvent spontanément, mais peut parfois au contraire alterner avec une crise fébrile.

La forme fébrile prolongée est caractérisée par la persistance de la température qui prend un aspect largement oscillant. Il y a alternance de débâcles urinaires avec urines fortement purulentes et sédation des phénomènes généraux et fonctionnels, et de phase de rétention avec urines rares et pauvres en pus, altération profonde de l'état général, température élevée, douleurs vives. La palpation de la région lombaire douloureuse, peut révéler une augmentation de volume d'un ou des deux reins correspondant à une véritable pyonéphrose.

Lorsqu'elle est d'apparition tardive, bien que résistant aux traitements médicaux, elle disparaîtra en général après l'accouchement, elle provoquerait assez souvent d'ailleurs, un accouchement prématuré : habituellement l'enfant est vivant et ici encore la sédation sera de règle après l'évacuation de l'utérus.

La guérison pendant la gestation est exceptionnelle, ce sont des formes graves pour lesquelles le traitement médical s'avère insuffisant et justiciable du cathétérisme des uretères qui donnera souvent de remarquables résultats.

Les formes graves du fait de la virulence de l'infection réalisent de véritables septicopyohémies avec localisations secondaires multiples, susceptibles d'ailleurs de guérir par les traitements appropriés ; cette guérison ne pouvant s'obtenir qu'après la guérison du foyer pyélique elle-même consécutive à la terminaison de la grossesse.

Les formes graves par la bilatéralité des lésions peuvent céder à la mise à demeure de sondes urétérales, mais cette sédation n'est habituellement que transitoire, obligeant à remettre bientôt les sondes en place. Lorsque la femme est près du terme, on pourra temporiser jusqu'à ce que l'accouchement apporte son heureux dénouement habituel ; lorsqu'il est éloigné au contraire, on pourra être contraint à envisager une détermination radicale : interruption de la grossesse ou intervention sur le rein.

En présence d'une forme fébrile prolongée en particulier et de toute forme grave en général, on doit penser à la coexistence d'une tare urinaire, d'une anomalie urétérale et conduire son examen dans ce sens.

Explorations urinaires. — Elles ont un double intérêt, révéler une tare urinaire associée, réaliser une thérapeutique parfois radicale, souvent efficace ; elles seront encore le meilleur moyen d'établir un pronostic.

La Cystoscopie, premier temps de l'exploration, pourrait montrer parfois des lésions associées de cystite tuberculeuse et l'on sait la gravité que comporte une telle association. La cystoscopie bien que la cystite aiguë au cours de la pyélonéphrite soit exceptionnelle, peut montrer des lésions polymorphes ; œdème bulleux au pourtour des méats urétéraux (qui serait caractéristique pour Kidd).

Parfois des éjaculations troubles d'un côté, une dilatation ou un rétrécissement de l'orifice urétéral avec parfois dilatation kystique sus-jacente. *Le cathétérisme urétéral* est le temps capital de l'exploration urinaire ; il peut révéler l'existence d'un résidu pyélique, des modifications de capacité du bassinet ; il permet d'apprécier en outre la valeur fonctionnelle du rein, celle-ci pouvant être diminuée soit par l'existence d'une tare antérieure, soit par une longue suppuration.

C'est par le cathétérisme que sera précisée la bilatéralité des lésions, que l'on pourra pratiquer un examen cytologique et bactériologique des urines prises directement dans le bassinet pour rechercher une tuberculose fruste évoluant sous le couvert d'une pyélite gravidique.

Le cathétérisme peut révéler des anomalies urétérales expliquant la gravité de la pyélonéphrite : rétrécissement urétéro-pyélique particulièrement fréquent pour Fuller, sténose et obstacle urétéraux (Lévy-Solal, Miraschi et Salomon) dont la dilatation est souvent possible par le cathétérisme à demeure.

La radiographie pourra assez souvent montrer un calcul du rein ou de l'uretère (Lepoutre).

La pyélographie permet de voir de petits calculs, les coudures de l'uretère, les déplacements du rein mobile, les anomalies rénales (rein en fer à cheval).

La pyéloscopie préconisée par Legueu lui serait supérieure, mais de pratique bien plus délicate.

La néphro-pyélographie par voie intraveineuse appliquée par Lévy-Solal, Miraschi et Salomon, Dalsace à l'étude de la pyélonéphrite gravidique en utilisant l'urosélectan ou l'abrodil (Bronner) constitue la méthode de choix permettant d'obtenir des renseignements bilatéraux simultanés et de voir toutes sortes d'anomalies qui peuvent échapper à la pyélographie. Elle peut être réalisée en cas d'échec du cathétérisme.

Legueu, Fey et Truchot considèrent la méthode comme infidèle au point de vue de l'étude de la sécrétion et de la fonction d'excrétion (l'urosélectan, l'abrodil déterminant une atonie de tout le système musculaire) ne donnant également que des renseignements morphologiques moins précis que ceux fournis par la pyélographie.

Formes chroniques. — La suppuration peut passer à la chronicité pendant la gestation ou après l'accouchement. Rebelle à tout traitement, mais respectant l'état général, en dehors des poussées aiguës, susceptibles d'apparaître à l'occasion d'un écart de régime ou mieux d'une nouvelle gestation, elle réalise plus une colibacillose chronique qu'une pyélonéphrite et il semble que le colibacille soit moins en cause dans de tels cas que les cocci qui lui sont associés (Cabot et Catbree). La notion de l'épisode aigu initial, les poussées intercurrentes constituent avec l'examen des urines, les éléments du diagnostic.

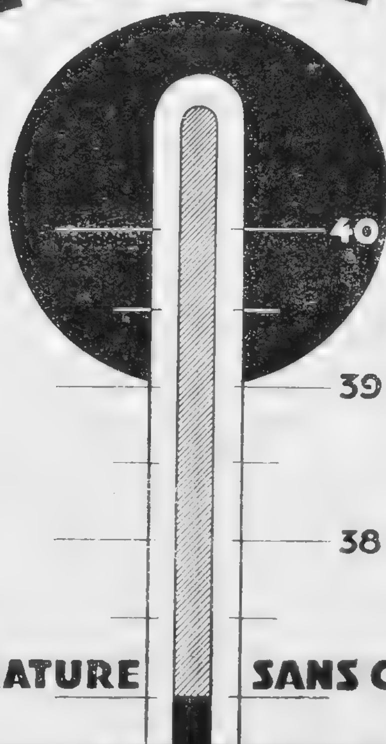
Formes atypiques ou a prédominance d'un symptôme. — Forme toxique dans laquelle au signe de pyélite s'associent les signes toxiques « dus à la grossesse » : ictère : souvent ictère hémolytique avec gros foie, insuffisance hépatique, selles colorées, présence d'urobiline dans les urines, ou anémie simple ou pernicieuse, vomissements incoercibles enfin et parfois syndrome de rétention azotée ; ces formes sont toujours d'un pronostic grave tant pour la vie de la mère que pour celle de l'enfant.

Forme pseudo-tuberculeuse. — Exceptionnelle, elle réalise plus le tableau d'une affection générale avec participation rénale que celui d'une pyélonéphrite.

Forme hématurique. — Cleisz a insisté à propos de la forme fébrile passagère sur la fréquence des hématuries microscopiques ; elles peuvent s'exagérer, dominer la scène, réaliser une forme hématurique. Hématurie souvent abondante et parfois isolée qui ne doit pas surprendre pendant la grossesse et égarer le diagnostic vers celui du cancer du rein ou de lithiase rénale.

La forme cystalgique n'est pas exceptionnelle. Après les troubles pyéliques discrets sans phénomènes fébriles surajoutés apparaissent brusquement des troubles vésicaux : pollakiurie souvent extraordinairement intense avec miction peu abondante terminée par une sensation de ténesme douloureux. Très intenses pendant quelques jours ces troubles entraînent de l'insomnie, des troubles du caractère, mais s'amendent en quelques jours, guérissant d'ailleurs remarquablement après trois ou quatre instillations de nitrate d'argent au millième, elles sont d'ailleurs sujettes aux récidives témoignant alors d'une colibacillose chronique. Les signes nerveux que l'on peut observer seraient liés pour Vincent à l'exotoxine neutrope que sécrète le colibacille.

Pyélonéphrite des suites de couches. — Elle peut n'être


40
39
38

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Ostéosarcome du fémur traité par la radiothérapie

A la Société de chirurgie de Lyon (6 avril 1933), M. Tavernier a présenté une jeune fille de 21 ans, atteinte d'un sarcome ostéogénique de l'extrémité inférieure du fémur qu'il a fait traiter par la radiothérapie. La tumeur, après une phase d'accroissement, s'est progressivement limitée et reste stationnaire depuis trois mois.

A ce propos, l'auteur apporte son opinion sur la valeur des rayons X dans les sarcomes ostéogéniques. En 1929, sa statistique comprenait dix cas : trois survies de plus de trois ans, quatre succès récents, trois échecs. En 1933, sur quatorze cas on note : six échecs, deux morts tardives (récidives et métastases), un succès récent, cinq survies prolongées de trois à sept ans. Près de la moitié des cas sont donc radio-résistants. Mais les résultats de la radiothérapie, bien que médiocres dans l'ensemble, sont cependant supérieurs à ceux de l'amputation qui ne donne pas de survies de plus de deux ans. Les formes ossifiantes à évolution lente semblent beaucoup plus radiorésistantes que les formes à ossifications pauvres et à évolution rapide.

Hématome du grand droit chez une femme enceinte

M. Bernard Griffiths en a rapporté un cas à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris (3 avril 1933). Il s'agissait d'une femme qui, à la suite d'un effort de toux se plaignait d'une douleur très vive dans le flanc gauche accompagnée d'un état de shock. On sentait une tumeur très douloureuse de la grosseur d'une tête de fœtus. On fit le diagnostic de tumeur juxta-utérine tordue. Or à l'intervention on trouva un hématome du grand droit dû à une rupture partielle du muscle chez une femme dont le Wassermann était positif.

Maladie de Vaquez à début érythromélalgique Influence du traitement par la phénylhydrasine

MM. Pierre-P. Ravaut, Pierre Bertrand et Mme Clavel ont rapporté à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (28 mars 1933) une observation de maladie de Vaquez typique avec hypertension légère et remarquable par ce fait que la première manifestation clinique consista en un syndrome érythromélalgique du pied droit ayant persisté pendant plusieurs mois. L'hypertrophie splénique se constitue brusquement, à la suite d'infarctus, semble-t-il.

Le traitement par le chlorhydrate de phénylhydrasine suivi depuis un an et demi a donné d'excellents résultats : réduction de la polyglobulie qui se maintient à un taux à peu près normal, diminution progressive de la tension artérielle, amélioration considérable de l'état général. Mais la splénomégalie reste inchangée et les phénomènes douloureux des pieds n'ont pas été sensiblement modifiés.

Traitement des oreillons par le plomb

M. Martiny (*S. de thérap.*, 8 mars 1933) a procédé à des essais de traitement des oreillons par le plomb. Il a utilisé *per os* le plomb métallique trituré dans le lactose à des taux très raréfiés de substance active 10^9, 10^{12}. Il semble que cette thérapeutique raccourcit le temps de la période d'état, peut même avoir un caractère abortif et amène toujours une action sédative acusée. Si elle ne peut rien quand les complications sont déclarées, il semble qu'elle les évite. De toute manière le traitement paraît intéressant parce qu'il n'est pas nocif et parce qu'il n'y a pas de thérapeutique spécifique des oreillons.

Valeur respective des divers antiseptiques dans les lavages urétraux

M. Janet, comme M. Barbellion (*S. fr. d'urologie*, 19 juin 1933) a constaté les bons effets du permanganate de potassium, qui donne les meilleurs résultats, en comparaison avec les autres antiseptiques.

que la prolongation de la pyélonéphrite gravidique consécutive d'ailleurs le plus souvent à une forme prolongée et devant alors faire rechercher une tare urinaire associée.

Plus souvent, elle réalise un épisode infectieux d'allure plus ou moin impressionnante, récidive d'une pyélonéphrite connue ou latente, parfois primitive, et alors souvent associée à une lésion périnéale qui constituerait la porte d'entrée de l'infection.

L'intérêt du diagnostic de cette forme réside dans les difficultés qu'elle comporte : l'élévation thermique en clocher, les signes locaux de la lymphangite du sein ne sauraient laisser de diagnostic hésitant plus de 24 heures.

Mais le diagnostic vraiment difficile qu'elle peut soulever est celui de l'infection puerpérale : celle-ci sans doute débute presque toujours du troisième au sixième jour, sa courbe thermique est plus régulière, le pouls est dissocié avec tachycardie souvent extrême tandis que dans la pyélonéphrite : la température oscille largement, le pouls reste modérément accéléré, l'état général bon, au moins en dehors des poussées thermiques, quant à l'aspect des lochies il n'est en rien caractéristique.

La recherche des points urétéraux sera facilitée par la vacuité de l'utérus, l'examen cytobactériologique des urines prélevées par sondage tranchera le diagnostic.

Pronostic

Pronostic maternel. — Il est habituel de dire que le pronostic maternel est bénin et que la guérison survient rapidement après l'accouchement.

Les formes immédiatement graves sont exceptionnelles, cependant l'issue fatale peut parfois survenir malgré l'interruption de la grossesse ; soit que l'évolution soit trop rapide pour que l'on puisse intervenir, soit surtout, que l'intervention soit trop tardivement décidée. Certaines formes (septicémique, urémique ou toxémique en particulier) peuvent avoir une issue fatale malgré l'intervention. De même le pronostic est aggravé par l'existence d'une tare urinaire associée tuberculose ou lithiase rénale. Si le pronostic vital est excellent dans les formes habituelles, il faut insister sur la fréquence des récidives, sur la possibilité d'installation d'une bactériurie persistante pouvant lorsque la femme n'est pas suivie, déterminer des poussées à toute occasion et finir par scléroser le rein. La pyélonéphrite constituerait ainsi le point de départ d'un grand nombre d'affections rénales de la femme (Chevassu et Lepoutre).

Pronostic foetal. — L'accouchement prématuré surviendrait assez souvent (25 % pour Legueu, 50 % pour Couvelaire surtout pendant le neuvième mois), pour lui également la débilité s'observerait dans un tiers des cas.

Il faut encore tenir compte de la fréquence relative de la débilité et de la prématurité, des cas enfin où l'interruption thérapeutique de la grossesse est pratiquée avant que le fœtus ne soit viable.

La mort du fœtus *in utero* peut être consécutive à la toxémie colibacillaire parfois même semble-t-il au colibacille lui-même (Brindeau a pu trouver le colibacille dans le sang d'un nouveau-né, Latzko a étudié le passage de l'agent infectieux au travers du placenta). En réalité l'extrême fréquence des formes bénignes méconnues fait que que le pronostic global est beaucoup moins sévère qu'il ne paraît au premier abord.

Cleizz signale en outre à propos du pronostic fœtal une observation personnelle du passage du colibacille dans le lait maternel entraînant un état inquiétant de l'enfant qui cessa rapidement après la suppression de l'allaitement maternel.

Traitement

Plutôt que d'envisager les traitements médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de la pyélonéphrite, Cleisz estime préférable d'étudier le traitement de chacune des formes qu'elle peut revêtir ; il insiste au préalable sur certaines notions générales : la pyélonéphrite gravidique est presque toujours d'origine intestinale, le microbe en cause, le colibacille et la grossesse sont à la fois cause aggravante de l'infection intestinale et cause provocatrice de la localisation infectieuse à l'arbre urinaire.

Traitement préventif. — Il consiste avant tout dans la surveillance et la régularisation de la fonction intestinale chez toute femme enceinte. On préviendra la constipation, soit par l'emploi de petites doses répétées de laxatifs légers, soit surtout par un régime alimentaire surveillé (suppression des mets irritants, viande une fois par jour, légumes verts, fruits recommandés pas de sauces, d'épices, d'œufs, etc.).

Cette thérapeutique préventive de la pyélonéphrite n'est en réalité que la diététique à laquelle toute femme enceinte si normale en apparence fût elle devrait se soumettre.

Traitement curatif. — *Formes légères avec fièvre discrète.* — Le traitement uniquement médical se montre suffisant. Régime et hygiène avec suppression temporaire de l'alimentation carnée, adjonction des antiseptiques urinaires et intestinaux constitueront toute la thérapeutique.

Les antiseptiques. — 1) L'hexaméthylène tétramine ou urotropine uroformine, urométine agissant par l'aldéhyde formique qu'elles dégagent, parfois irritante pour la muqueuse urinaire ne doit être employée qu'à petite dose (75 centigr. par jour) et doit être déconseillée dans les formes hématuriques. Ces médicaments n'agissant bien que si les urines sont acides, il sera bon d'adjoindre de l'acide phosphorique (un verre de limonade phosphorique du Codex à prendre plusieurs fois dans la journée ou mieux de benzoate ou de citrate de soude. 2) Il faut insister sur l'emploi des préparations à base d'argent colloïdal agissant comme désinfectant intestinal et urinaire. Marion et Kummer emploient le collargol (60 centigr. par jour) sous forme de solution à 2 %.

Personnellement Cleisz lui associe l'uroformine, trois fois 25 centigr. par jour pendant dix jours.

Le bleu de méthylène outre ses propriétés antiseptiques est sédatif des douleurs lombaires et vésicales ; il faut ajouter aux antiseptiques la culture de bacille lactique et le charbon.

Les vaccins. — Dans les formes légères il n'y a lieu de discuter que l'emploi des vaccins buccaux. Auto-antérovaccin utilisé avec succès par Brindeau ou bouillons-vaccins préconisés par Fisch et Le Lorier, ceux-ci étant à la fois un vaccin, un filtrat et lysat ; ils seront donnés à la dose d'une ampoule chaque matin à jeun pendant dix jours et après repos d'une semaine reprise d'une nouvelle série de vaccins jusqu'à obtention du résultat : les résultats seraient en général excellents pour Le Lorier.

Formes moyennes. — A un régime alimentaire et à des prescriptions médicales plus sévères, il faut adjoindre le séjour au lit. Les traitements locaux consisteront en applications chaudes et humides sur la région lombaire, en frictions alcoolisées.

Régime hydrique. — Quant au régime alimentaire au moins pendant le temps où la fièvre est élevée, il sera uniquement ou presque uniquement hydrique (deux litres de liquide par vingt-quatre heures), eau distillée pour Albarran à laquelle on préférera l'eau lactosée préconisée par Couvelaire qui a l'avantage d'être un excellent diurétique. On pourra encore prescrire des tisanes diurétiques.

Lorsque la fièvre est moins élevée on pourra donner des bouillons de légumes identiques à ceux utilisés en thérapeutique infantile.

En pleine période aiguë, lorsque les phénomènes généraux sont accentués, Lepoutre conseille le sérum glucosé isotonique en goutte à goutte rectal à la dose de 1 litre par jour. Ici encore, et plus que dans les formes légères, il faudra utiliser les antiseptiques urinaires et intestinaux, tenter l'usage des vaccins par voie buccale. Cleisz pense que le régime et le traitement médical ainsi conçus suffi-

sent à résumer toute la thérapeutique des formes moyennes de la pyélonéphrite.

Il met en doute l'intérêt de la distension vésicale préconisée par Pasteau.

Le cathétérisme urétéral constituera un temps de l'examen clinique et du traitement qui permettra l'évacuation du pus contenu dans le bassinet, permettra le lavage du bassinet avec une solution de nitrate d'argent au millième (on peut utiliser également le protargol à 1 %, l'argyrol à 5 %, le collargol à 3 %, celui-ci aurait l'avantage de remonter dans les tubes droits assez loin dans la substance rénale). Cependant les lavages vrais du bassinet seraient contre-indiqués pour Miraschi quelle que soit la capacité du bassinet, ils pourraient déterminer de la douleur et de la fièvre et cet auteur n'injecte que 2 à 3 c.c. de nitrate d'argent, mais lorsque la sonde est mise à demeure, il recommande de le faire souvent.

Forme fébrile prolongée, formes graves. — Ce sont les formes véritablement intéressantes au point de vue thérapeutique parce qu'elles posent des problèmes souvent angoissants. Outre le traitement médical, presque toujours insuffisant, il faut savoir discuter l'opportunité du traitement chirurgical et de l'interruption de la grossesse. Le traitement médical sera conduit comme dans les formes précédentes, on utilisera la vaccination sous-cutanée de préférence aux vaccins par voie buccale encore que pour Cleisz la vaccinothérapie trouve surtout son emploi dans les formes chroniques, les vaccins lorsqu'ils agissent ici, agiraient surtout par choc.

Médication de choc. — Elle a été très discutée, que l'on utilise le grand choc avec grosse élévation de température, frisson intense, sueurs, asthénie ou le petit choc avec frissonnement et légère élévation de température (Philippar et De Graede estiment que les résultats du choc thérapeutique seraient nuls). On a pu utiliser comme agents de choc :

1° les métaux colloïdaux ;

2° la peptone ;

3° le lait, le sang, le pus aseptisé.

Sérothérapie. — Elle sera préférée à la vaccination. Le sérum de Vincent paraît constituer par la dose considérable d'anticorps qu'il apporte, la médication de choix dans les formes aiguës prolongées et graves. Il sera injecté sous la peau à la dose de 20 c.c. par jour pendant quatre jours.

Bactériophagie. — Sera réservée en principe aux colibacilluries pures. Hauduroy conseille de faire trois ou quatre injections sous-cutanées de 2 à 3 c. c. chacune à vingt-quatre heures d'intervalle.

Le traitement ne devra jamais dépasser quatre à cinq injections sous-cutanées : on s'exposerait à une sensibilisation de l'organisme et à une aggravation de l'infection.

Cathétérisme urétéral. — Il trouve son indication la plus formelle dans les formes prolongées et graves : il est alors indispensable, non seulement comme traitement, mais même lorsqu'il se montre insuffisant, cette insuffisance même devant faire discuter l'opportunité d'une autre thérapeutique chirurgicale ou obstétricale.

1° *Il est curatif* ; c'est le cas des rétentions pyéliques simples, on viendra à bout de l'infection par une série plus ou moins prolongée de cathétérismes avec lavages ou instillations du bassinet. Lorsqu'il aura révélé une anomalie urétérale ou pyélique, qu'il aura été particulièrement difficile à pratiquer, il convient de laisser la sonde à demeure et pour peu que le terme de la grossesse ne soit pas trop éloigné on pourra gagner du temps et permettre sans trop nuire aux intérêts maternels d'attendre le moment où l'enfant sera viable ; il faut en outre lorsque la sonde est restée à demeure pratiquer des lavages deux fois par jour et changer la sonde tous les cinq ou six jours.

Si le cathétérisme est impossible (sauf le cas d'un obstacle apporté par la grossesse elle-même), il faut faire une radiographie et discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale ou obstétricale. En présence du pyélonéphrite grave pouvant menacer la vie de la femme et toujours dangereuse pour sa fonction rénale, il semble à Cleisz que l'on doive, hormis certaines indications particulières, précises, préférer au traitement chirurgical l'interruption de la grossesse.

Il considère qu'une gestation loin du terme, des lésions bilatérales, constituent dans les formes sévères deux indications précises pour interrompre la grossesse.

Dans les cas de pyélonéphrite où l'élément néphrite tient la première place avec gros rein douloureux, contracture lombaire, échec du cathétérisme (ce qui constituerait une certitude pour Miraschi), Cleisz préconise encore l'interruption de la grossesse de préférence à une intervention chirurgicale.

Le traitement chirurgical sera réservé au cas de tuberculose rénale associée, néphrectomie seule si lésion unilatérale, avec interruption de la grossesse associée, si le rein de l'autre côté semble altéré. En cas d'unilatéralité également, lorsque l'autre rein paraît touché par la pyélonéphrite on pourra être amené à interrompre la grossesse. L'interruption de la grossesse sera seule pratiquée en cas de tuberculose rénale bilatérale.

En cas de pyélonéphrite avec néphrite suppurée il faut pratiquer une néphrostomie ou parfois une néphrectomie.

Lorsque le cathétérisme est impossible (coudures, sténoses urétérales) mieux vaut pour Cleisz interrompre la grossesse que de recourir à une intervention chirurgicale. Ce n'est qu'en cas de persistance de l'infection qu'il pratiquerait secondairement dans de meilleures conditions une intervention sur le rein.

Formes toxiques. — Ce sont les formes qui sont le plus souvent et uniquement justiciables de l'interruption de la grossesse mais il faut savoir la pratiquer assez précocement ; c'est alors que l'on peut obtenir de véritables résurrections.

Formes chroniques. — Dans quelque cas que le passage à la chronicité s'observe, il faut vérifier l'intégrité anatomique et physiologique des voies urinaires, ne pas méconnaître l'origine habituellement intestinale de ces troubles, examiner le fonctionnement intestinal, rechercher le parasitisme.

Pour lutter contre le microbe en cause il discute l'efficacité de la vaccination, il préconise de n'employer que de faibles doses d'espacer les injections de façon suffisante pour que les phénomènes locaux qu'elle a pu déterminer aient disparu et personnellement il estime que la vaccinothérapie par voie sous-cutanée n'apporte pas une efficacité certaine et préfère recourir à la vaccination par voie buccale avec le colitique de Fisch. Il insiste encore sur la nécessité du traitement médical (régime, antiseptiques urinaires) mais surtout sur l'importance des cures hydrominérales, Evian en particulier, mais également Contrexéville, Vittel et surtout les eaux de la Preste qui lui paraissent particulièrement actives.

Pyélonéphrite des suites de couches. — Dans les formes réalisant une simple rechute le traitement médical sera en général suffisant ; lorsqu'il s'agit au contraire de forme secondairement aggravée, éventualité d'ailleurs fort rare, on peut être amené à recourir à un traitement chirurgical.

Il insiste sur les résultats que peut donner dans le *post partum*, l'usage du lobe postérieur d'hypophyse, selon la méthode de Miller qui, à une récupération de la tonicité des voies urinaires, ajoute son action sur le muscle utérin.

Formes atypiques. — Elles ne comportent de particularités thérapeutiques que dans la forme hémorragique où il faut user des hémostatiques et surtout éviter toute investigation des voies urinaires en période hématurique. Il rappelle que la forme cystalgique pour si douloureuse soit-elle cède presque toujours à deux ou trois instillations vésicales de nitrate d'argent en solution faible.

Lauret.



LE MOIS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(*Suite*)

II. Les psychoses grippales

Les syndromes psychopathiques observés au cours ou à la fin d'une infection grippale sont tellement variables qu'il est permis de se demander si la psychose grippale constitue une entité morbide véritable. Les vingt-huit observations recueillies depuis 1931 par M. C.-J. Urechia, en Roumanie (1) nous apportent une très intéressante contribution à ce problème nosologique, si important au point de vue pratique. En effet, dans le groupe des maladies infectieuses génératrices de psychoses, c'est la grippe qui occupe le premier rang. Nous avons à cet égard plusieurs témoignages d'ordre statistique. C'est ainsi qu'à Rostock, Kleist a pu comparer le nombre de psychoses survenues après deux épidémies : celle de grippe et celle de fièvre typhoïde : ce nombre a été bien plus considérable après la grippe.

De même, Althaux a pu constater une plus grande fréquence des troubles mentaux après une épidémie de grippe qu'après une épidémie de rougeole.

Plusieurs épidémies de choléra : en Russie, en 1882 (Docteur Vassiliew) ; en Roumanie, en 1913 (Docteurs Obregia et Pitulescu) ; à Hambourg, en 1892... ont permis d'établir que les psychoses post-cholériques étaient moins fréquentes que les affections mentales post-grippales.

Un autre point curieux et important est le pourcentage de ces affections neuro-psychiques post-grippales selon les épidémies de grippe et selon les régions dans lesquelles ces épidémies sévissent.

On voit, par exemple, l'épidémie de Berlin en 1890-1891 : sur 6.000 cas de grippe infectieuse, on a observé 90 cas de psychoses ; cela représente une proportion de 1,5 %. Cette même épidémie grippale a provoqué dans d'autres régions de l'Allemagne un pourcentage de maladies mentales infiniment plus important : 5 %. En comparant ce pourcentage dans 439 cas de grippe, 1.000 cas de fièvre typhoïde et 3.000 cas de pneumonies, c'est la grippe qui a déterminé le plus grand nombre de psychoses.

Rappelons-nous aussi la fréquence relative de troubles mentaux post-grippaux au cours et à la suite des épidémies de 1890-1891 et de 1918-1919.

En ce qui concerne l'influence de l'âge et du sexe, les données statistiques sont encore assez confuses : les psychoses post-grippales apparaissent aussi bien avant qu'après la quarantaine ; peut-être sévissent-elles plus fréquemment chez des sujets entre 10 et 40 ans que chez des personnes ayant dépassé la cinquantaine. Les statistiques recueillies surtout au cours ou à la suite des épidémies de 1890-1891 et 1918-1919 en Allemagne, démontrent que le sexe ne joue guère un rôle important : les femmes comme les hommes payent un tribut égal aux psychopathies post-grippales. Toutefois, ces psychopathies se montrent très sévères quand elles se produisent chez des grippées enceintes et particulièrement vers la fin de la grossesse et pendant la période de lactation.

Naturellement, les individus à hérédité tarée font des complications psychopathiques post-grippales plus facilement, plus rapidement et sous des formes beaucoup plus graves que ceux dont l'hérédité est moins chargée.

A cet égard, il faut remarquer que la psychiatrie moderne a la tendance à sous-estimer les tares héréditaires et à considérer les vieilles statistiques comme exagérées.

N'empêche que les prédisposés aux affections neuro-psychiques, les contracteront plus facilement que les non-prédisposés surtout si l'infection grippale sévit avec quelque gravité.

A quel moment de la grippe peut apparaître le syndrome névropathique ou psychopathique ? A tout moment : aussi bien au début, que pendant la période fébrile ; que plus tard, au cours de la baisse progressive de la température et, même, après la disparition totale de la fièvre. Seulement, alors que cette complication est exceptionnelle au début, elle est plus fréquente pendant que la fièvre grippale bat son plein ou pendant la phase subfébrile ou post-fébrile.

Quant aux variétés syndromiques, elles sont comme nous l'avons signalé plus haut, assez nombreuses : on observe, de la confusion mentale, des états délirants, de la dépression mélancolique, de l'excitation maniaque.

Le syndrome psychopathique prédominant est, toutefois, la *confusion mentale*. Cela ressort des recherches aussi bien des auteurs anciens que modernes. Légère ou intense, agitée, asthénique ou stuporeuse, cette confusion mentale, que les Allemands continuent à désigner sous le nom d'*amentia*, évolue par bouffées entre lesquelles le malade reprend pendant quelques heures sa conscience, sa lucidité...

Elle s'accompagne fréquemment d'une vive anxiété, d'une cénesthésie déprimée, de préoccupations hypochondriaques. Les troubles de la sensibilité dus à des névrites grippales, à localisations imprévisibles, déterminent des paresthésies, source d'illusions et, parfois, d'hallucinations ou d'interprétations nettement délirantes. M. Urechia en cite des exemples fort curieux. Une gêne respiratoire momentanée évoque l'idée d'un chien mordant la gorge ; une poussée fébrile se produisant devant une salamandre à feu visible fait croire à un commencement d'incendie local ; l'application d'une compresse fraîche sur le front brûlant fait dire au malade qu'il est plongé dans une glacière ; un vertige est interprété comme une chute au fond d'un abîme... Parfois, l'interprétation se transforme comme une idée fixe de terreur. On se croit en grand danger, on veut fuir on se voit poursuivi... Jusqu'à la parole qui est mal articulée au point qu'on se demande si le malade ne commence pas une paralysie générale. Mais ce n'est qu'une apparence, transitoire heureusement, dans l'immense majorité des cas.

Les variétés trop prolongées de la confusion mentale peuvent aboutir, comme Régis l'a enseigné le premier chez nous, à la démence précoce, à la « schizoïdie », avec ou sans catatonie, comme le disent aujourd'hui les auteurs d'inspiration germanique.

Dans l'ordre psychopathique, la grippe peut donner naissance à des états de dépression, à la psychasthénie, avec son cortège habituel de phobies, d'obsessions, des troubles du caractère... surtout remarquables à la suite de l'encéphalite grippale. L'épidémie de 1918-1919 a été fort grave à cet égard : nombreux sont encore aujourd'hui les malades présentant des troubles du caractère symptomatiques d'une lésion cérébrale en foyer, contractée au cours de cette épidémie.

Les lésions névritiques post-grippales sont la cause des complications telles que certaines névralgies, certaines migraines tenaces et bien pénibles.

Ce n'est pas tout : d'après Kraepelin, la grippe peut favoriser l'éclosion de psychoses latentes, comme la psychose maniaco-dépressive et, d'après Helweg, elle exercerait, plutôt, une influence favorable sur le décours et le pronostic d'une psychose préexistante, opinion d'ailleurs contestée.

La durée de ces psychoses grippales est tout ce qu'il y a de plus variable, puisqu'elle peut être de quelques jours ou de quelques années. Quant au pronostic, les statistiques produites jusqu'à présent, indiquent une terminaison par la guérison dans la proportion de plus de 80 pour cent. Ainsi, sur 37 cas observés en Allemagne, Runge note 33 guérisons, deux améliorations et deux décès. Il est fort possible que ces données varient selon la gravité plus ou moins grande des épidémies.

(1) V. *Ann. méd. psych.*, avril 1933, pp. 453-471.

La mort semble résulter d'une complication cardiaque, d'une myocardite le plus souvent, comme dans les cas observés par M. Urechia. L'autopsie permet de constater, outre la lésion cardiaque, un cerveau pâle, anémié. Dans d'autres cas, c'est la congestion cérébrale, avec une hémorragie méningée qui explique le décès. Quand on trouve des lésions inflammatoires légères et discrètes, il faut penser à la possibilité d'une encéphalite léthargique.

Notons que, à part les signes somatiques propres à la grippe, les symptômes d'ordre neurologique sont peu nombreux et peu marqués : quelques troubles transitoires des réflexes pupillaires à la lumière ; une légère augmentation d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, un Kernig fugace.

Ces notions psychiatriques concernant la grippe laissent entière la question de la nature de cette maladie infectieuse dont l'étiologie est encore pleine de mystère. Est-elle due à un virus filtrant ? Au microbe de Pfeiffer ? A quelques autres microbes ? Tant que ces questions resteront sans réponse précise, il sera bien oiseux de bâtir pour les psychoses, dites aujourd'hui grippales, post-grippales ou pseudo-grippales, des cadres nosologiques. Il sera bien difficile aussi d'établir les relations pathogéniques entre l'infection grippale et l'encéphalite léthargique. De même, toutes ces considérations expliquent l'absence, à l'heure actuelle, d'un sérum, d'un vaccin capable de neutraliser une infection génératrice de manifestations neuro-psychopathiques aussi polymorphes.

III. Les obsessions

Leurs modalités cliniques soulèvent, entre autres problèmes psychopathologiques, deux questions, l'une, d'ordre *séméiologique* ; l'autre d'ordre *nosologique*.

La *séméiologie* de l'obsession a été discutée sous toutes les faces, dès le berceau de la psychiatrie, depuis Esquirol jusqu'à Magnan et ses nombreux disciples.

On a appris ainsi à distinguer l'obsession de l'idée fixe, à ne pas confondre l'obsession impulsive et l'impulsion vraie, à mesurer le degré d'irrésistibilité de l'obsession.

Au point de vue *nosologique*, le syndrome n'a pas été moins scruté et défini : tantôt comme une entité synthétisant tous les états obsédants sous le nom de psychasthénie, tantôt comme un simple trouble de l'idéation ou de l'émotivité, observable dans nombre d'affections neuro-psychiques comme la névrose d'angoisse, la mélancolie, la paranoïa, la psychose maniaque dépressive, etc.

Revenant sur cette étude nosologique MM. Vurpas et Corman publient sur les Obsédés mélancoliques et obsédés constitutionnels (1) vingt-sept observations très fouillées, destinées à démontrer que les états morbides accompagnés d'obsession, suicide ou homicide, s'apparentent très intimement à la mélancolie et, d'autre part, à différencier ces états : soit d'obsessions constitutionnelles ; soit d'obsessions qui s'accompagnent d'impulsion suicide ou homicide irrésistibles.

Pour établir cette démonstration et cette différenciation, les auteurs ont interrogé leurs obsédés. Les uns ont toujours été des scrupuleux et des douteurs : dès leur enfance, ils se livraient à des vérifications d'actes les plus simples, comme la fermeture d'une porte, d'un robinet d'eau ou de gaz, le timbrage d'une lettre ; ou bien, ils manifestaient des scrupules dans l'accomplissement de certains actes d'ordre moral, comme la confession... La date d'apparition de ces phénomènes de doute ou de scrupule permet ainsi de remonter au début du syndrome obsédant.

Par contre, dans un certain nombre de cas, les signes initiaux de doute et de scrupule faisaient entièrement défaut ou n'étaient ébauchés que depuis fort peu de temps. Ici, les obsessions se présentaient sous la forme de phobies ou d'impulsions-craintes ; elles s'accompagnaient de signes mélancoliques et, fait important, disparaissaient au bout d'un certain temps pour réapparaître parfois quelques mois ou quelques années après, à la manière d'un syndrome périodique. S'étant appliqués plus particulièrement à l'étude des obsessions impulsives du suicide et de l'homicide, MM. V. et C. déclarent qu'elles doivent être complètement distinguées des impulsions vraies. D'après eux, ces obsessions ne se développent qu'à la faveur d'un état dépressif, de sorte que le tableau clinique qu'elles réalisent s'apparente, comme nous l'avons dit plus haut, à la mélancolie. Elles se présentent généralement, tantôt sous l'aspect d'un accès isolé, tantôt sous la forme intermittente, périodique. Il s'agit, en quelque sorte, d'un état obsédant dans lequel l'obsession n'est qu'un symptôme secondaire se développant sur un fonds préexistant de dépression morale avec anxiété.

Ces conditions sont, en somme, à peu près identiques à celles qui sont à la base de la production d'un accès de mélancolie, ou de la psychose maniaque dépressive : mêmes facteurs héréditaires, même constitution mentale dépressive, etc.

On observe, en outre, des formes de transition entre les états obsédants, homicide ou suicide, et la mélancolie anxieuse. Parfois, l'accès d'obsession alterne avec un accès mélancolique simple.

Mais tous ces obsédés mélancoliques ne ressemblent point aux obsédés constitutionnels chez lesquels manque l'état affectif et prédomine, par contre, l'élément idéatif, abstrait, raisonnant.

Quant à la thérapeutique de ces états obsédants, les auteurs la résument en ces prescriptions : pas d'isolement, une bonne hygiène générale ; une médication tonique et calmante et, par dessus tout, le travail susceptible d'intéresser vivement le malade, le distraire en vertu du procédé bien connu de tous les obsédés conscients de leur trouble mental : celui d'un clou qui chasse l'autre...

(*A suivre*) Dr J. ROUBINOVITCH.

(1) *Ann. méd. psych.*, T. I, n° 4, avril 1933.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Pathologie géographique

Le panorama de pathologie géographique de Genève est des plus curieux.

Certaines maladies font défaut comme les affections tropicales et l'intoxication professionnelle par l'aniline ; il en est de même de la splénomégalie de Gaucher et de la cataracte de Vogt.

D'autres tiennent une place restreinte ; on peut citer en premier lieu la polyarthrite rhumatismale aiguë.

D'autres sont contrecarrées par le développement de l'hygiène générale et par la propreté des villes et villages en Suisse : fièvre typhoïde, variole, dysenterie. Les parasites animaux sont rares ; le *ver suisse*, le bothriocéphale s'éclipse ; les ascarides seraient encore plus rares si on lavait plus soigneusement la salade. L'industrie laitière, si active a su, par ses mesures de prudence, réduire les cas de maladie de Barlow, due surtout au lait trop cuit.

La scarlatine garde un caractère inoffensif à Genève, alors qu'elle est grave en Suisse allemande, en Allemagne, en Angleterre.

Par contre trois maladies fournissent beaucoup de matériel d'études : le rhumatisme chronique, la tuberculose et le cancer.

Genève a le triste privilège d'une maladie qui est une spécialité locale : l'ostéomalacie sénile.

(Askanazy. Genève et la distribution géographique des maladies. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 février 1933.)

Maladies épidémiques

Une épidémie de dysenterie, d'une gravité anormale, a sévi en Roumanie de juillet à décembre 1932 ; on a compté 8.000 cas et 854 décès, ce qui représente une mortalité de 11 %.

Voici les résultats des examens pratiqués aux différents laboratoires :

Institut Cantacuzino : 24 examens, 2 B. Flexner, 2 B. Sonne.

Institut d'hygiène de Cluj : 36 examens, 1 dysenterie amibienne.

Laboratoire Brasov : 17 examens, 3 B. Flexner, 1 B. Shiga.

Laboratoire Statu Mare : 273 examen. 4 B. Flexner.

Laboratoire Timisoara : 11 examens. 1 B. Flexner.

Laboratoire Cernauti : 186 examens, 31 B. Shiga.

Laboratoire Oradia : 45 examens, tous négatifs.

Laboratoire Tg. Mures : 1 examen, négatif.

Laboratoire Galati : 3 examens, négatifs.

Laboratoire Pitesti : 2 examens, négatifs.

Labaratoire Craiova : 43 examens, 24 fièvres typhoïdes confirmées.

On a employé le serum antidysentérique.

(G. Calalb. Epidemia de disenterie din cursul anului 1932. *Revista Stiintelor medicale*, mars 1933.)

Chirurgie

Trente-trois années de pratique de la chirurgie des voies biliaires au Chili permettent au Professeur L. Sierra de faire quelques reflexions des plus curieuses.

Les médecins, comme les poètes, se sont servis de mots qui ne correspondent pas toujours à des idées exactes ; les malades ont supporté les conséquences des fausses interprétations. Continuer à diagnostiquer des dyspepsies, des névralgies gastriques, des indigestions, des dyschinésies de la vésicule biliaire, simples troubles fonctionnels, ou répéter qu'il y a des calculs innocents, c'est méconnaître en grande partie les faits que les chirurgiens constatent chaque jour chez leurs opérés en faisant de la *pathologie vivante*. La médecine moderne peut contribuer efficacement à prévenir les catastrophes auxquelles aboutissent les conceptions erronées.

La vaste expérience que nous avons acquise dans les infections suppurées du foie provoquées par les amibes, ainsi que dans les infections hépato-vésiculaires nous autorise à soutenir que ces dernières constituent les plus fréquentes de toutes les infections abdominales, qu'il nous soit donné d'observer, en particulier chez les personnes qui mènent une vie sédentaire. Le principal *laboratoire* du corps humain reçoit, plus ou moins, non seulement les germes mêlés aux aliments qu'absorbe la veine porte mais encore ceux qui arrivent, par voie artérielle, d'une région quelconque de l'organisme.

De quelque endroit que parviennent les germes qui vont donner lieu à cette double infection, hépatique et vésiculaire, les parois de la vésicule sont le lieu de prédilection qui les hébergera. Il s'y constitue un véritable nid à microbes contre lesquels l'organisme se défend parfois très mal. Seule la vulgarisation de ces notions nous permettra d'opérer ces malades avec le minimum de risques et le maximum de chances d'une guérison radicale, tandis que dans ces trente dernières années l'intervention du chirurgien n'était plus ou moins sollicitée que pour les complications urgentes.

(L. Sierra. Treinta y tres anos de cirurgia de las vias biliares en Chile. Infecciones hépato-vesiculares. Réflexiones y comentarios. *Revista medica de Chile*, avril 1933.)

Les aiguilles, enclavées dans les grandes masses musculaires, n'imposent qu'exceptionnellement l'extraction d'urgence et gênent si peu les porteurs qu'elles constituent fréquemment de véritables découvertes radiographiques sur les plaques faites dans un autre but.

Ces petits fragments d'aiguille, enclavés dans l'éminence thénar, imposent en général leur extraction pour douleurs ou impotence fonctionnelle ; seules les aiguilles, enclavées dans les doigts, gênent, car elles sont à proximité de la peau ou en contact avec elle. Comme les aiguilles de couturière sont pratiquement aseptiques, on n'observe qu'exceptionnellement des accidents infectieux primitifs.

L'indication opératoire d'extrême urgence, qu'imposent les malades, terrifiés par la crainte que l'aiguille courre jusqu'au cœur, doit céder le pas à l'indication opératoire raisonnée.

L'extraction n'est du reste pas facile ; elle aboutit fréquemment à des échecs humiliants.

Il y a quelques années se présente à l'Institut de Clinique chirurgicale un jeune étudiant, accompagné par sa mère, qui venait angoissée nous demander notre aide ; en pratiquant une injection intramusculaire, elle avait brisé l'aiguille, qui était restée dans la fesse. L'inquiétude de la mère contrastait avec le calme du fils, qui s'efforçait en vain d'enlever toute importance à l'accident. Nous examinons le jeune étudiant et tout ce que nous pouvons reconnaître c'est l'orifice d'entrée de l'aiguille. La palpation ne permet pas de reconnaître le corps étranger, qui s'est sûrement logé en pleine masse musculaire. L'exploration manuelle ne provoque ni douleur ni gêne. Les contractions musculaires, flexion et extensions forcées, ne déterminent aucun trouble ; le sujet s'assied et se relève sans douleur ni gêne.

Après un examen prolongé, nous disons à la mère : « L'accident n'a aucune importance. Laissons l'aiguille où elle est ; si jamais elle détermine avec le temps des troubles quelconques, ces mêmes troubles nous indiqueront le chemin direct jusqu'au point d'enkystement. Il n'y a point de péril grave ni immédiat. Le péril éloigné, réaction inflammatoire, abcès tardif, fait partie des contingences possibles, tout en restant sans gravité

La senora entendit nos conseils ; mais, comme elle n'était pas dans des conditions psychiques favorables pour comprendre nos raisons et passer brusquement de l'angoisse la plus horrible au calme complet, elle sortit de l'hôpital, mais pas pour rentrer chez elle. Elle trouva un confrère, qui ne pensait pas comme nous et conseilla l'extraction immédiate. Le jeune homme fut opéré une heure plus tard. L'intervention fut longue, laborieuse et interrompue à plusieurs reprises pour conduire le sujet à la salle de rayons X. Au bout de trois heures le chirurgien abandonna ses recherches et prescrivit de nouvelles radiographies, en fixant quelques repères pour faciliter l'extraction. Il recommença l'intervention quelques heures après et, en dépit de l'anesthésie générale et de la dissection méticuleuse, il ne fut pas possible d'avoir le corps étranger.

Le lendemain matin le sujet retourna à la salle d'opérations, après avoir posé pour de nombreuses plaques. La troisième tentative fut abandonnée à 2 heures. Depuis douze ans l'aiguille est restée à l'endroit exact où l'avait brisée la mère.

(Oscar Ivanissevich et Roberto C. Ferrari. La extraccion de las agujas. Indicaciones operatorias. *Semana medica*, 20 avril 1933.)

70 cas de tuberculose rénale ont été opérés à la Clinique chirurgicale de Cluj dans ces dix dernières années.

Les formes cliniques ont fourni la statistique suivante :

Forme réno-vésicale	25,4 %
Forme pyélo-nephrétique	20,3 %
Forme hématurique	16,9 %
Forme vésicale pure	15,2 %
Forme rénale douloureuse	5 %
Forme latente	5 %
Forme tumorale	3,5 %
Forme d'incontinence	0,5 %

Au point de vue anatomo-pathologique, la forme la plus fréquente est l'ulcéro-caverneuse (52 %).

La tuberculose rénale se manifeste surtout par des symptômes d'emprunt, surtout vésicaux : pollakiurie, pyurie, dysurie, hématurie.

L'évolution a été progressive, sauf quelques cas très rares avec rémissions de courte durée.

(E. Teposu et I. Danicico. Consideratiuni generale si statistice in legatura cu 70 cazuri de tuberculoza renala operate in Clinica chirurgicala din Cluj, in ultimii 10 ani. *Clujul medical*, 1er avril 1933.)

Une observation de rupture traumatique du rein présente quelques particularités :

1º Le jeune âge du sujet (12 ans).

2º Le caractère intrapéritonéal de l hémorragie.

Lorsque le sang fuse dans le péritoine, au lieu de se collecter en formant un hématome péri-rénal, il est difficile d'apprécier la gravité du traumatisme. La fosse lombaire restant muette, il n'y a que l'hématurie et l'état général qui puissent servir à établir les indications thérapeutiques. Mais l'hématurie est elle-même un symptôme bien peu fidèle, des lésions minimes du rein peuvent s'accompagner d'hématurie abondante et tenace, pendant qu'avec des contusions graves on peut voir des hématuries s'atténuer, même cesser pour quelques jours, donnant ainsi faussement l'impression d'une évolution favorable. C'est donc par la seule étude de l'état général et en particulier de la pression artérielle qu'on pourra arriver à établir à propos une indication opératoire.

(N. Lavergne et F. Trempe. Rupture traumatique du rein avec hémorragie intra-péritonéale. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, avril 1933.)

Un cas de forme pseudo-ostéomalacique d'ostéite fibreuse généralisée a été observé chez une femme de 56 ans.

Il a eu une évolution lente : début datant de douze ans, accentuation progressive des douleurs au niveau du squelette, arrêt depuis huit mois.

La palpation de la région thyroïdienne révèle un empâtement du cou à gauche.

L'aspect clinique le plus remarquable est le caractère pseudo-ostéomalacique : déformation typique du bassin, tassement de la colonne vertébrale.

Le diagnostic différentiel avec l'ostéomalacie se base principalement sur l'hypercalciurie et l'hypercalcémie.

L'extirpation d'une volumineuse tumeur parathyroïdienne est suivie d'une chute brusque de la calcémie avec apparition de tétanie passagère.

Cinq mois après l'intervention la malade est capable de se tenir debout et six mois après la recalcification est nettement démontrable par la radiographie.

(J. Morelle. Hyperparathyroïdie. *Scalpel*, 8 avril 1933.)

L'ostéosynthèse au moyen des vis hélicoïdales représente un progrès important dans les fractures de Dupuytren.

La vis hélicoïdale est supérieure à la vis ordinaire pour deux raisons : d'abord une pièce de prothèse n'est bien tolérée que si elle est rigoureusement immobile par rapport aux fragments dans lesquels elle se trouve placée ; ensuite une pièce de prothèse qui comprime l'os au delà de son élasticité, produit de la décalcification autour d'elle, ballotte et devient rapidement *indésirable*.

L'hélice correspond exactement au diamètre de la mèche, elle se taille un trajet grâce à son filet tranchant et mince, elle ne *foire* pas.

En tissu aseptique elle est parfaitement tolérée et maintient en contact les fragments osseux avec toute la solidité désirable ; aussi n'est il pas nécessaire d'immobiliser les blesses, ce qui supprime toute raideur et réduit au minimum l'atrophie musculaire.

L'hélice ne doit pas être enlevée du tout, ou, tout au moins, ne pas être extraite avant plusieurs mois ; elle représente en effet la meilleure garantie contre tout élargissement secondaire de la mortaise tibio-péronière.

L'intervention est à déconseiller dans les cas de fracture ouverte.

Voici une observation résumée caractéristique :

Col... Louis, 19 ans, est opéré 48 heures après un accident sous rachianesthésie et sans aucune difficulté.

La réunion *per primam* est complète. Le patient se lève quatorze jours après l'opération, sans bandage, ni béquille, ni canne. Le quinzième il boitille encore un peu. Le dix septième jour la marche est absolument normale ; il peut faire demi-tour en s'appuyant sur le pied opéré. Il quitte l'hôpital le dix-neuvième sans plus présenter aucun trouble, pas même d'œdème malléolaire. Revu neuf semaines après l'accident, Col... peut courir à grandes enjambées et à toute vitesse sans éprouver ni douleur ni fatigue.

(Prof. Danis, de Bruxelles. Ostéosynthèse des fractures de Dupuytren fermées au moyen des vis hélicoïdales *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, avril 1933.)

Accidents du travail

Une question encore peu étudiée et qui mérite d'attirer l'attention des experts est celle de la durée de l'incapacité temporaire et celle de la date à fixer pour la consolidation juridique d'une blessure ; ils doivent établir la date de consolidation d'une lésion, qui est probablement guérie depuis longtemps, mais qui, au dire du blessé, l'a empêché de reprendre son travail jusqu'au moment de l'expertise. Il devient bien difficile d'établir scientifiquement l'époque à laquelle le sinistré aurait pu faire un travail même partiel.

Dans nombre de cas il serait possible d'établir la durée approximative nécessaire à la consolidation d'une blessure ou d'une lésion, de fixer ainsi la date de consolidation et d'indiquer avec assez de précision la durée de l'incapacité temporaire en basant les appréciations sur la jurisprudence et sur le pronostic normal. Ces évaluations pourraient en tout cas être tentées pour un grand nombre de lésions traumatiques simples, sans complications. Ce travail faciliterait l'expertise et la rendrait plus précise et souvent plus équitable.

Pour les fractures il ne faut pas confondre la consolidation chirurgicale avec sa guérison. Une fracture peut très bien être consolidée chirurgicalement, un cal solide peut être formé, mais il s'en faut que la récupération fonctionnelle plus ou moins complète soit obtenue. La date de consolidation juridique est toujours postérieure à celle de la consolidation chirurgicale.

(Marcel Heger. L'évaluation du taux des incapacités de travail. *Scalpel*, 13 mai 1933.)

Thérapeutique

L'injection intraveineuse d'adrénaline a donné dans trois cas des phlegmons gangréneux, à marche suraiguë mais à issue favorable ; voici la première observation :

Pr. F.., 31 ans, manœuvre.

Depuis l'âge de 20 ans bronchite chronique ; depuis deux ans asthme classique, avec accès hebdomadaires arrêtés par une injection d'adrénaline. Devant la persistance de la maladie, il entre, le 29 décembre 1931 à la Clinique médicale, il a de la bronchite chronique et pas autre chose.

Le 3 janvier 1932, à 18 heures, au cours d'une crise d'asthme, il reçoit une injection intramusculaire d'adrénaline (1 c. c. de la solution à 1/2 pour mille) dans la fesse droite.

Pendant la nuit le malade se plaint d'une tension douloureuse au point d'injection ; le lendemain matin la région fessière et la partie supérieure de la cuisse sont tuméfiées, rouges, douloureuses ; la température est de 38°5.

Le 5 janvier les phénomènes locaux sont devenus plus évidents et se sont étendus ; la fièvre atteint presque 40 et l'état général est touché.

Le 6 janvier le malade nous est amené et notre examen révèle : sujet souffrant et déprimé ; la région fessière est fortement tuméfiée, rouge, chaude, présente une douleur exquise ; une petite zone ecchymotique au siège de l'injection ; ni fluctuation ni crépitation ; les régions voisines participent légèrement au processus ; un peu d'albumine dans l'urine, pas d'urobiline.

On pratique immédiatement une large incision, qui arrive en profondeur dans l'épaisseur de la fesse, où l'on trouve une petite quantité de pus fétide ; les tissus sont nécrosés et le muscle a l'aspect de viande bouillie ; pas de gaz.

Les conditions générales et locales s'améliorent ; de la plaie s'éliminent des tissus nécrosés ; au bout de deux semaines la plaie est à peu près détergée ; on aperçoit un vaste décollement, qui nécessite un large débridement.

On constate ultérieurement une légère sécrétion purulente, puis une cicatrisation très lente, demandant plus de trois mois pour aboutir à la guérison.

Conclusion : Méfions-nous des phlegmons adrénaliniques, L'adrénaline a une puissante action vaso-constrictive, qui asphyxie les tissus et laisse le champ libre aux germes pathogènes.

(R. Grasso. Sui flemmoni gangrenosi da adrenalina. *Bulletino e atti nella reale Accademia medica di Roma*, avril-mai 1933.)

L'extrait de foie injectable, correspondant à 10 grammes de foie pour 2 c. c., s'emploie par voie intraveineuse, sous-cutanée et de préférence intramusculaire.

Il est parfaitement indiqué dans les formes graves d'anémie pernicieuse, quand l'ingestion du foie a échoué.

Deux observations montrent l'efficacité de cette thérapeutique.

(Guido A. Loretti. La hepatoterapia parenteral en la anemia perniciosa. *Prensa medica Argentina*, 12 avril 1933.)

J. LAFONT.

Emploi de la cannelle en gynécologie. — *Action sur le flux menstruel.* La cannelle est un vaso-constricteur hémostatique qui est utile dans les ménorragies des chlorotiques. Pour certains, la cannelle aurait une action identique à celle de l'ergot et serait capable d'exciter les contractions utérines ; pour d'autres, elle n'agit que comme stimulant général du système nerveux. DUJARDIN-BEAUMETZ, GUBLER lui reconnaissaient une action certaine dans les métrorragies, qu'elle serait capable d'arrêter immédiatement. D'après AUDHOUI, elle exciterait la contractilité de la fibre utérine quand celle-ci a été fatiguée par des contractions laborieuses.

Autres effets. Excellent médicament de l'adynamie dans les maladies infectieuses.

Posologie. DUJARDIN-BEAUMETZ la prescrit sous forme de teinture (quatre à six grammes : la cuillerée à café pour tout dire).

H. V. et O. P.

MALADIES DU FOIE

HEPATIC EFA

EXTRAITS VÉGÉTAUX SANS TOXICITÉ, SANS INTOLÉRANCE

VÉSICULES DOULOUREUSES
INSUFFISANCE BILIAIRE. LITHIASE
– COLIQUES HÉPATHIQUES –
CHOLÉCYSTITES – DERMATOSES, –

MODE D'EMPLOI } 1° LE MATIN A JEUN, UN CACHET DANS UN PEU D'EAU
2° 1/4 D'HEURE APRÈS, UNE AMPOULE DANS 1/4 DE VERRE D'EAU

SE VEND EN BOITE DE 12 CACHETS ET 12 AMPOULES DE 5cc BUVABLES

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES EFA CARENTAN (MANCHE)

la seconde maman



Après le lait maternel
ou à défaut du lait maternel

mais toujours avec du lait, sauf quand il n'est pas toléré, veuillez penser à

la **Blédine**
JACQUEMAIRE

aliment biologiquement complet
d'une digestibilité parfaite

pour compléter le lait de vache, pour le rendre plus digestible, pour favoriser la croissance et préparer le sevrage progressif

Dans les cas les plus difficiles
c'est aussi votre aliment de secours

car son emploi facultatif au lait frais, au lait condensé, au lait sec, au bouillon maigre de légumes, ou même à l'eau, vous donne toutes les facilités

pour suspendre l'allaitement
et y revenir progressivement:

Établissements JACQUEMAIRE
VILLEFRANCHE (Rhône)

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES

Absorption facile et rapide. Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGENINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE

ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIEVRE ET LA DOULEUR

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus,
ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges. Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT

Non irritant kératoplastique
Aucune intolérance digestive ou cutaneo-muqueuse Jamais d'argyrisme

EMGE LUMIERE

MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNÉSIENNE

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE TOUS LES TROUBLES LIÉS A UN ÉTAT D'INSTABILITÉ HUMORALE ***ANTI-CHOC***

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la

Sté Ame des Produits Chimiques Speciaux " BREVETS LUMIERE "
45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

VARIÉTÉS

Les arbres carnivores dn jardin-parc totémique (Arboretum) de Croix-le-Vie (V.) (1).

Physiologie végétale expérimentale.

Dans ces dernières années, j'ai répété les expériences que j'ai déjà signalées (2) d'*arbres alimentés par des cadavres d'animaux*, en chair et en os.

Je puis citer les exemples suivants, récemment observés :

1° En décembre 1929, j'ai enfoui, au centre d'un *demi-cercle* d'environ un mètre de diamètre, le cadavre d'un *chien* setter écossais à pelage roux, que j'avais été obligé de tuer d'un coup de fusil, parce qu'il était devenu méchant (mordeur) et avait un abcès sous-maxillaire avec eczéma ; âgé de trois ans. A l'autopsie, j'avais constaté qu'il avait du *rhumatisme chronique* de la colonne vertébrale, localisé à deux vertèbres dorsales et à une lombaire, malgré son jeune âge.

Ce demi-cercle était entouré par un *Viburnum Tinus*, un *Ailanthus* glandulosa, un *Evonymus europœus* et d'un vieil acacia (*Robinia* pseudo-acacia), arbre qui avait de 20 à 30 ans, du *côté de l'Est*. Pas d'arbre à l'Ouest.

En août 1933, à l'ouverture de la fosse de pierres sèches d'enfouissement, j'ai constaté que tous ces arbres envoyaient à l'intérieur de cette fosse de fortes radicelles, dont quelques-unes avaient deux millimètres de diamètre. Le chevelu de ces radicelles pénétrait dans le crâne, les orifices nerveux de la mandibule, le bassin, la colonne vertébrale par l'extérieur du canal rachidien. Quelques racines avaient 0 m. 20 à 0 m. 30 de longueur.

Donc, de tous les côtés, le cadavre avait été attaqué... Mais je n'ai remarqué, cette fois-ci, aucune prédominance pour un arbre donné. En certains points, les chairs n'avaient pas encore totalement disparu, en particulier sur les deux faces des deux omoplates.

2° En 1927, j'ai enfoui entre deux vieux fusains (*Evonymus europœus*), âgés de 15 à 17 ans, à 0 m. 50 de chacun d'eux, sur une ligne *Nord-Sud*, un gros crâne de *porc*, race Yorkshire (tête de bouledogue), recouvert de ses chairs et provenant d'un cadavre trouvé en mer.

En août 1933, je l'ai déterré. Des racines des deux fusains pénétraient dans le crâne et avaient absorbé toutes les chairs, sauf la couenne, trouvée desséchée et presque intacte. Il semble que les radicelles dirigées du fusain Nord vers le Sud, c'est-à-dire méridiennes, étaient plus abondantes et plus grosses que les autres...

3° Le corps d'un oiseau très rare, le *Macareux arctique* (*Fratercula glacialis*), avait été enseveli à l'Est du pied d'un très vieux Figuier (*Ficus carica*), âgé d'au moins 200 ans, le 25 novembre 1930 : cela avec tout son plumage, imprégné d'eau salée (oiseau trouvé mort dans port).

Déterré en 1933, c'est-à-dire un an trop tard au moins, de *nombreux os* avaient été totalement *résorbés*. On voyait un chevelu énorme de fines radicelles du figuier, partant du niveau du sol même, se diriger vers la fosse, et enchevêtré entre les os

(1) Marcel BAUDOUIN. — *Jardin totémique de Croix-de-Vie (V.).* — *Bull. Soc. Sc. nat. Ouest*, Nantes, 1931, XLI, 1-4, p. IX.

(2) Marcel BAUDOUIN. — *Les arbres carnivores* (prise de date). — *Bull. Soc. Sc. nat. Ouest*, Nantes, 1931, XLI, p. IV.

très grêles de ce bel oiseau, au sternum en *cuiller* si caractéristique. Pas trace de chairs, bien entendu.

***

Je pourrais citer au moins une quinzaine d'observations semblables ; ce qui serait inutile. En réalité, je dispose de plus de cinquante.

Je me borne à ajouter que les arbres ainsi nourris de substances animales sont d'une *résistance* à toute épreuve ; la gelée et les grandes chaleurs ne les touchent pas. Aussi ont-ils une *croissance très forte* et *très rapide* ! Des acacias, nourris de cette sorte depuis 30 ans, sont devenus des *arbres gigantesques*, au *Parc totémique* de Croix-de-Vie (V.), où chaque arbre a sa fiche de *naissance* en *ciment* (*date de plantation* ; *croissance*, etc.).

***

On remarquera que les petites fosses à enfouissement sont *entourées* de pierres sèches et qu'il faut que les radicelles, pour pénétrer dans la cavité où est placée la nourriture, doivent être *attirées* par celle-ci et pénétrer par les interstices. Elles n'ont pas de fond en pierres. Si les racines se développaient *au hasard*, elles s'égareraient et iraient dans tous les sens, alors que manifestement elles se dirigent vers l'endroit voulu, sans jamais se tromper. Le chevelu renforcé des radicelles le démontre.

De plus, pour les petits animaux, toujours placés *superficiellement* (0 m. 20 à 0 m. 25 seulement en profondeur), les troncs des gros arbres n'ont pas de racines à ce niveau. Or, dans ces cas, des radicelles adventices se montrent sur la tige souterraine *dès le sous-sol* et se dirigent *horizontalement* vers la fosse !

Jamais les radicelles ne viennent, par la partie *libre* pourtant profonde du fond, envahir le centre de la fosse.....

Presque toutes sont *périphériques*. C'est là un phénomène très remarquable, qui semble prouver que le végétal « sent à distance », la nourriture carnée qu'on lui a préparée. Il semble avoir des « poils olfactifs », si l'on peut ainsi dire, au bout de ces prolongements souterrains de la tige. En réalité, il y a sans doute transmission de radiations du cadavre au tronc même de l'arbre.

Je poursuis ces expériences déjà très multipliées depuis plus de trente ans ! Les phénomènes se sont toujours passés comme je l'ai signalé dans ma première note sur ce sujet.

MARCEL BAUDOUIN.

Echos et Glanures

Montaigne et la peste de Bordeaux. — *Dans* CANDIDE *(31 août 1933) un article de M. le Docteur Léon Cerf, intitulé :* MONTAIGNE RESPECTA LE RÈGLEMENT. *En voici un extrait :*

Il y a, dans la vie de Montaigne, un épisode qui a été fâcheusement — et inexactement — interprété : je veux parler de l'attitude du philosophe en face de la peste de Bordeaux.

Certains biographes, pour ne pas avoir à rougir de celui qu'ils aiment et admirent, déploient le manteau de Sem et Japhet devant cette faiblesse et passent l'incident sous silence. D'autres, dont la conscience se refuse à taire la vérité, si pénible qu'elle leur semble, adressent des reproches amers à Montaigne dont ils déplorent l'apparente couardise. C'est ainsi que M. Jean Plattard écrit, dans son introduction à l'excellente édition des *Essais* qu'il a publiée dans la collection des Universités de France :

« Dans le second semestre de 1585, la peste ayant éclaté à Bordeaux, Montaigne avait à venir dans la ville pour remettre ses pouvoirs aux jurats. Il se mit en route, mais s'arrêta aux environs, alléguant le danger de contagion. Assurément, sa présence n'était pas nécessaire : la visite aux jurats n'était qu'une formalité. Mais on peut estimer que braver le péril pour aller réconforter ses concitoyens eût été une attitude plus honorable pour le philosophe, pour l'admirateur de Caton d'Utique, pour le familier des stoïciens, ou simplement pour le premier magistrat de la cité. »

Présentée sous cet aspect, la conduite de Montaigne n'apparaît pas très reluisante ; elle s'accorde mal avec cette affirmation : *Qu'on ne doit pas refuser aux charges qu'on prend, l'attention, les pas, les paroles et la sueur et le sang au besoin.* Ne nous attardons cependant pas trop longtemps à cette réflexion : ce ne serait pas la première fois que nous verrions, chez un grand homme, les actes ne pas toujours correspondre aux maximes émises. Mais, précisément, dans une circonstance précédente, Montaigne avait donné la preuve qu'il se souciait peu de la contagion. Quand La Boétie était mort, le 18 août 1563, de dysenterie, c'est-à-dire d'une affection contagieuse, Montaigne n'avait pas hésité à aller le voir, à demeurer auprès de lui, à veiller à son chevet, le soignant et le réconfortant, pendant plus de huit jours, jusqu'à son dernier soupir.

Voulez-vous que nous relisions ensemble la lettre qu'écrivit Montaigne aux jurats de Bordeaux :

Messieurs,

« Jay trouvé icy par rencontre de vos nouvelles par la part que monsieur le mareschal men a faict. Je n'espargneray ny vie ny aultre chose pour votre service, et vous laisseray à juger si celuy que je vous puis faire par ma présence à la prochaine eslection vault que je me hazarde daller en la ville, veu le mauvais estat en quoy elle est, notamment pour des gens qui viennent d'un sy bon air comme je fais. Je m'approcheray mercredy, le plus prez de vous que je pourray, est à Feuillas, si le malny est arrivé, auquel lieu, comme j'escris à monsieur de La Molte, je serai très ayse davoir cest honneur de veoir quelqu'un d'entre vous pour recevoir vos commandements, et me descharger de la créance que monsieur le Mareschal me donnera pour la compaignie, me recommandant sur ce bien humblement à vos bonnes grâces, et priant Dieu vous donner, messieurs, longue et heureuse vie. »

De Libourne, ce 30 juillet 1585,

Votre humble serviteur et frère,

MONTAIGNE.

Notons d'abord que Montaigne ne refusa pas d'aller à Bordeaux. Il déclara, très simplement — et très crânement — qu'il était prêt à ne pas épargner sa vie, si, toutefois, le service qu'il pouvait rendre était en rapport avec le risque à courir.

C'est cette dernière réserve qui vous chiffonne ? Vous auriez préféré que Montaigne se fût mis en route sans rien dire et qu'il fût entré bravement dans la cité infestée ? Ouais ! Les jurats lui auraient probablement, avec mille excuses, fermé la porte au nez. En tout cas, sa présence, loin de rendre service, n'aurait apporté qu'embarras et complications.

Ronsard retrouvé. — *Tel est le titre d'un article de M. Jean-Jacques Brousson, article publié par* JE SUIS PARTOUT (2 septembre 1933).

..... Le 10 mai dernier, en présence de la marquise de Maillé, vice-présidente de la Société, un squelette fut découvert dans le quart Nord-Ouest de la travée du chœur. Pauvre Ronsard ! Dans ses imaginations mythologiques, il n'avait pas prévu la brutalité carabine de ces exhumations. Sont-elles légitimes ? Il y a les mystères de la génération et ceux, aussi profonds, de la putréfaction. Est-il plus légitime de scruter ceux-ci que ceux-là ? Laissons les désensevelisseurs jongler, comme Jorick, avec les têtes de mort...

Voici le passage essentiel de leur procès-verbal : « Les pieds se trouvaient à l'est, à 1 m. 30 du mur septentrional ; la tête était un peu plus rapprochée de l'axe médian, au droit de la saillie des piles orientales de la croisée du transept. Cette tête affleurait les fondations du mur moderne, construit entre ces deux piles. La pression des matériaux de ce mur l'avait écrasée en partie et déplacée vers la clavicule gauche. Les avant-bras étaient en flexion, la main droite reposant sur la région pectorale gauche, la main gauche sur la région sous-claviculaire du même côté. L'ensemble du squelette était en mauvais état de conservation, altéré par le tassement des terres et par l'humidité du sol. Le rachis et le thorax, en particulier, se trouvaient en grande partie réduits en poussière. Toutefois, à part les pieds qui, sauf le calcanéum droit, furent détruits par la pioche des terrassiers, les ossements purent être recueillis à l'état fragmentaire, mais en totalité. Des restes des ferrures et des clous témoignèrent de l'existence d'un cercueil dont le bois avait complètement disparu. Autour du corps, à des niveaux différents, des poteries brisées, au nombre de neuf, avaient contenu du charbon. Il ne fut observé aucune trace d'étoffe, ni de vêtement. »

Ce squelette est-il celui de Ronsard ?

Les toubibs ont ajusté leurs lunettes magistrales : ils ont mesuré, soupesé, reniflé ces pauvres esquilles ; ils les ont confrontées avec les portraits et les bustes, peints et gravés durant la vie de Ronsard. Ils ont fait passer au chantre d'Hélène un rigoureux Conseil de revision. Certaines phalanges des mains offrent des déformations articulaires. C'est un témoignage de l'arthrite. « Mais cette arthrite n'est-elle pas syphilitique » ? De cette terrible déesse, on voit partout, aujourd'hui, les méfaits et les bienfaits. C'est un des principaux articles du *Credo* de nos indévots : sans syphilis, point de salut ! Je veux dire : point de génie !

Ronsard n'aurait-il eu aucun génie, comme le croyait Boileau et son école ? Les médecins chargés de l'inventaire des reliques lui ont refusé la syphilis — 20 sur 20 — ils n'ont accordé que le rhumatisme — 8 sur 20.

Ronsard, on le sait, devint sourd de très bonne heure. Nos anatomistes ont naturellement redoublé d'attention sur le crâne : il est brachycéphale. Le poète avait de très mauvaises dents. On s'attendait à retrouver des vestiges d'otite. Déception ! Ronsard avait tort d'être sourd : il possédait tout ce qu'il fallait pour bien entendre.

Conclusion des médecins : « Les restes découverts le 10 mai 1933 dans le chœur de Saint-Cosme appartiennent à un sexagénaire. Ainsi, par l'âge, comme par la taille, ils correspondent aux divers portraits de Ronsard. » Il était, assure un de ses biographes, d'une stature fort belle, auguste et martiale. Il avait les membres forts et proportionnés, le visage noble, libéral et vraiment français, la barbe blondoyante, les cheveux châtains, le nez aquilin, les yeux pleins de douce gravité et le front fort serein. »

Comme il n'y a pas eu d'autres cadavres enfouis dans le chœur, on peut, sans témérité, se recueillir devant ces restes, et, selon la pente païenne ou chrétienne de son esprit, réciter le *De profundis*, ou les *Stances* de Ronsard, à la Fontaine Bellerive.....

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 38 LE NUMÉRO : 50 Centimes 23 SEPTEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Sanatoriums publics. — Un concours sur titres est ouvert pour deux postes de médecins adjoints au sanatorium de Felleries-Liessies (Nord).

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut atteindre 36.000 francs, par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement. A ces avantages viendra s'ajouter une indemnité annuelle de 15.000 francs allouée par le Comité départemental antituberculeux.

Il est interdit de faire de la clientèle.

Les demandes doivent être adressées, avant le 4 octobre 1933, au ministère de la Santé publique (Direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut atteindre 36.000 francs par avancements successifs. En outre, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement.

Il est interdit de faire de la clientèle.

Les demandes devront être adressées, avant le 4 octobre 1933, au ministère de la Santé publique (Direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 1e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile. — Pour permettre à plusieurs élèves de suivre le cours de vacances du Professeur Ombrédanne sur la chirurgie infantile qui ne se termine que le 2 octobre, le cours de vacances des Docteurs Armand-Delille et Lestocquoy est reporté d'une semaine et débutera à l'hôpital Hérold seulement le mardi 3 octobre, à 10 h. 1/2.

Institut international d'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques et de leurs effets biologiques et pathologiques. — Une Association internationale ayant pour objet l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques, a été fondée à Nice, en 1932. L'influence puissante de ces radiations, dont l'excès coïncide avec les grands mouvements atmosphériques et telluriques (tempêtes, cyclones, raz de marée, éruptions volcaniques, séismes, etc.), n'est plus ignorée. Ces grands mouvements de l'atmosphère et de l'écorce terrestre, sont accompagnés ou suivis de sécheresse ou de pluies, d'inondations, de modifications de la température et des récoltes, et, par conséquent, de perturbations économiques.

En outre, des recherches récentes démontrent que les hommes sont directement influencés par ces radiations : la recrudescence des maladies, des accidents, des morts subites, des suicides, des crimes, des émeutes, des guerres et des révolutions, est parallèle à celle des perturbations cosmiques, atmosphériques et telluriques. Ainsi, ces radiations inconnues, qui baignent et traversent notre corps, ont sur nous une action biologique et pathologique, dont nous subissons les effets individuels et sociaux.

L'objet de l'Association est de créer des observatoires et des laboratoires, destinés à étudier ces influences, que nous commençons à peine à connaître et qui échappent encore à nos sens et à nos instruments usuels. Ceux-ci ne perçoivent, en effet, que la lumière, la chaleur, le son, le vent, les ondes de T. S. F., la pression atmosphérique, et, dans une certaine mesure, l'électricité. Mais il y a bien d'autres ondes ou radiations que nous devons apprendre à percevoir et à connaître, car elles paraissent agir directement et puissamment sur la vie, l'activité intellectuelle et physique, la maladie et la mort.

L'Association unira les savants et les chercheurs, transmettra et publiera leurs travaux, et les tiendra au courant des études nouvelles. Elle assurera l'enseignement des méthodes et des connaissances nécessaires à l'observation de phénomènes jusqu'alors méconnus. Elle créera des laboratoires, des observatoires et des instruments de recherches nouveaux. Elle informera ses membres de l'imminence des perturbations cosmiques, entraînant les troubles terrestres et humains que nous avons signalés.

Le siège social de l'Association a été établi à Nice, en raison de la facilité exceptionnelle d'observation que donne l'atmosphère particulièrement claire de cette région (55 journées d'observation solaire et stellaire en janvier et février). Mais, ultérieurement, l'Association tiendra alternativement ses assemblées dans des villes différentes.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale du littoral méditerranéen (Docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice, France).

Voyage de Noël 1933 sur la Côte d'Azur. — Le Xe voyage médical international de Noël organisé, comme les précédents, par la Société médicale du littoral méditerranéen, se concentrera à Nice, le mardi 26 décembre.

Le lendemain, le voyage commencera par la route de la Grande Corniche (ancienne voie romaine), où l'on visitera l'observatoire de Nice, le trophée d'Auguste à La Turbie, le château médiéval de Roquebrune, le cap Martin, Menton et le château de Grimaldi (laboratoire du Docteur Voronoff). Après un séjour à Monaco et Monte-Carlo, on reviendra à Nice, par Beaulieu, le cap Ferrat, Villefranche et le Mont-Boron.

Le samedi 30 décembre, journée de repos à Nice. Puis l'on ira visiter Vence et ses établissements de cure, Grasse et ses fabriques de parfums, le Cannet, le Golfe-Juan, Juan-les-Pins, le cap d'Antibes, Super-Cannes (panorama des Alpes).

Le voyage se terminera le mardi 2 janvier, à Cannes.

En raison du Xe anniversaire des voyages organisés par la Société médicale, les réceptions de Noël 1933 seront particulièrement brillantes. En outre, le voyage assistera, le jeudi 28 décembre, à la première assemblée solennelle de l'Institut international d'études des radiations solaires, terrestres et cosmiques, récemment créé par la Société médicale du littoral.

Deux excursions facultatives seront placées au début et à la fin du voyage, pour les adhérents qui pourront disposer d'un temps assez long ; l'une dans les Alpes, le 26 décembre (à Beuil, station de sports d'hiver) ; l'autre dans l'Estérel, le 2 janvier (Fréjus et ses monuments romains, Saint-Raphaël, Valescure Boulouris, Agay, Le Trayas et la route de la Corniche d'Or). Une excursion en Corse pourra aussi être organisée si un nombre suffisant de voyageurs en fait la demande.

L'accès des voyages de la Société médicale du littoral, est ouvert à la famille des médecins et aux étudiants en médecine. Ces voyages ont pour objet principal de faire connaître les richesses climatiques et touristiques d'une région de la France particulièrement bien douée ; ils visent aussi à resserrer les liens affectueux qui unissent la grande famille médicale, en offrant à ses membres l'occasion de réunions amicales, qui constituent des vacances aussi agréables qu'instructives. On sait, d'ailleurs, avec quels soins minutieux sont préparés ces itinéraires confortables, dans un pays magnifique, où les fêtes somptueuses alternent heureusement avec les démonstrations scientifiques.

Les adhérents recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif, valable en toutes classes, du 15 décembre au 14 jan-

J. FEMME veuve, instruite, excell. référ., cherche emploi secrétaire auprès médecin. Mme GUÉNARD, c/o de Courson, 26, rue des Fossés-St-Jacques.

vier. Des arrêts seront autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles et Marseille. Le droit d'inscription au voyage est de 100 francs et l'inscription est ouverte dès à présent. Le nombre des places est limité et les demandes seront examinées dans l'ordre de leur réception.

Pour avoir des renseignements plus complets et le programme détaillé, prière d'écrire au secrétariat de la Société médicale du littoral, qui répondra gratuitement à toutes les questions. La cotisation pour le voyage est fixée à 1.000 francs et cette somme peut être payée par mensualités de 200 francs.

Nécrologie. — Docteur AMBLARD, de Villeneuve-de-Berg (Ardèche). — Docteur Marc BAÏSSET, de Castelnaudary (Aude). — Docteur BERLIAWSKY, de Paris. — Docteur CARUEL, de Saint-Aulay (Dordogne). — Docteur Maurice CAZIN, de Paris, 60, rue Violet (XV[e]), ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté, président de la Maison du Médecin, un des fondateurs de la Société des chirurgiens de Paris. — Docteur CHARLOT, de Nice. — Docteur DANARD, de Paris. — Docteur François DARBOUX, de Pont-Saint-Esprit (Gard). — Docteur DEMAY, de Sathonay (Ain). — Docteur DEROCHE, de Paris, 67, rue de Rome (VIII[e]). — Docteur DEWÈVRE, de Dunkerque, ancien professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens. — Docteur DUPONT, de Louroux-Beconnais (Maine-et-Loire). — Docteur FALLOUX, de Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — Docteur Jean FREDET, de Julienas (Rhône). — Docteur GIL, d'Albi. — Docteur Jacques GUIGNABERT, de Tours. — Docteur HAILLOT, de Sainte-Savine (Aube). — Docteur HAMARD, de Flers (Orne). — Docteur ISTRIA, de Marseille. — Docteur LACOMBE, de La Vernarède (Gard). — Docteur DE MORAMBERT, du Bouscat (Gironde). — Docteur NARODEZKI, de Paris, 6, square Thiers (XVI[e]). — Docteur Albert RAULINE, de Sant-Lô (Manche). — Docteur Albert RICHET, de Digoin (Saône-et-Loire). — Docteur Paul SPINDLER, de Paris. — Docteur TONNELIER, de Montereau (Seine-et-Marne). — Docteur VALCROZE, de Paris. — Docteur VASSAL, d'Evreux (Eure). — Docteur Paul WINTERER, de Belfort. — Docteur Auguste RICKLI, médecin-chef de la Croix-Rouge suisse. — Professeur Belo MORAIS, directeur de la Clinique médicale de Lisbonne. — Docteur Augusto Orrego Luco, de Santiago-du-Chili, membre correspondant de l'Académie des sciences de Paris, ancien collaborateur de Charcot à la Salpêtrière, décédé à l'âge de 85 ans. — Docteur Alexandre COSTIN…, président de la Société roumaine d'oto-rhino-laryngologie, décédé accidentellement à l'âge de 66 ans.

« La seule modification importante introduite dans le programme du P. C. N., en dehors de sa nouvelle appellation, P. C. B., est l'adjonction de douze leçons de mathématiques dont voici le programme :

Eléments de trigonométrie, fonctions circulaires ;
Radicaux et exposants ;
Logarithmes vulgaires. Usage des tables ;
Coordonnées d'un point. Représentation d'une droite par une équation du premier degré ;
Dérivée. Signification géométrique ;
Le signe de la dérivée indique le sens de la variation ;
Maxima et minima ;
Construction de courbes planes simples ;
Différentielle d'une fonction d'une variable ;
Fonctions exponentielle et logarithmique ;
Fonction primitive. Application au calcul des aires.

Voilà certes une orientation vers les sciences médicales du P. C. N. — pardon, du P. C. B. — qui ne peut manquer de contribuer à nous donner des cliniciens parfaits ! » (A. HERPIN. — De la réforme des études médicales. *Gazette des Hôpitaux*, 2… août 1933).

BIBLIOGRAPHIE

Aventures du capitan Alonso de Coutreras (1582-1633), publiées par Jacques BOULENGER. Librairie Plon, éditeur, Paris, 1933.

Et plus exactement : « Discours de ma vie depuis que je partis pour servir le roi à l'âge de quatorze ans en l'an 1595 jusqu'à la fin de l'an 1630, au premier octobre, que je commençai cette narration ». Ce récit qu'a traduit, avec art et relief, M. Jacques Boulenger est la vie d'un capitaine d'aventure espagnol qui passa sa vie à courrir, avec les armées d'Espagne ou de Malte, la Méditerranée, l'Espagne, la Sicile, Naples, Rome, les Flandres, la Grèce, la Syrie, les Antilles. Cette lecture est captivante, tant pour l'intimité de la vie du capitaine que pour l'aisance et le naturel avec lequel sont rapportés les comédies et les drames de cette vie. Henri VIGNES.

Embryologie et évolution, par G. R. DE BEER. Traduit par Jean ROSTAND. Amédée Legrand, éditeur, Paris, s. d. (1933).

Un certain nombre de faits indéniables, faciles à observer, avaient amené Haeckel à admettre que les êtres vivants répètent en abrégé, au cours de leur développement, les étapes de leur lignée ancestrale. Suivant la formule classique, l'ontogenèse récapitule la phylogenèse. Cette conception qui est logique et séduisante a été revisée au cours de ces dernières années. D'autres faits ont été apportés au débat.

G. R. de Beer, fellow de Merton College à Oxford, est de ceux pour qui la théorie de la récapitulation est apparue comme mal édifiée et il expose ses pensées sur ce point en un livre court et clair que vient de traduire, à l'intention du public scientifique français, M. Jean Rostand. On ne compte plus les efforts de M. Rostand pour mettre à notre portée l'état actuel des grandes lois biologiques. Qu'il soit loué pour l'excellente traduction de ce livre si suggestif (remarquablement présenté par l'éditeur Amédée Legrand, encore un dont les heureuses initiatives ne se comptent plus). Henri VIGNES.

Cinquante techniques chirurgicales, de Henri DELAGENIÈRE. Recueillies et rédigées par Yves DELAGENIÈRE (du Mans). (Un volume de 316 pages avec 63 figures : 50 francs. Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Henry Delagenière a laissé une œuvre scientifique déjà classique en grande partie : tels l'usage du plan incliné en gynécologie, la méthode du pneumothorax chirurgical, les greffes ostéo-périostiques, qui portent son nom, par exemple. Mais chirurgien et opérateur, encore plus que savant, il fut essentiellement un praticien, et a laissé comme tel, le souvenir de résultats particulièrement brillants.

Son fils, instruit par lui pendant plusieurs années avec le soin et la minutie qui le caractérisaient, a recueilli tous les détails de sa pratique journalière, la précision de sa technique, l'observation stricte du plus menu détail opératoire ou post-opératoire, ce qui lui a permis de faire paraître cet ouvrage.

A côté des précisions que l'on trouve à chaque page, le livre renferme des chapitres entiers sur des procédés très personnels à Henry Delagenière, tels le chapitre des gastrectomies, où l'on retrouve le procédé simple et sûr de la gastro-entérostomie à deux seuls fils circulaires ; le chapitre de l'amputation du rectum avec le si intéressant drainage sus-pubien entièrement sous-péritonéal, dit drainage en cheminée ; le chapitre de la prostatectomie périnéo-sus-pubienne, qui permet l'ablation large et sûre du cancer prostatique ; — tels encore les procédés de suture étanche avec drainage séparé latéral de l'abdomen, de désinvagination du boudin rectal sur les doigts de l'aide, d'hystéropexie chez les femmes âgées par fixation directe du corps utérin ; — telle l'incision pour la néphrectomie para-péritonéale, etc.

Yves Delagenière, qui a recueilli et rédigé ces procédés de technique, a voulu, en publiant aujourd'hui ce livre, être utile aux *praticiens* de la chirurgie.

Actualités médico-chirurgicales. (*Deuxième série*), quatorze conférences par les chefs de clinique. Préface du Professeur Léon IMBERT. Un volume de 282 pages. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Une première série de ces conférences a déjà été publiée précédemment avec succès.

On trouvera dans ce volume une mise au point de quelques grandes questions de la pratique actuelle, intéressantes pour le praticien et dont la solution reste discutée.

La joie d'être sain. Le Naturisme et la Vie, par le Docteur J. POUCEL, avec 16 photographies en héliogravure hors texte et bois gravé sur la couverture. Préface du Docteur A. ROLLIER, de Leysin. Un volume in-8, de 261 pages, 32 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Le naturisme est à l'ordre du jour. On ne peut s'en désintéresser. Le public sent confusément qu'une part de ses misères physiques et morales vient d'un excès de civilisation auquel l'organisme humain n'est pas adapté. Mais il se méfie, car à côté d'éloges dithyrambiques, il entend maintes railleries. Aussi attend-il avec impatience d'être instruit par un écrivain de bon sens et loyal qui lui apporte un guide sûr.

Cet ouvrage nécessaire, le voici. L'auteur, tout en maintenant le naturisme dans son vrai cadre, qui est celui de l'hygiène, n'a garde d'oublier les points de vue moral, esthétique, social, etc., inséparables de la question. Il le fait dans un style imagé et plein de vie qui rend attrayantes pour tous ces pages inspirées par l'ardent désir de contribuer à rendre une race plus saine, meilleure — et plus heureuse.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'auscultation pulmonaire dans le décubitus latéral

Par J. DE AZEVEDO MAIA

Professeur à la Faculté de médecine de Porto (Portugal).

Pour pratiquer l'auscultation pulmonaire — on le dit dans les traités de séminologie et on le fait dans la pratique courante — la meilleure position est de faire asseoir le malade sur un siège en l'invitant à laisser tomber les bras inertes le long du corps.

Cette position est, en vérité, celle qui convient le mieux lorsqu'on désire comparer l'intensité du murmure respiratoire en des points symétriques des deux poumons. Mais une observation personnelle nous a montré que cette façon d'ausculter les malades n'est pas toujours la plus convenable pour arriver à poser un diagnostic.

Puisque cette observation a servi de base aux études subséquentes auxquelles nous avons été amené, nous en ferons une description très résumée.

A. C..., 80 ans, peu obèse, tomba soudainement malade atteint d'un grand frisson suivi d'hyperthermie (39°). Il avait un peu de toux qui, vingt-quatre heures après, provoquait de l'expectoration visqueuse et rouillée. Pas de point de côté.

Un examen minutieux du malade ne nous a pas permis de trouver aucun des symptômes physiques de pneumonie dont nous avions le soupçon, sauf l'aspect des crachats.

Le lendemain, pas de modifications dans l'état général, ni local.

Le matin du troisième jour, le malade se trouvait abattu et ce ne fut pas sans difficulté que nous l'avons fait asseoir sur le lit pour ausculter le dos dans la position classique. Nous n'avons rien trouvé d'anormal, sauf une très légère diminution du murmure vésiculaire à la base du poumon droit (*fig.* 1).

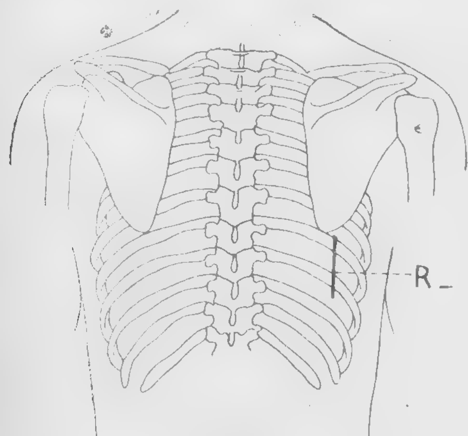


Fig. 1

Le soir du même jour, la prostration et le subdélire étaient plus marqués. Lorsque nous l'avons vu, il était couché sur le côté droit et dans cette position nous avons procédé à l'auscultation pour ne pas le déranger. Nous représentons dans la figure 2 les signes sthetacoustiques (1) que nous avons constatés dans le décubitus latéral droit, que, par abréviation, nous désignerons par L. D.

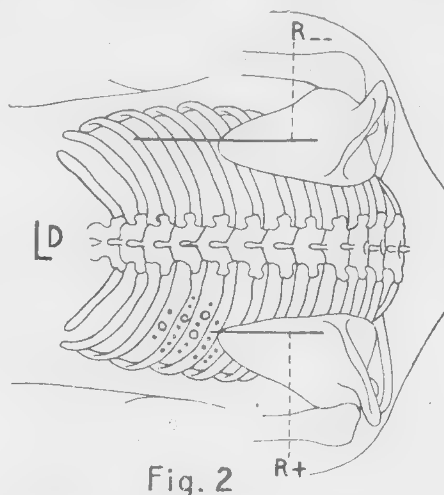


Fig. 2

Ces signes étaient : diminution très accentuée du murmure vésiculaire dans l'hémithorax supérieur gauche, dans l'hémithorax inférieur droit, le murmure vésiculaire très exagéré aux deux tiers supérieurs du poumon avec une grande quantité de râles crépitants et quelques-uns sous-crépitants dans la face postérieure du lobe inférieur.

Ce fait nous a impressionné ; avec notre assistant, nous l'avons ausculté à nouveau dans la position verticale. Nous avons retrouvé le même manque de bruits anormaux. (Schéma *fig.* 1).

Le malade s'était couché, mais alors nous l'avons prié de le faire sur le côté gauche. Ce que nous avons constaté est enregistré dans le schéma de la figure 3, que par abréviation nous désignerons par L. G. (décubitus latéral gauche),

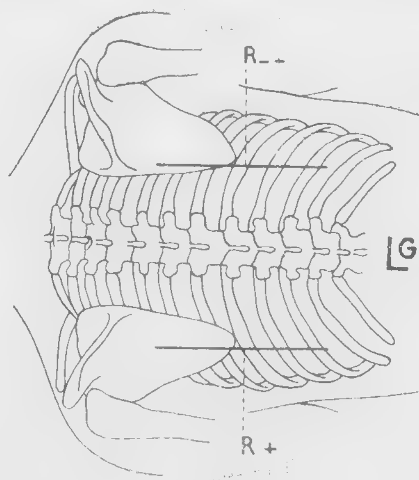


Fig. 3

Comme on le voit c'est l'inverse du schéma obtenu en L. D., en ce qui concerne le murmure vésiculaire, mais sans bruits adventices.

Ce n'est que deux jours après qu'on entendait en position verticale (que nous désignerons par V.) les premiers signes auscultatoires de la pneumonie *centrale.*

Dans cette observation, qui a été pour nous fondamentale, il y a à enregistrer plusieurs faits révélés par l'aus-

(1) Dans les schémas nous représentons :
les râles crépitants par . . . .
les râles sous-crépitants par oooo
les gros râles du ramollissement tuberculeux par . . . .

cultation. D'abord, se détache le phénomène, inconnu pour nous jusqu'alors, d'entendre, dans le décubitus latéral, le murmure vésiculaire exagéré au poumon du côté qui reposait sur le lit en comparaison avec l'autre poumon où il était très diminué. S'agissait-il d'une anomalie ? Il faudrait d'autres observations.

Depuis lors nous avons commencé à pratiquer systématiquement l'auscultation des sujets normaux dans la position verticale classique et, pour différenciation, dans le décubitus latéral droit et gauche. En effet, presque dans la totalité (1) et sur plusieurs centaines de sujets que nous avons examinés, dans ces dernières positions la partie inférieure du poumon présentait le murmure vésiculaire plus accentué que celle de la partie supérieure.

Ce phénomène se répéta toujours n'importe quel côté sur lequel le malade fut placé, comme il ressort des schémas suivants (*fig. 4*).

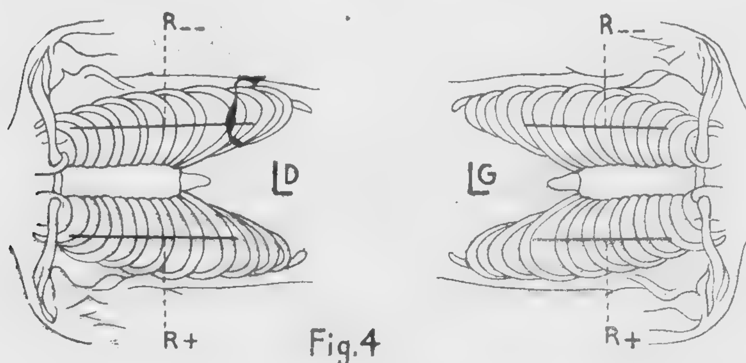


Fig. 4

A mesure que nous faisions nos observations, nous avons remarqué que, pour que ce phénomène soit bien net, il fallait que l'hémithorax inférieur fut *bien appuyé* sur le plan du lit. La meilleure position d'après notre expérience, est la suivante : le sujet à examiner se couche sur un des côtés ; la tête doit reposer sur un petit oreiller ou — ce qui est préférable — sur l'avant bras homolatéral du décubitus. Dans cette position, on ausculte très facilement avec le sthéthoscope les faces antérieure et postérieure du thorax. Pour ausculter la région axillaire, il suffit que le sujet se tourne un peu sur le ventre ou sur le dos.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous avons constaté que, dans le décubitus latéral, au contraire de ce que l'on pense en général, l'hémithorax inférieur, immobilisé par l'appui sur le lit et par conséquent gêné dans son expansion, présentait R + ; c'est-à-dire : le murmure vésiculaire exagéré ; et l'hémithorax supérieur, entièrement libre d'aucun obstacle, présentait R —, ou le murmure vésiculaire très amoindri.

Après avoir pensé à des hypothèses variées, que nous dûmes mettre de côté, nous avons pensé à l'action du diaphragme. Est-ce que l'on modifierait, dans le décubitus latéral, la physiologie de ce muscle dont le rôle dans la fonction respiratoire est bien connu ?

Cette question ne serait pas impossible à résoudre avec l'aide des rayons X.

Le Professeur Roberto de Carvalho, à qui nous avions exposé les résultats obtenus par l'auscultation dans ces positions et la difficulté de leur interprétation, se chargea aimablement de l'étude radiologique.

Si nous arrivions à démontrer par le moyen des rayons X que l'hémidiaphragme inférieur exécute des mouvements plus étendus que le supérieur, toutes les difficultés disparaîtraient.

Le résultat de l'examen radiologique confirma cette hypothèse.

(1) Les exceptions ont été des observations chez des femmes.

En effet, en examinant un sujet normal en position verticale (V) on a vérifié et mesuré en centimètres l'extension du mouvement de chaque hémidiaphragme dès l'expiration forcée jusqu'à l'inspiration forcée (1).

Voici les résultats de ces mesures :

$$V \begin{cases} D = 2 \text{ cm. } 5 \\ G = 3 \text{ cm.} \end{cases}$$

Ensuite on fit coucher le sujet en L.D.

A l'écran on constata qu'à chaque inspiration, l'hémidiaphragme inférieur (dans ce cas le droit) se déplaçait très vite et sur une grande étendue, tandis que le supérieur (le gauche) présentait à peine une contraction très réduite et très lente. Voici les résultat obtenus dans cette position.

$$L.\ D. \begin{cases} D = 6 \text{ cm.} \\ G = 1 \text{ cm.} \end{cases}$$

Ensuite on fit coucher le sujet sur le côté gauche. Les phénomènes observés s'invertissaient. Alors ce fut l'hémidiaphragme gauche (l'inférieur) qui, à chaque respiration, montra une très grande et très rapide contraction en contraste avec le droit (le supérieur) qui à peine se contractait, comme il en résulta des mesures obtenues dans cette position :

$$L.\ G. \begin{cases} D = 1 \text{ cm. } 5 \\ G = 7 \text{ cm.} \end{cases}$$

C'était bien en raison de ce mécanisme que nous avions trouvé à l'auscultation sur le côté inférieur R + et sur le supérieur R —. Tout cela était sous la dépendance de la modification de la physiologie du diaphragme dans le décubitus latéral.

Nous avons poursuivi ces examens radiologiques sur plusieurs sujets des deux sexes et jusqu'à ce moment nous avons 60 observations, depuis l'âge de 2 ans et demi jusqu'à 73 ans. Dans toutes ces observations nous fîmes les mensurations de chaque hémidiaphragme dans les positions V., L.D et L. G. Hormis quelques cas pathologiques, auxquels nous ferons une référence plus loin, tous ces individus présentèrent en décubitus latéral une excursion de l'hémidiaphragme du côté couché, non seulement plus ample que celle de l'hémidiaphragme de l'autre côté, mais, dans quelques observations, elle fut quatre à cinq fois plus grande que celle du même hémidiaphragme examiné en position verticale.

A ses 60 observations nous pouvons en ajouter encore plus de 200, dans lesquelles nous avons procédé à l'auscultation dans le décubitus latéral sans le concours de la radiologie. Sauf quelques cas particuliers que nous citerons ci-dessous, tous ces individus présentèrent du côté inférieur R +.

Avant de continuer cet exposé, on doit dire que, après la lecture de revues médicales consultées par la suite, nous avons pu constater que le phénomène diaphragmatique avait déjà été signalé par le radiologiste Maingot en collaboration avec Paillard.

Mais ces auteurs se sont limités à n'enregistrer que le fait radiologique sans en tirer de conclusions en ce qui a rapport avec la physiologie de la respiration. Au contraire, nous partions d'une observation auscultatoire dans le décubitus latéral. En cherchant à l'interpréter avec le concours des rayons X, nous avons constaté le phénomène diphragmatique que Paillard et Maingot, à notre insu, avaient déjà décrit.

Ce que nous jugions inédit est la vérification de l'influence du phénomène diaphragmatique sur l'auscultation pulmonaire.

(1) Ces mesures ont été toujours prises au centre de chaque hémi-diaphragme.

***

Dans l'acte mécanique de la respiration, il y a encore des points qui ne sont pas éclaircis. Ainsi, comment interpréter que, dans le décubitus latéral, les deux hémidiaphragmes se déplacent inégalement pendant l'acte respiratoire, bien que d'une manière synchrone ?

Pour Paillard, ce phénomène s'expliquerait par l'immobilité de l'hémithorax inférieur sur le plan du lit, fournissant aux insertions diaphragmatiques de ce côté une base d'appui fixe, qui lui permet une contraction plus utile que celle de l'hémi-diaphragme supérieur inséré sur des côtes mobiles. Ce mécanisme est peut-être acceptable, quoi qu'il comporte encore des objections. Mais, pour Paillard, bien que chaque hémidiaphragme travaille à sa façon « on ne peut certainement pas dire que l'un travaille plus que l'autre. Si l'incursion du diaphragme est minime du côté supérieur, on remarque, de ce même côté, une dilatation thoracique souvent très nette ». Il y aurait donc, dans les mouvements du diaphragme, une sorte de balancement.

En effet, nous avons vérifié cette dilatation de la base de l'hémithorax supérieur. Mais elle est le plus souvent minime et aucunement proportionnelle au déplacement de l'hémidiaphragme inférieur. Du reste, d'après ce que nous avons constaté à l'égard de l'intensité du murmure vésiculaire, qui est très amoindri dans l'hémithorax supérieur, on doit conclure qu'il n'y a pas de compensation. Autrement dit, si l'effort déployé par chaque hémidiaphragme est le même, les résultats obtenus sont tout à fait différents.

***

De l'exposé que nous venons de faire, on pourra dès à présent conclure que, dans le décubitus latéral, le murmure vésiculaire est normalement plus intense dans l'hémithorax inférieur que dans le supérieur.

L'interprétation de ce phénomène résulte de l'inégalité de l'aspiration pulmonaire par chaque hémidiaphragme.

Cette conclusion est intéressante au point de vue physiologique, parce qu'elle montre que le diaphragme est le grand muscle inspirateur, mais elle serait dépourvue d'une valeur pratique si elle n'avait pas une application à la clinique.

Est-ce qu'elle l'aura ?

C'est ce que nous allons essayer de montrer par des observations personnelles.

***

La pneumonie du malade de notre première observation, que nous avons sommairement décrite, a été mise en évidence par le décubitus sur le côté malade.

L'interprétation de ce phénomène résulte de l'exagération de l'activité respiratoire du poumon mis en-dessous auquel nous nous sommes référé. Cette activité respiratoire — à son tour provoquée par le surcroît fonctionnel de l'hémidiaphragme correspondant — n'exagère pas seulement le murmure vésiculaire, mais encore tous les signes anormaux que l'exagération de ce murmure, ou de l'entrée de l'air dans le poumon, peuvent éveiller.

N'est-ce pas par ce mécanisme que la première inspiration profonde consécutive à la toux va éveiller les premiers signes auscultatoires du ramollissement tuberculeux ?

Lorsque nous procédions à nos études chez des sujets normaux, nous avons constaté que l'exagération du murmure vésiculaire provoqué par le décubitus latéral ne se bornait pas à la base correspondante, mais montait jusqu'au sommet. Ce fait nous a conduit à prendre des observations chez des tuberculeux dans le but de vérifier si les lésions des sommets seraient plus facilement dénonçables par le décubitus latéral. Nous possédons dans ce sens plusieurs observations, mais il suffira de rapporter les deux suivantes.

Après la toux

Obs. I. — B. D..., 22 ans. Tuberculose pulmonaire.

En mai 1930 expectoration hémoptoïque. Nous l'avons examinée le jour suivant. Nous représentons dans le schéma (*fig.* 5) les signes auscultatoires obtenus en position verticale chez cette malade.

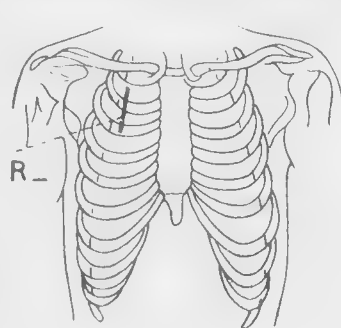


Fig. 5

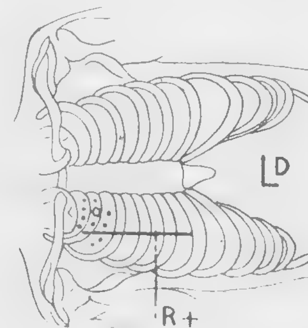


Fig. 6

Nous l'avons fait coucher en L. D.

Le schéma obtenu alors a été le suivant (*fig.* 6)

Remarque : Pendant l'auscultation dans cette position, la malade a eu de l'expectoration hémoptoïque.

Obs. II. — B. R..., 30 ans. Tuberculose pulmonaire.

Au mois de mars 1931, pleurésie séro-fibrineuse du côté droit, dont l'épanchement s'était spontanément résorbé.

Nous résumerons dans les figures 7, 8 et 9 les résultats de l'auscultation de cette malade dans la position verticale et dans le décubitus latéral, pendant les mois de juin, août et octobre 1931.

Juin 1931.

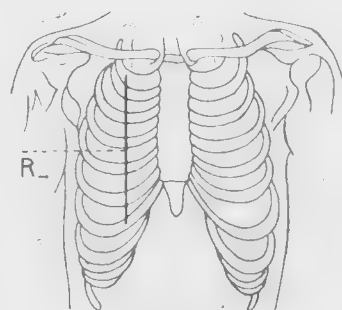
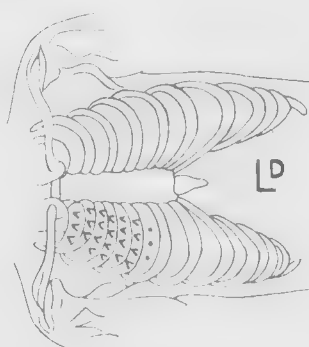


Fig. 7

Août 1931.



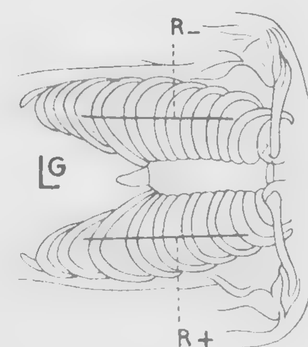


Fig. 8

Octobre 1931.

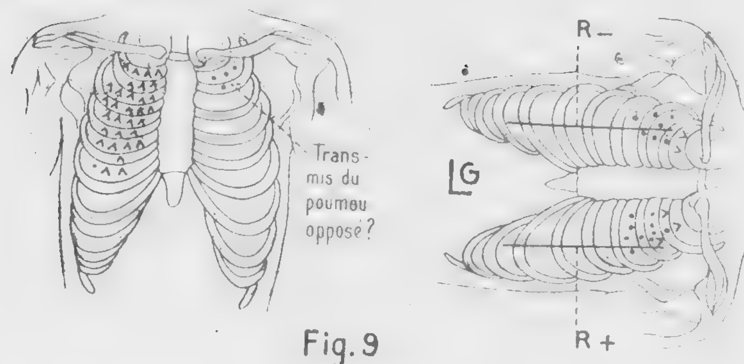


Fig. 9

De l'étude des schémas de ces deux malades, on constate que lorsque l'auscultation en position verticale est encore muette à l'égard des rôles humides, déjà l'auscultation dans le décubitus sur le côté malade pourra nous les révéler. En outre, on vérifie dans les schémas de la malade de l'observation II que la zone humide notée dans le décubitus sur le côté malade est plus étendue que l'auscultation en position verticale le ferait supposer,

***

Les râles ronflants et sibilants sont toujours exagérés dans le décubitus latéral. lequel, cela va sans dire, exagère la toux par un mécanisme facile à comprendre.

***

Les symptômes les plus discrets de congestion passive des bases pulmonaires, comme cela se passe au commencement de quelques insuffisances cardiaques, sont facilement décelables par l'auscultation dans le décubitus latéral.

***

Dans les pleurésies avec épanchement. il y a toujours une très grande diminution du murmure vésiculaire du côté atteint (même si le malade est mis sur le côté), en rapport avec la très réduite ou même nulle excursion diaphragmatique homolatérale. en faveur de l'hémidiaphragme supérieur, lequel, dans ce cas, exécute une ample excursion.

Le même fait se reproduit dans les symphyses pleurales étendues. Dans les symphyses limitées aux culs-de-sac pleuraux, le murmure vésiculaire et les mouvements du diaphragme du côté malade obéissent à la règle générale des sujets normaux.

Nous n'avons pas eu l'opportunité d'examiner des sujets porteurs de pleurésies diaphragmatiques ; mais il est évident que dans cette sorte de malades il doit y avoir sur le côté atteint R, même s'il est mis sur ce côté.

Quant aux frottements pleuraux ils semblent être influencés par le décubitus latéral.

***

Nous avons souvent trouvé au poumon inférieur R — dans les emphysèmes pulmonaires. Cette question est à reprendre.

***

Au sujet de la tuberculose pulmonaire, il y a un problème de pathogénie encore en discussion : la porte d'entrée du bacille de Koch.

Les résultats que nous avons observés dans l'auscultation pulmonaire dans le décubitus latéral pourront. peut-être. contribuer un peu à ce problème.

D'après l'avis de la plupart des auteurs, les premières localisations de la tuberculose pulmonaire se font le plus souvent du côté droit. Nous même avons remarqué que chez l'adulte la fréquence des lésions tuberculeuses chroniques est bien plus grande de ce côté ; et quand il y a des lésions bilatérales, celles présumables les plus anciennes sont en générale du côté droit.

Pourquoi cette élection de la tuberculose depuis le premier âge pour le poumon droit ?

Comme nous avons vu, dans le décubitus latéral le murmure vésiculaire est généralement plus intense dans le poumon inférieur, c'est à-dire, le courant de l'air aspiré y est plus fort et plus rapide que dans le supérieur et par conséquent les bacilles de Koch seront plus facilement attirés dans le poumon inférieur. Or, le préjugé de la plupart des mères de ne pas coucher leurs enfants sur le côté gauche, le côté du cœur, est bien connu. Cette habitude — celle du décubitus latéral droit — qui est celle de la plupart des sujets à tous les âges, reste prépondérante. pendant le sommeil. Peut-être ce détail expliquerait le plus grand pourcentage des localisations tuberculeuses — éteintes ou évolutives — dons le poumon droit.

Combien d'individus sont contaminés par la tuberculose pulmonaire parce qu'ils dorment dans des logements occupés par des tuberculeux bacillifères.

Si cette opinion peut être acceptée, ce serait un argument de plus en faveur de la voie respiratoire.

***

Les résultats que nous avons obtenus dans l'auscultation en décubitus latéral. permettent de déduire aussi quelques indications thérapeutiques utiles.

Si un tuberculeux, par exemple, fait des hémoptysies. on ne doit pas le faire coucher sur le côté de l'hémorragie, car cette position provoque un hyperfonctionnement du poumon et exagère la toux. conditions favorables pour aggraver l'hémoptysie. C'est ce qui est arrivé à la malade de l'observation I que nous avons résumée plus haut.

Par contre. lorsqu'on a besoin de provoquer l'expectoration, on doit faire coucher le malade sur le côté qui est congestionné.

Quand un épanchement pleurétique commence à se résorber ou est retiré par thoracentèse, on doit faire coucher le malade sur le côté atteint, malgré la douleur que cette position provoque souvent. De cette façon on empêchera la formation d'adhérences.

Le pneumothorax artificiel est encore une des ressources les plus efficaces pour le traitement de la tuberculose pulmonaire dans les cas choisis. Bien qu'on puisse pratiquer le pneumothorax double et simultané quand il y a des lésions bilatérales, sa meilleure indication réside dans les tuberculoses unilatérales.

Or, il n'est pas rare que le médecin se trouve en difficultés pour affirmer que les râles qu'il entend dans un sommet y sont produits ou transmis du sommet opposé indiscutablement malade.

L'auscultation dans le décubitus latéral pourrait simplifier la résolution du problème. Dans ce but, on fait coucher le malade sur le côté *suspect*. Si les râles augmentent, ils sont produits dans ce poumon ou ils ont été exagérés par la position (voir la fig. 9). Si, au contraire, les râles diminuent ou disparaissent, c'est qu'ils étaient produits dans l'autre poumon — le supérieur — dont les râles sont amoindris ou même tout à fait disparus par ce décubitus et par conséquent en de mauvaises conditions pour qu'on les entende au poumon du côté couché.

Conclusions

1° Le murmure vésiculaire dans le décubitus latéral est d'habitude exagéré dans le poumon homolatéral du décubitus, au détriment du poumon du côté couché où le murmure est diminué.

2° Les variations du murmure vésiculaire dans le décu-

BIBLIOGRAPHIE

Croitre et multiplier, c'est la guerre par Manuel DEVALDES. Préface de Victor Margueritte. G. Mignolet et Storz, 2, rue Fléchire, Paris (IXe).

J'avoue qu'en ouvrant ce livre, j'éprouvais quelque inquiétude. Car, qu'ils soient *pour*, qu'ils soient *contre*, les livres qui traitent de la guerre ne sont généralement que tissu de boniments à l'usage d'une clientèle. L'ouvrage de M. Devaldès est autre. Clairement écrit, il est objectif ; très fréquemment conçu dans un esprit scientifique.

Peut-être M. Devaldès est-il un peu trop porté à voir dans la surpopulation, la cause capitale des guerres. Il en est d'autres. Exemple : l'humanité a toujours compté parmi ses dirigeants des esprits pour qui l'individu, sa vie, son bonheur sont *tout* et qui, partant, sont violemment contre la guerre. Aristophane dont chacun connaît les pièces ultra-pacifistes était de ce genre. Mais l'humanité renferme aussi une proportion fort appréciable de mystiques pour qui c'est la réalisation d'un dessein, qui est *tout*, alors qu'à leurs yeux, l'individu n'a d'intérêt qu'en fonction du rendement que sa vie et sa mort peuvent être pour la conquête du but. Les Soviets sont un exemple remarquable de cet idéalisme.

Il est clair que lorsque de semblables mystiques dirigent une nation de masse insuffisante à leurs yeux, ils placent leur foi dans le *nombre* et imposent une surproduction de l'espèce qui, de leur point de vue, par la victoire comme par la défaite (1) et aussi par l'émigration ne peut avoir que des avantages — puisque pour eux la misère et la mort des individus sont d'importance accessoire, qu'elles n'émeuvent pas leur sensibilité. Je serais bien étonné qu'Hitler et Mussolini ne relèvent pas de cette mystique. Et qui oserait prétendre qu'elle n'est pas cette mystique une manifestation normale, inévitable de la vie sur la planète ?

En principe, les races actionnées par des idéalismes de ce genre doivent vaincre ou dominer à la longue les nations vouées au culte de l'individu.

Ceci dit à titre d'exemple, il n'en demeure pas moins que M. Devaldès indique fort justement le danger que menace d'être de plus en plus la surpopulation. Encore une fois que serait la planète si Caïn n'avait pas tué ; s'il n'y avait jamais eu de guerres ? Que deviendra-t-elle si sa population continue de croître ?

Vraisemblablement elle devra, à un moment donné, choisir entre les massacres périodiques, l'extermination de tous les vaincus et l'application généralisée du remède indiqué par M. Delvaldès : le *malthusianisme*.

Je ne puis pas croire — et j'en éprouve le plus vif regret — à un synchronisme suffisant dans le développement du malthusianisme parmi les nations pour espérer du succès de celui-ci la suppression des guerres.

Sans doute, le malthusianisme finira-t-il pas s'étendre — plus ou moins — en tous lieux (en dépit de la contention religieuse dont M. Devaldès me paraît s'exagérer un peu l'influence, laquelle finira par céder sur ce point, comme elle fit sur d'autres), mais la bataille subsistera entre mystiques prêts à dévorer et « *individuphiles* » destinés à se laisser exterminer.

Le palliatif le plus expédient serait sans doute de prêcher ardemment le néomalthusianisme aux nations dont l'exubérance menace le plus la paix. Quel serait le succès de la campagne ? Ne constatons-nous pas que c'est précisément chez certaines de ces nations particulièrement dangereuses que le malthusianisme a le moins de succès ?

Quoiqu'il en soit, il est agréable de lire M. Devaldès. Nous trouvons en lui un écrivain élégant et souvent, je le répète, un esprit scientifique.

Un esprit scientifique ?

Oui, et voilà qui risque fort de le faire honnir de pas mal d'autres pacifistes.

N'est-ce pas commencé déjà ?

Dr G. S.-P.

(1) En cas de défaite, plus le vaincu est nombreux plus, il peut opposer — ne fut-ce que passivement — de résistance à la volonté du vainqueur, plus il rend difficile l'absorption.

L'ultra-violet. La lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge, par J. AIMARD et H. DAUSSET. Un volume in-8°, 300 pages et hors texte d'appareillage : 25 francs. Cinquième édition. Editions de l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, VIe.

Peu de livres de médecine ont connu une fortune semblable à celle de ce petit ouvrage. En cinq ans, cinq éditions. Cela prouve qu'il a répondu à un besoin, que sa formule est bonne et appréciée des médecins.

Grâce à lui cette méthode relativement nouvelle des radiations en thérapeutique a été à la portée de tous les médecins. Ce livre, éminemment pratique, les conduit pas à pas dans les applications qu'ils doivent faire, ils évitent ainsi les inconvénients possibles et ils tirent de ces traitements le maximum de bienfaits.

On peut être reconnaissant aux auteurs d'avoir su être si clairs, d'avoir évité les grandes théories et de s'être tenu strictement sur le terrain thérapeutique. Il n'est pas douteux que cette édition revue, corrigée, augmentée, qui contient les derniers perfectionnements d'appareillage et de technique, connaîtra le même succès que les précédentes.

LE PROGRÈS MÉDICAL, N° 38 (23 Septembre 1933) 1635

bitus latéral sont en rapport avec la modification de la physiologie diaphragmatique quand on fait passer l'individu de la position verticale pour celle du décubitus latéral.

3° L'auscultation dans le décubitus latéral peut être un élément d'importance pour le diagnostic de plusieurs maladies de l'appareil respiratoire, ou qui sur celui-ci se répercutent.

4° Pour le traitement de la tuberculose pulmonaire et notamment pour la collapsothérapie, l'auscultation pratiquée dans cette position peut fournir des indications très utiles.

CHRONIQUE

Quelques travaux concernant l'anémie pernicieuse gravidique

Il y a deux formes d'anémie que l'on peut observer chez les femmes enceintes d'après ROWLAND, l'anémie pernicieuse dont la mortalité atteint 65 %, si la femme n'est pas traitée et l'anémie secondaire, qui, en diminuant la résistance de l'organisme, prédispose la femme à diverses complications obstétricales et, en particulier à l'infection.

L'anémie pernicieuse est une anémie hyperchromique, une anémie à valeur globulaire augmentée. ROWLAND l'a observé six fois sur vingt-huit anémies chez la femme enceinte. Début insidieux vers la fin de la grossesse, si bien que le diagnostic n'est fait, parfois, que dans les suites de couches. Symptômes : asthénie, dyspnée, céphalée, œdème et, quelquefois, des signes de toxémie gravidique, albuminurie et hypertension. Le travail est souvent prématuré, il marche bon train, sans grand douleur et sans hémorragie. Souvent l'enfant naît mort. Le travail aggrave l'anémie. Parfois la femme meurt au cours du travail. D'autres fois, après l'accouchement, la convalescence est rapide. D'autres fois encore, l'état s'aggrave, dans les semaines suivantes.

L'anémie pernicieuse gravidique est une anémie hyperchronique avec macrocytes, très comparable à l'anémie addisonienne. Dans l'anémie pernicieuse gravidique comme dans la non gravidique, la viande de bœuf n'a pas d'effet sur la régénération du sang ; mais cette viande associée au suc gastrique humain a un effet curateur analogue à celui des extraits de foie. Etant donné que l'anémie cesse après la grossesse, on peut en conclure qu'il y a un facteur antianémique diminué du fait de la grossesse avec retour à la normale quand le surcroît métabolique de la grossesse n'existe plus.

L'anémie secondaire ou hypochromique est très commune dans sa forme légère et, dans sa forme grave, est plus fréquente qu'on ne le croit. CASTLE et STRAUSS ont vu que les femmes avec hypochlorhydrie ont une perte d'hémoglobine de 12 % (en moyenne) et les femmes sans hypochlorhydrie, seulement 5 %. Le foie n'a aucun effet sur ces anémies et les grosses doses de fer les guérissent.

On peut admettre que les spoliations sanguines réalisée par le fœtus agissent comme un canal d'anémie.

On a supposé que l'anémie pouvait être due à une incompatibilité entre le sang maternel et le sang fœtal ; mais ceci n'a pas été confirmé (1).

Un certain nombre de cas vus par ROWLAND *sont des cas mixtes* : hypochromie, mais poïkilocytose et anisocytose.

(1) GALL[illegible]. Anemia of Pregnancy. *Journ. Amer. Med. Ass.*, tome 9[illegible] p. 1695.

L'anémie pernicieuse à botriocéphale qui comporte elle aussi un facteur d'hypochlorhydrie se développe souvent à l'occasion de la grossesse, comme si la grossesse constituait un excès de travail pour l'organisme : cinq cas sur les vingt-six cas féminins de SCHAUMANN (1).

Il y a tout lieu de supposer que des erreurs alimentaires associées à l'hypochlorhydrie sont en cause dans l'anémie gravidique en empêchant la résorption des substances qui excitent l'hématopoïèse.

L'hygiène de la grossesse doit comporter la prophylaxie de l'anémie : fer et régime s'il s'agit d'une anémie hyperchronique, les deux traitements dans les cas mixtes.

L'anémie et les carences sont responsables de vomissements graves, d'accouchement prématuré, de caries dentaires, d'hypertrophie thyroïdienne, d'agalactie, de subinvolution, de psychose.

Le traitement des formes graves comportera des transfusions et l'injection intra-veineuse ou intramusculaire d'extrait de foie : dans les trente-six heures, la présence de réticulocytes dans le sang témoignera de la guérison qui se manifestera dès le cinquième jour en clinique. Les extraits de levure sont également utiles.

*
* *

Pour WHITBY, l'anémie des femmes enceintes peut être soit pernicieuse (plastique ou aplastique), soit ferriprive. La forme aplastique est due à une hypoplasie de la moelle osseuse et la forme plastique à une déficience du pouvoir d'utiliser le facteur hématopoïétique. La forme ferriprive relève d'une utilisation ou d'une ingestion insuffisante du fer. Le type aplastique et le type plastique récidivent à l'occasion d'une nouvelle grossesse et vont en s'aggravant, à la différence du type ferriprive.

*
* *

WILKINSON n'a pas eu de récidives chez trois femmes enceintes atteintes et guéries d'anémies pernicieuses vraies quand elles sont redevenues enceintes, parce qu'il les avait traitées énergiquement à la première grossesse à titre curatif et à la deuxième à titre prophylactique.

HENRI VIGNES.

BIBLIOGRAPHIE

ROWLAND. — Anemia of Pregnancy. *The Journal of the Amer. méd. Ass.*, 25 févr. 1933, vol. C., p. 537.

J. F. WILKINSON. — Anémie pernicieuse de la grossesse. *Journ. of Obst. and Gyn. of the B. E.*, 1932, t. XXXIX, p. 293.

L. E. H. WHITBY. — Anémies gravidiques. *Journ. of O. and G. of the B. E.*, 1932, t. XXXIX, p. 267.

(1) SCHAUMANN. *Zur Kenntnis der sogenannten Bothriocephalus. Anämie.* Helsingfors, Weillin and Göös, 1894.

Prurit vulvaire. — POUR SWIFT, beaucoup de prurits vulvaires, surtout de ceux qui datent d'une grossesse, sont dus à une anémie avec achlorhydrie. Donc, doser l'hémoglobine et, s'il y a déficit, doser l'acide chlorhydrique gastrique. (*Medical Journ. of Australia*, 29 octobre 1932, p. 541).

H. V.

Primipares âgées. — Lundh (supplément au tome IV des *Acta Obst. et Gyn. Scand.*, 1926), d'après l'étude de 7.000 accouchements de primipares, confirme que la durée du travail augmente progressivement après la vingt-cinquième année.

Pour Jaroschka, l'âge n'a aucune importance quant au pronostic du travail chez la primipare. S'il y a quelques cas ennuyeux en plus au fur et à mesure de l'âge, c'est qu'il y a un plus grand nombre de femmes à utérus infantile qui deviennent fécondables. (Primipares âgées, *Medizinische Klinik*, 19 mars 1926, t. XXII, p. 448).

H. V.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Intoxications

Le plus hypocrite des champignons, l'*Entoloma lividum*, a produit un empoisonnement collectif (six personnes attachées à l'hôpital), qui présente quelques particularités intéressantes.

Les six observations se caractérisent d'abord par une symptomatologie commune : syndrome gastro-intestinal avec douleurs épigastriques, apparaissant rapidement après l'ingestion des champignons, céphalalgie, crampes dans les mollets, sueurs profuses et frissons ; ces signes cliniques font penser beaucoup plus au syndrome résinoïdien qu'au syndrome entolomien. De plus tous ces malades ont présenté, quatre heures après le repas, de la sécheresse de la gorge avec sensation de soif et de goût métallique. L'anurie, les crampes des membres inférieurs appartiennent surtout au syndrome tricholomien, tandis que les sueurs profuses, le refroidissement des extrémités et la mydriase pupillaire sont plutôt le fait du syndrome résinoïdien.

Les degrés de l'intoxication, variables avec les malades, ont présenté une succession de symptômes allant du type entolomien au type résinoïdien, suivant l'échelle de gravité ; ils varient suivant la constitution de l'individu, la dose ingérée et le pouvoir toxique.

Au point de vue thérapeutique on a procédé tout d'abord à l'évacuation des aliments nocifs ; les lavages d'estomac et d'intestin ont été effectués dès l'apparition des premiers symptômes. La poudre de charbon a été prescrite, quoique son efficacité soit douteuse et discutée ; d'ailleurs elle n'a pu agir que faiblement, ayant été en grande partie rejetée par les vomissements. Contre le refroidissement et la faiblesse du pouls on a eu recours aux compresses chaudes, largement appliquées sur l'abdomen, aux bouillottes d'eau chaude et surtout à la médication tonicardiaque. Aucune injection d'atropine n'a été pratiquée. Les six intoxiqués ont été sauvés.

(J. des Cilleuls, F. Charton et P. Didier. Empoisonnement collectif par Entoloma Lividum. *Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1933.)

Tuberculose

La tuberculose pulmonaire est considérée comme une complication fréquente et grave du diabète ; l'évolution clinique est très spéciale : ses caractéristiques sont la rapidité d'extension, la gravité et la torpidité apparente des lésions.

Deux observations montrent que le pronostic de l'association diabète-tuberculose, autrefois considéré comme fatal à brève échéance, peut, tout en restant grave, être atténué par un traitement méthodique ; le pronostic dépendra surtout de la précocité du diagnostic.

L'aggravation subite d'un diabète, l'anorexie, le moindre rhume doivent faire penser à l'apparition d'une tuberculose qu'il faut rechercher par la radiographie et la bacilloscopie en se rappelant que l'examen des crachats est souvent négatif.

Si on a la chance de déceler les lésions au stade unilatéral, le pneumothorax sera très efficace ; l'emploi des sels d'or paraît néfaste.

Le diabète sera soigné par un régime bien équilibré ; on n'hésitera pas à employer l'insuline même dans les diabètes simples ; elle permettra de continuer une alimentation assez copieuse pour maintenir le poids du malade.

(Hautefeuille. Tuberculose et diabète. *Gazette médicale de Picardie*, juin 1933.)

Pathologie coloniale

La mélioïdose est venue enrichir la nosologie des maladies tropicales.

C'est une maladie étrange, polymorphe et changeante ; elle simule aujourd'hui l'accès de paludisme aigu, demain la fièvre typhoïde grave avec phénomènes méningés, après-demain la grippe asphyxique.

Dans le cas mortel, qui est rapporté, le diagnostic a été posthume ; l'hémoculture a décelé le bacille de Whitmore.

L'étiologie est peu connue ; la transmission se ferait par les déjections de rats sur des aliments mal préservés des souillures.

(Roton. Observation d'un cas de mélioïdose. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, janvier-février 1933.)

Les rats, réservoirs de virus, constituent un danger chaque jour mieux connu.

A Casablanca on isole, chez les rats capturés en ville et au port, le virus du typhus murin ou typhus endémique et aussi un autre virus, non encore signalé chez ces rongeurs, le virus de la fièvre récurrente hispano-africaine.

Le spirochète du rat gris est pathogène pour le cobaye, auquel il donne une maladie caractérisée par des accès de fièvre récurrente. Il apparaît dans le sang généralement le troisième jour de l'inoculation. La durée de la maladie peut être longue, au moins un mois. Le spirochète est pathogène pour le singe ; il l'est aussi pour l'homme, comme on a pu le constater chez des sujets soumis à la pyrétothérapie ; il persiste très longtemps dans l'organisme, même dans le sang circulant.

(Q. Blanc, Noury, Balthazard et Fisher. De quelques virus pathogènes pour l'homme, observés sur les rats de Casablanca. *Maroc Médical*, 15 mai 1933.)

Les rats de Saïgon ne sont pas moins redoutables, car ils constituent un réservoir de virus ictéro-hémorragique ; ils sont infectés dans une proportion variant de 3 à 7 %.

La maladie est disséminée irrégulièrement ; on la constate aussi bien dans le quartier de Khanh hoi que dans celui de Tan-dinh à l'opposé de la ville et que sur le plateau, dans les rues Lareynière et Legrand de la Liraye ; cette dispersion s'explique par les mœurs très nomades des rats d'égouts.

(Souchard. Contribution à l'étude de la fièvre ictéro-hémorragique en Cochinchine. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, janvier-février 1933.)

Chirurgie

Une statistique de 107 prostatiques, vus en trois ans donne 52 prostatectomies par voie hypogastrique et 44 cystostomies définitives.

Le premier fait à mettre en lumière est la proportion considérable de sujets en mauvais état : affections cardiaques mal compensées, lésions pulmonaires chroniques, diabète ; certains avaient un long passé de rétention chronique incomplète avec des poussées de rétention aiguë.

Sur 44 cystostomisés 17 sont morts : 11 de broncho-pneumonie avec défaillance du myocarde, 2 de lésions cardiaques, 3 d'infection urinaire partiellement sévère, 1 d'infection calculeuse. Les 27, qui vivent encore, avaient un taux élevé d'urée sanguine ; beaucoup étaient emphysémateux, cardiaques, artérioscléreux, rhumatisants ; 2 étaient diabétiques et 2 hémiplégiques.

Les 52 prostatectomies ont donné 5 décès seulement.

La conclusion pratique, c'est que l'intervention doit être précoce et qu'il est préférable de ne pas attendre le retentissement de la rétention chronique sur l'état général pour prendre la décision qui s'impose.

(Marc Nédelec. A propos du traitement des adénomes prostatiques. *Archives médicales d'Angers*, juin 1933.)

La pathologie du disque intervertébral s'accroît chaque jour de connaissances nouvelles ; c'est ainsi que la méniscite traumatique peut constituer une lésion essentielle et primitive.

La première observation a la valeur d'une véritable expérience ; elle montre l'atrophie du disque intervertébral en rapport avec la blessure d'une balle de revolver, qui, restée incluse dans l'espace intervertébral, a cependant respecté l'intégrité des corps vertébraux.

La seconde observation est doublement intéressante. Premier point : la méniscite paraît être le résultat des traumatismes répétés du disque à l'occasion de vingt-neuf ponctions lombaires laborieuses, nécessitant trois ou quatre tentatives chacune, au cours d'une méningite cérébro-spinale. Deuxième point : le malade fut considéré comme un pottique.

La troisième observation se rapporte à un arrachement en bordure du plateau supérieur de la quatrième vertèbre lombaire à la suite d'une chute sur le siège. La radiographie montrait un léger pincement du disque entre L3 et L4.

(H.-L. Rocher. La méniscite vertébrale atrophique d'origine traumatique. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 mai 1933.)

La synovite traumatique existe réellement.

Un boucher cherche à retenir un quartier de viande qui tombe ; il ressent au poignet une violente douleur ; il présente tous les signes d'une synovite séreuse de la gaine de l'extenseur du pouce, qui est gonflée par un épanchement, présente un aspect fusiforme et donne les crépitations caractéristiques. Rien ne

permet de penser à la tuberculose chez cet homme vigoureux.

Après anesthésie locale on ouvre la gaine, elle est remplie par un caillot ; on la résèque dans sa totalité. Dix jours après le blessé reprend son travail.

La synovite hémorragique traumatique présente un certain intérêt au point de vue des accidents du travail, comme c'était précisément le cas.

(Jean Poulain. Synovite traumatique. *Gazette médicale de Picardie*, mai 1933.)

Trois observations de traumatismes craniens concernent des lésions d'observation relativement rare.

1° Il s'agissait d'une variété assez rare de fracture du crâne : fracture directe, limitée à la base, du type rétro-condylien. La radiographie de face et de profil n'avait pas montré de lésion osseuse.

Cliniquement, après un intervalle libre net, la malade a présenté une torpeur et une somnolence progressives, auxquelles se sont ajoutés, le second jour, des signes cérébelleux (nystagmus vertical et horizontal, adiadococinésie légère, hypermétrie) et un ralentissement continu et régulier du pouls.

C'est sur cet ensemble symptomatique et sur l'inefficacité de la ponction lombaire qu'a été posée l'indication opératoire.

On désirait exécuter une trépanation suivant le procédé d'Ody pour drainer directement le lac cérébelleux postérieur ; les difficultés furent nombreuses : profondeur du champ opératoire, hémostase pénible, gêne pour attaquer l'arc postérieur de l'atlas, présence d'un trait de fracture occipital ; on pratique simplement une trépanation décompressive au niveau de l'écaille de l'occipital.

2° Dans cette observation l'ensemble symptomatique a permis de poser de façon indiscutable le diagnostic de lésion bilatérale de la capsule interne de la couche optique et du corps strié. Cette lésion du cerveau intermédiaire a réalisé anatomiquement une interruption cortico-protubérantielle complète par section sus-mésocéphalique de l'arbre nerveux et s'est traduite cliniquement par le syndrome de rigidité décérébrée.

S'est-il agi de lésions de destruction du cerveau intermédiaire ou bien de compression par hémorragie ou hypertension liquidienne au niveau du ventricule moyen et des ventricules latéraux ? Il est difficile de se prononcer en raison de l'absence de toute vérification nécropsique.

Bien que la sachant à l'avance inopérante, on a pratiqué la trépanation pour deux raisons : l'une sentimentale, l'autre clinique : le blocage des espaces sous-arachnoïdiens. L'amélioration, consécutive à la trépanation temporale, n'a été que de courte durée. La ponction ventriculaire par voie postérieure eût donné peut-être un résultat plus positif.

3° Le dernier cas concerne une rupture traumatique du sinus longitudinal.

Un intervalle libre des plus nets, l'existence d'un œdème frontal, mal limité, douloureux et dont l'exploration a provoqué de l'agitation et des gémissements chez le blessé en plein coma, sont les deux éléments essentiels sur lesquels a été basée l'indication opératoire. L'œdème avait été tout d'abord attribué au voisinage du foyer de fracture des os propres du nez.

Dans ce cas c'est vraisemblablement l'abondance de l'hémorragie, extériorisée par le nez et le pharynx, qui paraît avoir occasionné la mort plutôt que les lésions cérébrales. Cette extériorisation n'a pu se faire qu'à la faveur de la fracture de la lame criblée, qui établissait une communication relativement large de l'étage antérieur de la base du crâne avec les fosses nasales.

Cette observation montre surtout la gravité des traumatismes craniens de l'étage antérieur.

(H. Arbassier et A. Folliasson, de Grenoble. A propos de trois observations de traumatisme cranien. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 juillet 1933.)

Obstétrique

Les deux césariennes ont leurs partisans, mais il ne faut rien systématiser ; chacune a ses indications particulières.

On peut resumer ces indications :

La césarienne haute est une opération qui doit être prévue à l'avance et réservée de préférence aux cas non infectés.

La césarienne basse est une opération qui doit être improvisée, en présence d'un cas déjà infecté.

(P. Muller, de Belfort. A propos de la césarienne haute et de la césarienne basse. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 juin 1933.)

Ophtalmologie

Des altérations de la rétine existent de façon à peu près constante dans la leucémie myéloïde.

La rétinite leucémique est une rétinite de cause mécanique ; dans l'arbre rétinien circule mal un sang trop épais, trop chargé en leucocytes à forte viscosité.

L'atteinte de l'acuité visuelle est, en règle générale, insignifiante et en contraste frappant avec l'importance des altérations rétiniennes observées à l'ophtalmoscope. La plupart des malades peuvent lire leur journal alors qu'ils présentent des altérations considérables du fond d'œil.

L'aspect ophtalmologique est variable ; il traduit cependant le plus souvent, de façon caractéristique, l'encombrement des veines de la rétine et du tissu rétinien lui-même par les leucocytes.

Les altérations de la rétine constituent un élément important dans l'appréciation du pronostic de la maladie.

(P. Bonnet. La rétinite leucémique (leucémie myéloïde). *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1933).

Le décollement spontané de la rétine est la grande question ophtalmologique d'actualité.

On est très mal renseigné sur ses causes : il s'agit le plus souvent de myopes, mais il est fréquent aussi à l'âge où débute la sénilité, chez des sujets présentant des lésions vasculaires, parfois hypertendus ; enfin il s'observe aussi chez des sujets jeunes, non myopes, même hypernétropes, ne présentant aucune tare oculaire apparente.

Le traitement donne lieu aux considérations suivantes :

La question est actuellement bien jugée. Il faut abandonner délibérément les procédés anciens qui n'ont donné qu'exceptionnellement des résultats durables, qui exigent des soins très prolongés, pendant plusieurs mois : repos au lit, bandage compressif, révulsions, injection de pilocarpine, cure de sudation, massage de l'œil. Il faut abandonner certaines interventions inutiles : ponctions simples au couteau de de Graefe, aspiration du liquide, discision de la rétine, iridectomie, électrolyse, suture de la rétine, injections intra-oculaires du corps vitré.

La guérison du décollement de la rétine ne peut être obtenue, dans l'immense majorité des cas, que par une intervention chirurgicale, et nous ajouterons une intervention décidée dès que le diagnostic est posé avec certitude. Que de temps perdu, à attendre d'un repos prolongé, d'un traitement insuffisant, un problématique recollement ! Les semaines, les mois s'écoulent et le moment favorable est passé. Il faut savoir imposer le traitement actif dès les premiers jours. Après trois mois d'attente, les résultats deviennent beaucoup moins favorables : plus tard, il est presque inutile d'opérer. A peine pourra-t-on risquer la chance, en cas d'œil unique, mais bien souvent il sera trop tard.

L'auteur préconise sa technique personnelle : *la galvano-cautérisation supra-choroïdienne*. C'est un procédé simple, non dangereux, laissant l'œil, en cas d'insuccès, dans l'état de fonctionnement visuel où il se trouvait, souvent même amélioré bien que non guéri, n'exposant pas aux incidents dramatiques d'une technique trop brutale et qui permette d'opérer tous les cas qui se présentent, quelles que soient leur variété ou leur étendue, pourvu qu'ils ne soient pas trop anciens.

Cette technique de galvano-cautérisations supra-choroïdiennes consiste à faire au niveau du lieu d'origine du décollement une série d'incisions de la sclérotique, très prudentes, au nombre de 5 ou 6 généralement. En chaque point on décolle soigneusement l'espace supra-choroïdien, sans ouvrir la choroïde, puis, lorsque ce temps est terminé, on introduit dans chaque loge ainsi créée la pointe recourbée du galvano-cautère et on cautérise pendant deux à trois secondes la choroïde voisine. Souvent le liquide rétinien s'évacue à ce moment ; sinon une perforation avec une pointe mousse provoque son issue.

L'intervention est rapide : quinze à vingt minutes. Le séjour au lit ne dépasse pas quinze jours. Dans la moitié des cas environ la guérison est obtenue, complète.

(L. Paufique. Le décollement spontané de la rétine. Sa nature, son traitement. Technique personnelle. *Journal de médecine de Lyon*, 20 mars 1933.)

Hygiène

Dans la brousse se pose impérieusement le problème de l'eau potable.

Les techniques d'épuration varient suivant la provenance de l'eau (eau de ruissellement, cours d'eau, nappe souterraine), mais elles se résument toujours en deux temps principaux : clarification, purification.

Le procédé de Bader consiste à détruire les microbes par une forte quantité de chlorure de chaux, puis à se débarrasser du

chlore en excès par passage de l'eau sur du charbon de bois. Il suffit, pour l'utiliser, des moyens de fortune dont on dispose sur les chantiers de travaux publics dans les exploitations agricoles particulières, etc. En voici la description :

Quatre récipients sont disposés sur un bâti (bois ou maçonnerie), occupant des niveaux de plus en plus bas, de telle sorte que l'eau passe du n° 1 au n° 4 par gravité, en cascade (sauf le n° 2).

Le récipient n° 1 (le plus élevé) est muni d'une bonde de vidange pour le nettoyage.

Le récipient n° 2 possède : une bonde de vidange, un double fond perforé situé au niveau du 1/5 inférieur, — un lit filtrant *construit dans l'eau*, composé de bas en haut de gros cailloux, de gravier et de sable fin, disposé horizontalement et occupant un tiers de la hauteur, — un orifice d'arrivée d'eau en bas et de sortie d'eau en haut.

Le récipient n° 3 ne présente rien de spécial.

Le récipient n° 4 comporte un lit filtrant identique à celui du n° 2, mais disposé obliquement et ne dépassant pas 1/5 de la hauteur ; les 4/5 supérieurs sont remplis de charbon de bois réduit en poussier. Ce récipient ne se vide que par un siphon, assurant le contact prolongé de l'eau avec le charbon.

Pour mettre l'appareil en marche, on commence par y faire circuler de 1 à 4 une solution concentrée de chlorure de chaux, destinée à désinfecter les parois. Puis on amène dans le récipient 1 l'eau brute, par exemple l'eau d'un cours d'eau limoneux. On l'additionne d'alun (de 5 à 10 gr. pour 100 litres), on brasse fortement le mélange, qui précipite abondamment. En une demi-heure la décantation est possible par le tuyau de sortie situé assez haut au-dessus du fond du récipient. Les flocons les plus lourds se déposent dans le 1, les plus légers passent dans le 2 où ils sont arrêtés par le lit filtrant. L'eau se clarifie totalement dans le 2 et sourd à la surface du filtre à sable ; un trop-plein la conduit au 3, où il se fait la stérilisation par addition d'une solution forte de chlorure de chaux et brassage ; une demi-heure après le liquide purifié est conduit au 4 où il se désodorise au contact du charbon ; quand le récipient est plein et alors seulement, le siphon s'amorce.

Si l'on désire simplement constituer une petite réserve d'eau potable, on utilisera la demi-heure d'attente pendant la stérilisation pour regarnir d'eau brute le récipient 1 et gagner ainsi la demi-heure de décantation.

Si l'on dispose d'une arrivée d'eau par gravité, continue ou discontinue, rien n'est plus simple que d'organiser l'automaticité de marche de l'appareil.

Dans le cas où l'eau est peu souillée on peut supprimer le récipient 1 ; si l'eau est limpide, le 2 devient à son tour inutile.

On aura toute sécurité à la seule condition que l'eau du récipient n° 3 sente nettement le chlore.

(H. Bader. Le problème de l'eau potable dans la brousse. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, novembre-décembre 1932.)

Les intoxications par l'oxyde de carbone dans les salles de bains sont, à Lyon, extrêmement fréquentes.

Tel est le cri d'alarme poussé par L. Tavernier, qui écrit dans la *Gazette médicale du Sud-Ouest* :

J'en ai observé personnellement trois cas dans mes relations depuis quelques années, j'en connais indirectement un bien plus grand nombre ; les journaux quotidiens en signalent souvent, et, pourtant, personne ne s'en émeut, aucune précaution n'est prise pour en éviter le retour.

Le dernier des cas que j'ai vus, tragiquement terminé par la mort d'un de mes amis, m'a poussé à en étudier les causes. Je suis resté stupéfait de la fréquence d'installations défectueuses de chauffe-bains à gaz, qui constituent un danger de mort permanent pour ceux qui les utilisent.

Emu par cet état de choses, je l'ai signalé successivement au Bureau d'hygiène de la ville et à la municipalité, espérant provoquer une réglementation, ou tout au moins un avertissement qui mettrait en garde les installateurs de ces appareils, et ferait connaître à ceux qui les emploient le danger de certains dispositifs.

Ces démarches sont restées vaines. J'essaye donc de donner à ces risques une publicité qui pourra, je l'espère, réussir à sauver quelques vies humaines.

L'installation courante du chauffe-bain est absolument défectueuse ; il est surmonté d'un entonnoir renversé, prolongé par un long tuyau d'évacuation à l'air libre. Dans les conditions habituelles ce dispositif d'échappement des gaz brûlés fonctionne parfaitement : portés à une haute température et, par suite, plus légers que l'air, ils montent et se répandent dans l'atmosphère, au-dessus du toit, ce qui ne présente aucun danger.

Mais, *si la température extérieure est anormalement basse*, les gaz, arrivés dans le tuyau métallique, se refroidissent brusquement et retombent. L'insuffisance du tirage aboutit à une combustion imparfaite du gaz et à la formation d'oxyde de carbone au lieu d'acide carbonique. L'évacuation ne se fait plus par le tuyau, où les gaz forment bouchon ; les gaz toxiques s'échappent sous les bords de l'entonnoir et se répandent dans la salle de bains.

Rien n'attire l'attention des victimes ; ces gaz toxiques n'ont pas d'odeur et il n'y a pas de refoulement de flammes. Le début de l'asphyxie ne se révèle par aucun malaise.

L'interruption de la gaine d'évacuation au-dessus du chauffe-bain et l'association d'un long tuyau extérieur en métal sont extrêmement dangereuses par temps froid. *Le danger semble méconnu des installateurs comme des propriétaires* ; c'est ainsi qu'une notice de publicité de la Compagnie du gaz de Lyon conseille le dispositif en entonnoir « pour éviter les refoulements en cas de tirage défectueux ».

Le dispositif en entonnoir n'est pas seulement dangereux, mais sournois : il masque le danger.

Le seul dispositif qui, en pareil cas, donne toute sécurité, est celui du chauffe-bains complètement fermé, à circuit de combustion étanche et sans communication avec la salle de bains : prise d'air extérieure, chauffe-bains, évacuation à l'extérieur. Qu'il y ait tirage ou refoulement, les gaz toxiques restent dans le circuit de combustion et ne pénètrent pas dans la salle de bains.

L'article de Tavernier mérite une large diffusion, car il met le public en garde contre des accidents qui le menacent chaque jour sans qu'il en ait conscience.

L. Tavernier. Les intoxications par l'oxyde de carbone dues aux chauffe-bains à gaz. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 juillet 1933.)

Thérapeutique

L'inoffensif apiol peut déclencher une polynévrite.

En 1929, une jeune femme subit l'ablation de la trompe et de l'ovaire droit ; depuis elle a mené à bien deux grossesses ; mais, les règles étant difficiles et douloureuses, elle prend des emménagogues divers.

En avril dernier, elle a un retard de règles ; elle prend vingt capsules d'apiol jaune à 0,10 en quarante-huit heures et neuf capsules d'apiol vert à 0,20 le lendemain, soit une dose de 3,80 gr. La médication a un plein succès ; mais le 1er mai apparaissent une angine à streptocoques et des douleurs polynévritiques. Ce sont surtout les troubles de la sensibilité objective et subjective qui dominent la scène ; la marche, quoique ataxique et gênée par l'hyperesthésie cutanée, reste possible. Les mains, les membres supérieurs gardent intacts leur force et leurs mouvements. Il n'y a pas d'atrophie musculaire et les réflexes tendineux se montrent exagérés.

L'évolution a été remarquablement bénigne.

Il semblerait que ce n'est pas l'apiol qui agit, mais une impureté de ce corps : le triorthocrésylphosphate.

(Girard et Gameleia. Sur un cas de polynévrite apiolique. *Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1933.)

J. LAFONT.

Emploi du cachou en gynécologie. — *Action sur le flux menstruel* : GÜBLER recommande le cachou (Acacia catechu, légumineuses) dans les hémorragies d'un caractère atonique.

Action sur la leucorrhée : Le cachou employé en applications vaginales est un astringent dont les propriétés sont analogues à celle du tannin (solution de vingt grammes de poudre par litre d'eau). Mais certains auteurs l'ont préconisé *per os* avec des effets analogues (deux cuillerées de teinture par jour ; se méfier de l'effet constipant) et l'on sait qu'il en est de même pour le tannin. Il serait intéressant de vérifier cette propriété.

H. V. et O. P.

Pancréas et grossesse. — ROSENLOECHER a vu que les îlots de Langerhans sont plus nombreux et hypertrophiés pendant la grossesse. Il y a une augmentation des grains de zymogène. Un peu avant la fin de la grossesse, cette suractivité des îlots et les acini commence à diminuer. (*Archiv fur Gyn.*, 1932, t. CXLI, p. 567).

H. V.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Rupture par effort du muscle grand droit de l'abdomen

Chez un homme de 60 ans, M. Patel (*S. de ch. de Lyon*, 8 déc. 1932) a observé cette lésion survenue au cours d'un violent effort, accompagnée d'un hématome, puis d'une ecchymose très étendue. A noter que ce blessé présentait des signes de tabes au début et que ces ruptures semblent survenir, en général, chez des sujets à état général déficient. La thérapeutique doit être expectative et consiste à attendre la résorption spontanée de l'hématome.

Perforation d'un ulcère du duodénum au cours d'un traumatisme

A la suite d'une chute grave, un sujet se fait une luxation de la hanche qui est réduite sous anesthésie. Le soir, MM. Ricard et Henry (*S. de ch. de Lyon*, 2 févr. 1933) constatent une contracture abdominale avec signes péritonéaux ; le malade n'a pas uriné et le cathétérisme retire un peu d'urine sanglante. On pense à une rupture de la vessie, mais la laparotomie montre son intégrité ; sur l'aspect du liquide intra-péritonéal, on explore l'estomac et l'on trouve un ulcère perforé. Le rôle du traumatisme dans la perforation paraît évident, mais les signes ne permettaient guère d'en faire le diagnostic.

Néphrite albumineuse symptomatique d'une appendicite chronique. Appendicectomie. Guérison

M. Pierre-P. Ravaut (*S. M. des hôp. de Lyon*, 14 févr. 1933), à propos de cette observation, insiste sur les rapports qui unissent certaines néphrites, d'intensité d'ailleurs variable, à la présence de foyers infectieux éloignés. Dans ce cas, il s'est agi d'une appendicite chronique à poussées récidivantes dont les premières furent larvées (indigestions) et la dernière dramatique (perforation de l'appendice) et qui s'accompagna, dès le début de son évolution, d'un syndrome de néphrite : albuminurie fixe, cylindrurie, élévation discrète mais nette de la tension artérielle sans azotémie ni rétention chlorurée. Tous ces symptômes, qui persistaient depuis trois ans, disparurent après l'ablation de l'appendice. L'auteur rappelle à ce propos les divers symptômes rénaux signalés au cours des affections appendiculaires.

Les moyens de défense du vagin contre l'infection tréponémique

MM. Sézary et G. Lévy (*S. fr. de Derm. et de Syph.*, 6 avril 1933) attribuent à l'acidité du vagin la rareté des chancres syphilitiques de ce conduit. L'acide lactique s'y trouve en quantité suffisante pour tuer le tréponème en quelques minutes. Dans d'autres régions de l'organisme, comme la vulve, l'acidité existe également, mais elle est neutralisée par de multiples facteurs locaux qui n'existent pas dans le vagin.

Synovite chronique des fléchisseurs traitée par la radiothérapie

M. Tavernier a présenté à la Société de chirurgie de Lyon (9 mars 1933) une jeune fille atteinte en 1931 d'une synovite chronique bilatérale ; elle fut opérée alors du côté le plus atteint : il s'agissait d'une synovite fongueuse tuberculeuse typique avec inoculation positive. Sur l'autre côté, on fit deux séances de radiothérapie qui amena une grosse amélioration avec diminution de la gêne fonctionnelle.

L'auteur insiste sur cette méthode de traitement capable d'amener une amélioration, sinon une guérison complète.

Contribution au traitement de certains rhumatismes aigus ou subaigus : les injections de lait et l'abcès de fixation

MM. Bouchut, P.-P. Ravault et A. Guichard (*S. m. des hôp. de Lyon*, 25 avril 1933) rapportent 14 observations de rhumatismes articulaires traités par la pratique des injections de lait (neuf cas), de l'abcès térébenthiné (quatre cas) ou des deux méthodes à la fois (un cas). Avec les injections de lait, ils ont obtenu deux succès complets, deux succès remarquables quoique incomplets, un bon résultat mais transitoire, deux résultats médiocres et deux échecs. L'abcès de fixation leur a donné


PRIMUM NON NOCERE
NÉVROSTHÉNINE
Aucune contrindication

un succès complet, un très bon résultat mais temporaire, un échec. Cette méthode ne doit être employée qu'en second ressort, après échec de thérapeutiques spécifiques. Aussi est-elle réservée aux rhumatismes gonococciques (neuf cas) plus qu'aux formes de la maladie de Bouillaud (trois cas), aux cas subaigus (neuf cas) et même chroniques (deux cas) plus qu'aux formes vraiment aiguës (trois cas).

Il s'agit d'un moyen thérapeutique dérivé de la protéinothérapie, mais qui donne souvent d'excellents résultats et mérite d'être employé et généralisé pour la cure des rhumatismes.

Plaie de la main par crayon d'aniline

M. Michon (*S. de ch. de Lyon*, 27 avril 1933) a observé une piqûre de l'éminence thénar par crayon d'aniline réalisant la symptomatologie typique de ces plaies, telle qu'elle a été vulgarisée en France en 1927 par Iselin : écoulement coloré par une petite fistule cutanée, nécrose aseptique des tissus autour de la plaie, anesthésie presque totale, absence de réaction générale. L'excision des tissus mortifiés a amené la guérison.

M. Patel a observé un cas semblable de piqûre de la région sous-unguéale, atrophie consécutive et raréfaction de la phalangette sous-jacente.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Montaigne.

Le Professeur Poirier et l'affaire Pranzini. — *Dans un livre* (1) paru aux Editions Emile-Paul, *M. André Pascal rapporte le procès de* Pranzini, *l'assassin de Régine Montille, qui fut exécuté le* 31 *août* 1887. *M. André Pascal, qui a eu la bonne fortune de pouvoir consulter le dossier d'instruction et les archives de police, consacre le dernier chapitre de son livre à l'affaire du portefeuille et des porte-cartes* :

Après l'exécution de Pranzini, et dès que les formalités légales eurent été accomplies, son corps, fut réclamé par un représentant de la Faculté de médecine et, selon l'usage, transporté à l'Ecole pratique d'anatomie. Le Docteur Paul Poirier, agrégé d'anatomie et chef des travaux pratiques, donna l'ordre d'amener le cadavre dans son laboratoire personnel. Là, avec l'aide de ses élèves, il comptait se livrer à des recherches de dissection, et procéder à diverses préparations qui devaient lui servir pour l'important *Traité d'anatomie* qu'il était en train d'établir, et dont le tome I était déjà sous presse.

(1) Pranzini. Le crime de la rue Montaigne. Un vol., 1933, Emile Paul, édit. Prix : 12 francs.

Le corps du supplicié fut injecté avec la solution habituelle de chlorure de zinc et d'acide phénique

Le Professeur Poirier qui, depuis quelque temps déjà s'occupait à organiser pour l'Ecole pratique un musée anatomique, en particulier une collection fort curieuse de tatouages prélevés sur les cadavres destinés à l'enseignement des élèves, songea un instant à resséquer trente à quarante centimètres carrés de la peau du dos de Pranzini afin de transformer ce maroquin humain en portefeuille. Mais il dut quitter Paris pour quelques jours, et renonça à son projet. Un de ses élèves, s'appropria son idée, et sans y être autorisé, préleva le fragment cutané, le remit à la maison Tramond, rue de l'Ecole-de-Médecine, spécialisée dans les préparations anatomiques, afin de le faire tanner et monter.

Le lendemain de l'exécution de Pranzini, M. Goron, sous-chef de la Sûreté, avait demandé à l'un de ses inspecteurs les plus habiles le nommé Rossignol, de lui procurer un souvenir matériel de l'assassin de la rue Montaigne. Rossignol, en effet, était un spécialiste en ce genre de bibelots et collaborait utilement à la constitution d'un musée criminel qu'organisait un haut fonctionnaire de la Préfecture de police. Rossignol se fit fort de satisfaire le désir que lui avait exprimé son chef. Le jour même, il s'abouchait avec le garçon de laboratoire du Professeur Poirier, un nommé Godinet, dit Chausson, que j'ai connu pendant les quatre années que j'ai travaillé à l'Ecole pratique, dans le laboratoire de mon maître et ami Paul Poirier. Ledit Chausson, un homme à tout faire et ivrogne invétéré, consentit, moyennant un louis, à remettre à l'inspecteur Rossignol *de la peau de Pranzini, de quoi faire deux ou trois porte-cartes*. Toutefois comme un élève avait prélevé le *meilleur morceau*, la partie la plus fine, Chausson ne put donner à Rossignol qu'un morceau de la *poitrine*. Le policier put néanmoins obtenir de ce fragment tégumentaire deux porte-cartes d'une parfaite élégance, et quinze jours plus tard, il offrait l'un à M. Goron et l'autre à M. Taylor. Ces messieurs acceptèrent leur souvenir sans grand enthousiasme, et le dissimulèrent dans le tiroir de leur bureau, tandis que le jeune étudiant montrait volontiers son portefeuille à ses intimes, qui l'admirèrent pour la *finesse du grain et sa couleur d'un beignet tendre*. Quelques semaines plus tard, à la suite d'un désaccord survenu entre le chef des travaux d'anatomie et l'un de ses internes, celui-ci fit paraître dans la *Lanterne*, un article sensationnel, dans lequel il mettait le public au courant de l'affaire du portefeuille et des porte-cartes (21 septembre 1887).

L'affaire fit beaucoup de bruit en haut lieu. Le ministre de l'Intérieur, M. Spuller, se déclara indigné.

Le ministre de la Justice fut saisi. Une enquête fut ouverte, tant à la Préfecture de police, qu'à la Faculté de médecine. MM. Goron et Taylor furent menacés de révocation, mais, au bout du compte l'affaire s'arrangea. Le Professeur Brouardel, l'éminent médecin légiste et doyen de la Faculté de médecine, fit preuve de sa bienveillance habituelle.

L'affaire fit beaucoup de bruit

Pendant quatre jours, la *Lanterne* poursuivit sa campagne scandaleuse : deux ou trois colonnes chaque matin, en première page où les nouvelles les plus fantaisistes, des affirmations inexactes ou imaginées de toutes pièces, désobligeaient à la fois la Faculté de médecine et la Préfecture de police.

Le 25 septembre, la veille du jour où un non-lieu devait blanchir le chef de la Sûreté et le chef des travaux d'anatomie, la *Lanterne* terminait son dernier éditorial sur l'*histoire des porte-*

cartes, par ces lignes que l'on ne saurait relire aujourd'hui, sans esquisser un sourire :

Autre chose

On assure, ou l'on raconte que MM. Taylor et Goron ne sont pas les seuls à posséder des souvenirs posthumes de Pranzini.

On dit encore que l'on n'aurait pas seulement détourné la peau du supplicié, mais, d'autres parties encore. Nous ne pouvons en dire plus long aujourd'hui, mais s'il nous est possible de continuer demain, nos lecteurs seront certainement intéressés.

Décision officielle

Le ministre de l'Intérieur ne prendra de décision en ce qui concerne les fonctionnaires de la Préfecture de police, au sujet de cette affaire, que quand l'information prescrite par le ministre de la Justice, et que nous avons annoncée hier, sera terminée.

Cette information, d'ailleurs sera close très rapidement, d'ici à deux ou trois jours.

La justice recherche si le cas des personnes qui ont enlevé des fragments du corps de Pranzini tombe sous le coup des prescriptions pénales que le Code contient au sujet des profanations de sépulture. Il existe, paraît-il, un arrêt assez ancien de la Cour de cassation, qui définit les espèces de profanations et qui pourrait s'appliquer au cas actuel.

Poirier se plaisait à rappeler sa mésaventure avec la peau de Pranzini

Quand, en 1891, il m'accorda une place d'assistant dans son laboratoire, je fis la connaissance du célèbre Chausson, le garçon d'amphithéâtre qui avait été mêlé à l'affaire du portefeuille et des porte-cartes, et mon maître, qui allait devenir l'un de mes plus sûrs amis, me fit le récit complet de ses démêlés avec le doyen de la Faculté. Toute l'affaire Pranzini fut évoquée avec force détails, ainsi que son épilogue inattendu.

Un peu plus tard, une autre mésaventure d'ordre criminel, apporta quelque trouble dans le laboratoire du Professeur Poirier

C'était en 1894. L'on avait transporté à la Faculté de médecine, le corps d'un anarchiste, Emile Henry, émule du célèbre Ravachol, exécuté le matin même sur la place de la Roquette. Le Professeur Poirier le réclama pour son laboratoire, comme il s'était réservé le cadavre de Pranzini, quelques années auparavant. Sur-le-champ, je fus, ainsi que mes trois camarades, chargé de prélever sur le *macchabée*, des fragments anatomiques de toutes sortes, destinés à des dissections et à des préparations, qui devaient enrichir le musée de la Faculté.

Depuis deux bonnes heures, nous étions occupés à ce travail d'un genre assez particulier, quand un coup de téléphone vint déranger le « Patron ». La Préfecture de police l'informait que la famille du supplicié avait réclamé son corps et qu'il convenait de le renvoyer immédiatement à la Morgue, où l'on devait le mettre en bière.

Poirier s'était précipité dans le laboratoire où nous étions en train de travailler : « Halte, mes enfants ! » dit-il de sa voix de commandement, « il faut rendre Henry à sa famille ! » et il nous donna l'ordre de réparer tous les dégâts que nous avions commis, en nous procurant sur d'autres cadavres ce qui manquait déjà au corps de l'anarchiste.

Pendant deux heures nous dûmes nous livrer à un véritable travail de stoppage, afin de faire disparaître les ravages que nous avions commis avec nos scalpels. C'est ainsi que nous rendîmes à sa famille, le corps d'Henry, ravaudé de façon si brillante, que personne ne put se douter des outrages qu'il avait subis. *Sic itur ad astra* !

Notre maître, en cette occasion, nous rappela, pour la *nième fois*, l'aventure de Pranzini qui, quelque sept ans auparavant, avait pendant près d'une semaine, troublé sa quiétude morale et compromis son avenir de chirurgien et de savant.

« Je ne veux pas faire de comparaison entre les temps passés et les temps actuels. Il y eut cependant une époque où enseignaient des hommes comme Charcot, Vulpian, Dieulafoy, Mathias Duval et Farabeuf. Quels admirables orateurs ! Quels professeurs savants, laborieux, clairs, éloquents ! Rarement, je crois, on pourra trouver un enseignement aussi brillant que celui qui était donné alors. J'espère qu'un jour, quand on fera l'histoire de notre chère Faculté, on rappellera cette époque mémorable. » (Professeur Charles RICHET. Souvenirs d'un physiologiste. *Apollon*, juin 1933.)

Fondé en 1873. — N° 39 LE NUMÉRO : 50 Centimes 30 SEPTEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Léon Dufourmentel et Vignes (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Yvan Bertrand (à Paris), Achille Delmas (à Ivry), Maurice Gaumet (à Boussac), Antoine Laporte (à Paris).

Internat des hôpitaux de Lyon. — Ont été nommés internes titulaires :

Ledru, Romagny, Leclerc et Cavailher *ex-æquo*, Guiran, Latarjet et Michel *ex-æquo*, Blanc, Lecuir, Bérard, Thomasset, Mlle Denise Rebatel, Perrin, Sauzay, Charvet, Truchet, Joly, Mlle Cellière et Bourret *ex-æquo*, Martinen, Bertrand, Picquet, Cormet, Buthiaux, Chapuis, Roux, Reynaud, Baleydier, Moreau, Danic.

Internes suppléants : MM. Barut, Sumoux, Dor, Roman, Magnien, Didier, Laurent, Boijean, Chavanne, Doucet-Bon, Ambre ; Mlles Delaye, Léger, Mathevon, Damidot, Flattet, Bovier-Lapierre, Villars, Bosson, Charlin, Leriche, Rossignol, Charton, Roulet, Meyrieux, Delbos.

Un monument au Docteur Armaingaud. — Sur l'initiative de M. Marcel Gounouilhou, maire d'Arcachon, et de son Conseil municipal, un comité arcachonnais de patronage a été constitué, en vue d'ouvrir une souscription populaire pour l'érection, à Arcachon, d'un buste du Docteur Armaingaud. Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, ancien président de la Ligue française contre la tuberculose, promoteur des sanatoriums et préventoriums maritimes, membre correspondant de l'Académie de médecine, le Docteur Armaingaud est le fondateur du préventorium d'Arcachon où son buste, œuvre du statuaire Landowski, sera érigé le 1er octobre prochain. Le Docteur Armaingaud est de plus le plus compétent des montaignistes et l'auteur d'une édition remarquable des Essais. Il a en outre donné une statue de Montaigne à l'Université de Paris.

Les souscriptions peuvent être versées soit au compte courant postal 350-22 Bordeaux (préventorium maritime Armaingaud d'Arcachon), soit à la caisse du directeur de cet établissement.

Nécrologie. — M. HANRIOT (1853-1933). Terrassé par un mal qui, à plusieurs reprises, avait justement alarmé sa famille, M. Hanriot vient de succomber. Elève de Würz, agrégé de chimie médicale, il avait pendant de longues années, comme chef des travaux pratiques, instruit les générations successives d'étudiants, et ceux de mon âge se souviennent encore du soin et de la clarté qu'il savait mettre dans ses conférences. Lié au Professeur Charles Richet par une amitié profonde, il découvrit avec lui le chloralose, puis ce furent les variations du quotient respiratoire, la physiologie alimentaire qui attirèrent son attention, et ses recherches sur la lipase du sérum sanguin sont devenus classiques à juste titre.

Depuis plus de vingt-cinq ans il était retourné vers la science appliquée, comme professeur à l'Ecole de physique et de chimie, et comme directeur des essais à la Monnaie ; mais il ne s'était pas désintéressé des questions d'hygiène, et dans les commissions nombreuses dont il faisait partie, son avis faisait autorité.

Docteur en médecine et ès sciences, agrégé à 26 ans, membre du Conseil supérieur d'hygiène et du Comité consultatif au ministère des Travaux publics, commandeur de la Légion d'honneur, Maurice Henriot avait, dès l'âge de 39 ans (1894), été élu membre de l'Académie de médecine, dans la Section des Sciences biologiques-physiques et chimiques, et deux ans après devenait trésorier, fonction qu'il remplit jusque à son dernier jour, avec un parfait dévouement.

Biologiste éminent, chimiste averti, ayant sur la médecine même des aperçus plein d'originalité, son intelligence et sa finesse n'avait d'égales que sa bonté. Quiconque l'approchait, trouvait un accueil toujours affable et courtois, et ses amis savaient combien fidèle était son affection, et combien agissante sa sympathie dans les heures difficiles. Celui qui écrit les présentes lignes et, qui s'honore d'avoir été l'un de ses élèves, sait mieux que tout autre, quelle perte le Corps médical vient de faire ; et c'était un devoir pour lui de rendre à la mémoire de celui qui vient de disparaître l'hommage ému qu'elle méritait, et de témoigner à sa famille toute sa sympathie attristée.

A. CLERC.

Docteur Paul BARD, ancien médecin des mines de la Mure, décédé à Meyzieu (Isère). — Docteur Paul BLUM, de Strasbourg, directeur de l'Institut d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté. — Docteur Benjamin SALVADOR, de Lyon, décédé dans sa 60e année.

« Il en est maintenant des dents comme il en fut autrefois des pieds. Les médecins du XVIIIe siècle auraient cru déchoir en s'occupant de traiter les affections ou les difformités des pieds. On se souvient de Rousselot, « Chirurgien de Monseigneur le Dauphin, des Princes et de Mesdames » qui le premier osa s'élever contre le dédain professé par ses confrères à l'endroit des maladies des orteils, dignes tout au plus d'occuper les pédicures. De même, ces dernières années, il s'est fait en France, grâce aux stomatologistes comme Sebileau, Truffert, Ruppe, une réaction contre l'indifférence que les médecins marquaient pour la pathologie dentaire. » (Professeur Jean VEYRASSAT. *La Presse Médicale*, 1er juillet 1933.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'hôpital de la Charité de Lyon. — *De M. André Chagny dans* LE NOUVELLISTE :

Des notes récentes, parues dans les journaux, nous ont appris que les bâtiments de la Charité de Lyon sont condamnés à disparaître dans un proche avenir. Lorsqu'ils tomberont sous la pioche des démolisseurs, il sera trop tard pour gémir sur leur disparition et pour regretter la démolition de tels d'entre eux qui font vraiment partie du paysage de Lyon.

Les édifices, sur l'emplacement desquels on compte élever un hôtel des postes et télégraphes, digne de notre ville, ne répondent plus, paraît-il, aux besoins d'un grand établissement hospitalier moderne. Nous avouons ne posséder sur ce sujet aucune lumière ; nous n'aurons donc pas le mauvais goût de nous plaindre des transformations décidées. En revanche, nous estimons remplir un devoir de bon Lyonnais en formulant le vœu que l'on sauve de la destruction tout ce qui mérite d'être conservé.

. . . .

D'ici peu , si nous en croyons les oracles, on abattra les bâtiments, construits à partir de 1617, sous la direction du recteur J. Picquet et sur les plans du jésuite Martellange, un Lyonnais qui jouit d'une immense réputation comme architecte dans le premier tiers du XVIIe siècle. Que restera-t-il alors de tant de glorieux et réconfortants souvenirs ? Il n'est donc pas inopportun de saluer, tandis qu'il en est temps encore, ces vieux murs que menace la pioche des démolisseurs. C'est à peine une métaphore de dire que leurs pierres, dressées par la charité, humanisées et ennoblies par elle, sont de ces joyaux qu'on ne voudrait jamais voir mis en poudre. S'il est un monument de notre ville qui soit imprégné de tendresse, qui porte, visible à tous les yeux attentifs, la marque de l'âme cordiale et généreuse de nos pères, le voilà !

Qu'on le renverse donc, puisqu'il a le malheur, paraît-il, de n'être pas au goût du jour. En revanche, qu'il nous soit permis de formuler le vœu que, non seulement on mette à l'abri la délicieuse pharmacie et la salle du Conseil, ce qui semble relativement facile, mais encore qu'on s'ingénie à sauver intégralement l'admirable salle des Archives et qu'on laisse debout l'église avec son charmant clocher.

Avec ses boiseries sombres, d'une étonnante conservation, sculptées en haut-relief de fleurs, de plantes, d'animaux de mascarons d'un gras et savoureux travail ; avec ses exquises figurines (un préparateur de thériaque, un dentiste, un docteur à thèse) ; avec sa riche collection de vases, buires, cornets en faïence et en majolique, de la Renaissance au XVIIIe siècle, la pharmacie est un très beau et très rare spécimen d'officine d'apothicaire du temps de Louis XIV. Molière, qui a joué au bénéfice de la Charité, aurait pu y saluer M. Fleurant.

Sans parler de la salle du Conseil (1745), — dont le mobilier disparate (bahuts de la Renaissance, hautes armoires Louis XIII, etc.), les boiseries du maître-menuisier Sébastien Tardy et de la cheminée en marbre gris-bleu, œuvre du célègre Antoine-Michel Perrache, ne sont pas sans intérêt, — la Charité possède une véritable merveille en son genre : une grande salle d'Archives, qui est probablement la plus belle de France.

Sa beauté tient non seulement aux registres de velin qu'enluminent les armoiries de l'Aumône Générale; aux volumes reliés en plein maroquin rouge, doré au petit et aux grand fers, qui renferment les comptes des anciens trésoriers ; à la suberbe collection des almanachs royaux, timbrés aux armes de recteurs ou de bienfaiteurs de l'hospice. Elle tient encore et surtout à un décor vraiment unique. « Chef-d'œuvre de goût et d'élégance », comme l'a dit l'actuel conservateur de ces merveilles, l'érudit M. Croze, elle est admirablement appropriée à sa destination, qui est d'abriter et de protéger contre les morsures du temps les documents où se reflète la gloire si pure et si brillante de tout un passé de générosité, de bienfaisance et de dévouement.

On ne sait qu'admirer le plus des hautes armoires de chêne feuille morte, dont les vantaux sculptés forment lambris ; des tympans de même essence, d'une courbe si gracieuse qui les surmontent, ornés tour à tour de pélicans et de bouquets de chicorée ; des pilastres, couronnés de vivantes statuettes de génies, personnifiant la Fidélité, la Concorde, l'Activité, la Discrétion, tandis que, dans les angles, des figures, un peu plus grandes, de femmes assises représentent la Religion, la Prudence, la Force, la Charité ; enfin, du pilier central, gainé de chêne et qui soutient une élégante voûte de struc en pendentifs et en arcades décorés de fleurons. Il n'est pas jusqu'aux ferrures qui ne témoignent, par le fini de l'exécution et l'originalité du

mécanisme, du degré de perfection où se maintenait le travail du serrurier dans notre ville vers le milieu du XVIIIe siècle.

De fait, c'est en 1741 et, selon toute vraisemblance, sous l'inspiration du recteur François Deschamps, avocat et conseiller du roi, le grand organisateur des archives hospitalières, que l'architecte Antoine Degérando a composé ce délicat chef-d'œuvre. S'il n'est point conservé dans son intégrité, ce sera une perte infiniment regrettable. Nous insistons : dans son intégrité », car s'il est, à la rigueur, possible de loger à leur juste place les boiseries dans une salle de dimensions pareilles, il y a la voûte et le plier central... Il faut espérer que la municipalité de Lyon, si justement attentive à protéger les beaux monuments du passé, en même temps qu'à honorer l'art dans ses plus humbles créateurs, ne laissera point anéantir l'œuvre de ses artisans qui furent des artistes : le serrurier Charles Vial, le menuisier Louis Caminet, les sculpteurs Michel et Antoine-Michel Perrache.

Le même légitime souci de sauver tout ce qui constitue le patrimoine artistique et moral d'une grande cité écartera aussi de la chapelle la pioche des démolisseurs.

Assurément, ce n'est pas un édifice de premier ordre, pas plus sous le rapport des dimensions que sous celui de l'architecture. Mais tel qu'il subsiste, c'est un intéressant spécimen de ce style classique dont son auteur, le Lyonnais Martellange, venait de donner un premier exemplaire dans la chapelle du collège de la Trinité (le Lycée Ampère). En outre, des vitraux du maître Lucien Bégule, qui sont autant de pages enluminées de l'histoire de l'Aumône, la chapelle de la Charité renferme une demi-douzaine de monuments funéraires, dont aucun sans doute ne peut prétendre au titre de chef-d'œuvre, mais qui n'en donnent pas moins à ce temple un caractère unique à Lyon. Au surplus, les noms des sculpteurs qui composèrent ces décors funèbres et taillèrent ces bustes de Lyonnais charitables : Lafyame, Mimerel, Nicolas Bideau, Michel Perrache et son fils Antoine, sont aussi de ceux qui méritent d'être honorés dans une ville qu'ils ont contribué à embellir.

Est-il besoin d'affirmer, une fois de plus, que le clocher, bâti en 1666 par l'excellent maître-maçon Jacques Abraham, dit la Liberté, est un des meilleurs morceaux d'architecture de Lyon ? Ce gracieux campanile a toujours paru si parfait qu'une tradition, à vrai dire discutable, l'attribue au cavalier Bernin, l'illustre sculpteur et architecte dont Rome est justement fière. Il fait, en tout cas, partie du magnifique paysage de Bellecour dont il constitue un des éléments les plus délicats.

Faut-il ajouter, enfin, à l'adresse de tous ceux — et ils sont légion — qu'intéresse le passé de notre ville et, plus spécialement, à l'adresse des « autorités » qui ont la charge d'en maintenir et, au besoin, d'en imposer le respect aux vandales de la pioche et du compas, que, sous les dalles de cette chapelle, si chère à la piété de nos concitoyens, reposent humblement d'illustres morts ? Ce sont, en première ligne, les cardinaux-archevêques Denis-Simon de Marquemont, qui fut ambassadeur à Rome, et l'admirable frère du grand ministre de Louis XIII, cet Alphonse du Plessis de Richelieu, qui défendit avec tant de fermeté ses diocésains contre une fiscalité oppressive et qui, seul demeuré dans la ville décimée par la peste en 1638, a mérité par son héroïsme le nom de Belzunce lyonnais. N'y aura-t-il donc personne pour empêcher qu'on écrase sous les moellons accumulés le cercueil du prélat, qui aurait pu connaître toutes les gloires, y compris celle d'une tombe fastueuse, mais qui eut l'âme assez haute pour les mépriser et qui, après avoir été le bienfaiteur de l'Aumône, voulut y être enterré, « pauvre, parmi les pauvres » ?

Varia. — *Pauvre docteur* ! L'Informateur Médical :

Nous venons d'apprendre que l'autre nuit des gardiens de la paix ont trouvé sur un banc dans une rue déserte un pauvre hère sans sou ni maille, à moitié mort de misère et de privations. Quelques papiers qui traînaient dans ses poches ont permis de découvrir son identité. Il s'agissait d'un jeune homme de 30 et quelques années à peine, ancien interne des hôpitaux de Paris. Nous pouvons garantir l'authenticité de ce triste fait divers qui montre que l'internat des hôpitaux de Paris mène décidément à tout.

— *En Pologne.* — Le gouvernement polonais vient de publier une nouvelle loi relative aux études médicales. D'après cette loi, tous les étudiants en médecine devront, pour obtenir leur diplôme, étudier spécialement pendant trois mois les effets des empoisonnements par le gaz ainsi que les antidotes. Aucun médecin ne pourra exercer en Pologne s'il n'a obtenu un certificat de l'Institut antigaz. Cette décision est motivée par la crainte que, dans une guerre prochaine, l'emploi des gaz toxiques ne soit devenu une pratique courante.

(*Journal des Débats.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Fibrome utérin et grossesse à terme

Par **Alberto SAAVEDRA**

Professeur adjoint à la Faculté de médecine de Porto
Directeur du dispensaire Magalhães Lemos

Si le fibrome utérin prédispose à la stérilité, la stérilité à, son tour, favorise l'éclosion du fibrome utérin (1).

Tout de même, la coexistence de fibromes et de grossesse n'est pas très rare (2). Suivant leur nombre, leur forme, leur volume, leur siège, leur structure, les fibromes peuvent troubler, plus ou moins, le cours de la gestation, du travail ou des suites de couches, en amenant l'avortement ou l'accouchement prématuré, — en provoquant l'ectopie placentaire et l'insertion vélamenteuse du cordon, — en suscitant des phénomènes de compression (douleurs, oedème, dyspnée, etc), — en empêchant l'accommodation du fœtus, — en entraînant l'incarcération, la torsion, la rupture ou l'inversion de la matrice, en facilitant la rétention du délivre ou en déclenchant des accidents septiques, parfois très sérieux.

Des petites masses ne causent généralement pas d'ennui ; les gros fibromes interstitiels du corps et les tumeurs quelque peu volumineuses du segment intérieur deviennent beaucoup plus gênants (1).

En voici un exemple :

Le 13 août 1931 j'ai observé dans mon service privé Mme T. B., 43 ans, habitant une petite ville de province.

Père syphilitique, mort d'insuffisance cardio-rénale, à 69 ans ; la mère, IV-pare (accouchements à terme), a succombé à des accidents imputés à un fibrome utérin (?), à 42 ans ; un frère est mort de *spina bifida*, à 2 mois : une sœur bien portante ; un frère, ancien poitrinaire, maintenant guéri.

Depuis son enfance, elle était vaguement dyspeptique, ayant fréquenté avec succès Vidago (2) et Caldelas (3) ; elle a été par trois fois touchée par la grippe pneumonique et en 1918 par le typhus exanthématique qui, à cette époque, sévissait au Portugal. Réglée de bonne heure (à 12 ans). Intervalles menstruels un peu réduits (22 à 27 jours). Pertes sanguines pendant 8 jours très abondantes les 5 premiers jours ; jeune fille, elle accusait des douleurs assez vives dans les reins et dans le ventre, 3 jours avant l'apparition des règles.

Mariée à 38 ans (mari syphilitique, soigné) ; cinquième gestation : Ire grossesse — fausse couche de deux mois ; IIe grossesse — accouchement spontané, à terme ; fœtus mort-né, macéré ; IIIe grossesse — fausse couche de deux mois. IVe grossesse — accouchement spontané, à terme (4 novembre 1929). Fœtus vivant — 4 kgr. 520) ; V^e^ grossesse actuelle.

R. Wasserman négatif après le premier accouchement ; même résultat après une réactivation ; malgré cela, on fait le traitement spécifique au cours de la quatrième grossesse (4). D. R. du 8 au 15 mars 1931. A trois mois révolus, quelques pertes sanguines se sont déclarées, avec expulsion d'un gros caillot. On craint une nouvelle fausse couche ; pourtant le volume et l'aspect de l'utérus dénoncent un fibrome.

Taille plutôt grande (1 m. 58) ; obèse (jusqu'à 30 ans, elle était très mince). Bon état général. T. Mx = 13 : T. Mn = 9, 5. (Vaquez-Laubry, humérale gauche) ; P = 80. Pas d'éléments anormaux dans les urines. Bassin spacieux : C. E. = 19,5 ; B. E. = 26 ; B. C. = 29,5 ; B. T. = 33 ; B. I. = 11. Promontoire inaccessible. Ventre énorme, flasque ; vergetures nombreuses ; paroi trop épaisse ; quelques varices, peu volumineuses, à la cuisse droite (depuis sa jeunesse), pas augmentées pendant les gestations (au voisinage des règles les veines gonflaient quelque peu).

Rappelant, dans une certaine mesure, un cœur de carte à jouer, l'utérus se dédouble en deux portions inégales qui, en bas, se confondent : l'une, plus volumineuse, ovoïde, lisse, souple, dont l'extrémité fuit légèrement vers la moitié droite de l'abdomen ; l'autre portion, moins développée, sphéroïde, de contour moins régulier et de consistance plus ferme, occupe la fosse iliaque opposée. Col ramolli ; lacération commissurale gauche ; orifice externe perméable au bout du doigt.

Je confirme le diagnostic de fibrome et grossesse (4 1/2 — 5 mois). La zone la moins souple de l'utérus correspond, évidemment, au fibrome.

Je conseille : expectation ; repos ; régime plutôt végétarien ; traitement spécifique ; attention à l'appareil cardio-rénal. Étant donnée la situation de la tumeur, j'avertis Mme T. B. que, peut-être, aura-t-on besoin de lui faire une section césarienne au terme de la gestation ou au début du travail.

Le 19 octobre je vois, pour la deuxième fois, la patiente Grand appétit ; tendance à la constipation ; parfois, dyspnée d'effort. T. Mn = 12 ; T. Mn = 9 (Vaquez-Laubry) ; P = 100. Abdomen très distendu (1 m. 33 de circonférence péri-ombilicale). Contrastant avec la notable expansion du corps utérin, proprement dit, le fibrome est à peine augmenté de volume, ce qui donne à la matrice une configuration bien diverse de celle que l'on avait constatée deux mois auparavant ; le tissu néoplasique est encore assez ferme.

Il est impossible de définir l'attitude du fœtus. Mouvements

(1) Tandis que, d'après la théorie de Bayle, on devrait regarder la formation des myomes comme une conséquence de l'inactivité sexuelle, l'observation clinique des dernières décades semble démontrer que la gestation est très rarement constatée dans les cas de myomes. Hofmeier n'accepte pas cette doctrine, en prétendant que, chez les myomateuses, il y a des circonstances propices à la conception ; corroborant ce critère Kleinwächter rapporte l'histoire d'une femme, hypoplique et stérile, qui n'est devenue enceinte qu'après le développement d'un myome utérin, gros comme un poing. Quoi qu'il en soit, Hofmeier considère l'éclosion du myome non pas la cause, mais la conséquence de la stérilité : l'utérus a de la tendance à grossir ; faute de gestation, il devient myomateux. — O. KUSTNER. Embarazo y parto en el mioma del utero, *in* Tratado de Obstetrica de A. Doderlien, 11, Barcelona, 1924, p. 57 : « Les nombreuses observations de grossesses chez des femmes atteintes de fibromes montrent qu'il s'agit, avant tout, de cas d'espèces dans lesquels la stérilité peut relever pour autant de l'absence de nidation de l'œuf que d'une infécondité. Il semble, d'ailleurs, que, contrairement à l'idée première qui vient à l'esprit, le fibrome n'agisse pas seulement en tant que facteur mécanique... »

Dès 1911, Seitz (Note : « SEITZ, Ovarialhormone als Waschstumsursachen der Myome. *Munchner mediz. Wochensch.*, 1911, p. 1281 ».) s'appuyant sur le fait qu'on ne voit jamais se développer de fibromes purs avant la puberté, ou après la ménopause, avait émis l'idée que le myome lui-même est peut-être bien sous la dépendance d'un trouble de fonctionnement de l'ovaire. Les recherches ultérieures de Mayer et Schneider (Note : « MAYER et SCHNEIDER. Ueber Störung der Eierstocksfunktion bei Uterusmyom. *Munchner mediz. Wochensch.*, 1913, p. 1041 » ...), en confirmant cette hypothèse, amènent à penser que, dans les stérilités liées à l'existence d'un fibrome, l'utérus n'est peut-être pas seul en cause, mais que l'ovaire y est peut-être bien aussi pour quelque chose. D'après cette conception c'est donc l'ovaire qui expliquerait, à la fois, et le fibrome et la stérilité. Il semble cependant que la notion d'un obstacle mécanique ne doive pas être abandonnée pour tous les cas (Note : « A l'appui de cette opinion on peut faire valoir, du reste, que dans un assez grand nombre de fibromes examinés aux rayons X après injection de lipiodol, les trompes ne sont pas injectées 0.) — G. COTTE. Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme, deux, éd., Paris, 1931, p. 417-418.

(2) « Quelle est la proportion d'utérus gravides de fibromes ? Si l'on ne tient compte que des myomes assez volumineux, voici quelle serait la fréquence de cette complication en s'en tenant aux statistiques récentes : Clinique Barsony à Budapest : 52 fibromes gravidiques sur 23.478 accouchements ; service de Whitrige Williams à Baltimore : 60 sur 7.000 accouchements ; Sloane Hospital (Pierson) : 250 sur 30.836 ; clinique Baudelocque : 162 sur 21.330 ; clinique Tarnier : 31 *interventions chirurgicales* pour fibromes sur 18.000 accouchements.

« En somme, on voit que le nombre des myomes compliquant la grossesse est assez élevé. J'ai du reste l'impression que cette fréquence est plus grande depuis la guerre. Est-ce parce que les primipares âgées se rencontrent plus souvent qu'auparavant ? C'est probable ». — A. BRINDEAU. La myomectomie dans ses rapports avec la grossesse, in *Gyn. et Obst.*, Paris, t. xx, 1929, p. 255.

(1) Les revues de la spécialité mentionnent de nombreuses observations Je ne citerai que les travaux portugais les plus récents :

José Maria MOREIRA. Etiologia e patogenia dos miomas uterinos, in *A Medicina Contemporarnrea*, Lisboa, t. xxx, 1927, p. 36-39 (Extrait d'une *thèse* de Lisbonne, dactilographiée : Algumas consideraçoes sôbre miòmas e gravidez. Lisboa, 1926).

A. M. GONÇALVES DE AZEVEDO. Fibromiôma uterinoe gravidez (Duas observaçoes clinicas) in *Port . Méd.*, t., XIII, 1929, p. 459-462.

Ernesto MORAIS. Tumores do utero e gravidez, in *Port. méd.* t. XV, 1931, p. 177-184.

(2) La Vichy portugaise.

(3) Ville d'eaux portugaise, type Plombières.

(4) A l'âge de 15 mois l'enfant a été pris de convultions, après quoi il est resté un peu arriéré ; il accuse d'évidents signes de lues.

actifs très nets (perçus, pour la première fois, le 26 août) ; bruits cardiaques très voilés.

Le 16 décembre Mme T. B. rentre, selon mon indication, à l'hôpital (« Ordem da Trindade »), à Porto. Ventre immense (1 m. 49 de circonférence péri-ombilicale), asymétrique, plus saillant à droite, où est venu se placer le corps utérin, dont la hauteur mesure 42 cm. ; le fibrome, maintenant beaucoup plus volumineux, tant soit peu ramolli, s'engage dans l'excavation pelvienne. La paroi, toute rayée de vergetures, est encore épaisse malgré sa formidable distention ; au niveau du nombril, en plein corps utérin, on tâte un petit noyau fibreux, gros comme un marron ; 2 doigts à droite et 1 doigt au-dessous, foyer d'auscultation, peu bruyant. Je cherche en vain à établir, cliniquement, l'attitude du fœtus : la palpation de l'abdomen est peu élucidative ; à l'examen vaginal on aborde sans peine la masse fibreuse, mais le pôle inférieur du fœtus reste inaccessible. Je pense à une présentation de l'épaule ; la radiographie a bien justifié mes soupçons.

« L'exagération du diamètre antéro-postérieur du ventre n'a pas permis d'obtenir une radiographie du bassin d'après la technique habituelle ; on a été obligé de faire une projection dans la position oblique antérieure droite, ce qui a nui à la beauté du cliché. On aperçoit les corps des vertèbres lombaires, en position oblique et, superposée à la tête fœtale, l'image de l'iliaque droit, de telle sorte que l'épine iliaque antéro-supérieure se trouve un peu devant le contour de la mâchoire inférieure du fœtus. L'origine de la colonne vertébrale du fœtus se projecte sur la cavité cotyloïde ; ensuite, le rachis s'incurve vers le haut et vers la droite.

« Le membre supérieur droit reste, en partie, caché par la tête, mais on peut toujours vérifier que les extrémités distales du radius et du cubitus dépassent le contour frontal ; le membre supérieur gauche, légèrement fléchi, accompagne la colonne ; les fémurs, les tibias et les péronés nous apparaissent au-dessus et à droite de la crête iliaque.

« L'aspect radiologique du squelette fœtal indique une grossesse à terme, où le fœtus se présente par l'épaule. » (Prof. Roberto Carvalho.)

Aidé par le Docteur A. Rosas, je pratique, sous rachi-anesthésie (stovaïne), *avant le début du travail*, la laparotomie (21 décembre 1931). En plus de dévié, l'utérus est tordu vers la droite ; point d'adhérences. En sectionnant le segment supérieur (chaque fois que je dois enlever l'utérus, j'ai recours à la césarienne corporelle, plus commode que l'hystérotomie basse), je tombe sur le placenta, ce qui donne lieu à une hémorragie considérable, vite jugulée, du reste. Après l'extraction du fœtus, qui ne tarde pas à crier, je fais l'hystérectomie subtotale (1) avec ablation des annexes gauches et de la trompe droite, un peu suspectes.

Durée de l'acte opératoire : 56 minutes ; dans les dernières 13 minutes on a été obligé d'appliquer le masque d'Ombrédanne (Dr. A. Guimaraes).

Suites opératoires parfaites. Allaitement maternel (montée laiteuse le 3e jour). Cicatrisation par première intention. Le 8 janvier 1932 Mme T. B. rentre chez elle, accompagnée de son bébé, tous les deux bien portants.

Enfant du sexe masculin, magnifiquement constitué (pas de stigmates d'hérédo-syphilis) ; poids : 4 kgr. ; longueur : 51 cm. 2 ; placenta d'aspect normal, mesurant 194 × 184 mm. et pesant 522 gr. ; cordon maigre et long (94 cm.) ; membranes normales.

La pièce opératoire, fraîche, pesait 2 kgr. 795. Vue par sa face antérieure, elle montre bien la cavité utérine (l'incision opératoire a été prolongée vers le bas et largement ouverte par une baguette en verre), limitée, à gauche, par la tumeur, que l'on a fendue suivant son grand axe. Tout en haut, on voit le petit noyau fibreux que l'on palpait au niveau du nombril, auprès duquel se dessine une encoche, séparant le corps utérin, proprement dit, de la masse néoplasique. Sur la face postérieure, assez lisse, on constate quelques nodosités arrondies, l'une desquelles, grosse comme une noix, touche le bord droit de l'organe. Au niveau de l'incision opératoire la paroi utérine est épaisse de 4 cm. 2 le fibrome mesure 11 cm. 5 (diamètre transverse) sur 16 cm. 8 (diamètre antéro-postérieur) (2).

« L'examen microscopique des coupes de l'utérus, des membranes, du placenta et du cordon ne révèle pas de lésions dignes de remarque. Quant à la tumeur utérine, elle présente la structure fibromyomateuse typique, modifiée à peine par la présence de quelques foyers de dégénérescence hyaline ». (Prof. Amandio Tavares.)

(1) La sessilité et l'étendue de la tumeur, l'existence de noyaux accessoires, en plus de l'âge de la patiente, déconseillaient la myomectomie.

(2) Ces chiffres ont été pris quelques jours après l'immersion de la pièce opératoire dans du formol.

Ayant pu choisir moi-même le moment de l'intervention, je tiendrais à documenter la maturité du fœtus. Malheureusement, on ne connaît, à l'heure actuelle, aucun signe qui prouve avec certitude qu'un enfant est né à terme (1). Tout simplement, dans le cas qui nous occupe, relève-t-on un ensemble de faits, nous permettant de croire qu'il s'agit bien d'un fœtus mûr. L'accouchement de Mme T. B. a eu lieu 280 jours après le dernier jour des D. R. ; les caractères radiologiques du squelette, le poids et la longueur du fœtus ont été déjà enregistrés (2) ; en prenant les mesures de la tête fœtale, j'ai obtenu les dimensions suivantes :

Diamètres : O. M. × = 12.8 ; O. F. = 12.1 ; S. O. B. = 9,8 ; S. O. F. = 10,6 ; S. M. B. = 9,9 ; B. P. = 9,4 ; B. T. = 8,1 ; M. S. = 13,4.

Circonférences : S. O. B. = 33,5 ; S. M. B. = 32,9 ; S. O. F. = 34.4 (3).

La thérapeutique de l'obstruction pelvienne par tumeur (4)

(1) H. Vignes. Physiologie obstétricale normale et pathologique. Paris, 1923, p. 240-250.

(2) Alphand fixe à 4.000 grammes le poids minimum du gros enfant — H. Vignes. *Loc. cit.*, p. 246.

Parmi les circonstances, capables d'intensifier le développement du fœtus, on trouve, dans le cas présent : la corpulence des procréateurs (M. et Mme T. B. sont tous les deux bien battis et vigoureux) ; l'âge auquel s'est produite la puberté chez la mère ; la multiparité de la patiente ; les bonnes conditions hygiéniques, économiques et morales qui ont accompagné la gestation (*Ib.*, *ibid.*, p. 241-245) ; le rapport sérologique materno-fœtal (Mme T. B. et son enfant appartenaient tous les deux au groupe A). — L. Hirszfeld et H. Zborowski. Recherches sur la perméabilité élective du placenta en rapport avec le groupe sanguin de la mère et du fœtus, in *Ginekologia Polska*, t. iv., 1925, p. 477 (analyse de Zborowski, in *Gyn. et obst.*, t. xiii, 1926, p. 384-385). B. Badino. Rapporti sierologici materno fetali, in *Rivista Italiana di Ginecologia*, vol. vi, 1927 (analyse de M. L. Lavedan, in *Gyn. et Obst.*, t. xix, 1929, p. 232).

Outre ces facteurs normaux, on peut invoquer la syphilis (H. Vignes. *Loc. cit.*, p. 246). Il faut noter cependant que, contrairement à la loi de Pinard, le placenta était assez léger (quotient fœto-placentaire 7,6) et le liquide amniotique n'était pas en excès.

(3) En prenant, immédiatement après la naissance, dans la Maternité de Lisbonne, les dimensions céphaliques de 2.899 enfants, le regretté Prof. Alfredo da Costa a trouvé les moyennes ci-dessous :

O. M. = 12,95 ; O. F. = 11,58 ; S. O. B. = 9,31 ; S. O F. = 10,85 S. M. B. = 9,95 ; B. P. = 9,35 ; B. T. = 8,04 ; M. S. = 13,43.

S. O. B. = 31,21 ; S. M. B. = 31,42 ; S. O. F. = 32,78.

L'auteur n'a utilisé pour son enquête que des fœtus à terme, nés vivants, en se présentant par le sommet et se dégageant en O. P. — Alfredo da Costa. Quelques renseignements statistiques sur la Maternité provisoire de Lisbonne. Lisboa, 1906, p. 96.

A son tour, le Prof. Costa Sacadura a pu observer, dans le même établissement et dans des conditions pareilles, 529 fœtus. Voici ses chiffres :

Moyenne des poids : 3.200 grammes.
Moyenne des longueurs : 49, 33.
O. M. = 12,13 ; O. F. = 11,09 ; S. O. B. = 9,29 ; S. O. F. = 10,47 ; S. M. B. = 9,98 ; B. P. = 8,89 ; B. T. = 7, 86 ; M. S. = 13,19.
S. O. B. = 31,22 ; S. M. B. = 31,27 ; S. O. F. = 32,42.

Ne considérant que les enfants du sexe masculin dont le poids est supérieur à 3.500 (poids maximum 4.550 gr. moyenne des poids 3.758,66 gr.), l'auteur a obtenu les dimensions suivantes :

O. M. = 12,72 ; O F. = 11,63 ; S. O. B. = 9,50 ; S. O F. = 10,85 ; S. M. B. = 10,18 ; B. P. = 9,15 ; B. T. = 8,17 ; M. S. = 13,69.

S. O. B. = 32,52 ; S. M. B. = 32,47 ; S. O. F. = 33,63. Costa Sacadura. Quelques considérations sur les dimensions de la tête du fœtus à terme, XV Congrès international de Médecine, Lisbonne, 19-21 avril 1906, Section XIII, obstétrique et gynécologie. Lisbonne, 1906, p. 282 et 283.

Il est évident que ces chiffres ne peuvent être comparés sans des restrictions à ceux que j'ai pris de l'enfant de Mme T. B., puisque dans mon cas le fœtus avait été extrait par césarienne, avant le début du travail et, par conséquent l'ovoïde céphalique n'avait point subi de déformations plastiques.

Je me rappelle, à ce propos, une ancienne observation de Budin (1875) : Hémorragie pulmonaire chez une femme arrivée au terme de la grossesse. mort ; opération césarienne. — Fœtus de 51 cm. de longueur, pesant 2.970 gr. Cet enfant avait une tête légèrement ovoïde, régulière, qui, mesurée aussitôt après qu'il avait été insufflé et ranimé, présentait les dimensions suivantes :

O. M. = 12,4 ; Maxim. — 12,9 ; O. F. = 11, 8 ; S. O. Bg. = 10,3 ; B. P. = 10 ; B. T. = 8,7 ; B. M. = 7,8. Grande circonférence 37,6 ; petite circonférence 33,5. — Pierre Budin. De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Thèse de doctorat soutenue à Paris le 7 janvier 1876, reproduite dans le volume : Obstétrique et gynécologie ; recherches cliniques et expérimentales. Paris. 1886, p. 68-69.

(4) Je crois utile de signaler cette remarque de Jeannin :

« Sous le nom d'obstruction pelvienne par tumeur, nous décrirons tous les cas où une tumeur praevia, quelle que soit sa nature, oppose un obstacle partiel ou total à la sortie du fœtus : c'est dire que, pour ne citer que deux exemples, notre description ira depuis l'obstruction complète du bassin par gros fibrome, jusqu'à l'obstruction partielle, et peut-être momentanée, due à une petite tumeur mobile ». — C. Jeannin. De l'obstruction pelvienne par tumeur au cours de la grossesse et de l'accouchement, in Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier (première année), Paris, 1924, p. 89.

a évolué, depuis quelques années, dans un sens carrément chirurgical. On abandonna l'avortement et l'accouchement provoqué qui, tout en conservant la tumeur, sacrifiaient la grossesse ; on rejette les anciennes méthodes obstétricales (forceps, version) où, par des manœuvres de violence, plus ou moins habilement déguisée, on fait passer le fœtus à travers l'obstacle pelvien (la voie basse n'est indiquée que dans l'hypothèse d'un fibrome du col ou d'un polype faisant saillie dans le vagin) ; la ponction des kystes ne compte plus de partisans ; gardons-nous de la pelvitomie aussi bien que du refoulement de la tumeur. C'est donc à la voie abdominale qu'il faut s'adresser, dans l'immense majorité des cas (1).

Si la myomectomie est impossible (tumeurs multiples, fibromatose plus ou moins massive, fibromes sous muqueux) ou si elle est dangereuse (hémorragie, infection), on pratiquera l'hystérectomie (2).

Certains chirurgiens préfèrent l'hystérectomie totale (3). Pour ma part, je reste fidèle à l'enseignement de J.-L. Faure, en aimant mieux, dans les conditions ordinaires, la subtotale, plus rapide, plus simple et plus bénigne (4).

Audition et hystérie

Par Henri BOURGEOIS

Jusqu'à Babinski on se refusait à définir l'hystérie. Lasègue avait écrit : « l'hystérie n'a jamais été définie, elle ne le sera jamais ». On la caractérisait par ses stigmates permanents et par des manifestations passagères de paralysie, de contractures, de crises convulsives, d'anesthésie sensorielle.

La surdité hystérique a fait depuis Piorry et Briquet l'objet de nombreux travaux ; nous nous bornerons à rappeler ici les noms de Gellé et de Gradenigo. L'important ouvrage de Chavanne clôture en quelque sorte cette période, il constitue l'étude la plus approfondie qu'on ait jamais écrite sur les rapports de l'oreille et de l'hystérie.

Chavanne étudie d'abord systématiquement l'audition chez les hystériques non atteints d'une affection organique de l'oreille ; nous nous interdirions aujourd'hui pareille étude pour ne pas créer de toute pièce par la suggestion de notre examen des troubles auditifs dont le malade ne s'est encore jamais plaint.

Ensuite Chavanne décrit de main de maître la surdité hystérique et ce chapitre concerve encore une grande valeur.

A cette époque le diagnostic de surdité hystérique comprenait deux éléments : 1) il fallait que le malade fût un hystérique avéré et cela se savait par la constatation des fameux stigmates ; 2) la surdité devait présenter certains caractères, principalement de survenir et de disparaître pour des causes purement psychiques, et de ne pouvoir être rattachée à une cause organique.

La présence des stigmates était une condition absolue : en 1904, Boulay et Le Marc'Hadour publiaient des observations de surdité pour une part exagérée par du pithiastisme puisque les malades s'amélioraient considérablement par la simple suggestion, mais en l'absence de tout stigmate ils repoussaient le diagnostic d'hystérie.

Or aujourd'hui, les stigmates ont vécu et nous acceptons cette définition de Babinski : « est hystérique un trouble qu'il est possible de reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude parfaite et qui est susceptible de disparaître sous l'influence de la persuation ».

Babinski a montré que les prétendus stigmates étaient l'effet d'une suggestion médicale.

Il a fait plus, il a donné le moyen de reconnaître la nature organique de certains phénomènes injustement catalogués comme hystériques.

Il ne s'est pas occupé de la surdité à ce point de vue. Il appartenait aux auristes de perfectionner l'examen de l'oreille interne. Barany a ouvert la voie des épreuves objectives vestibulaires, et Lombart celle des épreuves cochléaires.

Nous nous bornons à mentionner ces épreuves bien connues.

En somme, la réforme de Babinski n'a pas tellement modifié la description de Chavanne : l'apparition et la disparition de la surdité sous une influence psychique reste le grand criterium ; nous y ajoutons aujourd'hui la conservation des réflexes cochléaires, qui sont abolis par la surdité organique.

Mais de l'aveu même de Babinski sa définition est trop compréhensive, en ce sens qu'elle ne sait pas distinguer l'hystérie et la simulation volontaire. Cette distinction ne nous paraît cependant pas impossible.

La surdité hystérique d'après notre expérience nous paraît exceptionnelle ; Chavanne la considérait déjà comme rare, peut-être était-elle plus fréquente dans les milieux militaires ; comme tout le monde nous en avons observé une petite épidémie pendant les deux premières années de la grande guerre.

Son éclosion demande un terrain préparé, c'est-à-dire un état favorable de suggestibilité du sujet. On peut être intelligent, instruit et en même temps très sugestionnable ; on peut être très impressionnable et rester sous le coup d'une vive impression physique sans défense contre la suggestion qui s'impose en maîtresse à la conscience et va inhiber une partie de la sensibilité.

Cependant intelligence et instruction sont le contraire de la crédulité, aussi l'hystérie se verra bien plus tôt chez des esprits faibles, des ignorants, des malheureux apeurés, anxieux.

Sur cette suggestibilité préexistante survient l'occasion déterminante.

La lecture des observations publiées ne révèle pas toujours cette cause occasionnelle, faute probablement d'une enquête suffisamment poussée. En réalité, il faut un symptôme auriculaire léger ou grave pour fixer l'attention du malade (auto-suggestion), ou l'imitation inconsciente d'un trouble analogue (hétéro-suggestion).

Un fracas de chaises renversées, un coup de tonnerre ont assourdi une oreille quelques secondes, cela a suffi pour produire une surdité totale et durable. Une petite otite a pu laisser une cophose complète chez une femme hantée par la crainte de la surdité.

La suggestion ne s'expliquait que trop bien pendant la guerre : les fatigues, l'horreur des émotions préparaient le terrain à l'effet de commotions formidables ; les déflagrations causaient rarement les lésions organiques capables de donner des surdités graves et indélébiles, mais sur le moment les victimes étaient réellement sourdes. A. Bloch a étudié scientifiquement le retour progressif de l'acuité auditive. Que ces malades se crussent sourds pour toujours et que même sans antécédents névropathiques antérieurs ils fissent de la surdité hystérique cela n'avait rien de surprenant. Ce fut cependant exceptionnel quand à l'auto-suggestion initiale ne s'ajouta plus l'hétéro-suggestion médicale.

En effet les médecins mobilisés admirent sans discussion la nature organique de ces surdités, et les diagnostics précis et sinistres de pleuvoir sur les bulletins d'hôpitaux. Un peu plus tard l'organisation des centres spéciaux permit l'étude

(1) *Ib., ibid.*, p. 97-102.

(2) A. Brindeau. *Loc. cit.*, p. 271.

(3) V. Pauchet. Fibrome et grossesse à terme ; hystérectomie abdominale totale, in *La Pratique chirurgicale Illustrée*, fasc. II, deux. éd., Paris, 1925, p. 111-126.

(4) ... « je ne peux pas comprendre, pour les raisons que je vous ai données et qui me paraissent correspondre à la vérité, qu'on s'acharne encore à faire des hystérectomies totales, et à se donner beaucoup plus de mal pour finir par perdre quelques malades de plus ». — J. L. Faure. Hystérectomie totale ou subtotale ?. *In* Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier (Septième Année 1930), Paris, 1931, p. 216-217.

de ces surdités ; leur nature purement fonctionnelle fut établie dans l'immense majorité des cas ; cela se sut, et l'épidémie de simulation consciente ou inconsciente disparut comme par enchantement.

Depuis la guerre nous avons pratiqué un grand nombre d'expertises civiles ; nous avons rencontré beaucoup d'exagérateurs, nous n'avons vu qu'un cas d'hystérie avérée.

La surdité hystérique est partielle ou totale, unilatérale ou bilatérale. La surdité bilatérale totale s'accompagne parfois de mutisme.

La surdité partielle purement hystérique est rare ; presque toujours elle représente l'exagération d'une surdité organique ; il s'agit d'un névropathe qui se croit très sourd pour une otite catarrhale bénigne, ou d'un sourd ancien attristé par sa surdité, qui se l'est exagérée à lui-même et a cessé d'écouter. Ces faits rentrent dans ce que Rohrer, Boulay et Le Marc'Hadour appellent la torpeur ou la stupeur de l'oreille.

Cliniquement, cette exagération pithiatique se reconnaît par le caractère paradoxale des épreuves acoumétriques. Par exemple, la perception relativement bonne de la montre et des diapasons contraste avec l'incompréhension de la parole ; ou encore une surdité pour les sons aigus coïncide avec une bonne perception osseuse. Une rapide et grande amélioration obtenue par des moyens purement suggestifs confirment le diagnostic.

Cette évolution favorable permet de différencier la surdité partielle hystérique d'avec la simulation volontaire.

En réalité nous croyons l'hystérie très rare sous cette forme. La simulation est au contraire très fréquente chez les traumatisés porteurs d'anciennes lésions auriculaires.

La surdité hystérique totale est absolue. Une surdité fonctionnelle totale est plus absolue que les surdités organiques les plus graves où l'on retrouve souvent un reste de perception. Et c'est là déjà un caractère suspect.

Dans la surdité unilatérale, le malade ne perçoit aucun son par l'air, aucun diapason vibrant sur la mastoïde. Il nie par conséquent à tort la perception par l'autre oreille. En effet, toutes les fois que le son arrive plus fort à l'oreille prétendue sourde son inhibition sensorielle lui interdit d'entendre. Il sera pris aux épreuves de Stenger, d'Escat, et à mon épreuve des deux tubes acoustiques.

Il pourra être reconnu également par une épreuve très simple, c'est celle de l'obstruction simulée : on presse fortement avec le doigt au-devant du tragus de l'oreille entendante tandis qu'on parle devant l'oreille prétendue sourde, le sourd fonctionnel ne répète pas.

L'assourdissement de l'oreille saine produit une forte élévation de la voix, qui ne se modifie pas quand on y ajoute l'assourdissement de l'oreille dite sourde.

Le réflexe cochléo-palpébral persiste des deux côtés ; son absence bilatérale est sans signification.

La surdité totale, ou quasi totale, bilatérale se révèle pour tous les sons aussi bien pour la perception osseuse que pour la perception aérienne. Mais la voix est normale. L'assourdissement d'une seule oreille ne provoque rien, tandis que l'assourdissement des deux amène une modification nette de la voix. Chez les sujets suffisamment impressionnables la recherche du réflexe cochléo-palpébral est positive.

La surdi-mutité représente l'évidence la plus nette d'une manifestation hystérique ; le mutisme acquis en effet ne peut se rattacher à aucune lésion organique. A la rigueur il pourrait compliquer une surdité réelle.

Ici l'examen de la surdité est complètement impossible à part la recherche du réflexe cochléo palpébral.

Le mutisme est absolu : le malade n'émet aucun son par la bouche, il ne parle pas, ne siffle pas ; il n'ébauche aucune articulation de mot ou de syllabe ; il a cependant gardé la mémoire du langage, il peut lire et écrire. L'aphasique articule au contraire certains mots, mais à contre-sens, sa glotte fonctionne, mais il a perdu la mémoire du verbe.

Le laryngoscope montre une glotte largement béante ; les cordes n'esquissent aucun mouvement quand on demande au malade de proférer le son « é », aucun bruit laryngien n'est émis. Ce n'est qu'une pseudo-paralysie car on peut faire tousser le malade d'une toux sonore, et faire rapprocher les cordes en provoquant un réflexe nauséeux. D'ailleurs une paralysie laryngée produirait l'aphonie et non le mutisme.

Roussy a distingué trois variétés de surdi-mutité ; la première n'offre que des accidents pithiatiques de surdité et de mutisme, le malade est à part cela normal, il s'exprime par gestes et par écriture ; il guérira par suggestion s'il est placé dans un milieu favorable. Dans les deux autres variétés il y a confusion mentale délirante, ou confusion mentale compliquée de stupeur, le pronostic est grave et le traitement relève de la psychiatrie.

Le diagnostic d'une surdité hystérique s'établit sur son mode d'apparition, ses caractères cliniques, sa disparition par suggestion.

L'appréciation du mode de début expose à de graves erreurs, car il faut s'en rapporter uniquement aux dires de l'entourage. Il nous souvient d'une jeune fille qui nous fut présentée comme une sourde totale depuis une émotion. Telle était l'affirmation de sa compagne et le diagnostic d'hystérie avait été porté par des auristes compétents. Un interrogatoire patient par écrit nous apprit que le début avait été rapide mais non brusque, que les deux oreilles s'étaient prises successivement ; il y avait eu des vertiges. Les épreuves acoumétriques révélaient d'un côté des restes notables d'audition pour les diapasons ; la jeune malade était anxieuse de guérir ; les réflexes cochléaires étaient abolis. Bref il y avait tous les signes d'une surdité organique due probablement à une syphilis héréditaire.

La guérison par suggestion est un signe évident d'hystérie.

Nous ne reviendrons pas sur les renseignements fournis par les épreuves acoumétriques signalés par nous en cours de route. En réalité, la différenciation d'une surdité organique et d'une surdité fonctionnelle ne présente plus maintenant de grandes difficultés dans la majorité des cas.

Peut on distinguer l'hystérie et la simulation volontaire ? On a appelé l'hystérie une simulation inconsciente ; appelons-là une simulation de bonne foi et quand la mauvaise foi sera évidente affirmons la simulation.

Nous croirons donc peut être à l'hystérie si la surdité est toujours la même, mais nous crierons à la simulation si le sujet qui vient de converser avec nous pour nous raconter les suites d'un accident devient tout à fait sourd dès que nous lui avons clos les yeux.

Nous n'accepterons pas non plus qu'avec les yeux fermés il entende tantôt à dix centimètres et tantôt à cinq mètres.

Le pseudo-lecture sur les lèvres est un symptôme incontesté de simulation, on ne l'observe plus dans la pratique civile.

L'attitude du sourd et de l'hystérique sont différentes.

Le faux sourd partiel joue la comédie : il crie, il tend l'oreille avec affectation, il fait répéter inutilement. L'hystérique est impassible.

Un vrai grand sourd est un homme très malheureux qui épie vos gestes et le mouvement de vos lèvres et cherche constamment à suppléer à son infirmité. L'hystérique promène des regards indifférents dans la pièce. Le simulateur d'une surdité totale joue un rôle difficile à remplir : il se sait à la merci d'une surprise, d'un tressaillement ; aussi il est comme crispé, l'œil regardant dans le vague ; ce n'est pas l'indifférence naturelle du pithiatique, c'est l'abstention voulue de tout mouvement et de toute mimique.

N'exagérons pas la valeur de ces dernières considérations : une attitude ne constitue pas une base suffisante pour édifier la conclusion d'une expertise.

La suggestion est le traitement de l'hystérie. Elle est facile ou très difficile.

Chavanne a écrit : « Quand on veut guérir un hystérique et non pas le transformer en sujet, il ne faut pas multiplier sur lui les expériences ».

L'emploi de l'électricité est classique ; Chavanne place une électrode positive sur la nuque, l'électrode négative à l'entrée du conduit et fait remonter rapidement le cou-

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Un accouchement de Rabelais. — *Passage détaché d'un roman de M. Léon Daudet, intitulé :* UN AMOUR DE RABELAIS, *roman publié par* CANDIDE.

Rabelais et Corysande, approchant de Chinon, entendent des cris venir d'une maison isolée. Un pauvre ménage y habite, et la femme est sur le point d'accoucher, privée de tout secours. Rabelais entre pour la soigner, suivi de Corysande (CANDIDE).

.....Rabelais retroussa ses manches, découvrit le corps pitoyable, agité de soubresauts et couvert de sueur. L'enfantelet était déjà engagé, tête avant. Le docteur de Montpellier n'avait pas de forceps à sa disposition, mais se rendit rapidement compte que cet instrument était superflu. Le temps des grandes douleurs était venu, et celles-ci se produisaient à intervalles réguliers, au moment des principales contractions. Elles suivaient un rythme qui intéressait l'opérateur, grand chasseur de cadences à travers la nature et aussi à travers les phrases. A côté de lui, Corysande, devenue infirmière, et non moins experte au soulagement qu'à l'amour, lui passait les objets rudimentaires dont il avait besoin, et maintenait les jambes de l'accouchée. Brusquement, inopinément, forçant l'obstacle, le fruit jaillit : un beau petit mâle dodu, bien conformé, duquel sortit le miaulement caractéristique qui annonce l'entrée dans la vie. Sur sa main savante et douce, l'auteur de *Pantagruel* prit cette boule souillée et sublime, qui prolonge ci-bas nos premiers parents. Il l'approcha de son oreille, pour s'assurer que le cœur battait bien, que la minuscule horloge marquait l'heure. Agenouillé, le père pleurait de joie, et se signait à tour de bras, insoucieux du surcroît de labeur et de responsabilité que cet oisillon humain lui apportait. Comme il se relevait, tout frémissant, il vit le médecin providentiel qui, le cordon une fois coupé et prenant de l'eau dans l'aiguière, en aspergeait et baptisait son fieu avec les paroles rituelles, comme eut pu le faire le curé de Notre-Dame-des-Bois. Sans doute en avait-il le droit, étant bon pour les âmes comme pour les corps. Rompue de fatigue et de secousses, de craintes, d'angoisses et d'apaisement, la maman écartelée s'était endormie. Corysande, de ses doigts légers, lissait sa chevelure sur son front gluant.

— Messire, dit l'homme sans embarras et comme ennobli par cette naissance, je suis très pauvre et je n'ai rien à vous donner que ma peau le jour où vous en aurez besoin. Je m'appelle Tartifume et on appelle ma femme ici présente la Gimblette. Nous faisons partie des gens de Groulié, à deux heures de voiture de Chinon. Pourrais-je connaître votre nom ?

— Je m'appelle le Docteur Rabelais, Chinonais comme toi et suis aussi curé près de Paris. C'est ce qui m'a permis de baptiser ton petit.

Ce nom ne disait rien au paysan :

— Quel est votre prénom, messire ?

— François.

— Donc notre fieu s'appellera François, en souvenir et reconnaissance.

Entre temps Corysande avait couché le marmot, proprement lavé, dans une caisse en bois préparée à l'avance et sur la paille dorée duquel elle avait disposé sa propre guimpe, demeurant ainsi ses beaux bras nus. A quelques heures de distance le contraste d'un enfant mort et d'un enfant de naissance l'émouvait puissamment, spiritualisait son amour, pour ce compagnon, environné d'orage, qu'elle avait suivi comme cela, et que le roi recevait en audience. Malgré son gros nez rouge et sa demi-calvitie, elle le trouvait superbe à force d'être intelligent et bon. Sans doute sa vinasse lui jouait des tours au déduit et il ne se soignait guère, mais Léonard non plus n'était pas propre, mais le roi François lui-même avait des dents gâtées et les grands hommes n'ont pas toujours le temps de se laver comme il faudrait.

Voyant le bonhomme Tartifume étonné de ce qu'il ne s'en allait pas, Rabelais lui dit :

— J'attends le délivre, car vous ne sauriez pas, l'un ni l'autre comment vous en tirer.

Le gars des champs ne savait pas ce que c'était que ce « déli-

vre », dont il entendait parler pour la première fois, et il n'osa pas questionner. Il ne compris qu'un peu plus tard.

En partant, l'accoucheur improvisé laissa un écu d'or dans la pauvre maison, malgré les protestations de son hôte. D'un coup d'œil, il embrassa la soupente, la femme endormie, le petit dans sa caisse, la cruche d'eau et tous les accessoires de l'auguste mystère. La pelote de chair vagissante pouvait être, par la volonté suprême, Jules César, Saint-Louis ou Erasme ; et la Romée, mère de Jeanne d'Arc, avait porté dans ses flancs le salut providentiel de la France. Il n'était dans les livres anciens ni modernes, aucune explication de ces fortunes extraordinaires, par qui tant d'autres, plus ordinaires, à travers les siècles, étaient préservées ou compromises ou anéanties. Ces hautes et sonnantes destinées étaient les clochers des paroisses humaines.....

Nostradamus étudiant en médecine. — *Détaché d'un livre de M. Jacques Boulenger* : NOSTRADAMUS, *collection des grands illuminés. Editions Excelsior. Ce passage a été publié par* JE SUIS PARTOUT *avec le titre suivant* : NOSTRADAMUS ÉTUDIANT EN AVIGNON.

..... La tradition rapporte que, lorsque Michel de Nostredame eut entrepris la philosophie (c'est-à-dire l'étude des ouvrages d'Aristote, de Pline et autres savants de l'antiquité), il y excella si bien qu'il advint plus d'une fois que son régent le laissa faire la leçon à sa place. C'est fort possible : élevé par un docteur en médecine renommé, petit-fils d'un autre, il avait bien pu être instruit par eux de beaucoup de choses que ses condisciples apprenaient, eux, pour la première fois.

Quoi qu'il en soit, c'est à Montpellier, et non plus en Avignon, qu'il apprit la « philosophie et théorie de médecine ». Pourquoi cela ? Parce que l'Université d'Avignon n'était pas brillante ; le droit seul y était enseigné avec quelque lustre ; or, notre héros devait être médecin comme ses deux grands-pères qui s'étaient distingués dans cet état : telle était la tradition de sa famille. Nos ancêtres, en effet, n'avaient pas les mêmes idées que nous, sur la vocation et n'étaient pas individualistes le moins du monde : il était d'usage que le fils suivît la même profession que son père, et c'est ainsi qu'on voyait des générations de bouchers, de gens de loi ou de savants, voire d'artistes, de peintres ; au XVIIe et XVIIIe siècles, on en verra même de secrétaires d'Etat, de ministres comme nous disons, ce qui de nos jours peut paraître étonnant. Le principe d'hérédité ne s'appliquait pas aux familles royales et seigneuriales seulement : il s'appliquait à toutes les familles, et en fait réussissait fort bien.

Donc le jeune Michel de Nostredame conquit le grade de maître ès arts. Il ne lui restait plus qu'à se faire inscrire régulièrement à la Faculté de médecine ; mais auparavant il voulut faire un voyage d'étude dans les villes et Universités du Midi, s'appliquant à la « pharmaceutrie » ou pharmacie, et à la « cognoissance et perscrutation des simples par plusieurs terres et pays (...), incessamment courant pour entendre et savoir la source et origine des plantes ». C'était, vraisemblablement, un usage assez répandu alors chez les étudiants, que d'aller écouter dans les diverses Universités l'enseignement des humanistes réputés afin de se perfectionner dans les *litteræ humaniores*, exactement comme les compagnons ouvriers faisaient leur tour de France. C'est, en tout cas, ce que fit Rabelais entre 1527 et 1530, comme Nostredame entre 1525 et 1529, et il est fort possible qu'ils se soient rencontrés à Toulouse et à Bordeaux avant de l'inscrire tous deux à l'Ecole de médecine de Montpellier.

Pour vivre, les écoliers qui n'avaient pas d'argent s'arrangeaient comme ils pouvaient, et ceux qui apprenaient la médecine ne se privaient pas de soigner les malades moyennant finances. C'est que la profession médicale était bien loin d'être réglementée comme aujourd'hui. Certes, le grade de maître ès arts ne donnait pas le droit de l'exercer ; pourtant beaucoup de maîtres ès arts, sous prétexte de familiarité avec Hippocrate et Galien, se faisaient médecins traitants. Jules-César Scaliger, n'eut jamais le moindre titre médical : cela ne l'empêchait point d'exercer la médecine, et même de couvrir de sarcasmes et d'invectives les « produits de Montpellier ». Ne nous étonnons donc pas si Nostradamus, comme le dit son premier biographe, pratiqua la médecine bien avant d'avoir commencé à l'apprendre officiellement. Cette science, d'ailleurs, n'était pas alors affaire de spécialistes uniquement : tous les érudits estimaient s'y entendre.

rant à 3 milli ampères ; bien entendu il y ajoute la suggestion verbale. Suggestion prudente, car il ne faut pas trop promettre pour ne pas compromettre le succès.

Certains auteurs ont réussi par des simulacres d'opération sous anesthésie générale ; autant que possible il faut préférer des méthodes plus simples.

Babinski recommandait d'essayer d'abord la suggestion brusque ; en présence d'un nouveau médecin après l'émotion d'un minutieux examen, le blessé se voit affirmer qu'il peut entendre, qu'il doit entendre, qu'il entend.

Nous proscrivons complètement les massages, les insufflations, les cathétérismes : tourmenter une oreille qui n'en a cure, c'est l'assourdir momentanément, condition peu favorable à la suggestion désirée, et s'obstiner à intervenir, c'est risquer d'enfoncer le mal plutôt que le déraciner.

Traitement de l'oto-sclérose associée aux métrorragies par une thérapeutique recalcifiante

Par le Docteur **CHAJUTINE** (de Sébastopol)

L'ostosclérose est, souvent, associée à des règles trop longues ou trop rapprochées et à des symptômes rappelant la tétanie ; en même temps, on constate de l'hypocalcémie.

Aussi ai-je eu l'idée de traiter, dans trois cas, l'association de ces états morbides par la greffe d'un fragment hétérogène d'os dans le tissu sous-cutané. Cette opération proposée par Oppel pour la tétanie fait disparaître les crampes tétaniques et fait augmenter la calcémie. J'ai publié ma technique dans *Gynécologie et Obstétrique* (février 1933, t. XXVII, p. 146) et les résultats remarquables obtenus dans trois observations : règles redevenues normales, calcémie devenue normale et, dans un cas, disparition des céphalées et des vertiges.

Le mécanisme mis en branle par la greffe d'os est analogue à celui de l'ionophorèse calcique. Dans ces conditions, j'ai essayé l'ionophorèse dans deux cas de métropathie hémorragique. Ces deux observations montrent que l'action de la planchette d'os implantée et celle de l'ionophorèse sont à ce qu'il m'a semblé, tout à fait identiques ; la différence se trouve en en ce que l'action de l'ionophorèse calcique dure pendant six mois, après quoi la malade doit se soumettre à l'ionophorèse de nouveau, tandis que l'action de l'implantat dure pendant des années entières jusqu'à ce que l'os se résorbe complètement.

La technique de l'ionophorèse calcique est la suivante : on pose des électrodes avec l'étendue de 160 cm. carrés chacune (longueur de 20 cm. et largeur de 8 cm.) sur l'humérus de telle manière qu'une électrode soit placée antérieurement et l'autre postérieurement ; sous l'électrode, on place plusieurs couches de flanelle, humectée à l'anode par une solution de 2 % de chlorure de calcium et à la catode par de l'eau de source ou bien par une solution chlorurée. Les couches de flanelle doivent dépasser les bords de l'électrode. La force de courant est de quarante milliampères, la durée de la séance est de vingt minutes. La densité se manifeste, donc, en 0,25 MA 1 cm. carrés. Pour diminuer la résistance de la polarisation, on fait deux poses d'une minute chacune, après la dixième et la dix huitième minute.

« La chirurgie comme l'art de plaire ne peut être pratiquée avec succès que pendant la jeunesse. » (J.-G. Cloquet. *Les Biographies médicales*, sept. 1933.)

Polype placentaire

Par César **FLEURY DE ARAUJO** (1)

Il arrive, parfois, à l'occasion d'un avortement ou même d'un accouchement, que des restes de placenta restent fixés aseptiquement dans les parois de l'utérus, formant une tumeur qui, bien irriguée, vit et se développe comme une véritable néoplasie : c'est le polype placentaire. Ces polypes s'observent plus fréquemment à la suite d'un avortement que d'un accouchement cela parce que les parties placentaires dans les premiers mois de la gravidité adhèrent plus intimement à l'utérus que dans les mois ultérieurs (Doderlein). Ils sont, pour le même motif, plus fréquents dans les manœuvres qui lèsent l'œuf (avortement provoqué) que dans les avortements purement spontanés (Bumm).

Sans être chose rare, le polype placentaire constitue cependant un accident peu fréquent, d'autant, comme l'observe Tourneux, qu'une masse considérable de placenta n'a pas coutume d'évoluer dans la cavité utérine, durant un temps plus ou moins long, à la manière d'un corps étranger, sans occasionner de phénomènes infectieux et sans se manifester par des hémorragies précoces. Cette évolution atypique, en complète discordance avec la marche habituelle des rétentions placentaires, peut, quand la malade cache l'histoire d'un avortement provoqué, induire le chirurgien à une erreur de diagnostic, comme il arriva à Tourneux qui, croyant à un polype fibreux, à l'occasion de l'opération fut fort surpris de trouver un placentome.

Anatomie. — Le polype placentaire, de consistance molle et friable, présente une surface irrégulière, saignante et mamelonnée ; son volume varie de celui d'une cerise, d'une noix (Auvray, Eparvier), d'une amande (J.-L. Faure) à un œuf de poule (Brindeau, Doderlin). Il peut atteindre le volume du poing (Chrobak). Parfois sessile (Auvray) ou plus souvent pédiculé, il est, en général, implanté vers le fond de l'utérus, qu'il n'élargit pas, comme le fait le placenta malin, auquel il ressemble (type polypeux), mais dont il en diffère par la bénignité de son évolution (Ouregowsky). Quelquefois, en croissant, il épouse la forme de la cavité utérine et finit par pénétrer dans le canal cervical et le franchit comme un polype (fibreux) pédiculé (Bumm).

Le principal *symptôme* consiste en métrorragies profuses, survenant aussitôt l'interruption de la gestation, hémorragies qui se répètent sans la moindre cause, même si la malade garde le lit et qui ont tendance à augmenter avec le temps. Accessoirement, on peut trouver une légère augmentation du volume de l'utérus (Faure, Eparvier), qui, parfois, est entr'ouvert (Vignes, Eparvier). L'état général s'altère, l'anémie peut être grave. La fièvre est rare. Si, après un avortement ou un accouchement, les divers moyens thérapeutiques n'arrivent pas à se rendre maîtres de l'hémorrgie, il faut penser à un polype placentaire.

S'il s'agit d'un polype placentaire, l'utérus devra aussi vite que possible être débarrassé de son contenu. Un curage digital, puis, par la suite, un curettage feront cesser les accidents. Il faudra procéder avec une extrême prudence en raison de l'extraordinaire friabilité de l'utérus dans quelques cas d'hémorragie tardive due à de la rétention placentaire (Trillat et Douillet). Dans les cas où il y a doute, tout doit être préparé en vue de l'hystérectomie au moindre signe de récidive (Faure).

Il faudra toujours examiner des coupes de la pièce, pour voir s'il ne s'agit pas d'un chorio-épithélioma (Bender, Faure, Boudin, Boursier et Auvray, Tourneux, Ouregowsky).

(1) Traduit et abrégé par H. Vignes, D'après : Polypo placentar. *Brasil Medico*, 20 févr. 1932, p. 177.

Syncitium, cellules de LANGHANS et villosités choriales ont les mêmes caractères dans le polype et dans le chorion-épithéliome.

HUGUENIN rappelle qu'il est très difficile de conclure des pièces histologiques aux cas cliniques et LEROUX, histologiste réputé, a fait voir que, de deux coupes d'aspects semblables, provenant de deux malades différentes, la tumeur de l'une peut être bénigne et l'évolution de l'autre être fatale. Ainsi, donc, le diagnostic n'est pas possible par le seul examen histologique ; d'autres facteurs doivent entrer en ligne de compte parmi lesquels le plus important semble être le terrain maternel et sa résistance à l'invasion ectodermique (REEB). De plus, il y a des formes de transition entre placentome bénin (polype placentaire)) et le malin (chorio-épithéliome), qui ne diffèrent pas cliniquement et sont même difficiles à différencier cliniquement (FAURE).

Ce qui est certain, c'est que l'aspect morphologique des lésions ne permet pas de conclure à leur gravité. Le diagnostic précis entre ces deux placentomes doit se faire plus par l'évolution que par le microscope ; dans le chorion malin, la marche est très rapide, l'autre peut guérir spontanément (RECASENS).

Les frontières entre les deux ne sont pas nettes. Pourtant un diagnostic précoce s'impose, afin que, dans les cas douteux, on puisse les différencier l'un de l'autre ; car, nonobstant leur même origine, leur signification est entièrement différente : le polype placentaire ne met pas la vie en danger et ne récidive pas ; le chorio-épithéliome est une véritable néoplasie maligne, envahissante, destructive de l'utérus, pouvant provoquer des métastases viscérales, ganglions, foie et poumons (ROUSSY et WOLF) ; donc, le pronostic très grave et, opéré, la mortalité est de 33 %.

Heureusement, on a employé, dans ces derniers temps, avec des résultats très encourageants la réaction d'ASCHHEIM et ZONDECK dans le but de diagnostiquer de bonne heure la grossesse molaire et le chorio-épithéliome (REEB, GINGLINGER.)

OBSERVATION. — Portugaise, 40 ans, réglée depuis l'âge de dix-sept ans régulièrement. Avortement provoqué il y a huit ans. 4 juin 1931, autre avortement. Trois jours après, température axillaire 39°, vomissements, frissons. Le 14 juin, violente hémorragie, qui cesse par emploi du traitement d'usage Le 5 juillet, nouvelle hémorragie qui laisse la femme très prostrée. Le 14 juillet, durant la nuit, formidable hémorragie avec expulsion de caillots, médication hémostatique et repos ; mais comme l'écoulement ne cesse pas complètement, le 15 juillet on examine la femme et on trouve l'utérus en position normale, légèrement augmenté de volume, indolore, col entrebaillé ; au spéculum, on voit polype pédiculé en train d'évacuation. Odeur putride. Extraction digitale du polype gros comme un un œuf de poule, implanté sur la paroi latérale de l'utérus. Ensuite curettage prudent. Guérison au dixième jour. Retour des règles, le 20 août (durée de trois jours, mais un peu plus abondantes qu'avant l'opération). Depuis, bonne santé.

Examen histo-pathologique par PENNA : Pièce de 5,5 × 3,5 × 3 cm. ; poids 44 gram. ; ovale, rouge sombre, surface irrégulière, sur laquelle on voit des taches blanchâtres, de consistance molle. A la coupe, tissu rouge obscur, blanc grisâtre à la périphérie. En quelques points apparaît un coagulum.

Au microscope, hématies nombreuses, fibrine, leucocytes. On voit des villosités choriales avec cellules de LANGHANS et du syncitium en voie de régression.

Conclusion : Restes de placenta fœtal et maternel. Il semble qu'il s'agisse d'un polype placentaire.

Le diagnostic a été facile : l'aveu de l'avortement, les hémorragies avec caillots ne cédant pas aux hémostatiques, ont fait penser à une rétention placentaire, d'autant que fièvre, vomissement, frissons autorisaient cette supposition La légère augmentation de volume de l'utérus, le col entr'ouvert, donnant passage à une masse rouge obscure, irrégulière, molle et saignant au moindre attouchement firent penser à un polype placentaire, diagnostic confirmé par l'examen histologique.

Ce polype atteignait le volume maximum indiqué par les auteurs.

L'intérêt de l'observation réside dans la rareté du cas et la rapide évolution du polype.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic

On peut diviser en trois étapes le diagnostic à envisager après l'examen clinique d'une adénopathie affectant un caractère chronique.

I. Il peut s'agir d'une hyperplasie inflammatoire locale d'un ganglion. C'est le cas le plus simple, c'est l'adénopathie chronique et l'étiologie peut être établie facilement : tuberculose ou syphilis.

II. L'hyperplasie n'est plus locale, elle est diffuse à spécialisation lymphocytique ; c'est une lymphadénie. L'examen du sang montre s'il s'agit d'une leucémie lymphoïde ou d'une lymphadénie aleucémique. Il faudra toujours penser, après élimination de ces deux grands syndromes, à une maladie probablement infectieuse, mais qui n'est pas une lymphadénie, la lymphogranulomatose maligne.

III. Après élimination de ces deux grandes classes, la troisième étape est franchie ; il s'agit d'un lymphosarcome, seul sarcome à métastases ganglionnaires.

Un bon schéma général appuyé par une observation qui en montre l'utilité.

(Drouin. Sur un cas de lymphocytome. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, mai 1933.)

Pour faire un diagnostic rétrospectif « le médecin doit se doubler d'un enquêteur, suppléer aux déclarations incomplètes qui lui sont imposées, deviner ce qu'on lui cache, se faire presque une mentalité de Sherlock Holmes et par-dessus tout s'efforcer de trouver des preuves capables de transformer ces hypothèses en certitudes. »

Deux cas illustrent cette opinion.

Première observation. — Un jeune homme reçoit un choc sur la face dorsale de la main droite ; on pense à une simple contusion, mais les accidents vont en s'accentuant.

On examine le blessé huit jours après et on trouve une zone tuméfiée, empâtée et douloureuse au niveau du 3e métacarpien. On constate à ce niveau une cicatrice ancienne et on apprend qu'il y eut, deux ans auparavant, un abcès à ce niveau.

La radiographie montre, à la partie moyenne du métacarpien, sur son bord externe, une petite verrue osseuse de la dimension d'un gros grain de blé et, au niveau, une altération très nette de la diaphyse de cet os.

L'hypothèse la plus vraisemblable est que l'infection s'est propagée il y a deux ans jusqu'au métacarpien et y a déterminé une poussée d'ostéo-périostite. L'infection superficielle s'est éteinte, mais, depuis cette époque, évolue une ostéo-périostite torpide, que le traumatisme a révélée. Il est du reste possible que cette ostéo périostite entre en activité et aboutisse à un état phlegmoneux beaucoup plus grave.

Deuxième observation. — Une personne d'un certain âge, bousculée dans une collision légère d'autos, se plaint d'une contusion du poignet ; elle avait eu un petit traumatisme de la même région quinze jours auparavant.

Le cliché montre un trait de fêlure, qui passe à travers l'épyphyse radiale ; le processus de minéralisation est déjà constatable.

Le second accident a donc simplement irrité un cal encore jeune.

(E. et G. Perdu. Deux cas de diagnostic rétrospectif en matière d'accidents. *Gazette médicale de Picardie*, avril 1933.)

Tuberculose

Le médecin, qui soigne des tuberculeux, appréhende chez eux les conséquences de la grippe, car elle constitue une épreuve sérieuse, susceptible de réactiver les foyers ; il est intéressant de montrer les différents aspects observés entre la grippe et la tuberculose pulmonaire, en ne tenant compte que des cas où l'existence de la grippe peut être affirmée en raison de la simultanéité d'atteinte familiale analogue.

1° *Grippe et début de tuberculose.* Le grippé entre brutalement dans sa tuberculose, faisant une forme aiguë d'emblée ; le plus souvent il n'avait aucun antécédent pulmonaire ;

2° *Grippe chez des tuberculeux pulmonaires en évolution.* Au cours d'une grippe le tuberculeux est victime d'une poussée brutale ; cette complication peut se produire même dans des cas en excellente voie d'évolution fibreuse ;

3° *Grippe chez des tuberculeux pulmonaires guéris.* Bien que la guérison soit difficile à affirmer, on considère certains tuberculeux comme cicatrisés ; une grippe suffit, dans certains cas, pour provoquer de façon élective la réactivation brutale d'un foyer.

En résumé la grippe agit comme une maladie anergisante et elle provoque, aggrave ou réveille la tuberculose.

(R. Amsler. Tuberculoses pulmonaires et grippes. *Archives médicales d'Angers*, mai 1933.)

On a pratiqué 400 réactions de von Pirquet dans les milieux musulmans de Tanger ; les 182 résultats constatés ont permis de conclure que l'imprégnation tuberculeuse commence à prendre des proportions sérieuses, comme l'indique les pourcentages de cas positifs suivants :

De 1 à 5 ans	16 %
De 5 à 15 ans	14 %
De 15 à 20 ans	50 %
De 20 à 40 ans	57 %
De plus de 40 ans	65 %

Dans la première année on n'a pas de cuti-réactions positives. La différence entre enfants et adultes apparait considérable.

Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes (10 % d'écart).

La campagne semble moins touchée que la ville, parce qu'elle reste presque entièrement en dehors de la pénétration européenne.

Il semble donc nécessaire d'organiser la lutte contre la tuberculose dans les grandes villes du Maroc.

(Decrop. La réaction de von Pirquet dans les milieux musulmans de Tanger. *Maroc medical*, 15 avril 1933.)

Les modalités de la terminaison du pneumothorax artificiel sont variables.

Certains malades abandonnent de propos délibéré, en invoquant les raisons les plus diverses.

Parfois le médecin arrête les insufflations en raison d'une intolérance tardive ou parce qu'il croit le malade guéri.

L'éventualité la plus fréquente est la constitution d'une symphyse, qui peut se produire de trois façons différentes :

1° Elle est consécutive à une pleurésie avec épanchement abondant (44 % des cas) ;

2° Elle se développe lentement et progressivement sans qu'il y ait eu d'épanchement ou alors que celui-ci a été très peu abondant (42 %) ;

3° Elle se développe rapidement sans qu'il y ait eu d'épanchement notable et consécutivement à une réexpansion pulmonaire rapide avec accolement du poumon à la paroi (13 %).

Dans le cas où l'interruption du pneumothorax dépend uniquement du médecin, quelle doit être la durée du traitement ? Les opinions oscillent entre 2 et 6 ans. L'opinion des auteurs, partisans de l'entretien indéfini du pneumothorax, est basée sur les raisons suivantes :

a) La guérison des lésions tuberculeuses est toujours incertaine et on a constaté, à plusieurs reprises, la persistance de lésions actives au sein d'un parenchyme collabé depuis de longues années.

b) Dans le doute il faut faire le traitement maximum, car l'incertitude persiste même quand les circonstances sont le plus favorables à l'abandon du traitement.

c) La servitude des insufflations n'est pas très grande ; au bout d'un certain nombre d'années il n'y en a plus que 4 ou 5 par an.

d) L'éventualité de la non-réexpansion pulmonaire est possible mais exceptionnelle.

e) Les pleurésies tardives existent, mais elles sont assez rares.

(Ch. Roubier et P. Vernus. La terminaison du pneumothorax artificiel Séquelles et résultats éloignés du pneumothorax interrompu. *Journal de médecine de Lyon*, 5 juin 1933.)

Ophtalmologie

Le botulisme est assez mal connu en France et ses manifestations oculaires encore plus, bien qu'elles soient vraiment caractéristiques.

Elles apparaissent plus ou moins rapidement, après le stade gastro-intestinal. Le malade commence par se plaindre de ne pas voir avec netteté les objets rapprochés ; il ne peut plus lire. Si on l'examine, on constate qu'il a une paralysie de l'accommodation et en même temps que sa pupille est plus ou moins largement dilatée et ne réagit plus à la lumière ; il a donc une paralysie des muscles intrinsèques. Puis apparait de la diplopie qu'il est souvent assez difficile de caractériser, car plusieurs groupes musculaires sont fréquemment atteints. En général le moteur oculaire commun est le premier pris, quelquefois le seul, et c'est ainsi que le malade présente alors du strabisme divergent et en même temps du ptosis ; mais, le plus souvent, le moteur oculaire externe est intéressé, ainsi que la pathétique, et lorsqu'on soulève les paupières ptosiques, on constate que le malade ne peut mouvoir ses globes oculaires dans aucun sens, ses yeux sont complètement figés par une ophtalmoplégie externe complète. Quelquefois certains muscles ne sont pas entièrement paralysés.

Dans les cas heureux ce sont les paralysies de la musculature extrinsèque qui disparaissent les premières ; le sujet relève peu à peu ses paupières, puis ses globes oculaires récupèrent peu à peu leurs mouvements ; pendant toute cette phase de retour et avant que les mouvements oculaires aient reconquis toute leur amplitude, il persiste une diplopie plus ou moins accusée. La paralysie de la musculature intrinsèque est beaucoup plus rebelle ; on voit le diamètre pupillaire diminuer peu à peu et une faible réaction à la lumière commencer à s'installer, mais ce n'est souvent que longtemps après la guérison des autres troubles que les mouvements pupillaires et l'accommodation redeviennent tout à fait normaux.

(M. Teulières. Le botulisme et ses manifestations oculaires. *Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1933.)

Les lésions dentaires sont importantes à connaitre en ophtalmologie pour interpréter certaines lésions.

Dans deux cas les soins dentaires eurent une influence des plus heureuses.

Observation I. — J'ai eu l'occasion d'observer une iritis, étiquetée syphilitique et qui traînait.

J'adoptai l'hypothèse de la syphilis et conseillai une reprise intensive du traitement mercuriel, bien que celui ci n'ait donné pendant plusieurs mois aucun résultat appréciable.

Cependant j'examinai l'état buccal de la malade et fus frappé par le délabrement de ses gencives et par ses nombreuses caries dentaires non soignées.

Convaincu qu'une imprégnation mercurielle ne serait pas tolérée et déterminerait d'importantes réactions gingivales, je l'adressai à son stomatologiste qui pratiqua une mise en état complète de la dentition.

Un mois après, à la fin de son traitement dentaire et au moment fixé pour la reprise du traitement mercuriel, je fus frappé par l'évidente amélioration de l'iritis, qui avait complètement résisté jusque-là aux mydriatiques aussi bien qu'au salicylate de soude et au mercure.

Je crus opportun de surseoir à la reprise des injections intraveineuses et assistai à une amélioration progressive, puis à la guérison des lésions.

Observation II. — Une jeune femme présentait depuis plusieurs mois un tic facial consistant en fermeture des paupières droites avec relèvement du coin de la bouche correspondant. Ceci constituait un clignement involontaire qui prêtait à des interprétations fâcheuses...

La vie de cette séductrice malgré elle devenait insupportable.

Elle avait eu recours aux traitements les plus divers quand elle vint me consulter.

Constatant de l'inégalité pupillaire, je fis faire un Wassermann qui se révéla légèrement positif.

Je conseillai comme d'usage à la malade de faire vérifier et au besoin traiter sa dentition, puis de faire commencer par son médecin habituel une série de cyanure de mercure. Je ne la revis plus qu'un an après à l'occasion d'un incident oculaire banal.

Je constatais la disparition totale du blépharospasme et commençais à en rejeter le mérite sur le traitement spécifique quand elle m'apprit en souriant qu'elle n'avait pas fait faire la moindre injection, ayant constaté une atténuation très sensible de son tic après les soins dentaires de sa canine cariée. La guérison s'avéra complète au bout de deux mois.

(Jean Sedan. Iritis et blépharotic guéris après soins dentaires. *Provence médicale*, 15 juin 1933.)

Hygiène

Le danger présenté par les conduites en plomb pour la distribution de l'eau d'alimentation est bien connu.

Les eaux de Cochinchine, généralement acides et à faible résidu fixe, se montrent particulièrement aptes à l'attaque du plomb.

L'analyse chimique de l'eau d'un immeuble a donné les résultats suivants :

Robinet de la cuisine : 72,9 milligrammes de plomb par litre.
Robinet du bassin : 5,3 milligrammes de plomb par litre.

Voici maintenant l'état physique des habitants du même immeuble :

M. Ch... a des vertiges, de la salivation, des douleurs abdominales en ceinture.

Mme Ch... a des vertiges, du ptyalisme, de l'asthénie ; elle a maigri ; elle a accouché prématurément.

Le bébé, âgé de 9 mois, présente du strabisme convergent.

Le cuisinier souffrait constamment du ventre ; il est parti et son successeur se plaint également de l'abdomen.

L'examen hématologique confirma le diagnostic d'intoxication saturnine.

(Lambert, Banos et Roton. Intoxication saturnine par l'eau de boisson. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre-décembre 1932.)

Thérapeutique

Trois observations de fièvre typhoïde traités par le sérum de Rodet montrent tout ce qu'on peut en attendre.

Observation I (Étienne et Gerbaut). — M. M..., 19 ans. L'affection remonte au 5 juin 1932.

Le 15 juin (onzième jour de la maladie) on commence le sérum de Rodet. Date de fabrication du sérum : 20 mai 1932.

15 juin : sérum 20 c.c.
16 juin : sérum 15 c.c.
18 juin : sérum 15 c.c.

Dans la nuit du 18 au 19 juin (à 2 heures du matin), le malade ressent brusquement un grand frisson très intense. Le facies est pâle, couvert de sueurs, traits tirés.

La température baisse de 40°3 la veille au soir à 36°8.

Le pouls passe de 98 la veille au soir à 120. Aucune réaction péritonéale.

19 juin, au matin la température est remontée à 38°7, le pouls est descendu à 90.

20 juin : température remontée près de 40°, Urticaire sur l'abdomen et les cuisses (notamment aux points d'injection de sérum). Sérum 15 c.c.

21 juin : la température continue à baisser (38°9 et 39°4). Sérum 20 c.c. A cette date le malade a eu en totalité 85 c.c. de sérum.

24 juin ; grosse réaction sérique (urticaire et phénomène d'Arthus aux points d'injection).

27 juin : nouvelle poussée d'urticaire.

28 juin: nouvelle poussée d'urticaire; dans la matinée le malade est pris à nouveau de frissons, en même temps que la température passe brusquement de 40° la veille au soir à 38°. Elle remonte le soir même à 40°.

29 juin : la température remonte à 39°. Depuis cette date la température baisse progressivement, en lysis, pour atteindre 37° en dix jours (9 juillet). Convalescence normale.

En somme un cas de fièvre typhoïde, contrôlé par l'hémoculture, présentant un pronostic sévère et traité par le sérum de Rodet, est modifié dans son évolution thermique de façon typique : *intercalation d'une encoche*, suivie d'un palier nettement abaissé ; la réaction sérothérapique reste la seule explication.

Un point à noter : le sérum était très frais (un mois de date).

L'auteur considère comme acquis que tous les résultats positifs se trouvent dans cette condition d'avoir répondu à un sérum âgé de moins de deux mois et demi, employé du huitième au dixième jour de la maladie.

Observation II (Louyot). — Mme L..., 20 ans, enceinte de quatre mois environ.

La maladie a commencé le 29 octobre 1932.

4 novembre. Au septième jour de la maladie, on commence la sérothérapie, injection sous-cutanée de 20 c.c. de sérum de Rodet.

Le 6 novembre. 15 c.c. sérum de Rodet,
Le 8 novembre. 20 c.c. de sérum.
Le 10 novembre. La défervescence s'amorce nettement.

L'action du sérum a été tout à fait nette ; la défervescence s'est faite rapidement, après la troisième injection, suivant le type à stade d'état avorté suivi aussitôt d'un état amphibole.

La grossesse ne semble pas avoir souffert de la fièvre typhoïde.

Observation III (Louyot). — Jean P..., 7 ans.

Le 16 avril 1933 il présente un mauvais état général.

23 avril. Au huitième jour de la maladie, c'est-à-dire au moment le plus favorable, on commence le sérum de Rodet : 12 c.c., en injection souscutanée.

25 et 27 avril : 10 c.c. de sérum de Rodet.

Le 29 avril le petit malade a fini sa défervescence.

Dans ces deux derniers cas le sérum n'avait que trois mois de préparation et la première injection a été faite le huitième jour de la maladie.

(Etienne et Gerbaut. Le sérum de Rodet dans la fièvre typhoïde. — Louyot. Deux cas de fièvre typhoïde traités par le sérum de Rodet. *Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1933.)

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Instrumentation

Le thermomètre enregistreur d'A. Hustin (de Bruxelles) est basé sur le principe suivant : Le tube capillaire devient lumineux dans la partie située au-dessus du niveau du mercure, si on le soumet à un courant de haute fréquence.

Le papier photographique donne, au développement, un trait noir étroit, dont l'extrémité inférieure indique le point le plus élevé de la colonne mercurielle.

Si l'on fait défiler par saccades devant la tige du thermomètre une bande de papier sensible, on obtient une série de bâtonnets noirs parallèles les uns aux autres ; il suffit de raccorder leurs extrémités inférieures pour obtenir la courbe de température. On se contente de prendre les bâtonnets à un intervalle variant de 2 à 10 minutes.

L'appareil peut fonctionner dans le rectum, l'aisselle et le creux de la main. Grâce à certaines précautions la température de la main fermée serait très sûre, représenterait la température cutanée *pure* et se distinguerait nettement de la température *périphérique*.

La température de l'homme normal confirme ce que l'on savait déjà : elle ne varie que très peu ; elle tombe pendant la nuit (de 21 heures à 6 heures) et s'élève pendant la journée ; l'écart est d'un degré environ.

Fait important, les trois courbes (rectum, aisselle, main) sont exactement parallèles ; la température rectale est la plus élevée et celle de la main est la plus basse ; l'écart est de 0°7 en général.

Dans certains cas pathologiques ce parallélisme est rompu.

Le thermomètre enregistreur a permis de mettre en évidence les répercussions des injections intraveineuses de gonovaccin sur les diagrammes de température.

La température rectale atteint assez rapidement 40°, se maintient à ce niveau pendant un certain temps, descend en pente douce et revient à son point de départ au bout de dix heures.

La température axillaire suit assez fidèlement la température rectale, à quelques dixièmes en dessous d'elle.

La courbe la plus caractéristique et la plus inattendue est celle de la main. Elle descend brusquement très bas, à 35°5 et même au-dessous, demeure à ce niveau pendant une demi-heure ou une heure et monte en flèche, pour revenir à la normale au bout de dix heures.

Les manifestations cliniques suivent cette dernière courbe ; la céphalalgie coïncide avec la chute ; les frissons et les nausées apparaissent vers le milieu de la descente et cèdent la place à une sensation de bien-être au moment de l'ascension terminale.

La courbe de la température de la main est marquée par deux variations de sens contraire : chute par vaso-constriction périphérique, ascension par vaso-dilatation.

On peut en conclure que le choc provoque l'excitation du sympathique pendant la première phase de l'accès et du parasympathique pendant la seconde.

On en vient à admettre que le choc est caractérisé par l'excitation successive des deux systèmes nerveux végétatifs.

Ces faits et l'interprétation de l'auteur présentent une très grande valeur théorique et pratique.

(A. Hustin. Enregistrement continu des températures de l'homme normal et des malades soumis à l'injection intraveineuse de vaccin antigonococcique. *Scalpel*, 27 mai 1933).

Circulation

La tension artérielle maxima, déterminée par les mathématiques supérieures, peut être fixée ainsi aux différents âges :

De 20 à 30 ans....................	de 12,62 à 13,26 cm. Hg
De 31 à 40 ans....................	de 12,45 à 13,73 cm. Hg
De 41 à 50 ans....................	de 12,10 à 13,78 cm. Hg

Il faut considérer comme hypertension modérée les chiffres de 15 à 20 et comme hypertension accentuée les chiffres supérieurs à 20.

Ces chiffres concordent avec ceux de la statistique de G. Olivier, comprenant 9.700 assurés sur la vie de la Compagnie du Nord-ouest des Etats-Unis.

(Mariano R. Castex, Alfredo V. di Cio et Jacobo Loyber. La tension arterial maxima en los sujetos sanos. Su determinacion con la ayuda de las matematicas superiores. *Prensa medica argentina*, 3 mai 1933).

Tube digestif

Le traitement médical de l'ulcère gastro-intestinal s'est enrichi dans ces dernières années d'une foule de procédés, qui laissent dans l'esprit du médecin une certaine confusion ; auquel recourir en effet ? Prothéinothérapie, insulinothérapie, extraits pancréatiques désinsulinisés, benzoate de soude, pepsinothérapie, etc. ? Les auteurs interprètent diversement la pathogénie de ce processus et publient un nombre considérable de guérisons, ce qui n'empêche pas que les échecs demeurent fréquents.

Chaque jour on attribue une importance plus grande aux vitamines dans l'alimentation. Leur déficit provoque une diminution de la résistance organique contre les infections et Seale Harris pense logiquement que la privation de ces substances constitue la cause d'un grand nombre d'ulcères gastriques. Cette opinion s'appuie sur les observations de Mac Carrison, chirurgien militaire, qui pratiqua 3.600 interventions de grande chirurgie en neuf ans dans la région de l'Himalaya, sans qu'une seule fut motivée par un ulcère ou une appendicite ; les indigènes s'alimentaient de produits naturels : lait, œufs, légumes verts, fruits.

Nous savons que la vitamine A est anti-infectieuse. La vitamine B active le fonctionnement des glandes endocrines et surtout des capsules surrénales, dont l'extirpation expérimentale provoque l'ulcère duodénal. La vitamine C n'est pas seulement antiscorbutique, elle s'oppose aux infections du tube digestif. Seale Harris conseille avec raison d'ajouter au régime des ulcéreux de 15 à 60 grammes d'orange la première semaine, puis 75 grammes de jus d'orange au premier repas et 75 grammes de jus de tomates au second. La quatrième semaine on ajoute du pain complet, des légumes verts. Quand la crise est passée, le malade prend le plus de vitamines possible.

(Alberto Maggi. El tratamiento medico actual de la ulcera gastro-duodenal. Sus fundamentos. *Prensa medica argentina*, 19 avril 1933.)

Chirurgie

Les fractures du coude chez l'enfant sont moins mauvaises que leur réputation.

26 cas, traités à l'hôpital Gourgas depuis dix ans, ont été recueillis. Les fractures de l'épitrochlée, de l'olécrâne, du col du radius, qui guérissent sans histoire, ont été laissées de côté intentionnellement. Il y avait 19 fractures transversales supracondyliennes et 7 fractures du condyle externe.

Sur les 19 fractures supracondyliennes, on obtient 12 résultats parfaits (flexion de 40°, extension de 180°, supination et pronation normales), 5 résultats très bons (légère déviation en varus ou valgus ne dépassant pas 10°), 1 résultat bon (cubitus varus de 15°) et 1 resultat médiocre (90° de flexion, 150° d'extension), à vrai dire assez récent et susceptible d'amelioration.

Pour les 7 fractures du condyle externe, on compte 3 résultats parfaits, 3 très bons et 1 médiocre.

Le traitement a été en général assez simple : réduction suivie d'immobilisation en flexion forcée dans un appareil plâtré, une attelle ou une simple écharpe.

L'intervention sanglante est contre-indiquée sauf en ce qui concerne les fractures supracondyliennes compliquées de paralysie nerveuse du radial ou du médian et les fractures condyliennes externes avec fragment luxé et basculé en dehors de l'articulation.

Le massage doit être formellement proscrit, car il favorise la formation d'hématomes et de cals exubérants.

(Adolphe Perrot. A propos des fractures du coude chez l'enfant. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 février 1933.)

Rayons X

On atteint des voltages de plus en plus élevés ; le superéquipement de F. E. Leborgne oscille entre 450 *et* 600 *kilovolts*.

L'expérience permet d'affirmer les avantages thérapeutiques suivants : radiations plus pénétrantes, meilleure tolérance générale, meilleure tolérance cutanée, possibilité d'employer une filtration élevée, possibilité d'employer de grandes distances focales, possibilité d'améliorer les doses utiles profondes.

En particulier les néoplasmes profonds devront être traités par cette méthode, qui donne des résultats supérieurs à ceux de la technique ordinaire.

La description de l'appareillage et des moyens de protection est très minutieusement faite.

(Felix E. Leborgne, de Montevideo. Rontgenterapia con grandes voltajes. Estudio fisico y radiobiologico. Descripcion de un super equipo radioterapico para 450 600 kilo voltios. *Prensa medica argentina* 3 mai 1933.)

Toxicologie

Une observation d'intoxication par le luminal est intéressante, car la quantité absorbée est exactement connue.

24 tablettes de 0 gr. 13 de luminal sont prescrites et remises à la femme du malade avec l'indication de donner une seule tablette à 10 heures du soir chaque jour. Le sujet, âgé de 42 ans, est un maniaque déprimé, avec mélancolie et tendance au suicide. Une fois il était venu à mon cabinet avec des écorchures au niveau du cou, il m'avait dit qu'il avait essayé de se pendre. Sa femme se plaint de ne pouvoir dormir la nuit, parce qu'il est tourmenté par son travail ; elle considère que les idées de suicide ont complètement disparu. Elle administre deux tablettes de luminal, suivant les indications, deux nuits de suite. Le second jour elle va à son travail et, quand elle rentre dans l'après-midi, elle trouve son mari dans le coma sur son lit. La boîte qui contenait les tablettes est vide ; 22 tablettes, soit 2 gr. 85 de luminal ont été absorbées entre 9 et 17 heures.

J'arrive à 18 heures et je constate que l'homme est dans le coma, avec une respiration bruyante et stertoreuse, un pouls lent, régulier et tendu, des pupilles contractées et insensibles à la lumière et au toucher. Il remue le bras, toutefois, au moment où je pratique une injection hypodermique, 0 gr. 03 de strychnine et 0 gr. 015 d'apomorphine, sans obtenir de stimulation ni de vomissements. Le lendemain matin il est encore inconscient, mais fait des mouvements intentionnels si on essaie de l'exciter. On profite de l'occasion pour demander au juge un certificat d'internement. Dans de telles circonstances l'hospitalisation simple ne convenait pas. A l'asile on pratique des lavages intestinaux, mais pas de tubage gastrique. Le troisième jour le malade revient à la conscience après avoir dormi 48 heures. Deux mois après il sort complètement rétabli.

(N. C. Hypher. An unusual case of poisoning, *Practitioner*, mai 1933.)

Les cas de mort rapide dus au bismuth sont heureusement rares, mais non exceptionnels.

G. Beerman rapporte six cas de mort à la suite d'injections intraveineuses : dans un des cas, l'injection intramusculaire avait été faite dans un vaisseau.

Les symptômes cliniques sont ceux du choc : perte de conscience, cyanose, pouls petit et rapide, convulsions, dyspnée, asphyxie.

La mort survient au plus tôt dans les cinq minutes et au plus tard dans les vingt-quatre heures.

Il paraît prudent de renoncer aux injections intra-veineuses de bismuth.

(G. Beerman. Death from bismuth in the treatment of syphilis. *Archives of dermatology and syphilology*, avril 1933)

La désinfection au gaz cyanhydrique n'est pas sans danger.

Deux enfants en bas âge, donc plus sensibles que des adultes, mais en bonne santé, se couchent dans de la literie qui vient d'être désinfectée. Quarante-cinq minutes après le plus jeune a déjà des vomissements, des douleurs qui provoquent des cris et il perd connaissance : deux heures plus tard il est hypothermique, a de l'incontinence des sphincters, du ralentissement cardiaque et des convulsions qui durent trois heures. Un traitement approprié le calme et, malgré la fièvre, la guérison arrive rapidement.

La fillette, plus âgée, a présenté à peu près les mêmes accidents, sans fièvre : ils ont débuté avec un retard de quarante-cinq minutes sur ceux de son frère. Les convulsions ont duré moitié moins longtemps. La guérison a été aussi assez rapide.

La mère a eu une simple lourdeur de tête et le père est resté indemne.

La désinfection au gaz cyanhydrique est très dangereuse ; les autorités de Genève en ont interdit l'emploi.

(Henri Audeoud, de Genève. Deux cas d'intoxication grave causée par une désinfection au gaz cyanhydrique. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 février 1932.)

Thérapeutique

Quatre années d'aurothérapie permettent un jugement rétrospectif, nécessaire en matière de tuberculose.

F. Thys et P. Spehl donnent au total 5 à 6 grammes de sanocrysine toutes les fois que la chose est possible ; ils tâtent

le terrain par des doses faibles (0,05) pour arriver à 0,25 gr. au maximum ; en moyenne ils font deux injections par semaine; certains malades ont reçu deux et même trois séries d'injections.

Ce schéma si simple en principe, semble-t-il, l'est beaucoup moins en pratique. Il faut actuellement admettre que chaque malade veut sa dose propre, que chaque injection est commandée par celle qui précède et dépend de la température, du résultat de l'examen d'urine, de l'état du tube digestif, etc... Il faudra connaître son malade à fond pour savoir, en cas de fièvre par exemple, quelle est la part de la sanocrysine, à quel moment elle devra être prescrite et à quelle dose.

Les auteurs ont administré au début la sanocrysine à la plupart de leurs malades sans se préoccuper de la gravité de leur état. Le résultat ne fut pas brillant chez les porteurs de grosses lésions et chez les cachectiques. Depuis lors ils en sont arrivés à ne soumettre au traitement que les porteurs de lésions à tendance fibreuse où domine la fibrose.

Toute entérite soupçonnée tuberculeuse doit faire rejeter l'emploi des sels d'or ; il en est de même si l'émonctoire rénal n'est pas indemne. Les petites insuffisances hépatiques ne sont pas une contre-indication sévère, les lésions cutanées non plus. Il est prudent de remettre la dentition en état.

La vitesse de sédimentation augmente au début du traitement pendant six semaines environ, puis diminue peu à peu pour descendre au-dessous de la vitesse initiale, quand le cas est favorable. Elle a paru plus sensible et plus fidèle dans ses variations que les formules leucocytaire ou d'Arneth, sa valeur pronostique est grande.

Les sels d'or n'arrivent pas à faire disparaître les bacilles des crachats, malgré des cures répétées deux ou trois fois. Il est difficile de savoir si les bacilles diminuent de nombre.

Ce n'est que rarement, dans quelques cas favorables, que l'on a pu constater un nettoyage radiologique net et une accentuation de la sclérose cicatricielle suffisamment importants pour les attribuer au traitement.

La toux et l'expectoration diminuent rapidement ; mais ces effets heureux ne sont que passagers ; les petites poussées évolutives ne sont guère influencées par la sanocrysine ; l'action antipyrétique des sels d'or n'est pas des plus nettes.

Les conclusions de cette importante étude sont peu optimistes.

Peut-on, dès maintenant se faire, sur l'action des sels d'or, une opinion définitive ? Nous ne le pensons pas. L'expérimentation de quelques années ne suffit pas. La discrimination dans le domaine clinique est chose délicate.

Lorsqu'on voit la facilité avec laquelle un tuberculeux s'illusionne sur son propre compte, il faut craindre de se laisser entraîner par l'estimation de son malade que la foi dans une thérapeutique nouvelle soulève et soutient. Rester objectif uniquement est souvent fort difficile en clinique, surtout en matière de tuberculose.

Nos malades, avant tout traitement actif, sont toujours restés plusieurs semaines en observation. C'est un fait capital à notre avis que de relever avant l'installation d'un traitement la part qui revient à la cure de repos et à la diététique. Or, quel malade tuberculeux ne voit pas, lorsqu'il est soustrait à la vie active, tomber sa température, son poids se relever, sa toux diminuer ? Tout malade qui se soumet à un traitement de longue haleine comme celui-ci est par le fait même astreint à une surveillance médicale et contraint à vivre plus ou moins « sainement ». L'amélioration qui en résulte est-elle due au sel d'or ?

L'observation préalable du « malade au repos » est donc indispensable pour pouvoir tirer des conclusions.

En procédant de cette façon, ce n'est que dans peu de cas que nous avons distingué une amélioration nettement attribuable au traitement proprement dit. Ce n'est que rarement que l'état local évolue plus rapidement vers la guérison et que la température tend à baisser sous l'influence de la cure.

Loin de nous la pensée que la chrysothérapie n'exerce pas d'action favorable chez certains tuberculeux. Nous en avons vu plusieurs où un nettoyage inattendu incite à admettre une action favorable de la part des sels d'or. Mais nous avons voulu simplement attirer l'attention de ceux que cela intéresse sur la difficulté d'interpréter les résultats obtenus et nous nous sommes plu à nous élever quelque peu contre une tendance assez générale actuellement et qui transparaît dans toute la littérature qui concerne la chrysothérapie : exagérer l'innocuité et l'efficacité des sels d'or.

(F. Thys et P. Spehl. Notes sur le traitement de la tuberculose par les sels d'or. *Scalpel*, 8 avril 1933.)

La thérapeutique protéinique non spécifique, que l'on a appelée l'épreuve du frisson et du feu (*the ordeal by chill and fire*), est l'inévitable réaction contre le dogme de la thérapeutique vaccinale spécifique.

Elle est indiquée dans les maladies infectieuses, quand l'infection est localisée plutôt que généralisée, quand la nature de l'infection est indéterminée ou quand la thérapeutique spécifique a échoué.

Dans le rhumatisme on emploie couramment la thérapeutique non spécifique. Dans les cas aigus on compte 70 % de résultats satisfaisants après deux ou trois injections ; mais ils ne sont durables qu'une fois sur deux. Les résultats sont meilleurs dans les cas où le rhumatisme touche surtout les tissus péri-articulaires. Le rhumatisme chronique a de bons résultats dans un nombre de cas limité, dans le type atrophique ou infectieux plutôt que dans le type hypertrophique ou traumatique. L'agent le plus souvent employé est le vaccin anticolibacillaire ; la peptone et le lait ont aussi leurs partisans.

Dans la blennorragie et ses complications (arthrite, prostatite, épididymite, salpingite) la thérapeutique non spécifique donne plus de succès que la spécifique ; on utilise le vaccin antityphoïdique, le lait, le sérum normal de cheval. On obtient des résultats équivalents dans la dysenterie, l'infection puerpérale, la septicémie, l'érysipèle et la cellulite.

Dans l'allergie la thérapeutique non spécifique ne doit être utilisée que lorsque les facteurs de sensibilisation ne peuvent être supprimés et que la thérapeutique spécifique n'a pu être employée ou a échoué. La peptone est indiquée dans l'asthme bronchique, la fièvre des foins, l'œdème angionévrotique, la migraine. La tuberculine et le lait ont été injectés avec succès aux asthmatiques.

Les dermatoses généralisées, le prurit localisé, le pemphigus bénéficient de l'autohématothérapie. Le vaccin antityphoïdique est efficace dans certains cas de psoriasis.

L'ophtalmologie emploie les injections de lait, qui donnent des succès remarquables dans l'iritis, l'ophtalmie blennorragique, la kératite, la choroïdite, la rétinite, la conjonctivite, l'ulcère cornéen, le trachome, etc. Le vaccin antityphoïdique, le sérum de cheval et la peptone ont aussi leurs partisans.

Les autres indications sont nombreuses ; les résultats sont toutefois moins brillants.

Les réactions fâcheuses (*untoward reactions*) s'observent dans moins d'un cas sur 200 et moins d'une injection sur 500 ; encore faut-il respecter les contre-indications : artériosclérose, décompensation cardiaque, affection rénale, infection généralisée, mauvais état général, tuberculose pulmonaire, hémophilie, alcoolisme chronique, grossesse, affections allergiques présentant une hypersensibilité protéinique, qui doit être précisée.

(George W. Bray. Non-specific protein therapy *Practitioner*, mai 1933.)

L'apicosan, qui existe maintenant dans le commerce, est une spécialité qui met le venin d'abeilles à la disposition du praticien en toute saison.

Ce produit est présenté en ampoules de trois catégories : dosage faible, dosage moyen, dosage fort. Les injections se pratiquent dans le muscle, le tissu cellulaire sous-cutané, de préférence dans le derme ; on les fait à l'avant-bras ou dans la région malade.

Il faut éviter tout contact avec l'alcool qui pourrait demeurer sur la peau après désinfection ; l'aiguille sera rincée au sérum physiologique.

Au début du traitement on n'injectera qu'un dixième de centimètre cube de la solution faible ; on pourra ensuite augmenter rapidement les doses en pratiquant les injections quotidiennement.

Les injections provoquent des réactions locales sous forme de placard érythémateux, des réactions générales rarement importantes avec fièvre et frissons, parfois même des réactions focales, ces dernières de bon augure.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les névralgies, particulièrement dans les sciatiques.

Voici, pleine d'humour, l'auto-observation de M. Roch, de Genève.

J'ai rapporté du Congrès du rhumatisme de Paris, outre l'intéressant manuscrit de MM. Perrin et Cuénot, un rhumatisme intéressant aussi, intéressant l'articulation du genou et le sciatique du côté gauche. Je fis usage de divers médicaments qui ne m'apportèrent pas de soulagement, de telle sorte que l'idée que je pourrais bien avoir un ostéosarcome me traversa l'esprit. Avant de me faire amputer et même avant de me faire radiographier, je me fis faire par M. A. Du Bois une série d'injections d'apicosan. Les injections furent pratiquées dans le derme de l'avant-bras. La douleur me parut vive, mais, comme elle est passagère, j'estime le traitement tout à fait supportable. Les résultats ont été très favorables et aujourd'hui j'ai complètement abandonné mon diagnostic d'ostéo-sarcome.

(M. Roch. Le venin d'abeilles dans le traitement des sciatiques. *Revue medicale de la Suisse romande*, 25 février 1933.)

J. Lafont.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres le sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La religion positive. — JE SUIS PARTOUT.

Dans le dernier numéro de la *Revue de Paris*, M. Charles de Rouvre, auteur d'un livre important sur Auguste Comte et Clotilde de Vaux, étudie la religion positive. Elle est née chez ses grands-parents, le 16 mai 1845, au 24, rue Pavée, au Marais, dans un appartement que devait occuper plus tard Alphonse Daudet, jeune marié, et où naquit Léon Daudet.

Le grand-père de Charles de Rouvre avait amené chez lui A. Comte, son ancien examinateur à Polytechnique, « devenu son protecteur et son ami ». Comte qui avait achevé sa *Philosophie positive*, allait rencontrer là Clotilde de Vaux, l'*Inspiratrice*, celle qui lui dicterait la solution de ses longues recherches. Le moment pascalien se place dans la soirée du 16 mai 1845. Ce soir-là, en sa présence, Comte prononce cette phrase pour lui décisive :

« On ne peut pas toujours penser ; mais on peut toujours aimer ... ».

Et ainsi, la révolution qu'il attendait de Clotilde s'opéra en lui. Il venait de renverser toute la philosophie positive, de créer la religion positive...

Voici ce que lui-même dit, sur cet instant décisif, dans la *Cinquième Sainte-Clotilde*, lue par lui, en 1849, sur la tombe de son amie :

«... Le positivisme religieux commença réellement, dans notre précieuse entrevue initiale du 16 mai 1845, quand mon cœur proclama inopinément, devant ta famille émerveillée, la sentence caractéristique (on ne peut pas toujours penser, mais on peut toujours aimer), qui, complétée, devint la devise spéciale de notre grande composition... »

Ce qu'est la religion positive, M. de Rouvre l'explique longuement dans son étude. Elle pourrait assez bien se définir : un catholicisme sans Dieu.

Aujourd'hui elle compte assez peu d'adeptes sur la planète. Avec la mort d'Auguste Comte, le Grand-Prêtre de l'Humanité a disparu. Désormais chaque église vit de sa vie propre. La plus importante d'Europe est celle de Liverpool.

La religion positive a une église à Rio-de-Janeiro ; elle a des fidèles en Argentine, où une église a été fondée en 1924. Au Mexique et aux Etats-Unis, il n'y a pas d'église, mais les doctrines de Comte sont fort appréciées dans les milieux intellectuels.

En France, en revanche, la religion positive ne compte plus guère de fidèles. « C'est que Paris a été, pour le positivisme, la terre du schisme et de l'hérésie. »

Les certificats médicaux délivrés aux agents de l'Etat. — *Du Docteur Léger, d'Etaules (Charente-Inférieure), dans le* CONCOURS MÉDICAL (27 *août* 1933).

.....Un exemple personnel : il y a deux ans, une employée des Postes vient me consulter. Je lui accorde un congé motivé, certificat sur une ordonnance à en-tête. Quarante-huit heures après, elle revient, munie d'une feuille de papier timbré, et me prie d'y recopier le texte de mon certificat, cela par ordre de la Direction. Horreur ! Un administrateur quelconque — haut placé probablement vu le manque d'éducation — avait zébré de deux traits au crayon bleu mon certificat sur papier d'ordonnance ! Je fais remarquer le mauvais goût de l'Administration : je répète que le certificat *doit* être rédigé sur papier libre et que l'Administration extorque à son employée 3 fr. 60. Puis, je m'exécute.

Je recopie soigneusement mon premier texte, sans rature, ni surcharge, et, après ma signature, j'écris *au crayon bleu* : « *Sont exempts de timbre, les certificats délivrés par les médecins assermentés ou non, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat* (*loi du* 29 *mars*, 1897, *art.* 4). »

Puis encore : « *Le certificat d'un médecin sur une ordonnance à en-tête, en règle, n'est pas un chiffon* . »

Le congé a été accordé ; j'ignore si en haut lieu la gifle a été sentie ; le certificat du nouveau genre n'a pas été retourné, la direction n'ayant pas cru devoir me faire remarquer qu'un certificat sur timbre ne devait pas être rédigé, après la signature, au crayon bleu... J'aurais bien d'autres faits à rapporter ; mais, c'est inutile.

Varia. — *Dans* La Clinique *(juillet 1933, A). M. G. Leven rapporte le fait suivant :*

On me fait traverser une chambre où dort un enfant ; je vais voir sa mère qui est souffrante.

Je passe près du petit lit et je jette un coup d'œil sur le gamin qui a quatre ans. Sa tête est enfouie sous l'oreiller ; je crois qu'il veut jouer et plaisanter ; il le fait volontiers avec moi. Je m'approche, je le chatouille ; il ne bouge pas, ce qui me surprend un peu. J'essaie de déplacer sa tête sur l'oreiller et j'aperçois une figure bleuâtre, cyanosée, l'écume aux lèvres.

Très effrayé, je le secoue ; il ne bouge pas, il est inerte, il respire à peine, le pouls est imperceptible.

J'appelle, on vient. Qu'y a-t-il ? Crise comitiale et de quelle cause ? Méningite aiguë ? Pneumonie à forme éclamptique (Cadet de Gassicourt) ? Alcoolisme aigu ? J'ai vu en Normandie deux enfants ivre-morts.

Réveillons-le d'abord ; nous ferons un diagnostic plus tard. Flagellations, sinapisations, respiration artificielle, bain très chaud. Il fallut près de deux heures d'efforts et de soins pour le réveiller entièrement.

J'étais jeune alors ; le cas était complexe ; je n'avais pas de diagnostic étiologique. J'appelai à mon secours le Professeur Marfan.

Nous discutâmes longuement et de cette discussion, la lumière ne jaillit point. Ce n'était véritablement pas de notre faute, car huit jours plus tard...

Huit jours plus tard, une dame entrait dans mon cabinet, pleurant, sanglotant ; c'était la tante de l'enfant. Elle ne peut parler, tant sa crise de larmes est violente. Elle finit par se calmer et me dit le but de sa visite : « Docteur, j'étais responsable de ce que vous avez vu l'autre jour sans le comprendre. J'avais mis au petit un suppositoire à la morphine destiné à sa mère au lieu de son suppositoire simple au beurre de cacao ».

— *Noms et prénoms républicains. — De M. Edmond Pilon dans l'*Action Française :

..... Il s'agit de cette folie qui amena les Jacobins, dans leur délire de bouleversement, leur frénésie de destruction, à modifier jusqu'aux noms des pays, des cités, des rues même, enfin à donner aux hommes et aux enfants les appellations les plus saugrenues empruntées au calendrier de Romme et de Fabre d'Églantine. « *Il faut*, disait ce dernier, *profiter de l'établissement du nouveau calendrier pour montrer, aux yeux de tous qu'un laboureur est plus estimer que tous les rois.* »

....

Le sectarisme jacobin ne s'en tenait malheureusement pas toujours à ces dénominations innocentes ou simplement drolatiques. Et puisque *apocyn*, de toutes les plantes décidément préférées, rassemblées par Fabre dans son herbier républicain, est la plus recherchée par le soulagement qu'elle apporte aux personnes resserrées du ventre, il est piquant de constater que Louis Bon, le futur général, l'adopta comme prénom afin de le substituer à celui de *Louis*, que lui avaient donné ses parrain et marraine. C'était, disait-il, qu' « il lui répugnait horriblement de continuer à porter le même prénom que seize scélérats appelés Rois de France ».

Mais, dans ce genre de nigauderie, nul ne devait aller plus loin que le représentant Ricord. « J'ai pris, écrivait ce dernier, j'ai pris le calendrier républicain ; j'y ai cherché Alexandre, et le mot *pavot* s'est trouvé à sa place. Je laisse donc ce nom d'Alexandre qui me rappelait sans cesse un anthropophage, le plus grand brigand couronné de l'antiquité, j'échange Alexandre contre *Pavot*, et loin que ce soit l'un des pavots de Morphée, j'assure qu'il sera toujours l'éveil des républicains ». Chuquet, qui rapporte en souriant ces coquecigrues, ajoute, comme pour renchérir, que cet exemple de Ricord avait beaucoup troublé un autre jacobin, lequel avait changé déjà en celui de *Scévola* son nom de baptême de Bruno, et qui, depuis, enrageait de ne s'être pas conformé, aussi étroitement que Ricord, au calendrier de la République.....

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 40 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 7 OCTOBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpital-hospice d'Orléans. — Un concours pour la nomination d'un médecin électro-radiologiste adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, aura lieu aux hospices de Tours, le vendredi 3 novembre 1933, à 8 heures.

Pour tous renseignements et se faire inscrire, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

Clinique du Docteur Calot. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot, de Berck, fera le vendredi 13 octobre de 9 heures et demie à 11 heures et demie, dans sa Clinique de Paris 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations avec présentation de malades et de sujets guéris.

1° Réduction de luxations. Les luxations et subluxations congénitales de la hanche, et leurs récidives, sont beaucoup mieux guéries par le traitement orthopédique s'il est bien conduit (aidé parfois d'une simple ostéotomie sous-cutanée) que par les butées, incertaines dans leurs résultats, et mutilantes.

2° Traitement des hanches étiquetées « arthrites sèches déformantes, rhumatisme local, morbus senilis » qui sont en réalité des subluxations congénitales que l'on avait méconnues jusqu'ici.

3° Dans les tuberculoses « chirurgicales » (adénites, abcès froids, fistules, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, épididymites etc...) supériorité indiscutable du traitement conservateur (avec injections modificatrices et ponctions) sur les opérations sanglantes des « néointerventionnistes » qui aggravent souvent et mutilent toujours.

4° Autres affections orthopédiques, coxa vara, torticolis, pied bot etc...

Moyens d'accès. — Tramways 14 et 20. Descendre à l'arrêt « rue Jean Nicot » entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.

Première réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française. — La première réunion annuelle des électro-radiologistes de langue française se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, les 12, 13 et 14 octobre, sous la présidence d'honneur de M. le Professeur d'Arsonval et sous la présidence du Docteur Belot, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

Jeudi 12 octobre à 15 heures : Séance d'ouverture dans l'amphithéâtre de physique de la Faculté, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique. — 16 heures : Technique de l'exploration radiologique de la muqueuse du gros intestin Rapporteurs MM. Ledoux-Lebard et Garcia Calderon ; et Résultats cliniques de cette exploration (Rapporteurs MM. Gilbert et Kadrnka, Genève). — 21 heures : Séance solennelle de la Société de radiologie médicale de France, à l'occasion du XXVe anniversaire de sa fondation. (Amphithéâtre de physique).

Vendredi 13 octobre, 14 heures : Les ondes courtes et les ondes ultra-courtes en thérapeutique (Rapporteur M. le Professeur Rechou, de Bordeaux).

Samedi 14 octobre, 14 heures : Suite de la discussion des rapports et communication diverses.

Une soirée de réception des membres de la Réunion annuelle aura lieu le mercredi 11 octobre à 21 heures, salle des Alliés, 79, avenue des Champs-Elysées.

Samedi 14 octobre à 20 heures, un banquet (par souscription), dans les salons de l'Hôtel George V, clôturera la Réunion annuelle.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris-9e. Tél. Trudaine 05-85.

Congrès international d'hygiène. — (XXe Congrès annuel d'hygiène), Paris, Institut Pasteur, les 23, 24, 25 et 26 octobre 1933 sous le haut patronage de M. Albert Lebrun, Président de la République.

Le Congrès international d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique et de génie sanitaire, s'ouvrira sous la présidence effective de M. Daniélou, ministre de la Santé publique, et de M. Paul-Boncour, ministre des Affaires étrangères. Il tiendra séance les lundi 23, mardi 24, mercredi 25, jeudi 26 octobre, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Docteur Dequidt, président de la Société pour 1933.

En raison des circonstances économiques graves du moment communes à tous les pays, le Conseil d'administration de la Société a pensé qu'il convenait de donner au Congrès d'hygiène de 1933 un caractère international et d'inscrire à son programme deux grandes questions d'actualité pour l'étude desquelles la collaboration de délégués étrangers lui est apparue comme particulièrement utile.

1° Les grands travaux publics d'hygiène et la crise économique ; 2° La coordination des efforts dans la lutte anti-tuberculeuse, urbanisme et tuberculose.

La discussion de ces questions dans un milieu d'hygiénistes, médecins, administrateurs et techniciens, est susceptible d'apporter une utile contribution à la solution des graves problèmes posés par la crise économique. Le Comité organisateur remercie tous ceux qui ont déjà répondu à son appel et apporté leur concours.

Programme. — Lundi 23 octobre, 9 heures : Ouverture du Congrès. Allocution de M. le Docteur Dequidt, président de la Société. — Allocution de M. Danielou, ministre de la Santé publique. — *Rapports* : M. Fuss, chef de service du Bureau international du travail : La nécessité et les possibilités des grands travaux en temps de crise. — M. Rochaix, professeur d'hygiène à la Faculté de Lyon ; M. Vignerot, ingénieur en chef du Génie rural : L'effort français dans le domaine de l'assainissement depuis la guerre. — M. le Docteur Lutrario, délégué de l'Italie : Les améliorations foncières et la santé publique. — M. W. F. J. M. Krul, directeur du bureau d'Etat pour l'alimentation en eau potable de la Haye : Les travaux d'adduction d'eau potable dans la crise économique. — M. Rey, architecte, ancien président de la Société de médecine publique : L'assainissement de la France. Programme général des travaux. — Après-midi : Discussions des rapports. — *Communications* : M. le Docteur Russo, chef du Bureau hydrogéologique à l'Institut scientifique chérifien, Rabat (Maroc) : L'hygiène et l'hy-

drogéologie au Tafilalet. — M. le Docteur SALMON, inspecteur départemental d'hygiène : Les adductions collectives d'eau potable. — M. le Docteur BARBARY, membre correspondant de l'Académie de médecine : Pollution du sol et des eaux souterraines. — M. le Docteur SAUTET : Assainissement en pays palustres. — M. le Professeur GIBERTON : Contribution à l'étude de la contamination des eaux potables ; recherches et dosages de l'Hydrogène sulfuré. — 17 heures : Conférence sous la présidence de M. le Professeur Léon BERNARD. — M. le Professeur CANTACUZENE, ancien ministre de la Santé en Roumanie : Le B. C. G. et la lutte antituberculeuse.

Mardi 24 octobre, 9 heures : Séance placée sous la présidence de M. Albert DALIMIER, ministre des Colonies. — *Rapports* : Rapport du ministère des Colonies (Inspection générale du Service de santé et Inspection générale des Travaux publics du ministère des Colonies) : L'équipement sanitaire des colonies et la crise économique. — M. le Professeur PITTALUGA, directeur de l'Ecole national d'hygiène à Madrid : Les grands travaux d'hygiène publique en Espagne. — M. CHODSKO, délégué de la Pologne, ancien ministre de l'Hygiène, directeur de l'Ecole d'hygiène de l'Etat : La lutte coordonnée contre la tuberculose dans les villes et dans le milieu rural. — M. le Docteur Mc. DOUGALL, médecin directeur de la Cité sanitaire de Preston Hall : L'aspect économique et social de la lutte antituberculeuse en Angleterre : Les cités sanitaires. —M. VIGNEROT, ingénieur en chef du Génie rural : L'outillage sanitaire des campagnes. (Adduction d'eau potable, évacuation des matières et eaux usées, habitations, aménagements divers). — Mme REGIS, Rapporteur adjoint de la question du Transaharien à la Société de géographie économique : La construction et l'exploitation du Transaharien ; Conséquences médico-sociales. — Après-midi : Suite et discussion des rapports et communications. — 16 heures : Conférence de M. le Professeur MESSERLI : Relation de voyage autour du monde : 1° aux Etats-Unis ; 2° en Extrême-Orient, Japon, Corée, Chine, Indochine. (Projections lumineuses.)

Mercredi 25 octobre, 9 heures : *Rapports* : M. le Docteur CAROZZI, chef de service au Bureau international du travail : La collaboration des inspecteurs techniques et médecins du Travail dans la lutte antituberculeuse. — M. le Docteur JULLIEN, directeur du Service de santé de la Xe région : 1° Urbanisme et réadaptation des tuberculeux à la vie collective ; 2° Le dépistage de la tuberculose par l'examen radioscopique dans les armées françaises et étrangères. — *Communications* : M. le Professeur LECLERCQ et M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE : Un centre d'examen, de triage et d'hospitalisation pour tuberculeux. — M. le Professeur COURMONT : Casier sanitaire des maisons et tuberculose. Rôle des dispensaires. — M. le Docteur ARMAND-DELILLE : Organisation départementale de la préservation de l'enfance contre la tuberculose par l'Œuvre Grancher. — M. le Docteur MESSERLI : L'organisation de la lutte antituberculeuse en Suisse et la participation de Lausanne à cette lutte. — M. le Docteur GREHANT : Organisation de la lutte antituberculeuse en Haute-Marne. Réalisations, desiderata. — M. le Docteur Paul MARTIN : La lutte antituberculeuse dans l'Aisne. — M. le Docteur VITRY : Le rôle de l'Inspection médicale des écoles et la lutte antituberculeuse. — M. le Docteur BOUREILLE : Difficultés rencontrées dans la création des établissements de prévention antituberculeuse. — M. BOURDEIX : La charte du logement. — Après-midi : Discussion des vœux et résolutions du Congrès. Conférence sous la présidence de M. PONTREMOLI, directeur de l'Ecole nationale des beaux-Arts. — M. Paul NELSON, architecte : L'organisation régionale des Cités hospitalières. (*Projections lumineuses.*)

Jeudi 26 octobre, 8 h. 30 : Visite des Laboratoires du Docteur ROUSSEL, à Romainville. A l'issue de cette visite, un déjeuner confraternel sera offert par le Docteur G. ROUSSEL. — 15 heures : Réunion privée du Syndicat des médecins hygiénistes français. — Visite de la Centrale des installations de chauffage urbain du réseau de Bercy à Paris.

Vendredi 27 octobre et samedi 28 octobre : Visite de la Cité sanitaire de Clairvivre, Salanage (Dordogne).

Les Congressistes sont priés de faire parvenir leur adhésion, avant le 10 octobre, afin de bénéficier éventuellement des réductions de tarif sur les chemins de fer. (Ceux qui désirent regagner directement leur résidence sans revenir à Paris devront le préciser.)

Vendredi 27 : Départ de Paris : 9 h. 55 ; arrivée à Brive : 17 h. 45, d'où les congressistes seront transportés en autocars à Clairvivre par les soins de la Fédération des blessés du poumon.

Samedi 28 : Excursion dans le Périgord noir (visite de Sarlat et des stations préhistoriques des Eysies). Dislocation à Périgueux vers 18 heures. Prix de l'excursion, non compris les frais de chemin de fer : 50 francs (transport en autocars, logement et nourriture).

Ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones. — *Service médical à Strasbourg.* — Un concours sur titres aura lieu, en novembre 1933, au ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones à Paris, en vue de la nomination d'un médecin consultant au Comité médical régional de Strasbourg.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 30 ans au moins et de 49 ans au plus, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Strasbourg, *avant le 1er novembre prochain.* Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

Nécrologie. — Docteur Amouroux, de Poitiers. — Docteur Georges Bécus, de Romilly-sur-Seine (Aube). — Docteur Canégaly, du Vésinet (Seine-et-Oise). — Docteur Carretier, de Rennes, décédé à l'âge de 56 ans. — Docteur Chanal, de l'armée. — Docteur Chanut, de Brest. — Docteur Leon Dunoyer, du Dorat (Haute-Vienne), médecin de l'hôpital. — Docteur Louis Fileux, de Corbigny (Nièvre), décédé dans sa 57e année. — Docteur Floren, d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — Docteur François Fontaine, de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), décédé dans sa 47e année. — Docteur Louis Fourquet, de Bordeaux. — Docteur Jean Garnaud, de Paris, 10, rue Oudinot (VIIe). — Docteur Charles Marsily, de Marseille, décédé à l'âge de 50 ans. — Docteur Mercier, de Beauval (Somme), décédé dans sa 72e année. — Docteur Monvoisin, de Vion (Somme), décédé dans sa 46e année. — Docteur Ozun, de Montgaillard (Hautes-Pyrénées). — Docteur Petrolacci, maire et conseiller général de Bône (Algérie). — Professeur Giuseppe Moresco, de Genève, directeur de l'hôpital ducal de Galliera. — Professeur Georges Jammovic, de Belgrade. En 1920, il fut chargé d'organiser la première faculté de médecine de Yougoslavie. — Docteur Vincento Barletta, professeur de clinique ophtalmologique, décédé à Catane (Italie).

Docteur Maksymilzann Flaum, physiologiste, de Varsovie, décédé à l'âge de 65 ans. — Professeur Edmond Forster, directeur de la clinique de neurologie de l'université de Greifswald vient de se suicider. Il était âgé de 55 ans. — Professeur Frantz Reiche, de l'Université de Hambourg, décédé à l'âge de 7… ans. — Docteur Wustefeld, professeur d'ophtalmologie à l'Université de Berlin. — Professeur Victor Hinsberg, directeur de la clinique d'oto-rhino-laryngologie de Breslau. — Docteur Slack Eric, décédé en Suisse à l'âge de 55 ans, connu pour ses études sur la lèpre.

« On conçoit de moins en moins les sanatoriums comme des monuments destinés à durer. Notre époque de crise économique n'admet plus les constructions de luxe. Si l'on veut réaliser le meilleur traitement (collapsothérapie) pour le plus grand nombre, les instillations normales doivent être des installations de fortune. La crise économique, l'extension de la collapsothérapie, la grave question de l'assistance post-sanatoriale, nous obligent à reviser nos idées, à en chercher de nouvelles ainsi que de nouvelles formes d'installations pour résoudre ce problème ardu : faire plus avec moins de dépense. » (Etienne Burnet. Prophylaxie de la tuberculose. Applications en Europe. Un volume 1933, Masson, édit.).

TRAVAUX ORIGINAUX

La tuberculose pulmonaire interstitielle

Par MM. J. IMBERT et R. HEIM DE BALSAC

L'infection bacillaire qui infiltre le tissu conjonctivo-vasculaire péribronchique et suit les ramifications bronchiques dans leurs divisions constitue la tuberculose pulmonaire interstitielle ou fermée par opposition à la tuberculose bronchio-alvéolaire qui atteint le lobule.

Elle peut réaliser seulement un mode de propagation de l'infection que l'on rencontre dans diverses formes cliniques, ou bien évoluer seule pendant un temps variable, généralement assez long, masquant le début de l'infection bacillaire et précédant la phase de phtisie ouverte.

Cette notion de tuberculose pulmonaire interstitielle n'est pas nouvelle. Elle était enseignée à la fin du siècle dernier par des maîtres tels que Letulle et Grancher. Elle fut ensuite abandonnée. Rist en 1916 fut un des premiers à la rejeter et à déclarer que toute tuberculose pulmonaire était ouverte dès le début et donnait d'emblée une expectoration bacillifère « pas de bacilles dans les crachats, pas de tuberculose ». Cette tendance ne fit ensuite que s'accentuer avec les travaux de Rist et Ameuille en 1922 (1) et de Delerm, Kindberg, Charles Richet fils en 1927. La tuberculose pour ces auteurs dès ses premières manifestations est toujours une poussée pneumonique et les poussées évolutives ultérieures se montrent sous la même forme que la poussée initiale. Ces idées devinrent presque des dogmes, si bien qu'au Congrès de Lyon en 1927 Cordier, traduisant le sentiment général, déclarait morte la notion de la tuberculose fermée.

Cette conception n'avait pourtant pas réuni tous les suffrages. Dès 1918 Dumarest dans la *Presse Médicale* (2) s'élève contre l'abandon de la tuberculose fermée. En 1927, Bezançon (3) et Braun font paraître leur travail sur la tramite tuberculeuse qu'ils décrivent comme un stade précurseur de la phtisie ouverte de l'adulte, stade de tuberculose fermée de tuberculose interstitielle.

Puis apparaissent les travaux de l'Ecole Bordelaise avec Leuret, Piéchaud (4) et Caussimon qui non seulement admettent les idées de Bezançon mais font du hile pulmonaire le point de départ des reviviscences de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Enfin en 1929 notre maître Sergent (5) a décrit la périlobulite tuberculeuse complément de la tramite et prend nettement position pour le retour à la notion de la tuberculose interstitielle.

Pour lui les lymphatiques qui suivent le tissu conjonctif péribronchique sont les voies de propagation habituelles du bacille à partir du hile, soit sous sa forme acido résistante, soit sous une autre forme telle que l'ultra-virus.

La preuve anatomo-histologique de cette conception bien vraisemblable n'a pu encore être donnée mais elle a reçu un commencement dans les faits expérimentaux apportés par Sergent et Gaspar dans la *Presse Médicale* du 21 décembre 1932.

Ainsi donc la notion de la tuberculose pulmonaire interstitielle admise autrefois, ensuite abandonnée, est de nouveau à l'honneur.

(1) *Paris Médical*, 7 janvier 1922.
(2) *Presse Médicale*, 6 juin 1918.
(3) *Presse Médicale*, 31 décembre 1927.
(4) *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 septembre 1928.
(5) *Presse Médicale*, 22 mai et 29 mai 1929.

Le retour aux idées du passé est un fait que l'on constate assez fréquemment dans l'histoire de la médecine : on voit disparaître tour à tour les théories les plus séduisantes et renaître d'anciennes doctrines abandonnées depuis de nombreuses années.

***

C'est parfois dans les mois ou les années qui précèdent une phtisie, nettement confirmée et ouverte que l'on voit évoluer la tuberculose interstitielle en étudiant avec soin les radiographies : Sur une diminution générale de la clarté d'un poumon se détachent des ombres broncho-vasculaires anormalement développées, des bandes imbriquées formant en certains points des images en damier.

Les sujets présentent des signes d'imprégnation bacillaire avec ou sans hémoptysie. L'expectoration, si elle existe, est de caractère bronchique et ne contient pas de bacilles de Koch. A ce stade la tuberculose n'est pas intra-alvéolaire mais localisée au tissu interstitiel de la trame (Bezançon).

Les signes d'auscultation ne sont pas nettement localisés soit au sommet ou ailleurs, mais au contraire diffus et consistent surtout en anomalies du murmure vésiculaire sans bruits adventices.

Parfois ces arborescences sont plus fines et forment à leurs extrémités des petits cercles ou des polygones juxtaposés, bien visibles sur une bonne téléradiographie.

Quand ces images s'étendent sur une grande surface on a l'impression que le champ pulmonaire est recouvert d'un filet à mailles fines.

Elles répondent d'après Sergent à l'infiltration du tissu interstitiel qui circonscrit le lobule « périlobulite » et ne doivent pas être confondues avec les images en nid d'abeilles (1) qui sont formées par la juxtaposition de petites cavernules creusées dans une zone d'infiltration.

Ce processus périlobulaire se rencontre également chez les tuberculeux avérés à la limite des zones d'infiltration ou d'excavation ou dans les parties jusqu'alors respectées. Quel que soit le cas dans lequel on le rencontre il marque la voie de propagation de l'infection tuberculeuse : la voie interstitielle lymphatique.

Comment peut-on envisager le mécanisme de cette propagation ?

***

Nous devons considérer que dans nos pays la tuberculose de l'adulte est dans la grande majorité des cas un réveil d'une infection bacillaire contractée pendant l'enfance. Chaque sujet quel qu'il soit porte en lui depuis son enfance la source de sa réinfection. Ce sont d'anciens foyers tuberculeux, le plus souvent calcifiés, inertes, mais pas absolument éteints puisqu'ils entretiennent l'état d'allergie attesté par la tuberculino-réaction de von Pirquet.

Ces foyers contiennent des bacilles qui sont comme emmurés vivants, et qui ne demandent qu'une occasion pour sortir de leur tombeau. Ces foyers latents (2) siègent le plus souvent dans les ganglions du hile. La preuve de la présence de ces foyers endormis a été faite depuis longtemps. Calmette a écrit dans son travail sur : L'infection bacillaire page 113 « Il est actuellement bien établi que les ganglions lymphatiques hilaires en apparence sains prélevés à l'autopsie chez des sujets de tous âges morts de maladies aiguës ou à la suite d'accident récent des bacilles tuberculeux vivants et virulents, dont la présence n'est révélée que par l'inoculation de ces ganglions à des animaux très sensibles comme le cobaye ».

(1) *Presse Médicale*, 7 mars 1918.
(2) SERGENT, DURAND et TURPIN. — La réaction des foyers tuberculeux latents (Centenaire de Villemin) octobre 1927.

◆◆

Tout homme porte donc en lui une infection bacillaire endormie depuis son enfance et par laquelle il est menacé à tout moment de son existence.

Par suite de circonstances qui diminuent la résistance de l'organisme et rendent le terrain favorable à l'infection tuberculeuse telles que surmenage, grossesse, maladies anergisantes, intoxications chroniques, ces foyers hilaires deviennent le point de départ de la reviviscence de la tuberculose (Leuret et Piéchaud).

Ce réveil s'annonce par quelques anomalies radiologiques autour du hile et par quelques signes cliniques qui ont fait l'objet d'importants travaux [Léon Bernard, Lelong et Mlle Renard (1), Caussimon (2), Wigniolle (3)].

Partie de là l'infection bacillaire se propage par les voies lymphatiques, infiltrant les espaces péribroncho-vasculaires intrapulmonaires.

Parfois cette progression se fait avec une grande rapidité et l'infection envahit le lobule réalisant un ou plusieurs foyers de bronchio-alvéolite sans qu'il soit possible de saisir sur des radiographies la phase de lymphangite interstitielle. Le stade de tuberculose interstitielle a passé inaperçu et la tuberculose semble ouverte dès son début. Des dispositions anatomiques telles que les interlobes peuvent favoriser un pareil processus. Là en effet les voies lymphatiques sont plus importantes, suivent les feuillets de la plèvre interlobaire et expliquent la fréquence et la rapidité de formation des foyers pneumoniques juxta-sussuraux.

Dans d'autres cas la tuberculose évolue très lentement et on peut saisir alors la marche de l'infection sur des radiographies successives. On voit s'infiltrer les espaces péribronchiques dans leur traversée pulmonaire et apparaître ces images radiologiques que Bezançon a décrites sous le nom de tramite : ces images quand elles sont généralisées rappellent celles de la sclérose péribronchique dont elles ont la même topographie et la même systématisation. Elles donnent l'aspect d'un quadrillage qui doit attirer d'autant plus l'attention qu'il siège loin du hile et de la base.

Si les espaces interstitiels sont infiltrés jusqu'à leurs extrémités ils entourent le lobule formant sur le film des petits cercles de périlobulite.

Parfois ce stade de tuberculose fermée n'est pas dépassé et la guérison se produit.

Parfois le processus bacillaire continue son évolution et l'infection qui circonscrivait le lobule va l'envahir de dehors en dedans pour réaliser la bronchio-alvéolite et la tuberculose devient ouverte.

Sur des radiographies faites en série on suivra l'évolution de l'image pour un territoire donné.

Le fin réseau périlobulaire tracé au début avec netteté, comparable à un fil, s'élargit en même temps que ses limites s'estompent puis vient combler progressivement les mailles du filet et se perdre dans une opacité diffuse.

Cette conception ne se rapproche-t-elle pas de celle des anciens auteurs ? Puisque nous pouvons lire dans les archives de Physiologie médicale et Pathologiques de 1878 ces lignes écrites par Grancher : « La matière tuberculeuse se comporte comme le liquide d'injection ; elle suit la voie la plus facile et souvent la trame à assez grande distance des foyers d'infection. Les granulations tuberculeuses occupent les lymphatiques périlobulaires longtemps avant que le lobule lui-même ne soit atteint ».

* * *

La tuberculose pulmonaire peut donc, à côté des formes nettement caractérisées et relativement faciles à dépister, prendre pour un temps le masque de la tuberculose interstitielle dont la preuve est toujours très difficile à faire.

(1) *Annales de médecine*, mai 1927.
(2) *Progrès Médical*, 10 janvier 1929.
(3) Wigniolle. — Thèse de Lyon, 1928.

L'examen de l'expectoration est négatif ; l'examen clinique ne donne rien de précis et si les images radiographiques sont anormales, elles ressemblent à celles de la scléro-péri broncho-vasculaire inactive banale.

On devra donc pour porter un diagnostic qui ne sera que de probabilité faute de preuves bactériologiques se baser sur deux éléments :

1) L'analyse des signes généraux qui traduisent l'imprégnation tuberculeuse : fièvre, amaigrissement, perte d'appétit, parfois légères hémoptysies ;

2) L'étude des radiographies faites à intervalles réguliers qui permet de saisir les modifications évolutives des images.

Si les signes généraux persistent ou augmentent et si les images s'étendent et se modifient, le diagnostic de probabilité deviendra bientôt une certitude.

Suppurations pulmonaires et injections intraveineuses d'alcool

Par M. J. VIRENQUE,
Interne des Hôpitaux de Toulouse

L'étude des suppurations pulmonaires et particulièrement de leur traitement a pris dans ces dernières années un grand développement. Au dernier Congrès français de médecine (octobre 1932), la thérapeutique des abcès du poumon constitue l'objet d'un rapport : de nombreux moyens sont préconisés, et chacun de ces moyens a ses adeptes et ses détracteurs. L'injection intraveineuse d'alcool est la dernière née des médications protéiformes appliquées aux suppurations graves de l'appareil respiratoire.

Historique

C'est tout d'abord dans ces tentatives thérapeutiques s'adressant au cancer et à l'infection puerpérale que Thurz le promoteur de la méthode, tenta les premiers essais.

Dans le cas d'infections générales (fièvre puerpérale, endocardite maligne...) ce traitement n'a pas donné de résultats si satisfaisants, pour qu'on puisse les considérer comme le facteur curatif, définitif et exclusif de ces cas. On réussissait indubitablement à obtenir des périodes de défervescence et d'amélioration ; ces rémissions se montraient toutefois transitoires, ne modifiant pas le pronostic, et ne se différenciant pas en principe de ceux obtenus dans d'autres cas à l'aide de trypaflavine, d'injections intraveineuses de salicylate... Mais au cours de ces épreuves, A. Landau a pu néanmoins observer que les injections d'alcool ont une action spéciale bienfaisante dans la liquidation rapide de toutes les complications pulmonaires, apparaissant au cours de ces infections, tandis que leur influence sur les symptômes cardiaques rénaux...... était très problématique, sinon nulle. Aussi eut-il l'idée d'appliquer la méthode à toutes les manifestations pulmonaires aiguës, et particulièrement à celles qui étaient de nature suppurative.

Ses résultats furent encourageants ; de nombreux médecins, en Allemagne, en France, suivirent sa technique et obtinrent avec elle de nombreuses guérisons. Nous-même, sur les conseils de nos maîtres, MM. les Pro-

fesseurs Cestan et Sendrail, avons tenté l'alcool intraveineux chez deux malades atteintes, l'une de pneumonie à sa phase d'hépatisation grise, l'autre d'abcès du poumon, et avons obtenu deux succès complets. C'est l'histoire de ces deux malades, que nous voudrions tout d'abord exposer.

Observations

OBSERVATION I. — Antoinette O..., âgée de 65 ans, entre le 21 octobre 1932 à la salle Sainte-Germaine parce que quatre jours auparavant, elle a été prise de grands frissons, d'un point de côté, et de fièvre.

A l'examen, la malade est très dyspnéique, la toux est sèche, et ne ramène que quelques rares crachats rouillés. A la base gauche il y a de la matité, de la diminution des vibrations, le murmure vésiculaire à peu près aboli : sur la partie moyenne du poumon, on entend un souffle léger, à tendance inspiratoire ; il existe de la bronchophonie. De plus la langue est sèche, la fièvre atteint 39°, le cœur est tachycardique.

Du délire, de la diarrhée, des urines rares et foncées complètent le tableau clinique.

A la radiographie, nous trouvons une ombre homogène s'étendant à toute la base gauche, et se terminant à la partie moyenne sans ligne nette. La ponction exploratrice faite en pleine opacité ne ramène aucun liquide.

La fièvre se maintient en plateau à 38°5 pendant une semaine. Le 1er novembre, se produit une chute de la température à 37°, mais le soir nouvelle ascension à 39°. La courbe affecte alors un type en clochers caractéristique. La malade maigrit, jaunit, délire : elle expectore tous les jours un ou deux crachats purulents ; le foyer se ramollit. On pratique alors, l'alcool intraveineux au tiers : 10 c.c., 15 c.c , en tout dix injections, faites tous les deux jours.

Dès la première alcoolisation, l'amélioration est manifeste, la température ne monte plus le soir qu'à 38°5, le pouls est mieux frappé.

La guérison se poursuit jusqu'à la fin du mois de novembre : à ce moment la température est devenue normale, l'état général est bon, à la radiographie, la base gauche est parfaitement claire. La malade reste encore en observation pendant un mois dans le service, elle le quitte enfin complètement rétablie.

OBSERVATION II. — Lydie D..., âgée de 35 ans, après une fausse couche de deux mois et demi, présente des métrorragies abondantes, des frissons, une température à 39°. Un curettage discret est effectué dans un service de chirurgie : le deuxième jour elle ressent une douleur brutale au côté gauche sous le sein, la fièvre monte à 40°, la malade est hospitalisée salle Sainte-Germaine.

A l'examen on trouve une femme aux traits tirés, assise sur son lit, dyspnéique, les pommettes rosées, les lèvres sèches, les yeux brillants et profonds. Elle répond faiblement aux questions que nous lui posons. Elle ne tousse pas, et crache peu (quelques crachats spumeux sans sang, ni pus). Sur toute la surface du poumon gauche en arrière, existe une grosse matité, accompagnée d'augmentation des vibrations vocales, d'un gros souffle à caractère inspiratoire et de nombreux râles crépitants. En avant l'on perçoit également des râles fins : l'autre poumon est normal. La ponction exploratrice est négative.

— L'état général reste grave pendant quelques jours, puis une amélioration semble se produire ; la malade se sent moins fatiguée, moins dyspnéique. Néanmoins il persiste au poumon gauche une grosse matité avec souffle. Une première radiographie montre deux opacités, l'une siégeant à la partie supérieure du poumon gauche, l'autre à sa partie inférieure, à la pointe du cœur, qui est d'ailleurs fortement dévié vers la droite. La ponction reste toujours sans liquide.

— La température devient irrégulière, en clochers (39°5, 39°). Une nouvelle radiographie permet de préciser la disparition de l'obscurité supérieure, et au contraire, l'accentuation de l'opacité inférieure, qui prend un aspect annulaire : il semble que l'on aperçoit à son intérieur un niveau liquidien. Nouvelle ponction exploratrice négative. On refait une radioscopie, et sous écran l'on enfonce le trocart en arrière à 5 cm. de la colonne vertébrale dans le septième espace. On retire du pus, pus louable, stérile (culture négative), et à sa place, on injecte du lipiodol. Cette injection transpariétale de lipiodol nous procure une superbe image, visible sous forme de nid de pigeon en position verticale, sous forme ovalaire en position horizontale (elle s'étendait du bord supérieur de la septième côte au bord supérieur de la neuvième) : elle était plutôt rapprochée de la paroi postérieure, comme le démontrait la radiographie de profil. En somme il s'agissait d'un abcès du poumon.

Le 16 février 1933, cinq semaines environ après le début des accidents, nous commençons la thérapeutique par les injections d'alcool intraveineux au tiers. Successivement, nous injectons :

le 16 février......	6 c.c.	de la solution 1/3
le 18 —	9 c.c.	—
le 21 —	12 c.c.	—
le 24 —	15 c.c.	—
le 25 —	30 c.c.	—
le 28 —	45 c.c.	—
le 2 mars........	45 c.c.	—
le 4 —	45 c.c.	—
le 9 —	45 c.c.	—
le 14 —	45 c.c.	—

Dès le 25 février, la chute de température se manifestait : les oscillations devenaient de moindre amplitude. Le 4 mars, la malade était absolument apyrétique, et s'est maintenue dans cet état jusqu'à ce jour. L'état général s'est rapidement amélioré Au point de vue clinique il ne reste qu'une légère submatité et une diminution du murmure vésiculaire.

A propos de ces deux malades atteintes de suppurations pulmonaires, l'une de suppuration diffuse, l'autre de suppuration circonscrite, traitées et guéries par les injections intraveineuses d'alcool, nous voudrions étudier cette méthode d'une manière plus générale, discuter ses indications et résultats, décrire sa technique et ses accidents, envisager son mécanisme d'action.

Indications.

— En principe, *toutes les affections aiguës* provoquées par la flore pyogène banale aérobie, sont justiciables du traitement.

Souvent l'affection purulente est cliniquement évidente : le malade est fébricitant, rejette en abondance des crachats purulents ; on constate à la radiographie des cavernes pulmonaires à contenu liquide ou ce qui est encore plus probant, à contenu à la fois liquide et gazeux. Ces signes, auxquels se joint assez fréquemment la constatation clinique de signes cavitaires, ne laissent aucun doute sur l'évolution d'une lésion suppurative aiguë du poumon.

Mais d'autres fois, le substratum purulent de la pneumopathie est plus discret et plus caché.

Seuls le trahissent des crachats purulents abondants, et les examens clinique et radiologique ne montrent que les signes d'une pneumonie lobulaire : il s'agit souvent d'ailleurs au point de vue anatomique, d'une broncho-pneumonie purulente miliaire, sans tendance à la confluence (Landau). Ces derniers cas sont aussi justiciables de la méthode.

D'ailleurs on ne peut manquer d'être frappé en lisant les nombreuses observations, de l'apparence quasi miraculeuse de certains résultats obtenus. Il n'est question que de malades dont l'état semble désespéré, et dont on voit l'état général changer du tout au tout en quelques jours, en même temps que l'expectoration se tarit avec une étonnante rapidité, que la leucocytose baisse et que les ondulations de la courbe thermique s'amortissent et s'aplanissent.

Les poussées aiguës des affections chroniques, constitueraient également, au dire de Landau et Kamine, une indication du traitement par l'alcool. Ici entrent presque uniquement en jeu les aggravations liées aux *dilatations bronchiques*. Les grosses bronchectasies se compliquent en général de lésions gangreneuses et putrides.

Ces abcès pulmonaires aigus, survenant au cours des bronchectasies, doivent être traités comme les abcès relevant d'une autre origine.

Fejgin a encore employé l'alcool dans les *poussées aiguës des bronchites*, accompagnée même de myocardite, et a obtenu de grandes améliorations.

Dans les *affections pulmonaires gangreneuses*, dues à la flore anaréobie, l'action de l'alcool, par contre, n'est pas constante ; certes des rémissions, des guérisons ont pu être signalées, mais d'une manière générale, l'action de l'alcool est incertaine, souvent nulle.

La pneumonie fibrineuse elle-même, serait heureusement influencée par l'alcool intraveineux : Srajna a traité ainsi 25 cas de pneumonie et a obtenu des résultats excellents.

Technique

La technique actuelle est la suivante.

On mélange extemporanément un volume d'alcool pour deux volumes d'eau physiologique stérile. Certains auteurs ont abandonné la solution au tiers, pour employer la solution au cinquième.

Quoiqu'il en soit, l'on injecte tous les jours ou tous les deux jours 30 à 50 c. c. de la solution à 33 %. Il faut en principe éviter les doses massives de 300 c. c. par jour, comme certains auteurs allemands l'ont tenté.

On répète les injections en se guidant sur l'évolution de la courbe thermique et sur le tarissement de l'expectoration.

L'injection doit être strictement intraveineuse ; elle doit se faire lentement ; pour éviter la coagulation du sang dans la seringue, au contact de l'alcool, il faut se garder de l'aspirer. De toute façon il est de bonne pratique de paraffiner au préalable l'aiguille et la seringue.

Accidents

A première vue, on s'inquiète de voir introduire par cette voie, un liquide dont le pouvoir coagulant et hémolysant à l'égard du sang est bien connu. En réalité, tout est facteur de dose et de dilution. Fohl dans sa thèse (Fribourg, 1931) a étudié les différentes modalités de l'alcool sur le sang. Mis en présence du sang l'alcool peut produire un double effet : hémolyse ou coagulation. *In vitro*, l'alcool faiblement dilué, mis au contact du sang n'entraîne ni l'une ni l'autre, mais à des concentrations de 50 %, il y a coagulation et hémolyse immédiates. Au-dessous de 25 %, la coagulation n'est guère à craindre, mais l'hémolyse peut encore se produire. *In vivo*, des conditions nouvelles apparaissent. Tout d'abord pour injecter une quantité donnée d'alcool on ne peut guère utiliser de solution très diluée, vu la masse liquidienne considérable qu'il y aurait à employer ; par contre une solution trop concentrée ne saurait être utilisée, à cause de l'action locale sur le sang et de l'irritation de la veine. Fohl rappelle qu'il y a lieu pour obvier à ces difficultés de chercher à établir par une solution de glucose, une compensation à l'effet hémolysant de l'alcool. D'après cet auteur, grâce à cette solution glucosée, la coagulation n'apparaîtrait qu'à une concentration supérieure à 40 %, mais l'hémolyse se poursuivrait jusqu'à une solution de 5 %.

Ainsi donc en pratique, les dilutions moyennes d'alcool sont seules utilisables : le taux de 33 % préconisé par Landau a toujours été bien toléré par les malades et les petits incidents que nous allons décrire ne sauraient aucunement empêcher l'emploi de la méthode.

D'emblée le malade accuse une *douleur* le long de la veine, et souvent localise cette sensation vers l'épaule : mais cette douleur disparaît en quelques instants. Elle peut survivre, être tardive et durer quelques jours. Il ne s'agit pas dans ce cas d'injection accidentelle à côté de la veine, mais d'un processus phlébitique, entraînant la thrombose des vaisseaux.

Hamburger et Guérin signalent un cas où la *thrombose* se produisit et se manifesta par le gonflement douloureux des veines du membre supérieur ; elle ne fut suivie, d'ailleurs, d'aucune embolie. Le seul inconvénient de la thrombose, c'est qu'on ne peut plus renouveler les injections dans la veine malade.

D'autres *manifestations*, rougeur de la face, sueurs, gaieté, voire même sommeil, peuvent apparaître au cours de l'injection.

Un *ictère* a pu survenir lorsque de fortes doses (200 à 500 c.c. suivant la technique de Turz) ont été employées. Dans le but de protéger le foie contre la lésion de son parenchyme, Landau administre simultanément de petites doses d'insuline (5 unités) par voie sous-cutanée.

Mode d'action

On peut se demander quel est le mode d'action de la méthode ?

Et tout d'abord les propriétés favorables de l'alcool relèvent-elles d'une *action tonique générale* ? Celle-ci paraît indiscutable.

L'action tonifiante de l'alcool sur le *système cardio-vasculaire* en particulier est évidente dans tous les cas. Le pouls se ralentit, la tension artérielle augmente. Nous avons vu, que employé dans certaines poussées aiguës de bronchite avec insuffisance cardiaque, l'alcool avait provoqué de réelles améliorations. Nous-même tenons à signaler que chez la malade de l'observation I nous n'avons jamais ordonné de digitale, et son cœur ne nous a jamais donné quelque inquiétude. Cette toni-régulation se produit-elle par l'influence directe de l'alcool sur le muscle cardiaque, ou bien par l'intermédiaire du système nerveux végétatif notamment par les centres vaso-moteurs ?

Une propriété très curieuse de l'alcool, vérifiée expérimentalement, c'est son pouvoir lymphagogue, qui peut ne pas être étranger à son action favorable dans la lutte contre l'infection. D'après Timofeew, en effet, l'alcool augmenterait chez l'animal de 5 à 40 fois la formation de la lymphe.

Enfin l'alcool exalterait les moyens de défense de l'organisme par l'apparition d'anticorps dans le sérum.

L'*action locale* de l'alcool au niveau du poumon est également une hypothèse à envisager.

Il y a en effet un pneumotropisme tissulaire de l'alcool qui fait que le produit arrivant directement au poumon malade y développe son action bactéricide, soit directement, soit par l'intermédiaire du tissu réticulo-endothélial. L'alcool injecté par voie veineuse arrive directement à l'organe malade, le poumon, où il est saisi dans sa majeure partie par le système réticulo-endothélial dont le rôle effectif en ce qui concerne les graisses n'est plus mis en doute actuellement.

Le poumon en effet, ne sert pas seulement aux échanges gazeux : il possède plusieurs fonctions internes dont la plus importante consiste à arrêter les matières grasses et à leur faire perdre leurs caractères spécifiques. De plus le tissu pulmonaire renferme de nombreux ferments une catalase, une peroxydase, une amylase, un ferment glycolytique, une diastase transformant le sucre en alcool avec dégagement d'aldéhyde carbonique (Roger).

Les fonctions internes dévolues à cet organe sont donc nombreuses et expliquent que l'alcool arrêté par la barrière pulmonaire est soumis à cet endroit à des proces-

sus métaboliques. Nous avons donc affaire à une sorte de pneumotropisme spécifique de l'alcool, dépendant d'ailleurs de son mode d'administration, puisqu'il est hors de doute que le même alcool introduit *per os* possède une grosse affinité pour le foie.

L'alcool ne se contente pas de multiplier les moyens locaux de défense ; peut-être développe-t il une action bactéricide directe sur le microbe ? *In vitro*, ce pouvoir bactéricide est bien vérifié.

Tout cela est possible, mais quel que soit le sort que l'avenir réserve à ces hypothèses, il n'en est pas moins désormais certain que les suppurations pulmonaires avec ou sans perte de substance, que les broncho-pneumonies plus ou moins diffuses tendant à évoluer vers la suppuration, que les poussées aiguës au cours des dilatations bronchiques peuvent être soumises à cette thérapeutique, car les résultats semblent très supérieurs aux autres médications habituelles et ont permis les succès les plus brillants. En observant la résurrection pour ainsi dire miraculeuse de certains malades qu'on considérait comme perdus, en constatant cette rapidité d'amélioration croissant après chaque injection, il est difficile de résister à l'impression qu'il y a quelque chose de plus qu'une coïncidence. Sans doute nous ne voulons pas dire que l'alcool est la panacée qui exclut l'intervention chirurgicale dans les abcès pulmonaires. Mais en attendant le moment favorable pour une pneumotomie ou une pneumectomie, les injections d'alcool donneront de gros et réels bienfaits, et souvent la guérison complète.

Décidément, il est dit que la hardiesse de la médecine moderne dépassera sans cesse les bornes que l'on croyait chaque fois voir atteintes. Après les artériographies, les injections d'huile camphrée intraveineuses, voici que prend place dans l'arsenal des praticiens, une méthode qui aurait fait frémir les anciens et qui a fait dire à un de nos maîtres : « Vous, les jeunes, vous n'avez plus le respect des veines ! ».

BIBLIOGRAPHIE

H. Roger. — *Presse Médicale*, n° 5, 1929.

H. Roger. — Les fonctions externes et les fonctions internes de l'organisme. *Presse Médicale*, 16 novembre 1929.

A. Landau, M. Fejgin et S. Baur. — Sur le traitement efficace des processus purulents pulmonaires à l'aide d'injections intraveineuses d'alcool à 33 %. *Presse Médicale*, 1929.

Fejgin. — Observations ultérieures sur l'application d'injections intraveineuses d'alcool. *Presse Médicale*, 30 novembre 1931.

Landau et Kaminek — Sur le traitement des affections purulentes par des injections intraveineuses d'alcool. *Presse Médicale*, 10 août 1932.

Abcès gangreneux du poumon traité par la méthode à l'alcool de Landau. Société de médecine de Nancy, avril 1932.

Bunuaud. — Gangrène pulmonaire traité par les injections intraveineuses d'alcool. XXII[e] Congrès, octobre 1932.

Laignel-Lavastine et P. Georges. — Action favorable des injections intraveineuses d'alcool dans les suppurations pulmonaires. XXII[e] Congrès, octobre 1932.

Laignel-Lavastine et P. Georges. — Suppuration pulmonaire à type d'abcès putride avec polynévrite. Traitement par les injections d'alcool à 33 %. Amélioration. Société médicale Hôpitaux, Paris, 1[er] juillet 1932.

Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon. XXII[e] Congrès, octobre 1932.

Hamburger et Guérin. — Traitement des septicémies par les injections d'alcool. *Presse Médicale*, 8 mars 1933.

Placenta prævia. — Pour B. Solomons et H.-E. Canter, (Etiologie de p. p. *Surgery, Gyn. and Obst.*, mai 1932, p. 790). la cause du p. p. est un pouvoir insuffisant de la muqueuse de se transformer en déciduale à la partie supérieure de l'utérus.

H. V.

PSYCHIATRIE

Sadisme révélé par l'excitation éthylique chez un timide sexuel

Par André CONDOMINE
Médecin des Asiles

Nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt de relater le crime de Dazévieux, qui a été jugé aux Assises de l'Ardèche le 1[er] août 1933.

1° à cause de l'étrangeté de la mutilation sexuelle qui a été pratiquée chez la victime après une tentative de meurtre ;

2° à cause de la difficulté éprouvée pendant l'instruction à saisir les mobiles véritables qui ont fait agir le meurtrier.

Voici d'abord l'acte d'accusation :

Le 19 mars 1933, à 7 heures du matin, la Gendarmerie d'Annonay était prévenue que des automobilistes venaient de découvrir sur la route nationale n° 92 un homme grièvement blessé. Les gendarmes se rendirent aussitôt à l'endroit indiqué, au village de Davézieux, à huit mètres environ de l'angle du café Rabier, côté gauche, direction d'Andance, et, dans un jeu de boules appartenant au propriétaire du café, un homme couché sur le côté droit, la tête recouverte d'un chapeau mou, le pantalon légèrement abaissé, présentait de nombreuses blessures et d'horribles mutilations. Trois flaques de sang existaient sur les lieux où l'on ne relevait aucune trace de lutte. Le blessé qui se trouvait dans le coma était transporté de suite à l'Hôpital d'Annonay où il succombait le même jour à 13 heures sans avoir pu prononcer une parole.

L'information a établi la culpabilité de Duranton, qui reconnaît d'ailleurs être l'auteur du crime.

Le samedi 18 mars 1933, vers 20 h. 30, sortant du café tenu à Davézieux par Marcelline Rabier, Jean-Baptiste Duranton, âgé de 53 ans, domestique de ferme à la Lombardière, commune de Davézieux, rencontra sur la route nationale qui traverse le village un individu pris de boisson qu'il ne connaissait pas. C'était Pierre-Jean Berne, dit « Barbarie », âgé de 64 ans, toucheur de bestiaux. Tous deux prirent la direction d'Annonay et se dirigèrent ensemble vers le café tenu dans le village par Berthe Rabier. Celle-ci leur refusa l'accès en raison de l'état d'ivresse de Berne. Duranton se retira lui aussi et, en compagnie de Berne, prit la direction du village de Saint-Cyr. Arrivés à la hauteur du jeu de boules du café Marcelline Rabier, en un point qui n'a pu être exactement précisé, une discussion dont les motifs véritables sont inconnus s'éleva entre eux. A ses dires, Duranton aurait ramassé des pierres sur le bord de la route et les aurait lancées sur Berne. A un moment donné Berne, assommé, serait tombé à terre. Duranton se porta auprès de lui. Alors vint à passer Auguste Fanget, tisseur à Annonay, il était 20 h. 45. Fanget vit sur le côté gauche de la route nationale à 12 mètres du café Marcelline Rabier et à 0 m. 80 du jeu de boules un homme étendu à terre et un autre homme, Duranton, accroupi auprès de lui. Il s'approcha du groupe et dit à Duranton : « Est-ce un accident ? » Duranton lui répondit : « C'est un homme saoûl comme un cochon ! » (*sic*). Fanget se pencha légèrement et offrit son aide à Duranton qui répliqua : « Faites votre chemin ! ». Fanget qui n'avait rien remarqué d'anormal

◆◆◆

s'en alla. Après le départ de Fanget, Duranton sortit un couteau de la poche de son pantalon, en porta plusieurs coups à Berne sur diverses parties du corps, à la face, au thorax, à la cuisse, dans la région de l'anus, puis le mutila affreusement.

Son crime accompli, Duranton abandonna Berne sur les lieux où il fut retrouvé. Vers 22 h. 30 il entra au café Rabier où il consomma en compagnie de Marius Voulouzan, Marcel Duchier, Henri Féasson, Marcel Rouchon et André Rouchon. Il était calme, triste, sa main gauche était couverte de sang. Il leur dit qu'il était « embêté » sans donner aucun motif. Vers 23 h. 45, il quitte ce café en compagnie de Voulouzan qui l'emmena boire chez lui. Il y resta jusqu'à 2 heures du matin.

Vers 3 h. 45 du matin, son patron, M. Henri Géry, entendant du bruit dans la cours de sa ferme, se leva et le vit assis sur un baquet, se lavant les mains sous le robinet du réservoir. Il se coucha.

Dès le début de l'enquête les soupçons se portèrent sur Duranton. Après avoir essayé tout d'abord de se disculper il entra dans la voie des aveux.

Il prétend qu'il aurait agi sous l'influence de l'ivresse. Après avoir en premier lieu déclaré qu'il ne se souvenait pas s'il avait eu une discussion avec Berne, il a ensuite indiqué qu'une dispute se serait élevée entre eux. Il affirma d'abord qu'elle n'aurait pas été motivée par quelque proposition obcène de Berne, puis interrogé à nouveau sur ce point, il répondit que celui-ci lui en aurait fait une. Alors il aurait commencé de le frapper pour s'en débarrasser. Il ne peut expliquer comment, après avoir assommé Berne, il a été amené à se livrer sur lui à cette épouvantable mutilation.

Un rapport d'expertise mentale détermine que Duranton n'était pas en état de démence au moment de l'action. Il doit rendre compte de ses actes à la justice, mais sa responsabilité doit être atténuée dans une certaine mesure.

Les renseignements recueillis sur son compte le représentent comme étant travailleur, enclin à la boisson, sournois, taciturne, solitaire, brutal envers les animaux. Il n'a pas d'antécédents judiciaires.

La mutilation pratiquée par le meurtrier consistait en une dissection minutieuse du tégument des parties génitales. Une première incision pubienne avait été faite allant d'une aine à l'autre et deux autres incisions avaient prolongé la première de chaque côté des bourses ; ensuite par une dissection patiente on avait scalpé complètement le pénis et les testicules, les privant de leur revêtement cutané et les exposant à l'air, rouges et saignantes. Le lambeau de peau avait été rabattu sur la partie supérieure des cuisses.

Comme on le voit, il ne s'agit pas d'une mutilation ordinaire, d'une section des organes ou de coups rapides et violents portés dans cette région, mais d'une véritable opération anatomique nécessitant du temps et de l'adresse. Le médecin légiste qui fit l'autopsie estima que cette opération avait pu demander une demi-heure de temps.

Cette affaire est restée obscure quant aux mobiles qui ont déterminé le meurtrier. Aucun témoin n'a assisté à la dispute qui aurait excité la colère de Duranton. Les témoignages ne concernent que la période immédiatement avant et celle après le drame. Un seul témoin a passé là entre les deux phases du drame, entre le meurtre et la mutilation ; c'est par la déposition de ce témoin que nous savons que la victime était à terre, probablement sans connaissance puisque son crâne avait été fracturé à coups de pierre, quand Duranton pratiqua sa dissection, et qu'à ce moment il était en somme assez lucide pour éloigner un témoin gênant par quelques paroles appropriées.

Nous ne prétendons pas par conséquent apporter ici une explication indiscutable des faits. Nous nous proposons seulement d'attirer l'attention sur quelques points particuliers.

Disons de suite que les données recueillies permirent d'écarter d'emblée toute idée d'homosexualité. Berne était bien connu dans le pays pour un ivrogne, mais non pour un débauché et sa conduite privée était exempte de reproches. Le magistrat instructeur insista vivement auprès de l'inculpé pour savoir s'il n'avait pas été l'objet d'une proposition obscène, mais n'obtint que des réponses négatives. Pressé de questions, Duranton finit par déclarer que tout en discutant, Berne lui avait attrapé les parties sexuelles et que ce geste avait contribué à exciter sa fureur.

Au cours de notre examen nous avons cherché à notre tour à voir clair dans le déclenchement du drame. Nous nous sommes heurtés, comme le juge, à l'amnésie de l'inculpé qui se déclara incapable de rassembler ses souvenirs. Il se rappelait seulement que Berne l'avait agacé, l'avait irrité, mais il ne pouvait indiquer les causes de leur désaccord. Il se remémorait seulement que Berne à un moment donné lui avait saisi les parties sexuelles et lui avait fait mal : il voulut alors se débarrasser de lui et lui jeta des pierres, puis comme Berne revenait sur lui il le frappa directement sur la tête avec une pierre tenue dans la main et son adversaire tomba à terre sans connaissance. Pour la suite des événements, amnésie complète dont l'inculpé ne s'est pas départi de bout en bout. Il nous affirma n'avoir appris qu'à l'instruction qu'il avait adressé la parole au témoin Fanget.

Rappelons les données qui sont certaines. Vers 20 h.30 les deux compagnons, qui ne se connaissaient pas un moment auparavant, se voient refuser l'accès d'un café parce que Berne est visiblement ivre. Vers 20 h.45 le témoin Fanget voit Duranton accroupi auprès du corps de Berne. Vers 22 h. 30 Duranton entre au café Berthe Rabier. Le meurtre a donc eu lieu dans le court espace de temps, d'un quart d'heure environ, qui a séparé le refus du café des constatations faites par le témoin Fanget. La mutilation a eu lieu vraisemblablement aussitôt après, c'est-à-dire entre 20 h. 45 et 21 h. 30, et Duranton a dû rôder pendant une heure ou rester assis dans quelque coin, prenant conscience de l'énormité de son forfait, avant de se décider à pénétrer dans un café pour demander un réconfort à la boisson. A ce moment il est conscient de ce qu'il a fait, puisqu'il déclare à d'autres jeunes gens qu'il est « plus embêté qu'eux ». Pendant le reste de la soirée il va absorber encore du vin au café et chez un camarade jusqu'à deux heures du matin. Ces libations postérieures au crime ont pu entraîner dans les brouillards de l'amnésie toute une partie des souvenirs.

Deux hypothèses se présentaient à l'esprit avant l'examen : où bien Duranton avait frappé avec l'intention préméditée de se livrer sur sa victime à une mutilation sauvage, ou bien il avait frappé sous l'effet de l'ivresse et n'avait eu l'idée de la mutilation qu'en présence du corps inanimé, peut-être aiguillé vers le sexe de sa victime par le geste inconsidéré de Berne pendant la dispute.

Nous avons vu dans l'acte d'accusation que l'inculpé était non seulement sournois, taciturne, solitaire, mais encore brutal envers les animaux.

Cette dernière particularité, venant s'ajouter au caractère de la mutilation devait orienter l'expertise dans le sens du sadisme. Mais l'interrogatoire de l'inculpé fut bien loin de fournir les déclarations que l'on pouvait attendre. Duranton nia absolument avoir jamais éprouvé un plaisir quelconque, sexuel ou psychique, à brutaliser les animaux. S'il était dur avec les bêtes, dit-il, c'est parce qu'il n'était pas patient et qu'il voulait être obéi de suite. D'autre part il nia formellement avoir jamais, soit dans ses rêves, soit dans ses actes, éprouvé du plaisir à provoquer ou même à constater la souffrance d'autrui. Faut-il le croire ? Ces déclarations sont-elles sincères ou dictées par un intérêt mal compris ? Ne peut-on pas supposer que l'inculpé s'ignorait lui-même à cause de sa faiblesse d'esprit ? Mais il faudrait admettre alors que son plaisir eût été purement psychique et non accompagné de réactions sexuelles physiologiques qu'il n'aurait pu méconnaître. Sadisme larvé dans ce cas.

Un argument existe en faveur de la sincérité de Duranton quant aux réponses négatives ci-dessus, c'est qu'il n'a pas refusé de se prêter à un examen de conscience en ce qui concerne d'une façon générale sa vie sexuelle. Et nous n'eûmes aucune peine à établir que nous avions affaire à un timide sexuel.

Son instinct sexuel s'est éveillé d'une façon normale vers la puberté et il s'est livré comme la plupart des adolescents à des pratiques d'onanisme (jamais à deux) mais arrivé à l'âge de l'émancipation et des relations féminimes Duranton n'a pas eu les qualités d'offensive nécessaires pour se rapprocher du beau sexe et s'il a parfois tenté quelques timides manœuvres d'approche il s'y est pris si maladroitement qu'il n'a essuyé que des rebuffades. Il s'est, par suite de ses premiers échecs, résigné de bonne heure à éviter la société de ses camarades et, tout à la fois, les contacts possibles avec les filles du pays qui auraient pu lui plaire. Cet isolement et cette gynécophobie contribuèrent sans doute à augmenter les défauts d'un caractère déjà peu communicatif et à le pousser davantage vers les excès de boisson. Le service militaire ne changea rien à cette situation et Duranton refusa toutes les invitations à s'amuser en compagnie galante. Il veut bien convenir qu'il souffrait moralement de cette situation, car il était en proie aux mêmes désirs que ses semblables. Il n'ignorait pas les rêves érotiques suivis de pollutions. Il avoue même, une fois mis en confiance, que s'il avait pu se déplacer facilement, avec une moto par exemple, il serait allé volontiers jusqu'à la ville pour faire à tarif fixe ce qu'il n'osait faire avec une fille du pays. Il nous confie encore que l'an dernier, en revenant du service militaire, il aurait voulu se marier avec une domestique qui lui plaisait et qu'il en avait parlé à ses parents mais que celle-ci s'est trouvée trop jeune pour le mariage et a décliné son offre. Il se rend compte confusément que la continence lui a joué un mauvais tour, car il déclare : « Ah ! si je m'étais amusé un peu mieux ou si je m'étais marié, je ne serais pas là aujourd'hui ! »

Voici donc des confidences qui nous font voir l'inculpé sous un jour quelque peu différent. Sournois, taciturne, cruel, sans doute, mais au fond ni inverti, ni perverti constitutionnellement au point de vue sexuel, ayant des désirs normaux et ayant souhaité le mariage. C'est la timidité qui fit son malheur.

Dans ces conditions notre première hypothèse est-elle encore discutable ? Peut-on imaginer que notre sujet aurait été un obsédé, hanté par l'idée de commettre un crime sadique, elle aurait recherché l'occasion et aurait pensé trouver les délices de la volupté dans le meurtre prémédité et la mutilation d'un homme de plus de 60 ans ? Evidemment non. On doit écarter cette première hypothèse et accepter la deuxième comme la plus vraisemblable.

Mais alors comment comprendre que notre meurtrier ait été amené à cette mutilation étrange ? Ce n'est pas le fait qu'il aurait été saisi aux parties par un inconnu en état d'ivresse qui suffirait à expliquer une réaction semblable. Une explication logique échappant à la raison, c'est du côté de l'inconscient que l'on est fatalement amené à chercher la solution du problème. Aussi avons-nous dans notre rapport d'expertise particulièrement insisté sur l'explication psychanalytique du cas, explication que l'on devine : refoulement prolongé, à cause de la timidité, de tendances sexuelles normales imagination déviée, souffrance morale plus ou moins consciente, puis un beau jour, sous l'influence de l'excitation éthylique et en présence d'une occasion imprévue, d'une manière explosive, acte de libération se présentant comme une vengeance d'une sexualité insatisfaite. Les conflits avaient dû être réduits au minimum de conscience en raison de la débilité et du peu de sensibilité du sujet.

Nous avons eu la satisfaction d'être compris non seulement des magistrats, mais de l'ensemble des jurés qui, sans être versés dans les travaux du freudisme, ont perçu le lien qui existait entre la timidité du sujet et son acte de sauvagerie.

En fait il importait peu pour le verdict de savoir s'il y avait eu du sadisme ou non. Il était prouvé que Duranton était excité par la boisson le soir du drame et il était d'autre part reconnu par tous les témoins que c'était un individu maléquilibré, un peu énigmatique. On savait en outre qu'il avait une hérédité fâcheuse, grand'mère psychophathe en liberté et plusieurs cas de folie dans l'ascendance de sa mère. La conclusion de responsabilité atténuée était commandée par un état d'ivresse pathologique, d'ivresse compliquée par les tendances anormales. Il ne pouvait être question d'irresponsabilité totale pour un sujet qui n'aurait certainement pas commis ces actes en dehors de la boisson et qui était en somme subnormal la veille du crime, comme il le fut de nouveau le lendemain. Il fut condamné à huit ans de travaux forcés.

En réalité, malgré les dénégations de Duranton, on ne peut pas ne pas admettre qu'il y ait eu quelque sadisme dans son affaire. Thoinot, dans son ouvrage sur les attentats aux mœurs, insiste particulièrement sur les actes de mutilation à propos du sadisme et les considère comme une des signatures les plus authentiques de cette perversion génitale. Bien qu'aucune preuve n'existe d'un plaisir sexuel éprouvé par Duranton au moment de l'acte le seul fait qu'il a mutilé le sexe d'un homme qui se trouvait à sa merci suffit à reconnaître la coloration sadique de son acte. Mais il s'agit ici d'un sadisme particulier, d'un sadisme d'occasion, non d'un acte prémédité. En tenant pour conforme à la réalité que Duranton a frappé sa victime à la suite d'une dispute banale et n'a senti se réveiller sa cruauté naturelle que devant le corps sans défense, et sans connaissance, du nommé Berne, on voit toute la distance qui sépare le cas que nous rapportons des crimes sadiques dans lesquels de propos délibéré le criminel fait souffrir ou tue sa victime pour se procurer un certain paroxyme de volupté qu'il ne peut acquérir autrement. Bien que le mobile, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, reste obscur du fait de l'amnésie du meurtrier, son acte se présente beaucoup plus comme un acte de cruauté inspiré par la vengeance que comme un acte de cruauté accompli par recherche de la volupté. Voivenel a appelé *sadisme de compensation* le sadisme des timides ; cette dénomination très heureuse peut trouver une explication de plus dans le cas qui nous occupe, mais elle ne résume pas complètement pour nous la psychogenèse du crime, et on serait tenté de la compléter par une deuxième expression empruntée à la terminologie psychanalytique, celle de *sadisme de libération*.

Quelque attention doit être donnée maintenant au rôle joué par l'excitation éthylique. Ce rôle n'est pas douteux. Outre que le jeune domestique n'a cessé depuis le premier jour de mettre son forfait sur le compte de l'ivresse, il a été établi qu'il n'avait pas travaillé de toute la journée en raison d'une convocation chez le percepteur d'Annonay et avait passé sa journée dans des cafés. A vrai dire quelques témoins de la soirée ont déclaré qu'il n'avait pas l'air ivre, mais c'est qu'il supporte fort bien le vin et fait de l'alcoolisme cérébral sans que son équilibre physique s'en ressente. Ayant été ordonnance d'officier pendant son service militaire il effraya un beau jour les enfants de son capitaine parce qu'ayant bu plus que de coutume il tenait des propos incohérents. S'il n'avait pas, le soir du 18 mars, bu au point d'être en état d'ivresse, il était du moins fortement ébranlé au point de vue nerveux. Et quand il déclare que c'est l'ivresse qui est responsable de son fortait, il paraît être tout à fait dans la vérité. Nous connaissons tous les impulsions meurtrières des alcooliques, et leurs impulsions sexuelles ne sont pas moins fréquentes. Duranton était évidemment un taré, un isolé, un mal adapté et de plus il avait en lui ce qu'il fallait pour faire un jour un sadique d'occasion, il avait donné des preuves de cruauté, mais il ne serait pas devenu meurtrier et n'aurait pas accompli son horrible mutilation s'il n'avait pas été dans un état de demi-inconscience

alcoolique. Cet état est souligné par l'insouciance avec laquelle, une heure après son forfait, il est entré dans un café du bourg sans avoir pris l'élémentaire précaution d'enlever de ses mains toute trace de sang.

On doit donc penser que le sadisme a été révélé par l'excitation alcoolique.

En résumé les points qui nous ont paru intéressants dans cette observation médico-légale sont les suivants :

1° Mutilation génitale d'un caractère exceptionnel consistant en une dissection, patiemment et habilement accomplie, du revêtement cutané de la verge et des bourses, c'est-à-dire scalp des parties sexuelles, sur un homme de 64 ans.

2° Influence de l'alcool pour objectiver et matérialiser des tendances impulsives qui ne s'étaient manifestées jusque-là que par la cruauté envers les animaux et pour faire naître l'idée d'une mutilation à caractère sadique à la suite d'une tentative de meurtre banale

3° Caractère occasionnel de ce sadisme qui se présente non seulement comme un sadisme de compensation chez un timide sexuel, mais aussi comme un sadisme de libération avec sentiment plus ou moins conscient de vengeance d'un sexualité insatisfaite.

A propos d'une observation d'auto-sevrage de morphine

Par M. SCHACHTER (Bucarest)

Nous connaissons tous des cas d'auto-sevrage de toxicomanies diverses, chez des hommes qui par suite de certaines circonstances spéciales (chocs moraux, grosses peines, etc.) se sont habitués d'ingérer ou de se faire des piqûres avec des drogues stupéfiantes. Le cas est surtout fréquent avec l'éthéromanie et la codéinomanie. La facilité avec laquelle certains hommes renoncent à ces « habitudes » s'explique généralement par le fait que ces hommes n'ont jamais fréquenté des « sociétés toxicomaniques ». Or, l'on sait que la grande difficulté dans tout cas de sevrage réside justement dans la fréquence des récidives, œuvre de l'entourage du toxicomane ; entourage néfaste et instigateur des récidives.

Nous voulons relater ici, l'histoire d'un homme qui a réussi à se débarrasser de son habitude de morphinomanie. Mais ce qui nous a semblé intéressant dans ce cas c'est le moyen employé pour arriver à ce but, moyen que nous estimons assez insolite, car rien de pareil ne nous est connu.

Il s'agit d'un homme de 46-47 ans, très instruit, père d'une famille en bonne santé. Rien dans les antécédents personnels ou de la famille. Cet homme a souffert il y a quelques années de lithiase rénale droite qui lui avait causé tant de douleurs qu'on dut lui faire des piqûres de morphine. On ne connaissait pas encore le diagnostic (?) et l'on s'est contenté de faire des « piqûres » pour calmer le malheureux lithiasique.

Il était ainsi arrivé à se faire faire quatre, cinq ou même six injections de morphine par jour. Il est arrivé ainsi, jusqu'au moment où l'on dut intervenir (à cause de l'infection de sa lithiase) à avoir à son compte plus de 1.000 injections en total.

Il est inutile de dire ici qu'il passa par des péripéties assez dramatiques jusqu'au moment où il se put déclarer guéri à la suite de l'intervention opératoire qui lui enleva le rein droit (transformé en une poche de pierres et de pus). Son état général s'améliora lentement, et après un certain nombre de mois, il put reprendre ses occupations assez absorbantes.

Tout allait bien sauf la « mauvaise habitude » qui s'était fixée. Il se décida d'en finir, mais comme il ne voulait pas se soumettre à la cure sanatoriale *ad hoc*, il eut recours à la « méthode » suivante. Il se procura du vin vieux et fort et au moment où il sentit le besoin de se faire la piqûre, il en but presque trois quarts de litre. Aussitôt après il eut le besoin irrésistible de se coucher, ses paupières étaient lourdes, et il s'endormit, pour se réveiller le lendemain. (Il n'était pas habitué au vin).

Au réveil rien d'anormal. Aux besoins qui se répétaient il résistait en buvant du vin ; les quantités nécessaires pour avoir la sensation de lourdeur des paupières étaient moindres, et de cette façon il put se sevrer *en 8 jours*.

Il continua encore quelques jours à boire une petite quantité de ce vin fort, mais le besoin de morphine était définitivement éteint.

Il renonça ensuite facilement au vin aussi. Deux ans sont passés et cet homme n'a jamais plus eu le besoin de se faire des piqûres de morphine. Il boit rarement du vin et suit d'ailleurs un régime diététique assez sévère.

En somme cet homme qui a trouvé lui seul le moyen de se sevrer, n'a fait qu'appliquer sur lui-même et à la maison, une méthode qui, par le sommeil et la fatigue ainsi causés, a réussi (la volonté y aidant) le faire renoncer à la prise régulière de morphine.

On peut néanmoins penser que le vin a joué le rôle de la drogue de substitution, l'homme renonçant à un plaisir pour en appeler à un autre moins nocif. Seulement cette hypothèse ne se vérifie pas dans notre cas, car le sujet en discussion n'a jamais ressenti le besoin de boire du vin.

Pour terminer nous tenons à cette occasion de dire quelques mots sur deux méthodes qu'on a préconisées dernièrement pour le traitement du sevrage morphinique.

Une première méthode se base sur les principes des *réflexes conditionnels de Pavlov*. En effet, dans une note publiée en 1931 (voir *Amer. Journal of Tuberculosis*, vol. XXV, page 683) Rubenstein relate quelques cas de morphinomanie (pour cause de tuberculose très avancée), qu'il a traités de la façon suivante : pendant qu'il faisait les premières injections de morphine, il faisait sonner une cloche ou bien il accompagnait son injection du frottement ou massage de la face dorsale de l'avant-bras, une minute après l'injection. Les doses de morphine étaient dans la suite réduites quoique dans une quantité d'eau restant la même. En quatre semaines il a ainsi obtenu des résultats très brillants, dans des cas de morphinomanie invétérée. Il est même arrivé qu'oubliant de faire la friction après l'injection de la solution d'eau stérile, une des malades demanda qu'on renouvelât la piqûre du fait de l'inefficacité de la « morphine ».

En commentant ses cas, Rubenstein montre que cette méthode réussit facilement, sans donner jamais de difficultés aux malades.

Une autre méthode plus récente encore est celle que vient d'exposer M. Sackel dans la *Zeitschr. f. ges. Neurol. et Psych.* vol. 143, 1933, cahiers 3-4. Il s'agit d'une série de faits cliniques qui démontrent que grâce aux *injections d'insuline* on peut traiter très facilement la morphinomanie. Les accidents souvent dramatiques du sevrage morphinique peuvent facilement être obviés par les injections d'insuline. L'auteur admet que les troubles de l'équilibre végétatif causés par le sevrage morphinique sont égalisés par l'administration d'insuline. Cette méthode avec les injections d'insuline a l'avantage de coûter moins cher et surtout de pouvoir se faire en consultation *ambulatoire* aussi.

Cette dernière méthode semble très intéressante et ce serait intéressant de voir si l'application plus large donnerait les résultats indiqués par M. Sackel. Dans ce cas la méthode étant aussi ambulatoire, elle deviendrait vraiment une arme thérapeutique très précieuse. Au point de vue matériel elle a, comme nous l'avons dit, l'avantage de se faire en *consultation ambulante*, donc elle est beaucoup moins coûteuse.

CHRONIQUE

Vaginite à Trichomonas chez la fillette. — Il y a quelque vingt-cinq ans on a commencé à se demander, si certaines leucorrhées n'étaient pas dues à une infestation du vagin par *trichomonas vaginalis*, parasite ou saprophyte décrit en 1837 par DONNÉ. Cette idée, venue d'Allemagne, a été, aux Etats-Unis, l'objet de nombreux travaux parmi lesquels je citerai comme particulièrement intéressants ceux de DE LEE, de GREENHILL. A Strasbourg, RIFF a apporté à cette étude des contributions très importantes. J'ai résumé ces travaux l'année dernière dans la *Presse Médicale* (1) et un assez grand nombre de faits que j'avais observés et que j'ai observés depuis m'ont donné à penser que le rôle du trichomonas n'est pas négligeable. Aussi ai-je lu avec intérêt l'article de LESTER FRANKENTHAL et ALFRED KOBAK, écrit à propos de quatre cas rencontrés chez des fillettes entre dix et quatorze ans, (2), au cours des deux dernières années. Deux des fillettes étaient sœurs ; une autre âgée de douze ans était déflorée ; une seule avait eu une fois ses règles avant son admission à la clinique. Toutes anémiées, pâles, souffreteuses, avaient des pertes dont la coloration variait du gris au vert, pertes spumeuses et irritantes pour les téguments avoisinants qu'elles excoriaient. Les plis du vagin étaient parsemés de petits points hypérémiques jusqu'au pourtour du col. Les prélèvements montrèrent de nombreux flagellés mobiles parmi des amas de leucocytes. La coloration au Gram, plusieurs fois répétée, ne décela pas de gonocoques ; ni les cultures, sur milieu de SABOURAUD, ne décelèrent de spores.

Le traitement détersif de GREENHILL, difficile chez des enfants non déflorées, fut réalisé par des lavages au permanganate, des instillations de nitrate d'argent et, chez la fillette déflorée, par des tampons à la glycérine, remplacée plus tard par une solution huileuse de métaphène. Dans leur dernier cas (fillette de 11 ans), la détersion de la vulve au moyen d'une gaze souple enduite de savon mou et l'administration d'ergostérol suffirent à faire disparaître, en sept semaines, les trichomonas. Mais, par la suite, bien que l'état général se fût amélioré, on en retrouva, peu nombreux toutefois.

FRAKENTHAL et KOBAK considèrent que le diagnostic est facile ; dans tous les cas suspects, on procédera de façon systématique à un examen avec un vaginoscope et à un prélèvement pour examen sans coloration. La présence de l'hymen et la structure anatomique génitale rendent difficile l'application des traitements locaux. Pour FRAKENTHAL et KOBAK, l'hygiène locale et générale doivent s'allier à une diététique appropriée. Chez la quatrième petite patiente, où seules ces mesures furent appliquées, les résultats furent satisfaisants.

***

A propos de césarienne. — Le professeur J.-L. AUDEBERT (de Toulouse) (3), vient de publier une intéressante observation de césarienne au cours d'une dystocie mixte : osseuse, musculaire et fœtale. Il s'agissait d'un promontoire accessible à bout de doigt, d'une présentation de la face et, après rupture de la poche des eaux, d'une contracture du sablier. Souffrance de l'enfant, impossibilité de faire une version par manœuvres internes malgré une heure d'anesthésie. On se décide à la césarienne.

Seule la voie haute pouvait éviter la rupture utérine et donner à l'enfant quelques chances — bien faibles, — de survie.

M. AUDEBERT a employé un manuel opératoire, qui fut atypique dans plusieurs de ses temps, et qui est des plus intéressants.

Ce *modus faciendi*, un peu spécial, lui a été dicté par ce fait que la contracture formidable s'opposant à l'issue du fœtus siégeait, non pas au-dessous du corps, comme dans la plupart des tumeurs prævia, mais bien à l'union du corps et du segment inférieur. L'incision classique de la césarienne basse s'avérait dès lors inopérante : d'où nécessité de prolonger l'incision en haut, c'est-à-dire directement sur l'anneau de Bandl. La section de la paroi fut donc sous et sus-ombilicale, et celle du muscle utérin, qui a surtout intéressé le segment inférieur, a dû mordre quelque peu sur le corps de l'organe. Le tissu musculaire Bandlien était coriace et donnait tout à fait l'impression d'un nodus cicatriciel.

M. AUDEBERT incisa verticalement le péritoine viscéral. Après avoir décollé le péritoine dans la partie sous-Bandlienne de l'incision il constata que, sur la *moitié gauche du corps utérin*, la séreuse était peu adhérente et qu'il était très aisé de la décoller. Il rappelle qu'EDOUARD SCHUMANN (1) a démontré la possibilité de disséquer (sur le corps) un volet de péritoine destiné à enfouir la suture musculaire. Sans doute ajoute M. AUDEBERT, n'est-il pas le seul à agir ainsi.

Au contraire, du côté droit, la séreuse lui ayant semblé moins lâche, il n'insiste pas. Le décollement est donc resté limité à la lèvre gauche de la plaie utérine.

Sutures de l'utérus. — Pour permettre de saisir en masse la tranche de section, le catgut perfore *à droite* toute l'épaisseur de la paroi, péritoine compris, tandis que, *à gauche*, les fils restent sous-péritonéaux.

Suture de la séreuse. — Le feuillet péritonéal *droit*, resté adhérent, est fixé par quelques points sur la lèvre gauche de la ligne d'incision, tandis que le *gauche* décollé est ramené du côté opposé, de façon à couvrir complètement la plaie utérine, et à réaliser ainsi un croisement unique, une demi-redingote, pourrait-on dire.

Résultats excellents pour la mère et pour l'enfant.

Le professeur AUDEBERT se demande si, dans les césariennes hautes, on ne pourrait pas, sans suivre absolument l'exemple de Schumann, tenter au moins de décoller le péritoine viscéral. Son observation prouve que c'est réalisable, facile même dans certains cas, puisqu'il a été amené à l'exécuter, presque sans le vouloir, et guidé seulement par la pensée de prolonger, si possible, le décollement sous-annulaire. En quelques instants, on se rend compte de la qualité, de la solidité des adhérences de la séreuse. Si le décollement s'annonce difficultueux, on y renonce. Dans le cas contraire, le décollement et le croisement (uni - ou bilatéraux) donneront à la césarienne classique la sécurité qui justifie la vogue actuelle de la supra-symphysaire.

***

Pessaires anticonceptionnels. — Je ne vois jamais sans inquiétude certaines de mes clientes faire usage de ces pessaires intra-utérins. La vente de ces appareils est prohibée en France ; mais de telles lois ne valent que pour les petites gens ; les femmes de qualité trouvent toujours des « gynécologues » pour leur procurer ces appareils redoutables. Une observation que je viens de lire en illustre bien les dangers (2).

(1) H. VIGNES. — Les vaginites à trichomonas vaginalis. *La Presse Médicale*, 16 mai 1932, p. 417.
(2) LESTER FRAKENTHAL et ALFRED KOBAK. — Trichomonas vaginalis in children. Vaginite à Trichomonas chez les enfants. *Journal American Medical Association*, 3 juin 1933, p. 1746, tome 100.
(3) J.-L. AUDEBERT. — Césarienne segmento-corporéale pour contracture de l'anneau de Bandl. *Bruxelles Médical*, 30 octobre 1933.

(1) Lire l'article de SCHUMANN. The elective cesarean section as a prophylactic measure against obstetric mortalitis. *The Journ. of the Amer. med. Ass.*, 1932, t. XXIII, p. 248.
(2) L. T. SUSSEX.— Penetration of the uterus by gold stem pessary. (Pénétration dans l'utérus d'un pessaire à tige en or.) *Journal of the American Medical Association*, 13 mai 1933, tome 100, page 1490.

Une mère de deux enfants, âgée de 30 ans, se présente à l'hôpital. Elle a été, il y a un an et demi, opérée pour un kyste de l'ovaire gauche. Réglée toutes les trois semaines, elle perd de façon profuse, huit jours, dix jours, et, en raison de violentes douleurs, elle doit garder le lit les deux premiers jours. Elle accuse une douleur dans la fosse iliaque gauche, douleur qui préexistait à l'opération, et qui s'exacerbe durant les règles. Depuis trois ou quatre mois, elle souffre de dysurie, les mictions ont augmenté de fréquence et ont été parfois sanguinolentes. Elle est pâle, faible, hypo-alimentée, chroniquement endolorie, maigre. On ne perçoit aucune masse dans la fosse iliaque. Le col et l'utérus sont normaux ; au niveau des annexes, on perçoit une légère sensibilité à gauche. Un peu de leucocytose : 13.700 ; un peu d'anémie : 3.500.000 ; hémoglobine : 75 % ; un peu de pyurie. Etant donné un peu de sensibilité au niveau du rein gauche et un peu d'inflammation du col vésical, on fait une radiographie. Celle-ci montre l'existence dans le bassin d'une tige de pessaire anticonceptionnel. La patiente, interrogée, déclara qu'on avait retiré ledit pessaire deux ans auparavant et, en tout cas, avant son opération de kyste ovarien.

On tenta alors l'extraction par le canal cervical ; mais le col était très fibreux et son orifice avait le diamètre d'une épingle ; pendant qu'on essayait de le dilater une déchirure se produisit qui alla jusqu'au cul-de-sac postérieur. On fit alors une hystérectomie abdominale. Il y avait de nombreuses adhérences autour de l'utérus ; une des branches du pessaire avait perforé la paroi gauche de l'utérus et faisait saillie dans la cavité abdominale.

La nocivité des pessaires intra-utérins n'est pas négligeable. Konikow y insiste dans son livre (1) et Vaudescal vient de publier deux observations où un pessaire de Grafenberg a été une fois nocif et une fois inopérant, puisque, malgré sa présence, une femme devint enceinte et fit, d'ailleurs, un avortement (2).

Henri Vignes.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Maladies infectieuse

La toxine diphtérique peut envahir l'organisme en traversant une muqueuse saine, sans que la présence du bacille se révèle par un signe local quelconque.

Soit que l'angine passe inaperçue, soit qu'elle n'existe pas, des paralysies d'origine diphtérique se manifestent sans cause clinique connue : paralysies du voile du palais, de l'accommodation, des muscles moteurs de l'œil.

Il faut penser à la diphtérie dans tous ces cas ; on arrive souvent à retrouver une angine banale, du moins en apparence, dans les quinze jours qui précèdent.

Le sérum et la strychnine constituent la meilleure association thérapeutique.

(Carlos Salazar de Sousa. A possivel étiologia difterica de certas paralisias faciais sun sinais clinicos de difteria. *Lisboa Medica*, février 1933.)

Tube digestif

L'ulcère gastro-duodénal a été considéré pendant longtemps comme une lésion locale.

Le traitement classique visait particulièrement les deux grands facteurs qui favorisent la production de l'ulcère : la gastrite et l'auto-digestion. La première indication thérapeutique réside donc dans la vulnérabilité de la muqueuse enflammée qu'il s'agit de protéger contre l'action chlorhydropeptique ; la seconde consiste à lutter contre l'auto digestion en modérant ou supprimant la sécrétion gastrique.

Actuellement l'ulcère apparaît de plus en plus comme une maladie générale. Au point de vue clinique, le rythme spécial des poussées évolutives fait songer à une maladie ulcéreuse. Depuis quelques années on a proposé des méthodes de traitement destinées beaucoup plus à attaquer le terrain de l'ulcéreux qu'à atteindre directement la lésion : vaccinothérapie, protéinothérapie.

Plus récemment on a essayé les traitements endocriniens : insuline et son dérivé l'angioxyl, parathyroïdine, pepsine.

Bien que le traitement médical, classique ou moderne, suffise dans l'immense majorité des cas à juguler les poussées douloureuses des ulcéreux, ils ne parviennent pas à en éviter le retour ; les résultats éloignés paraissent moins bons et moins sûrs que ceux du traitement chirurgical ; mais il ne faut pas oublier qu'en matière d'opérations il y a des risques immédiats sérieux ; les interventions sur l'estomac, particulièrement les gastrectomies, qui sont les seules radicales, sont très graves et leur résultat varie suivant la qualité des chirurgiens.

Il n'y a pas de règle systématique en thérapeutique de l'ulcère. Les complications nécessitent à peu près régulièrement une intervention, qui s'impose et ne prête donc à la discussion que pour la forme. En dehors de ces cas le traitement médical semble préférable.

Le traitement choisi sera classique ou endocrinien suivant le hasard des cas sans qu'on puisse choisir à l'avance.

Les résultats éloignés seront jugés en tenant compte du caractère incomplet de la plupart des cures médicales, car les ulcéreux se soignent généralement assez mal.

(Jean Godart. Quelques aspects récents du traitement médical de l'ulcère gastro-duodénal. *Scalpel*, 3 juin 1933.)

Voies respiratoires

Les recherches bactériologiques, pratiquées dans 87 pneumonies à forme septicémique, ont donné des résultats intéressants.

Examen du sang (staphylocoque excepté)

Streptocoque hémolytique	5 cas	3 décès
Streptocoque non hémolytique	3 —	2 —
Pneumocoque	5 —	2 —

Examen de l'expectoration :

Streptocoque non hémolytique	16 cas	5 décès
Strepto non hémo. + strepto hémo	4 —	1 —
Strepto non hémo. + pneumocoque	1 —	
Strepto non hémo. + b. de Pfeiffer	1 —	
Streptocoque hémolytique	7 —	2 —
Pneumocoque	16 —	2 —
Pneumo. + b. de Pfeiffer	1 —	
Bacille de Pfeiffer	1 —	

Examen de l'exsudat pleural

Streptocoque non hémolytique	3 cas	3 décès
Strepto hém. + strepto non hémo.	3 —	1 —
Streptocoque hémolytique	7 —	4 —
Strepto hém. + pneumocoque	1 —	1 —
Pneumocoque	19 —	6 —
B. paratyphoïde	1 —	1 —
Strepto. anaérobies + bâtonnets ne prenant pas le Gram	1 —	1

(E. Schiodt, de Copenhague. Bacteriological examination in pneumonia and septicæmia, espec. cultivation from blood and pleural exsudate. *Acta medica scandinavica*, 27 juin 1933.)

Cancer

Le cancer du pancréas a toujours eu la réputation d'être d'un diagnostic difficile.

Seules les tumeurs de la tête ont une symptomatologie constituée par un ictère permanent, progressif, souvent indolore, qui est susceptible d'aiguiller le diagnostic.

Un nombre considérable de cas de cancer pancréatique présentent une évolution différente, tout en offrant avec une grande constance des douleurs segmentaires souvent irradiées.

Dans treize cas observés à l'hôpital des Séraphins, on a fréquemment noté ces douleurs, plus spécialement dans 9 cas. Ce qui fut caractéristique de ces cas, c'est qu'ils évoluèrent sans ictère ou avec apparition tardive de l'ictère ; le néoplasme a vraisemblablement agi dès le début sur le plexus cœliaque, tandis qu'il n'a troublé qu'à un stade avancé les fonctions du cholédoque. Les douleurs sont souvent aussi violentes à droite

(1) A.-F. Konikow. — *Physicians' Manual of bisth control.*, 1931, p. 106.

(2) Vaudescal. — A propos du pessaire de Grafenberg. *Annales de médecine légale*, juillet 1933, p. 444.

qu'à gauche ; elles augmentent généralement pendant la nuit et après les repas ; en règle habituelle elles constituent longtemps le seul symptôme et offrent de si grandes difficultés au diagnostic que dans bien des cas le malade a succombé sans que le diagnostic ait été posé.

Parfois même un ictère tardif ou une tumeur palpable ont été l'objet d'une fausse interprétation. Dans plusieurs cas le caractère segmentaire de la douleur a fait porter le diagnostic de douleurs radiculaires, avec présomption de tumeur extra-médullaire, d'affection vertébrale, etc., ce qui a provoqué une ponction lombaire, une radiographie de la colonne vertébrale.

(A. Engel et E. Lysholm, de Stockolm. Contribution à l'étude de la symptomatologie du cancer pancréatique. *Acta medica scandinavica*, 27 juin 1933.)

Neurologie

Le tabes apparaît dans une période de temps oscillant entre six et vingt ans après l'inoculation ; ses premières manifestations sont précédées d'une période de calme absolu.

La réaction de Lange, faite avec le liquide céphalo-rachidien, donne les courbes les plus différentes, mais elles peuvent être normales même dans les cas avancés.

On a accusé parfois le traitement spécifique de prédisposer au tabes ; c'est au contraire l'insuffisance de traitement qui en est responsable.

Le pronostic est difficile à établir, les effets du traitement sont incertains ; on ne peut se prononcer sans être fixé sur le degré des altérations du liquide céphalo-rachidien.

Le traitement le plus actif consiste dans l'emploi de l'arsenic pentavalent (tryparsamide), du mercure (calomel) et de l'iodure.

On peut y ajouter les injections de soufre à 2 %.

(R. Ibarra et A. Sellek. Tabes dorsal. Consideraciones generales. *Revista medica cubana*, novembre 1932.)

Chirurgie

Il faut être conservateur à outrance dans les plaies des doigts surtout au pouce.

L'observation suivante met nettement en valeur une méthode dont on a encore trop tendance à négliger les enseignements.

Au cours de son travail, R... reçoit sur la main droite un marteau-pilon...

Au niveau du pouce, éclatement de la peau et du tissu sous-cutané sur toute la circonférence du doigt ; la première phalange est brisée et ses extrémités font saillie de la plaie ; les tendons extenseurs sont rompus. Mais on note la conservation des deux paquets vasculo-nerveux.

Au niveau de l'index, la peau et le tissu sous-cutané sont rompus ; la phalange est brisée, mais les tendons et les paquets vasculo-nerveux son intacts...

Intervention sous anesthésie générale.

Epluchage discret des bords de la plaie et égalisation des fragments osseux à la pince gouge. Suture des tendons extenseurs du pouce...

Les suites opératoires sont normales...

Rapidement le blessé se sert de ses doigts et écrit...

Nous notons : au pouce une ankylose interphalangienne. L'articulation carpo-phalangienne est libre, la flexion et l'extension sont complètes et vigoureuses. L'opposition du pouce est parfaite.

A l'index, l'articulation carpo-phalangienne est libre, tous ses mouvements sont possibles. L'articulation phalango phalangienne est bloquée ; celle entre la phalangine et la phalangette est le siège de mouvements passifs, mais non actifs. La sensibilité est normale aux deux doigts.

(P. Cogniaux et P. Marique. Traitement conservateur dans un écrasement du pouce et de l'index. Résultat éloigné. *Scalpel*, 1er juillet 1933.)

Les fractures malléolaires, traitées par l'anesthésie locale et la réduction anatomique, donnent des résultats fort satisfaisants.

Les images radiographiques sont très satisfaisantes.

Les blessés récupèrent une amplitude de mouvements au moins équivalente aux 4/5es du côté sain ; on n'observe pas d'arthrite post-traumatique.

(R. Sœur, de Bruxelles. Le traitement des fractures malléolaires. *Journal de chirurgie et annales de la Société belge de chirurgie*, mai 1933.)

Dans la *discussion* qui a suivi cette communication à la *Société belge de chirurgie*, (séance du 27 mai 1933), certaines opinions sont particulièrement intéressantes.

Henrard donne le point de vue du radiographe : Toutes les fractures uni ou bimalléolaires, qui ne sont par réduites en hypercorrection, sont en général mal réduites.

Dans quel sens doit-on orienter la majorité des médecins qui traitent des fractures malléolaires ? Là est le *point névralgique* de la question pour Henrard. Lorsque les malades sont traités avec la plus grande minutie et par des chirurgiens habiles, les résultats sont bons dans la majorité des cas. Mais le plus souvent les accidentés du travail, qui ont une fracture malléolaire, sont traités par des médecins, qui, par leur pratique générale, n'ont pas cette discipline. Et alors comment obtenir les résultats les meilleurs ? Henrard pense qu'il est très difficile d'obtenir d'un médecin, qui fait de la médecine générale, qu'il puisse orthopédiquement réduire une fracture de ce genre et soigner son malade comme on le ferait dans une clinique. Or il est beaucoup plus difficile d'obtenir l'hospitalisation d'un accidenté du travail pour l'application d'un simple appareil plâtré que pour une intervention chirurgicale. C'est là une des meilleures raisons, à son avis, qui plaident en faveur de l'ostéosynthèse. Ce n'est évidemment qu'une raison d'opportunité.

J. Verbrugge estime qu'il y a deux conditions indispensables pour la guérison des fractures de Dupuytren : d'abord la réduction anatomique aussi parfaite que possible des fragments, ensuite la mobilisation du cou-de-pied aussi précoce que possible.

Seebrechts pense que les résultats seraient en général très satisfaisants, si toutes les fractures du cou-de-pied étaient réduites immédiatement, sous une bonne anesthésie et avec contrôle radiographique, même par des mains pas très expertes. C'est précisément parce que ces conditions ne sont que rarement réunies que l'on observe tant d'insuccès.

Neuman fait le point. Il pense que la position anatomique est la plus favorable, mais que, dans le cas où le contrôle radiographique ne donne pas les résultats attendus, il faut recourir à l'hypercorrection. Dans un grand nombre de cas celle-ci peut donner de bons résultats et corriger le résultat obtenu par la position anatomique. Enfin, si par cette hypercorrection on n'obtient pas ce qu'on désire, il faut alors recourir à l'ostéosynthèse ; mais il y a à cela une condition : il ne faut pas trop tarder, parce que, si l'on attend huit ou quinze jours, on se trouve dans des conditions beaucoup moins favorables pour l'ostéosynthèse.

A l'avenir le chirurgien devra renoncer à traiter les varices chirurgicalement : les injections phlébosclérosantes représentent la thérapeutique de choix.

Les ulcères variqueux étaient traités jusqu'à présent par la sympathectomie associée à la greffe. Depuis l'emploi de l'acétylcholine la situation a changé ; on réalise en quelque sorte une sympathectomie médicale de beaucoup supérieure à la sympathectomie chirurgicale ; en effet, au point de vue psychologique, le malade préfère toujours, à résultats égaux, un traitement médical à un traitement chirurgical. De plus, s'il y a récidive après le traitement à l'acétylcholine, rien n'empêche de faire une nouvelle série de piqûres pour obtenir à nouveau la cicatrisation d'une ulcération rebelle.

La sympathectomie, chirurgicale et surtout médicale, a une portée sociale considérable ; elle supprime les traitements inefficaces, les pansements coûteux, l'infirmité véritable que créent ces ulcérations chroniques, perpétuellement sujettes aux récidives ; elle permet de réaliser une économie de temps et d'argent et de rendre à une vie active des malades impotents.

La sympathectomie chirurgicale conserve malgré tout deux indications opératoires précises :

1° Le grand ulcère, qui guérit plus rapidement par l'intervention et la greffe que par l'acétylcholine et le repos au lit.

2° Les œdèmes invétérés, dus à des lésions inflammatoires des parois veineuses, qui disparaissent rapidement par l'intervention et la résection partielle de la saphène.

(A. Jentzer, de Genève. Syndrome dit variqueux. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 juin 1933.)

Il y a longtemps que les orthopédistes connaissent la facilité beaucoup plus grande qu'ont les paralysés à se mouvoir dans l'eau, grâce à la suppression des effets de la gravité et par conséquent du poids des membres.

En Amérique, au cours d'une épidémie de paralysie infantile, Leroy Lowmann, de Los Angeles, a imaginé de transformer un bassin fleuri en une piscine thérapeutique.

Cette méthode s'adresse également à une série d'affections articulaires et de cas de chirurgie osseuse, où la rééducation physique établie précocement est à la base du traitement post-opératoire et du succès de la récupération motrice.

L'hydrogymnastique permet d'éviter une paralysie plus

avancée, une atrophie musculaire souvent considérable, une ankylose parfois inattendue ; en voici les principales indications :

Fractures du membre inférieur et surtout celles du col du fémur après réduction et maintien par la cheville en greffe d'Albee.

Greffe vertébrale d'Albee dans le mal de Pott, où l'on a soin d'immobiliser la colonne par un corset spécial porté dans l'eau.

Arthrodèses diverses.

Transplantations tendineuses.

Arthroplasties.

Arthrites aiguës et arthrites chroniques.

Luxations congénitales réduites de la hanche et luxations congénitales opérées.

Reconstitutions de la hanche suivant diverses méthodes.

Scoliose entre les périodes de correction dans le plâtre.

L'hydrogymnastique offre plus de 135 exercices qui ne peuvent être exécutés que dans l'eau ; son grand avantage sur toute autre méthode éducative est la possibilité de se mouvoir dans des plans divers ; d'autre part elle évite d'hypertrophier les muscles restés sains et d'augmenter le déséquilibre musculaire.

On évitera tout exercice de natation, même dite rééducative ; car les exercices symétriques augmentent le déséquilibre musculaire et provoquent l'exagération des difformités et l'apparition des contractures.

(Paul Martin. Nouvelle méthode de gymnastique rééducative. L'hydrogymnastique. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 mai 1933).

Térapeutique.

Les injections prolongées de sérum par voie intraveineuse se font sous forme continue (de deux à quatre litres en 24 heures) ou discontinue (250 c.c. toutes les six heures).

Les substances injectées sont le sérum physiologique et le sérum isotonique glucosé ; dans des cas spéciaux on prescrit l'adrénaline, la digitaline, la caféine.

Ces injections furent employées tout d'abord dans certains cas d'urgence: iléus paralytique, atonie gastrique, hémorragies graves, shock opératoire ; elles figurent actuellement dans la pratique journalière : insuffisance hépatique, urémie, cardiopathies, intoxications, acidose, etc.

(Roque A. Poletti et Manuel F. Solanet. Inyecciones prolongadas de sucro por via endovenosa. *Prensa medica argentina*, 3 mai 1933.)

L'administration d'émétine facilite la désintoxication et la désaccoutumance dans les toxicomanies, principalement dans l'alcoolisme chronique.

La cure-type de désaccoutumance peut se résumer ainsi .

Une injection de deux centigrammes de chlorhydrate d'émétine les 1er, 3e, 5e, 8e, 12e, 17e, 23e et 30e jours. On peut continuer à pratiquer une injection par semaine.

Pendant la cure on doit nécessairement réduire la quantité d'alcool ingérée.

Des rechutes sont possibles et nécessitent une nouvelle cure.

En général on observe un véritable dégoût des boissons fermentées.

Ce traitement ne présente aucun danger pourvu que l'on surveille attentivement l'état du cœur.

Il serait intéressant de continuer ces recherches dans les intoxications morphiniques et cocaïniques.

(A. Bodart. Les cures de désintoxication au chlorhydrate d'émétine principalement dans l'alcoolisme chronique. *Bruxelles Médical*, 18 juin 1933.)

Le traitement de l'intoxication par la strychnine doit réunir trois conditions :

1° Evacuation gastrique avant l'absorption du toxique (lavage d'estomac, vomitifs.)

2° Arrêt de l'absorption (tanin, permanganate de potasse, iodures.)

2° Suppression des effets (bromures, alcool, apomorphine, morphine, camphre, nicotine, nitrite d'amyle, chloral, paraldéhyde, chloroforme, atropine, curare, etc).

La difficulté d'avoir un bon antidote consiste dans le fait que, si on l'emploie en quantité suffisante, on risque d'ajouter une intoxication nouvelle et fatale ; c'est le cas de la morphine. En aucun cas l'antidote ne doit déprimer la circulation.

Les barbiturates solubles ont donné des résultats excellents dans onze cas d'intoxication par la strychnine ; les produits employés ont été l'amitol sodique et le pentobarbital sodique.

La dose est en rapport avec la quantité de strychnine ingérée et le poids du corps.

La voie intraveineuse est particulièrement recommandée.

(Kempf, Mc. Callum et Zerfas. A successful treatment for strychnine poisoning. *Journal of the American médical association*, 25 février 1933).

Les vaccins antipneumonique et antityphoïdique de la maison Limas, préparés suivant la méthode de Wright, sont doués d'une réelle efficacité.

Dans l'expérimentation faite à l'hôpital de Grossetto, il n'y a pas eu de décès sur dix cas de fièvre typhoïde et il n'y a eu que deux décès sur vingt-deux cas de pneumonie, ce qui représente 9 % de mortalité au lieu des 15 à 30 % habituels.

La tolérance a toujours été bonne ; le choc protéinique a été léger et bien supporté.

Les effets du vaccin ont consisté dans un raccourcissement plus ou moins marqué de la maladie, dans une amélioration générale constatable dès la première injection, dans la régularisation du pouls et de la disparition rapide de la toxémie.

(Giovani Lombardi. Osservazioni cliniche. *Notiziario di diagnostica e terapia*, mai-juin 1933.)

J. LAFONT.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Epidémie de péritonites à streptocoques au cours d'une épidémie de grippe

M. DECHERF, de Tourcoing (*S. de ch. de Lyon*, 27 avril 1933) a observé quatre cas de péritonite à streptocoques apparus au cours d'une épidémie de grippe assez sévère. Tous ces cas ont été opérés, trois sont morts, un a guéri ; tous concernent des femmes. Le diagnostic a été fait dans un cas (il existait une angine à streptocoques) ; dans les autres, on pensa à l'appendicite.

L'affection semble extrêmement grave. Comme pour le pneumocoque, la tendance naturelle paraît être le cloisonnement. L'auteur rejette en principe l'opération précoce, préférant attendre la limitation des lésions. Le seul cas qui ait guéri a été opéré très tardivement.

Parasitoses intestinales larvées et stovarsol

M. E. ARBEIT (*S. de Thérap.*, 5 avril 1933) signale les résultats obtenus par l'emploi du stovarsol à titre de traitement d'épreuve dans certaines colites dont la nature parasitaire n'a pu être microscopiquement démontrée, mais que la symptomatologie, les caractères évolutifs et certains signes tels que l'éosinophilie rapprochent des colites parasitaires. L'administration systématique de petites doses journalières (0,25), par séries discontinues de quatre ou cinq jours, amène souvent une sédation presque immédiate des symptômes. L'auteur attire l'attention sur les accidents toxiques possibles et sur la nécessité de répéter périodiquement les cures comme dans les affections où le parasitisme subit des reviviscences (amibiase par exemple).

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Traitement de la douleur. (Docteur CHAUSSET, *Gazette des hôpitaux*, Paris, 16 novembre 1932.)

L'allonal (allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine) a été expérimenté cliniquement dans tous les domaines de la pathologie, neurologie, chirurgie, médecine générale, gynécologie, pédiatrie et stomatologie avec des résultats nettement supérieurs à ceux obtenus par les autres analgésiques ou hypno-analgésiques ; c'est donc un excellent médicament, très maniable, non dangereux et susceptible de rendre, à la dose de 1 à 3 comprimés, les plus grands services dans la pratique médicale.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres le sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

A propos de la prophylaxie des maladies transmises par les livres. — *Tel est le titre d'un article paru dans le* JOURNAL DES DÉBATS (29 septembre 1933), *sous la signature de M. le Professeur Tanon. En voici les principaux passages* :

Au Congrès des surveillants des lycées de France et des colonies, tenu cette année à Paris, au lycée Louis-le-Grand, a été adopté le vœu « que, pour des raisons d'hygiène, les livres classiques ne soient plus fournis aux élèves internes ». Ce vœu avait été présenté par M. Mathiand, surveillant général honoraire, en conclusion d'un rapport qu'il avait fait sur les bibliothèques classiques. Il y montrait que l'air en était confiné et presque irrespirable au moment de la confection des paquets et de la reprise des livres, et que ceux-ci constituaient un danger continuel puisqu'ils passaient d'un élève à l'autre sans avoir été désinfectés.

On voit ainsi revenir une question bien ancienne, et qui est d'importance, car elle n'intéresse pas que les lycées et les écoles, mais encore les bibliothèques privées et les bibliothèques publiques, les cercles, les cabinets de lecture et le commerce des livres d'occasion qui se développe de plus en plus.

De tout temps les livres ont été incriminés comme agents de contagion ; par eux doit évidemment se faire la contagion immédiate sur une large échelle, et si quelques auteurs la croient restreinte, c'est parce qu'ils la considèrent pratiquement comme moins importante que celle qui se fait par les porteurs de germes. La majorité des hygiénistes en a prouvé la réalité à l'aide d'observations bien prises, tout en reconnaissant que pour quelques maladies dont le virus est peu viable en dehors de l'organisme le danger paraît minime ; ainsi la rougeole ne semble contagieuse que pendant un laps de temps très court. Mais il en est d'autres dont la transmission peut se faire après plusieurs semaines ou plusieurs mois, comme la scarlatine, la diphtérie, peut-être plus d'un an comme la variole, la tuberculose, surtout quand les produits qui véhiculent le virus, squames et crachats sont enfermés entre des feuillets, dans des pièces à température égale comme celle des bibliothèques, c'est-à-dire dans des conditions d'obscurité, de sécheresse relative et de température qui favorisent la conservation de tous les microbes. A ce point de vue le danger ne peut-être nié. Tous les médecins ont signalé la transmission de la scarlatine par les lettres, même après un mois ou trois mois (Dieulafoy). Celle de la variole par les croûtes conservées pendant plus d'un an était connue depuis l'antiquité ; les bacilles tuberculeux gardent leur virulence pendant un an, et les bacilles diphtériques pendant six mois à l'abri de l'air et de la lumière, durée qui est celle qu'on observe expérimentalement dans les laboratoires. Or, ces maladies sont de celles qui affectionnent, en quelque sorte, l'âge scolaire.

Une enquête a été faite en 1931 dans la *Vie Médicale*, auprès de nombreux médecins, au sujet du danger de contagion par les livres et de l'utilité de leur désinfection. Elle a été résumée par Morhardt. Sur le premier point, quelques-uns comme Lereboullet, Lamy considèrent que la transmission interhumaine joue un rôle prépondérant ; d'autres que tout est fonction de la virulence du germe, de la résistance des individus, et que seules, la tuberculose, la diphtérie doivent compter ; d'autres comme Clerc, Navarre, sont éclectiques et considèrent l'action du facteur temps ; mais, en pratique saura-t-on si un livre a servi à un rougeoleux, s'il a été manipulé par un enfant relevant de la scarlatine ou atteint de scarlatine fruste ; par un porteur de germes diphtériques ; par un tuberculeux ? A la rentrée des classes, quand on fera la distribution aux internes, comment fera-t-on la discrimination ? Elle n'est pas possible, pas plus qu'elle ne peut l'être pour les livres de bibliothèques dites circulantes, de cabinets de lecture, de livres d'occasion.

De toute façon, pour parer à ces dangers, ou, si l'on veut, pour ne pas trop exagérer (car les livres ne véhiculent pas tous les virus), à cet inconvénient, on doit conseiller la désinfection. C'était là le but principal de l'enquête faite par le *Vie Médicale*

Elle seule permettrait de rendre des livres propres, mais elle se heurte à de grandes difficultés : en premier lieu, il faudrait désinfecter tout ouvrage qui a été prêté, et cela devant l'ignorance ou le désintéressement du danger représente une opération longue et coûteuse. Aucun procédé n'est absolument efficace. La chloropicrine (Martial), l'acide cyanhydrique pourraient donner une certitude absolue ; mais ils offrent trop de dangers ; l'anhydride sulfureux abîme les reliures quelles qu'elles soient et rend rapidement les livres inutilisables. La vapeur à 120 degrés encore plus. Le formol seul est pratique, et il existe des modèles d'étuves à formol qui donnent satisfaction ; en 1906, Josias en a présenté à l'Académie de médecine un certain nombre ; en 1908, Berlioz a proposé le formol chaud (95°) ; les services d'hygiène de la Préfecture de police utilisent l'étuve Alasseur, construite spécialement pour les livres ; au Laboratoire d'hygiène, j'emploie une armoire dans laquelle on met les ouvrages et on vaporise du formol, en laissant quarante-huit heures en contact ; une nouvelle étuve vient d'être proposée au Conseil supérieur d'hygiène, laquelle emploie le formol chaud et humide et donne de bons résultats ; de même, les étuves Gonin, Geneste et Herscher, mais cette désinfection même nécessite une assez grande dépense, surtout de temps, car il faut ouvrir les livres, écarter les feuillets, ce qui représente, pour une école, un travail considérable. L'appareil de Berlioz à aldéhydes formique et éthylique ne nécessiterait pas cette ouverture, mais au point de vue théorique, on peut douter de son efficacité, car le formol n'est pas pénétrant ; il a toutefois l'avantage de tuer les moisissures des livres. Il ne détériore pas les reliures et jusqu'à nouvel ordre son emploi est préférable à celui des autres désinfectants.

Une thèse soutenue à Paris en 1930 par Chapiro a envisagé le problème et a conclu que le moyen le plus efficace pour éviter la propagation des maladies était la désinfection systématique des bibliothèques, comme cela se fait dans quelques cabinets de lecture. Il est évident que si, en théorie, c'est la mesure la plus sage, en pratique il est à peu près impossible de faire ainsi dans les écoles. On pourrait seulement demander que, chaque année, les livres rendus par les élèves fussent désinfectés pendant les vacances. C'est la précaution dont on étudie en ce moment l'opportunité au ministère de l'Instruction publique.

N'y a-t-il pas un autre moyen ? Evidemment si. C'est celui que préconise M. Mathiand, au Congrès dont il a été parlé au début de cet article. Il consiste à conseiller aux élèves de garder leurs livres ; aux parents d'acheter des livres neufs. La dépense peut paraître un peu forte, mais on pourrait diminuer la pension des élèves proportionnellement. La santé des écoliers y gagnerait et il n'est pas invraisemblable qu'ainsi bien des maladies dites scolaires diminueraient dans de notables proportions.

Plus on étudie les questions d'hygiène, plus on se rend compte que la contagion qui est partout autour de nous s'introduit dans nos milieux par des voies multiples et quelconques. Beaucoup sont connues : linges, eau, aliments, objets souillés ; d'autres sont suspectées : jouets porteurs de germes, livres. Dans ces cas, ne vaut-il pas mieux prendre le mal à sa racine et éliminer nettement tout ce qui peut véhiculer un agent pathogène ?

En cette matière, on ne peut que conseiller ; on ne peut convaincre d'un coup ; l'éducation du public doit être faite, et, pour cela, il faut le documenter. J'ai profité de l'occasion que m'offrait le Congrès des surveillants pour revenir sur un sujet bien ancien et bien rebattu. La nécessité de la désinfection des livres apparaît comme sinon toujours nécessaire, au moins sage et prudente. Dans l'état actuel du commerce de la librairie, on doit la conseiller pour les bibliothèques, les cabinets de lecture et même pour les maisons de vente des ouvrages d'occasion, auxquels le public serait reconnaissant certainement de cette attention.

Mais pour les écoles, les lycées, les maisons d'éducation, il serait préférable d'avoir toujours des livres neufs et de détruire les livres qui ont servi une année à un élève et qui n'ont pas de valeur de collection. La dépense qui en résulterait serait minime en comparaison des résultats sanitaires obtenus, et il est hors de doute que si cette mesure était adoptée, le Syndicat



des éditeurs chercherait à produire à bas prix des éditions spéciales destinées à l'étude, qu'on n'aurait aucun regret à faire disparaître, puisqu'elles pourraient être immédiatement remplacées et qu'elles n'auraient qu'une valeur marchande très restreinte.

Varia. — *Une femme médecin doit-elle exercer la médecine sous son nom personnel ou sous celui de son mari ?* — *Me Maria Verone, présidente de la Ligue française pour le droit des Femmes écrit dans l'*Œuvre (9 septembre 1933) :

Une interne des hôpitaux désire savoir si elle doit exercer la médecine sous son nom personnel ou sous celui de son mari ?

« Qu'est-ce qui est légal ? dit-elle. Car enfin il est fort ennuyeux de se faire connaître sous un nom qui n'est pas le sien puisqu'on peut le perdre par divorce ou par remariage. Mais, d'autre part, la loi, qui donne aux hommes tous les droits, ne considérerait-elle pas que la femme qui refuse de porter le nom de son mari lui fait une injure ?

« J'ai consulté le Code sans rien y trouver de ce que je cherchais.

« Est-ce que ce changement de nom, d'un usage si général, fait partie des « *tuiles* » du mariage comme la puissance maritale ? N'en est-elle pas la conséquence ? »

Non, mademoiselle, cette tuile (comme vous dites) ne vous tombera sur la tête que si vous le voulez bien. Vous n'avez rien trouvé dans le Code, tout simplement parce qu'il ne contient rien à ce sujet. Vous avez pu voir cependant, au chapitre du divorce, que par l'effet du divorce chacun des époux reprend l'usage de son nom. Qu'est-ce à dire ? Que la femme, aussi bien que l'homme, peut interdire à son conjoint de porter son nom soit seul, soit adjoint à un autre.

Dans certaines contrées, il est en effet de coutume que le ménage porte le nom des deux conjoints ; c'est ainsi qu'on peut voir sur toutes les boutiques des commerçants des noms composés représentant celui du mari uni à celui de son épouse. D'autre part, dans le monde des artistes, il arrive aussi fréquemment que les deux époux joignent leurs deux noms. Or, s'il y a divorce le mari n'aura plus le droit de porter le nom de sa femme.

Avez-vous jamais assisté à une déclaration de naissance ou de mort, ou à la célébration d'un mariage dont une femme était témoin ? Dans ce cas, vous avez certainement entendu l'employé de la mairie recommander : « Signez votre nom de jeune fille, madame ». Cela m'est arrivé à moi-même, et vous auriez bien ri en voyant l'ébahissement du fonctionnaire à qui je répondais : « Puisque je suis mariée, je n'ai pas de nom de jeune fille ». Et je poursuivais : « Je n'ai qu'un nom, celui qui figure sur mon acte de naissance, qui est à moi depuis que je suis née et qui sera le mien jusqu'à ma mort ».

Si, mariée, vous prenez un livret de caisse d'épargne, si vous passez un acte notarié, c'est toujours de votre nom que vous devez signer. L'acte portera seulement la mention : épouse, ou divorcée, ou veuve de... Cela n'indique-t-il pas surabondamment, mademoiselle, que *légalement* vous conservez votre nom, et que nul n'a le droit de vous obliger de vous plier à un usage non sanctionné par la loi.

De plus en plus, avocates, femmes médecins, architectes, ingénieurs, écrivains, voire commerçantes, ne prennent pas le nom de leur mari, justement pour les raisons indiquées dans la lettre de ma correspondance. Elles ont compris que c'est une force dans la vie de n'avoir qu'une personnalité durant toute son existence, au lieu de se contenter d'être un reflet que le moindre souffle peut rejeter dans l'ombre.

— *Bobard.* — *Lu dans l'*Œuvre (2 *août* 1933) :

..... Par contre — et toujours si l'on en croit l'Office Universitaire — les carrières médicales sont moins encombrées. En 1931, il y avait en France 25.410 docteurs, soit un médecin pour 1.615 habitants. Certes, il y en a beaucoup dans les villes ; mais dans les campagnes il n'y en a pas assez ; même, certaines localités de la banlieue parisienne (Sud) sont totalement dépourvues de médecins. Quant aux colonies, le nombre des médecins qui s'y trouvent est tout simplement « ridicule ». Il y a là de nombreuses places vacantes, et l'on doit ne pas oublier que les gouvernements généraux et les protectorats offrent aux colonies de très sérieux avantages.

Pour la pharmacie également les débouchés restent nombreux. En attendant même une place libre, les jeunes pharmaciens peuvent trouver une gérance ou un remplacement très avantageux. De même pour les dentistes les places sont prises dans les villes ; à la campagne, il reste assez de vacances pour satisfaire un bon nombre de jeunes gens.

Tels sont, objectivement résumés, les renseignements fournis par l'Office Universitaire. Nous souhaitons que tous ceux qui cherchent actuellement leur voie puisse en faire leur profit.

BIBLIOGRAPHIE

Crapouillot public un numéro spécial, sensationnel intitulé : « *Les marchands de canons contre la Nation* » par Jean Galtier-Boissière, l'auteur de « l'Histoire de la Guerre », et René Lefebvre. Une livraison illustrée, d'un intérêt passionnant sur les agissements des munitionnaires, et qui, à la veille d'une nouvelle Conférence du désarmement, ne manquera pas d'avoir un retentissement considérable (la livraison : 12 francs, au Crapouillot, 3, place de la Sorbonne, Paris, chèque postal 417.26).

P. L. M.

Paris-Marseille-Joliette

Correspondance du paquebot pour le Maroc

Telle est l'inscription que portent les voitures avec places de couchettes, places de 1er, 2e, et 3e classes qui depuis le 25 août, sont réservées, chaque vendredi, aux voyageurs à destination du Maroc dans le train rapide qui quitte la capitale à 19 h. 40 pour arriver au port de Joliette le samedi matin à 8 h. 30. Ces voitures seront conduites au môle d'embarquement de la Cie Paquet et les voyageurs passeront ainsi directement du train au paquebot, qui lève l'ancre à 11 heures. Si l'on ajoute que les principales gares P. L. M. délivrent des billets directs et enregistrent directement les bagages pour les principales destinations marocaines, on se rend compte que la liaison de la Métropole avec le Maroc par Marseille est la plus agréable et la plus commode.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 41 LE NUMÉRO : 50 Centimes 14 OCTOBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
C. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Cours de pratique chirurgicale oto rhino-laryngologique du Professeur Georges PORTMANN, donné à Paris du lundi 11 décembre au samedi 16 décembre 1933 avec la collaboration des Docteurs J. AUZIMOUR et P. LEDUC.

PROGRAMME. — Lundi 11 décembre, 9 h. 30 : Les otites aiguës ((Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers.) — 3 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical. (Clinique Franklin, 15, rue Franklin.)

Mardi 12 décembre, 9 h. 30 : Mastoïde. Anatomie, pathologie. (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers.) — 3 heures : La Mastoïdectomie. (Clinique Franklin, 15, rue Franklin.)

Mercredi 13 décembre, 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie. (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers.) — 3 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical. (Clinique Franklin, 15, rue Franklin.)

Jeudi 14 décembre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial. (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers.) — 3 heures : Amygdales, Anatomie, pathologie, chirurgie. (Clinique Franklin, 15, rue Franklin.)

Vendredi 15 décembre, 9 h. 30 : Les otites chroniques. (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers.) — 3 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques. (Clinique Franklin, 15, rue Franklin.)

Samedi 16 décembre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx. (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers.) — 3 heures : Chirurgie du larynx. (Clinique Franklin, 15, rue Franklin.)

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions seront reçues chez le Professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, Bordeaux.

Hôpital Broca. Services des Docteurs TZANCK et WEISSENBACH. — Avec le concours des Docteurs CIVATTE, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; FERNET, médecin de Saint-Lazare ; BASCH, médecin des hôpitaux ; BORDIER, EDWIN SIDI, P. BAIL, assistants à l'hôpital Broca ; MARTINEAU et Mlle DOBKEWITCH, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca MM. R. ANDRÉ, A. DREYFUSS, M. CORD, le CHARTRE et R. MOLINE. Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie du 3 novembre au 6 décembre 1933.

PROGRAMME. — 3 novembre, M. TZANCK : Classification dermatologique et lésions élémentaires. — 4 novembre, M. A. DREYFUSS : Anatomie normale et pathologique de la peau. — 6 novembre, M. TZANCK : Erythèmes et érythrodermies. — 7 novembre, M. M. CORD : Taches rouges et squameuses. Kératodermies. Kératoses folliculaires. — 8 novembre, M. TZANCK : Les séroses (eczéma, urticaire, etc.). Notions des intolérances cutanées. — 9 novembre, M. R. ANDRÉ : Les plaies résolutives (papules, végétations). Les prurigos. — 10 novembre, M. TZANCK : Les plasies nécrosantes (tubercules, gommes, ulcères, cicatrices). — 13 novembre, M. LE CHARTRE : Thérapeutique dermatologique. — 14 novembre, M. E. SIDI : Les dystrophies cutanées. — 15 novembre, M. CIVATTE : Tumeurs malignes. — 16 novembre, M. MOLINE : Les pyodermites. — 17 novembre, M. BASCH : Parasites (gale, phtiriase). Mycoses cutanées. — 20 novembre, M. FERNET : Tuberculoses cutanées, lupus, tuberculides. — 21 novembre, M. BASCH : Chancre mou. Poradénolymphite. — 22 novembre, M. WEISSENBACH : Syphilis (généralités). Syphilis primaire. — 23 novembre, M. BASCH : Syphilis secondaire. — 24 novembre, M. FERNET : Syphilis tertiaire. — 27 novembre, M. BASCH : Syphilis viscérale tardive. — 28 novembre, M. FERNET : Syphilis hétéditaire. — 29 novembre, M. WEISSENBACH : Les médicaments de la syphilis. — 30 novembre, M. WEISSENBACH : Conduite du traitement de la syphilis. — 1er décembre, Mlle DOBKEWITCH : Maladies du cuir chevelu. Maladies des ongles. — 4 décembre, M. BORDIER : Blennorragie aiguë. — 5 décembre, M. BAIL : Blennorragie chronique. — 6 décembre, M. MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (Dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès du Docteur Martineau, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe). Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Hôpital Saint-Jacques. — *Ecole homœopathique de Paris* (Année 1933-1934). — Les conférences de l'Ecole homœopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique tout ce qui relève de la science homœopathique, reprendront le mardi et le vendredi de chaque semaine, à 18 heures, 37, rue des Volontaires, à Paris, XVe, (Métro Volontaires), à partir du vendredi 3 novembre.

PROGRAMME DES COURS. — Docteur PICARD (premier et troisième mardi) : Matière médicale, les strychninées, phosphorus, etc. — Docteur BITTERLIN (premier et troisième vendredi) : Maladies de l'appareil urinaire. — Docteur MOUEZY-EON (deuxième et quatrième mardi) : Monographies cliniques et thérapeutiques — Docteur ALLENDX (deuxième et quatrième vendredi) : Traitement homœopathique des voies respiratoires.

A cet enseignement théorique sera joint un enseignement pratique.

Le Docteur ALLENDY fera le premier et le troisième mardi de chaque mois, de 11 heures à 12 heures, un cours de diagnostic médicamenteux sur malade. Ce cours commencera le mardi 7 novembre.

Le Docteur PICARD, tous les vendredis de 10 heures à 12 heures fera examiner des malades à sa consultation externe.

A la fin de l'année, un certificat d'assiduité aux cours sera délivré.

L'enseignement de l'Ecole homœopathique de Paris est entièrement gratuit.

La bibliothèque de l'hôpital Saint-Jacques met à la disposition du public les livres et revues homœopathiques et est ouverte tous les jours non fériés de 2 à 6 heures.

IIIe Congrès français de gynécologie. — Le IIIe Congrès français de gynécologie aura lieu à la Faculté de médecine de Paris du 7 au 10 mai 1934 sous la présidence d'honneur de M. le Professeur R. Kœnig, de Genève, et la présidence de M. le Professeur agrégé André Binet, de Nancy.

Le sujet à l'ordre du jour est : *L'insuffisance ovarienne.*

Les rapports suivants seront présentés : 1° Histologie et physiologie de l'ovaire par M. le Professeur Max ARON, de Strasbourg ; 2° Ovaire et Thyroïde par M. LÉOPOLD-LÉVI, de Paris ; 3° Etude clinique de l'insuffisance ovarienne, par M. VIOLET, de Lyon ; 4° Thérapeutique médicale de l'insuffisance ovarienne :

1° Traitement général par M. Maurice FABRE de Paris :

2° Traitement opothérapique par M. le Professeur agrégé Guy LAROCHE, de Paris ; 5° Physiothérapie, par M. Pierre LEHMANN, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris ; 6° Thérapeutique chirurgicale par M. le Professeur JEANNENEY, de Bordeaux.

Des séances opératoires, visites de services hospitaliers et de laboratoires, une exposition de produits pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et d'appareils de physiothérapie, sont prévues pendant le Congrès. Un programme de réceptions et d'excursions sera ultérieurement publié.

Sont membres de droit du Congrès : les membres de la Société française de gynécologie qui n'ont à payer aucun droit d'inscription. Peuvent être admis comme membres adhérents : les médecins ou étudiants en médecine qui en feront la demande moyennant un droit d'inscription de 150 francs, leur donnant droit à participer à toutes les manifestations du Congrès, et à la réduction de 50 % accordée par les grands réseaux de chemin de fer français, aux Congressistes ainsi qu'à leurs femmes et leurs enfants non mariés.

Pour la discussion des rapports les congressistes devront s'inscrire auprès du secrétaire général.

Des communications relatives à la question mise à l'ordre du jour seront acceptées, Le texte de ces communications accompagné d'un résumé devra être remis au secrétaire général avant le 15 avril 1934.

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser au Docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 6, rue du Conservatoire, Paris-IXe.

École du Service de santé de la marine. — Les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine, à la suite du concours de 1933 :

Ligne médicale (candidats à 4 inscriptions) : MM. Gouennec, Durieux, Rouanet, Fossey, Tasque, Mahoudo, Geyer, Thibaud, Seaon, Kock, Peyrusse, Adamy, Gaillard, Menu, Ranoux, Voignier, Laffitau, Mathurin, Collomb, Boussereau, Gourtay, Schneider, Merveille, Fraboulet, Sajaun, Flottes, Brisbare, Quintin, Chomereau-Lamotte, Porte, Boucart, Giraud, Lemaigre, Le Roux, Heckenroth, Brunet, Lacan, Gary, Guintran, Leric, Le Calvez.

Ligne pharmaceutique et chimique : MM. Capelle, Robert.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXVIIIe Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Lyon, du 16 au 22 juillet 1934.

Président : M. le Docteur L. Lagriffe, médecin-directeur de l'Asile de Quimper (Finistère) ; vice-président : M. le Docteur René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine) ; secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, médecin-chef à l'Asile de Pailleul (Nord) ; secrétaire annuel : M. le Docteur J. Dechaume, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Lyon ; trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVIIIe session.

Psychiatrie : L'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie. — Rapporteur : M. le Docteur André REPOND, médecin-chef de la Maison de santé de Malévoz, Monthey (Valais).

Neurologie : Les tumeurs du IIIe ventricule : étude clinique et thérapeutique. — Rapporteur : M. le Docteur Paul MEIGNANT

médecin de l'hospice J.-B. Thiéry à Maxéville (Meurthe-et-Moselle).

Assistance : Classification et statistiques des maladies mentales. — Rapporteur : M. le Docteur M. DESRUELLES, médecin-chef de l'Asile de Saint-Ylie (Jura).

N. B. Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans Paris-14ᵉ.

Les membres titulaires de l'Association, versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

En plus des membres titulaires, peuvent être inscrits à chaque session des membres adhérents et des membres associés. Le prix de la cotisation à la session est de 80 francs pour les membres adhérents et de 50 francs pour les membres associés.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la 38ᵉ Session inscrits avant le 10 juin 1934 recevront les rapports dès leur publication.

Jubilé médical posthume de Clemenceau et Fondation Umfia à la Cité universitaire. — Le 11 novembre prochain, à 21 heures sera célébré le Jubilé médical posthume de Clemenceau, au Grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Cette fête comprendra une causerie sur *Clemenceau, médecin*, et un magnifique concert avec le concours de la Musique de la Garde républicaine et l'orchestre des Concerts Colonne. Le but de cette soirée est d'exalter la mémoire de Clemenceau, sous le jour médical où il est peu connu.

Le produit des souscriptions sera consacré à la fondation d'une chambre pour un étudiant en médecine français, à la Cité universitaire. Cette fondation pour laquelle les formalités sont accomplies a pu permettre de désigner le premier candidat qui est un étudiant vendéen.

Les membres du Corps médical ainsi que leurs familles sont instamment priés de participer à cette belle œuvre en assistant à la soirée du 11 novembre. De nombreux dons généreux ont été envoyés pour subvenir aux frais. La liste des donateurs sera publiée.

Chaque souscripteur de 100 francs recevra une très bonne place dans l'hémicycle, un splendide programme artistique dû à la générosité du Docteur Debat, et la médaille de Clemenceau, médecin, par le Docteur Villandre, frappée par les soins des Laboratoires Bottu, Daniel Brunet, Guillaumin, Lematte et Boinot, Midy, Plantier, Ranson, Réaubourg, Robert et Carrière, Robin, A. Rolland, Ronchèse, Specia, Zizine.

Les places à 100 francs seront réduites à 50 francs pour les femmes de médecins qui désireront assister avec leur mari à la soirée, sans recevoir une deuxième médaille.

Prix des places : 30 francs, (et 10 francs pour les étudiants en médecine, membres de la Jeune Umfia.) Un certain nombre d'invitations seront offertes aux mutilés et anciens combattants.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat de l'Union Médicale Latine, 81, rue de la Pompe, Paris, 16ᵉ ; Librairie Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris ; Librairie Baillière, 19 rue Hautefeuille, Paris ; Librairie Doin, 8, Place de l'Odéon, Paris.

Nécrologie. — Docteur Sam LÉVY, de Paris, 36, avenue de Clichy, (XVIIᵉ). — Docteur Charles ROUCHY, professeur de thérapeutique à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, décédé à Lourdes. — Docteur LE SCOUP, ancien médecin de la marine, décédé à Paris. Il avait fait toute sa carrière en Nouvelle-Calédonie. — Docteur Pierre WILHELM, d'Alger, 25 *bis*, rue Carnot, décédé à Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Le Chrysanthème. 5ᵉ édition, revue et considérablement augmentée, par J. LOCHOT. Un ouvrage 12 × 18 de 270 pages et 60 gravures. Broché, 13 francs. Librairie Agricole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris, VIᵉ.

Tout ce qui peut être utile de connaître pour réussir la culture du chrysanthème, est décrit dans cet ouvrage, d'une façon détaillée, claire et précise. De plus, la 5ᵉ édition a été augmentée de deux nouveaux chapitres : *La culture en suspension ou cascade*, passionnante fantaisie, et l'*Ensachage des capitules*, petite révolution en culture commerciale.

Enfin, il y est donné un résumé des travaux de chaque mois. Ainsi plus encore que par le passé, cet ouvrage met la culture du Chrysanthème à la portée de tous.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ectopie testiculaire sous-cutanée abdominale

Par M. René BERGÈS,
Interne des Hôpitaux de Toulouse

Le développement de nos divers organes, les modifications successives qu'ils subissent au cours de l'organogénèse, les changements dans leurs rapports avec le squelette ou les divers régions du corps, pour aboutir enfin à leur constitution définitive et occuper une place déterminée, toute cette évolution pose à l'esprit un problème des plus passionnants. Certes, le testicule nous fournit l'exemple le plus net, le plus frappant : il a un long parcours à effectuer, il doit traverser plusieurs régions pour se rendre de son lieu d'origine à son but final. Or, sous l'influence de facteurs multiples mais discutés, il peut s'égarer en route : *errare humanum est* !

A coup sûr, une telle éventualité se présente assez fréquemment à l'observation du praticien et un grand nombre de travaux lui ont été consacrés. Mais ses aspects sont divers : tandis que les ectopies *in via* (lombaire, iliaque, inguinale) ou arrêts de migration sont fréquents, les aberrations de migration ou ectopies *ex via* (crurale, périnéale, pénienne, sous cutanée abdominale...) sont plus rares.

Aussi, ayant eu la fortune d'observer dans le service de notre maître, le Docteur J.-P. Tourneux, un cas de migration sous-cutanée abdominale, avons-nous cru utile de le publier et de rappeler à cette occasion les points essentiels concernant l'anomalie.

Mentionnons de suite que, malgré sa rareté, elle n'en a pas moins reçu des dénominations variables : sous-abdominale, abdomino-interstitielle, sous-cutanée (Soulligoux), extra pariétale (Villard), sous-cutanée abdominale (Leriche, Petit de la Villéon).

Seule cette dernière dénomination doit être conservée, ou encore celle de « inguino-abdominale sous-tégumentaire ».

Quoi qu'il en soit, après un historique succinct, nous donnerons une étude clinique et anatomique de la question, des observations que nous discuterons, pour enfin terminer par des considérations pathogéniques et thérapeutiques.

I. Historique

Si le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet signale quatre cas d'ectopie sous-cutanée abdominale, il nous semble que la moitié sont critiquables, tandis que des cas indubitables sont passés sous silence.

Ceux de : Marotte rapporté par Godard en 1856 ; Grüber en 1878, ne répondent guère au type classique. Celui de Sallzmann parut en 1864, mais nous ne l'avons pas retrouvé ; l'observation de Bourdon, spéciale, en 1871 ; l'observation de Nicaise en 1888. Delore et Leriche apportent la leur en 1901. En 1904 Raoul Nell, dans sa thèse, cite Sorel. Greggio publie son travail en 1908, Petit de la Villéon en 19... Depuis la littérature médicale était restée muette sur ce sujet.

II. Etude clinique et diagnostic

L'ectopie testiculaire peut ne se manifester par aucun phénomène gênant, rester inconnue du médecin ou être une découverte d'autopsie, d'examen fortuit. Parfois cependant le sujet est amené à consulter pour tuméfaction douloureuse de la région inguinale. Voici alors comment les choses se passent.

Au moment de la naissance la vacuité d'une bourse a parfois été remarquée. Puis la glande homolatérale, généralement invisible pendant un temps variable, est apparue au niveau de l'orifice inguinal externe. La mère sur les conseils du médecin, ou de sa propre initiative, tente des massages soit pour la faire descendre, soit pour la rentrer dans l'abdomen, suivant son inspiration, suivant qu'elle pense à un testicule ou à une hernie. Sa sollicitude est parfois couronnée d'un succès relatif, et, dans les cas heureux, le testicule descend vers sa loge.

Puis l'enfant grandit, s'ébat parmi ses camarades, travaille, devient sportif. Mais à ce moment, à l'occasion d'exercices plus ou moins violents, le testicule témoigne désagréablement de son existence par de vives douleurs inguinales, irradiées, immobilisant même l'individu, provoquant des troubles urinaires. La moindre pression y devient intolérable ; le coït rendu impossible en cette période de jeune expansion, retentit sur le psychisme du malade. Certes ce déplacement sous-cutané de la glande existait depuis un certain temps, s'était produit peu à peu ; mais un effort, un traumatisme ont provoqué ces pénibles accidents. D'autres fois rien ne se produit, et c'est un reproche de l'amie trop observatrice qui décide l' « ectoporchide » à consulter.

L'examen physique permet de rapporter tous les accidents à leur véritable cause. Les bourses sont petites et asymétriques, l'une d'elles apparaissant déhabitée, rarement les deux. (Notre observation d'ectopie bilatérale est unique.) Dans la région inguinale homolatérale, au-dessus du pli de l'aine, à peu près suivant la bissectrice de l'angle formé par ce pli et la verticale partant de l'épine pubienne, le testicule ectopié constitue une saillie nettement visible.

La palpation, prudente à cause des réactions un peu vives de certains sujets, donne une idée exacte de la forme et des dimensions de la tumeur ; de sa situation par rapport à la peau, à l'orifice externe du canal inguinal ; de sa mobilité ; de sa sensibilité spéciale.

Le diagnostic de l'ectopie est donc facile. Le diagnostic de la forme de cette ectopie l'est aussi à condition d'y penser, sauf avec certains cas limites d'ectopie inguinale externe, ou surtout inguino-interstitielle. Peu importe d'ailleurs pour le traitement.

III. Etude anatomique

Après l'incision de la peau et de son pannicule adipeux, du fascia superficialis, dans le tissu cellulaire sous-cutané, le testicule apparaît immédiatement, un peu petit, sain ou non, entouré d'une vaginale qui ne se prolonge généralement pas sur le cordon. Il est donc en avant de l'aponévrose du grand oblique, au-dessus de l'orifice externe, normal ou rétréci, du canal inguinal.

Il y a hernie ou non.

La glande, nichée dans une loge du tissu cellulaire sous-cutané, au-dessus du fascia de Scarpa, entourée de quelques fibres crémastériennes éparses, se trouve dirigée en bas et en avant, de dehors en dedans ; parfaitement mobile dans la majorité des cas, le doigt en fait faci-

lement le tour. A noter presque toujours une légère réaction vaginale.

Du point le plus élevé de l'épididyme se détache le cordon qui longe l'un des bords de la glande (bord externe dans le cas de Leriche), s'engage dans le canal inguinal, à peine adhérent aux tissus voisins, en contournant les fibres arciformes. Sa longueur peut être suffisante après déplissement pour permettre la descente du testicule dans les bourses.

Pour ce qui est du *gubernaculum testis*, Leriche n'a pas noté l'existence de faisceau aberrant. Notre maître, le Docteur J.-P. Tourneux non plus. Quelques auteurs auraient rencontré des dispositions curieuses de cet élément anatomique. Normalement il présenterait trois insertions inférieures : le faisceau externe, le plus long, s'attachant au ligament de Poupart, dans le canal inguinal; l'interne sur l'épine pubienne ; le moyen au fond des bourses. Nous n'insistons pas sur cette formation décrite dans la thèse de Soulié consacrée à la « Migration du testicule ». Mais Greggio aurait retrouvé le faisceau moyen anormalement développé et anormalement inséré au niveau de la paroi abdominale.

Un autre point capital de notre étude nous paraît être la constatation d'une cloison à la racine des bourses. Dans la plupart des cas la loge scrotale se trouve obturée par une « sorte de pont fibro-conjonctif dont les fibres paraissent n'être que le résultat de l'accolement, de la suture pour ainsi dire aux parois de la bourse à ce niveau ou plus exactement du ligament suspenseur de Sappey » (Leriche).

Ce diaphragme net, solide parfois, s'oppose à la descente du testicule, rendant aléatoires les manœuvres externes de réduction de l'ectopie.

Ainsi divers points méritent de retenir notre attention. Nous allons les retrouver dans les observations ci-dessous et dans les théories pathogéniques.

IV. Observations

Dans ce chapitre nous ne donnerons qu'une analyse succincte des observations antérieures à ce travail, et qui sont tout au long dans l'étude de Leriche, la thèse de Raoul Nell, la publication de Petit de la Villéon. Nous ne dirons rien de celle de Sallzmann qui nous est inconnue :

1° Observation de Marotte, rapportée par Godard (*Mémoires de la Société de Biologie*, 1856).

Il s'agit d'un homme de 26 ans mort de méningite, présentant une ectopie testiculaire droite. La glande remplit le canal inguinal et refoule par l'un de ses pôles l'aponévrose du grand oblique dont il écarte les fibres. Le scrotum homolatéral ne s'est pas développé.

2° Observation de Bourdon (*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1871).

L'auteur rapporte une «anomalie de la tunique vaginale et du testicule», dans laquelle le testicule gauche est placé au-dessus de l'arcade de Fallope, sous la peau, et le canal péritonéo-vaginal bifurqué en deux cavités, l'une étant sous-cutanée, l'autre dans les bourses. Le testicule peut aller de l'une a l'autre.

Pour Chassaignac ce cas s'expliquerait par l'action d'un bandage herniaire.

3° Observation de Grüber (*Archiv. de Virchow*, 1878, T. LXXIII, p. 332).

C'est une observation très poussée concernant un jeune homme de 18 à 20 ans, mort de péritonite. Le testicule droit est en ectopie inguinale, retenu derrière l'anneau inguinal externe. Il a effondré en quelque sorte la paroi antérieure du canal, mais en restant encore logé en partie sous l'aponévrose du muscle grand oblique, entre celle-ci et la partie musculaire de l'oblique interne. Par l'orifice externe du canal inguinal passe un faisceau qui va se perdre dans le scrotum. En outre un prolongement de la vaginale suit le cordon.

4° Observation de Nicaise (*Revue de chirurgie*, 1888, p. 922).

C'est une ectopie inguinale sous-cutanée avec hernie. Mais les éléments du cordon, au lieu de passer par l'anneau inguinal externe, traversent l'aponévrose du grand oblique par un orifice anormal, en dehors du précédent.

D'autre part, le testicule, externe par rapport à lui, est sous la peau au voisinage de l'arcade crurale.

5° Observation de Delore et Leriche (*Archives provinciales de chirurgie*, 1901, et thèse Marcailhou d'Aymeric, Lyon, 1900-1901).

X..., 14 ans. — Ectopie remarquée dès l'enfance.
Accidents douloureux en 1898. Insuccès du massage.
Intervention le 5 décembre 1899 par Delore.
La glande est sous-cutanée, parfaitement mobile, sans faisceau aberrant du *gubernaculum testis*. Les bourses sont obturées par une cloison nette qu'il faut effondrer.
Fixation du testicule dans la bourse par un point perdu au catgut.
Plusieurs mois après le testicule semblait légèrement plus gros.

6° Observation de R. Sorel (Dijon), (Thèse de Raoul Nell, Paris, 1904 ; et *Archives provinciales de chirurgie*, 1907).

Un enfant, chétif, âgé de 15 ans, présente une ectopie inguinale interstitielle à gauche, sous-cutanée abdominale à droite. De ce côté l'orifice inguinal est étroit et la main peut sentir deux tumeurs : l'inférieure, petite comme une noisette ; la supérieure molle. Toutes deux sont irréductibles. L'intervention montre qu'elles répondent au testicule et au cordon enroulé. Il n'existe pas d'adhérences et le testicule est facilement descendu dans le scrotum. On ne les fixe pas.
Mort quelque temps après (bacillose ?)

7° Observation de Greggio. Di un caso raro di ectopia sotto-abdominale del testicolo do inserzione difettosa del «gubernaculum testis» (Morgagni, Milano, 1908, t. I, p. 435-448).

C'est un homme de 48 ans, dont voici le protocole opératoire : «L'incision cutanée étant pratiquée suivant la méthode de Bassini pour le traitement d'une hernie inguinale, et qui dans le cas présent répond au grand axe de la tumeur, on constate tout de suite au-dessous et entre la mince aponévrose superficielle et les aponévroses du grand oblique, la présence du testicule absent dans le scrotum, recouvert de sa vaginale et de tous les éléments de son funicule, y compris le crémaster externe.

Ceux-ci se portent obliquement en bas et en dedans vers l'orifice externe du canal inguinal dans lequel ils pénètrent. Les adhérences ténues de l'organe avec les tissus sous-jacents étant enlevées, il est maintenu en place par un faisceau de fibres qui s'éparpillent sur l'extrémité externe de la tumeur, s'attachent d'autre part aux tissus fibro-musculaires voisins. On coupe ce ligament... on constate la communication de la cavité vaginale avec la cavité péritonéale... On tente de le ramener (le testicule) vers le scrotum. On observe tout de suite qu'à cause de la très petite longueur du cordon, l'organe reste entre l'anneau inguinal et le fond de la bourse. A la suite de ces observations on en décide l'ablation ».

L'auteur qui a pratiqué un examen histologique complet de la pièce, insiste particulièrement sur le ligament d'attache du testicule, légèrement rosé, dont le point d'attache abdominal se trouvait à 2 cm. de l'épine iliaque antéro-supérieure. Ce ne serait là qu'un gubernaculum à insertion anormale. Et de conclure : «Il en résulte une forme d'ectopie jusqu'ici non observée et qui représente à cause de la position élevée du testicule une vraie ectopie sous-abdominale».

8e Observation de Petit de la Villéon (*Gaz. hebdom. des sciences médicales de Bordeaux*, 1909, p. 27).

Un enfant de 9 ans est porteur d'une ectopie testiculaire droite constatée à la naissance. Il n'a jamais porté de bandage. Le testicule, arrêté à la hauteur de l'orifice profond du canal inguinal, est le siège de phénomènes douloureux. L'incision de la peau et de la nappe cellulo-adipeuse permet de constater que la glande repose sur l'aponévrose épaisse et résistante du grand oblique et est à peu près normale. Le cordon spermatique s'échappe de l'orifice externe du canal inguinal, aborde le testicule. Il existe un léger épanchement dans la vaginale.

Du pôle supérieur part un trousseau fibreux résistant dont la base d'insertion est sur le bas-fond de la vaginale, et dont le sommet se perd dans les parties élevées du tissu celluleux qui recouvre le plan musculo-aponévrotique.

Après une dissection du cordon et la destruction des brides (Technique de Forgue), le chirurgien pratique une funiculopexie et place le testicule dans les bourses qu'aucun septum n'obture.

9e Observation inédite :

Voici le cas remarquable que notre maître le Docteur Tourneux et nous-même avons observé dans son service, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

A. B..., 19 ans, de constitution normale en apparence se présente à la consultation porteur d'une ectopie testiculaire bilatérale. Son histoire est simple : aucun antécédent héréditaire ou collatéral digne d'attention. Pour ce qui est de lui-même, il avait ressenti vers l'âge de six ans de vives douleurs dans le bas-ventre. (Il ne se souvient pas à quel propos). Une saillie s'était manifestée à la partie interne de chacune des régions inguinales : c'étaient les testicules ectopiés qu'un médecin essaya de faire descendre par des manœuvres externes. Dans ce but il prescrivit à la mère des massages de haut en bas sur les glandes. Au bout de trois ou quatre mois, le testicule droit venait jusqu'à la racine des bourses, le gauche dans les bourses, et l'enfant ne souffrait plus...

Cinq à six mois avant son entrée salle Saint-Pierre le sujet constate que ses « parties » remontent. La moindre pression est douloureuse et s'accompagne d'irradiations abdominales vives.

A l'entrée, les bourses apparaissent bien constituées, mais petites et rétractées, inhabitées.

Deux saillies symétriques soulèvent la paroi abdominale au niveau de la projection cutanée du canal inguinal, à 3 cm. environ au-dessus et en dehors de l'épine du pubis, allongées suivant cette ligne de projection. Ovoïdes, elles présentent la sensibilité spéciale au testicule, mais exacerbée, amenant de vifs mouvements de réaction du sujet à la palpation. Cependant il est possible de noter leur situation superficielle et leur mobilité relative. En outre, à droite, la toux et les efforts montrent l'existence d'une hernie peu volumineuse.

Au point de vue général ce jeune homme de taille moyenne, possède une peau pigmentée, un système pileux assez développé, une voix masculine, une verge de dimensions moyennes. Son caractère est très irritable. Enfin, à ses dires, ses éjaculations sont normales.

L'intervention est pratiquée par MM. J.-P. Tourneux et Gouzy, à l'anesthésie générale éthéro-carbonique.

1° Côté droit. L'incision pratiquée suivant le grand axe de la tumeur est celle de la cure radicale d'une hernie oblique externe, prolongée sur la racine des bourses. Sous la peau le bistouri pénètre dans le tissu celluleux et incise le fascia superficiel véliforme et délicat, mettant à nu la loge testiculaire ainsi constituée : sa face superficielle est recouverte par une toile membraneuse qui à la périphérie adhère aux plans sous-jacents c'est-à-dire, en particulier à l'aponévrose musculaire. Peut-être représente-t-elle, anormalement mince, la fibreuse des bourses car elle se prolonge tout autour du cordon vers le canal inguinal ? Sous elle, le testicule apparaît, dans sa loge anormale, recouvert d'une vaginale contenant un peu de liquide séreux mais ne se prolongeant pas sur le cordon. Le lit de la glande se compose de la mince aponévrose du grand oblique dont le tendon étalé transparait, nacré et résistant. Nulle part il n'existe de déhiscence.

La glande, légèrement diminuée de volume, reçoit le cordon spermatique par son pôle inférieur. Ce cordon, noyé dans du tissu cellulaire, sort par l'orifice inguinal externe après son trajet dans le canal, contourne les fibres intercolumnaires en se repliant sur lui-même, se couche sur les fibres tendineuses pour enfin aborder le testicule. Il présente donc une portion interstitielle et une portion superficielle séparées par la paroi antérieure du canal inguinal, la longueur de la dernière étant de 3 cm. 5 environ.

Nulle part il n'existe d'ébauche de gubernaculum ou d'adhérence : aussi le testicule est-il facilement libéré de sa loge. De plus, les brides du cordon étant minimes, il est possible d'amener la glande jusqu'à la bourse. Mais ici un obstacle se présente dans l'existence d'un diaphragme en obturant l'entrée et tel que nous l'avons décrit plus haut.

2° Côté gauche. L'aspect est le même ; on retrouve la cloison de la racine des bourses. Mais il n'existe pas de hernie.

Des deux côtés notre maître effondre la cloison et poursuit l'intervention suivant la technique d'Ombrédanne de l'orchidopexie trans-scrotale. Cure radicale de la hernie.

Les suites opératoires ont été excellentes.

V. Considérations sur ces diverses observations

Les cas de Grüber et de Marotte ne répondent nullement au type envisagé puisque le testicule y est en partie recouvert par le tendon du muscle grand oblique : il s'agit d'ectopies interstitielles et non sous-cutanées abdominales. Celui de Nicaise où les éléments du cordon traversent un orifice anormal doit leur être comparé bien que le testicule y soit sous-cutané Celui de Bourdon tire ses particularités de l'existence de deux poches vaginales. Aussi de l'ensemble des observations nous retiendrons seulement celles de Leriche, Sorel, Greggio, Petit de la Villéon et Tourneux. Seules elles répondent bien au terme d'ectopie sous-cutanée abdominale (ou encore forme de Delore et Leriche). Nous devons regretter que Sorel ne parle pas du gubernaculum, que Leriche ne précise pas de façon plus complète la position du testicule par rapport aux plans intermusculo-cutanés. Or ces deux points ont leur intérêt : de l'un dépendra une théorie pathogénique, de l'autre la terminologie adoptée. Greggio signale que le testicule est caché par les fascia superficiels, Petit de la Villéon par une nappe cellulo-adipeuse. Dans le cas personnel notre maître a dû inciser cette même couche et une sorte de fascia constituant la paroi antérieure de la loge testiculaire néoformée.

Un autre point remarquable réside dans la fréquence du siège à droite (Leriche, Sorel, Petit de la Villéon). Nous ne trouvons qu'une ectopie gauche (cas de Greggio) et une bilatérale (cas personnel).

Enfin toutes les descriptions que nous venons de citer à propos de cette anomalie, semblent bien démontrer son autonomie. Personne plus n'accepte à son sujet la théorie de Gosselin qui en faisait une variété d'ectopie inguinale interstitielle : pour lui le testicule semblait sous-cutané parce que la paroi antérieure du canal était très affaiblie, opinion qui s'applique seulement aux cas de Marotte et de Grüber. En somme c'est bien une variété d'ectopie ex via que les observations de Leriche, Sorel, Greggio, Petit de la Villéon et nous-même, individualisent.

VI. Considérations pathogéniques

Ce que disait Villard en 1906 est encore vrai : « L'ectopie testiculaire attend encore une pathogénie satisfaisante... ». Et il semble que « l'immense majorité des explications données sont du pur roman » (Ombrédanne). Avec les auteurs nous les classerons en : anatomiques, embryologiques, mécaniques.

1° *Théories anatomiques.* -- Certes une déficience de la paroi antérieure du canal inguinal, coexistant ou non avec un orifice externe exigu, peut expliquer l'ectopie intermusculo-aponévrotique (Tillaux). Un canal péritonéo-vaginal anormalement persistant peut être le siège d'adhérences avec le cordon spermatique et empêcher la des-

cente du testicule. De même, la brièveté du cordon ou de l'artère spermatique (Ramonède) peuvent amener un arrêt de migration. Le rôle joué par la rétraction du scrotum ou le cloisonnement de sa cavité, signalé par Jalaguier, Leriche, Ombrédanne et nous-même, mérite de retenir plus amplement notre attention. Certains en font un effet plutôt qu'une cause. Mais Leriche écrit : « Par suite d'un mécanisme qui nous échappe la migration s'est faite très tard... mais par suite d'un défaut de cloisonnement de la bourse correspondante, conséquence obligée du retard de la migration ou simple coïncidence, une sorte de coalescence s'est faite entre les parties du scrotum, coalescence qui a eu pour résultat d'en fermer l'entrée à la glande... ». Cette hypothèse nous satisfait davantage que les premières ou celle qui invoque un gros testicule, un testicule se présentant en travers.

2° *Théories embryologiques.* — Nous n'insisterons pas sur celle de la malformation héréditaire (Villard) qui ne résout rien. Beaucoup d'auteurs font jouer un rôle considérable au gubernaculum. Se basant sur les idées de Lockwood, Adams et Curling, Godard, Greggio et Petit de la Villéon invoquent ce ligament comme cause d'ectopie : s'insérant de façon aberrante, il pourrait entraîner le testicule. Mais Sébileau conteste Godard et ni Leriche, ni Tourneux n'ont retrouvé cette formation. Il est vrai que Greggio par exemple en donne une description nette.

3° *Théories mécaniques.* — Curling, Monod et Terrillon, Reclus, font jouer un rôle important au port du bandage herniaire. D'autre part on a signalé des cas d'ectopie à la suite de traumatismes, d'exercices violents.

Ainsi l'obturation des bourses, le gubernaculum de Hunter à faisceau aberrant, le traumatisme ont pour eux des faits indiscutables. Pour nous, vu sa forme, le testicule a une forte tendance à se luxer : la pression intra-abdominale le chasse par l'interstice inguinal ; la vigueur du crémaster, une pression sur les bourses rétractées, le chassent hors de sa loge. Il vient naturellement sous la peau dans une région quelconque (crurale, pénienne, inguinale). Si dans le cas de Leriche et dans le nôtre, il s'est fait un lit sous-cutané abdominal, c'est que les massages avaient préparé ce dernier.

VII. Traitement

Les diverses observations que nous venons d'étudier nous permettent-elles des considérations thérapeutiques ? Et d'abord doit-on instituer une thérapeutique ? Dans tous les cas le sujet l'a demandée, celui de Delore à 14 ans, celui de Sorel à 15 ans, celui de la Villéon à 9, celui de Greggio à 48, le nôtre à 19. Seul celui de Greggio a dû subir l'ablation de la glande ectopique. Or nous savons que celle-ci subit une régression, est parfois le siège d'inflammations, torsions, douleurs, tumeurs. Plus tard des adhérences peuvent se constituer. Aussi doit-on ramener le testicule à sa place normale le plus tôt possible.

Chez l'enfant on pourra tenter des massages doux et réguliers, de haut en bas. Mais ils ne devront pas être prolongés, et, si au bout de quelques mois le testicule n'a pas gagné les bourses, le traitement sanglant sera mis en œuvre.

Chez le jeune homme on aura recours d'emblée au bistouri et à l'orchidopexie si le testicule peut descendre et ne présente aucune lésion sérieuse.

Chez l'adulte la castration sera souvent nécessaire.

Mais parmi les divers procédés chirurgicaux, il semble que la préférence aille à l'orchidopexie trans scrotale d'Ombrédanne qui consiste à aller placer le testicule à travers le septum médian, dans la bourse opposée.

Quelques notes sur l'évolution de la physiologie génitale féminine

Par O. POULAIN,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Pas plus qu'en aucun autre domaine, il ne faut oublier dans celui de la physiologie gynécologique que les acquisitions modernes sont l'aboutissant des recherches de nos devanciers, réussites ou échecs, certitudes ou hypothèses.

A l'heure actuelle, devant le nombre et la diversité des travaux et publications sur la physiologie de l'appareil génital de la femme, s'impose la nécessité de la constitution d'un corps de principes et d'une méthode générale de travail. L'étude de l'évolution des idées y peut largement contribuer.

Nous nous proposons, en envisageant certains points du développement historique de quelques conceptions médicales, de faire, non pas travail de chronologie nomenclative, mais travail de critique qui nous éclaire sur la naissance des idées sur lesquelles nous bâtissons actuellement. En effet, si certaines ont progressé d'un seul jet jusqu'à l'épanouissement fécond, on peut se demander pourquoi d'autres sont mortes sur place, ou ont passé par vicissitudes, oublis, ou détours, avant un succès ou un rejet définitif.

L'histoire de la physiologie gynécologique peut se diviser en deux périodes : *avant* et *après* la conception de sécrétion interne. Mais si cette notion fut introduite en 1855 par Claude Bernard, elle ne fut comprise dans sa signification entière et mise à profit, qu'à partir de 1880. (Nous nous proposons de nous étendre plus longuement sur les explications de ce retard.)

Dans le présent article nous nous intéresserons à l'histoire de 1847 à 1880.

1847 marque en effet une date importante : celle du mémoire de Ponchet sur l'ovulation spontanée (1).

Depuis que l'on connaissait l'existence de l'ovulation, s'était accru l'intérêt suscité par l'ovaire ; mais la théorie de l'ovulation provoquée en limitait considérablement l'étude fonctionnelle et pathologique : cet organe n'étant considéré que comme un producteur d'ovules, sous l'influence d'une cause unique.

Ponchet démontrant l'ovulation spontanée bouleverse les notions actuelles et ouvre le champ aux recherches.

Négrier précise que la fécondation n'est pas antérieure et nécessaire à l'ovulation, mais postérieure à elle.

Gaillard établit le siège de la fécondation dans le tiers externe de la trompe.

En même temps Sappey dans ses études histologiques met au point la constitution histologique du follicule et l'existence dès le début de la formation embryonnaire de l'ovaire, d'un stock de follicules qui servira durant la vie.

Mais surtout la spontanéité de l'ovulation l'élève au rang d'un phénomène physiologique périodique dont on entrevoit l'importance dans tous les phénomènes de la vie génitale. Bel exemple de la fécondité d'une découverte qui ouvre la voie aux recherches : l'association d'idées entre l'ovulation et la menstruation s'effectue et on va s'efforcer de comprendre les rapports qui existent entre elles. C'est de l'évolution de ces interprétations que va naître la théorie de la sécrétion interne ; aussi, bien que certaines de ces explications nous apparaissent actuellement dans toute leur caducité, elles n'en présentent pas moins un certain intérêt :

(1) POUCHET. — Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation. Paris 1847.

1° Par leurs raisons mêmes qui ont occasionné les erreurs ;

2° Par les déductions qu'elles ont fait naître et dont certaines, nées d'hypothèses fausses, furent fécondes ou sont encore vraies ;

3° Par les critiques et les oppositions qu'elles ont suscités.

* * *

La nouveauté et la vogue même des idées nouvelles explique que l'ovulation reste pour beaucoup le fait prédominant dont ils ne peuvent, semble-t-il décentrer leur attention, dans la conception qui va s'élaborer de la physiologie génitale féminine.

C'est dans le « Traité de la menstruation » de Raciborski paru en 1868, que nous pouvons extraire les idées principales d'un premier courant doctrinal suivant lequel l'ovulation est tout, la menstruation simple épiphénomène.

En opposition à cette doctrine, celle de Velpeau continuée par Aran qui tend à restituer une vraie signification à la menstruation.

La doctrine de Raciborski, repose sur l'idée que menstruation et ovulation sont contemporaines, et accessoirement sur celle que l'ovule n'est pondu que si fécondé.

L'ovulation et la menstruation sont les deux faces d'un même fait : un orgasme vasculaire. Cet orgasme détermine par congestion la rupture du follicule et la congestion de la muqueuse utérine auquel l'hémorragie sert de « crise » (1). Cet orgasme est dû à une excitation nerveuse venue des centres auquel elle a été transmise par une irritation des filets nerveux qui entourent le follicule en progression.

C'est donc surtout une théorie mécanique et congestive (de fait les mots anémie, congestion, phénomènes vasculaires, etc., reviennent sans cesse sous la plume des auteurs de cette époque. Toute pathogénie mise à part, il s'agit bien là en effet de faits d'observation. Et ce ne sont pas les mots, eux aussi passe partout, que nous employons en 1933 qui nous doivent faire oublier les résultats de l'observation de nos devanciers).

C'est ainsi que cette doctrine ne voyait dans la menstruation qu'un épiphénomène mécanique. On voit tout ce qu'une semblable hypothèse amenait d'erreurs et de restrictions. Elle n'en a pas moins amené Raciborski et ses continuateurs à des considérations intéressantes.

Le dogme « sans ovaire, pas de menstruation » n'est pas si absolu qu'il ne se soit élevé de longues discussions sur les faits cliniques rapportés d'ovulation sans utérus, à côté desquels on apportait des exemples de règles sans ovaires (2). C'est à la lumière de ces discussions qu'apparaît une distinction entre les troubles d'ordre utérin, et ceux d'ordre ovarien. On entrevoit en effet la possibilité de désordres gynécologiques dus seulement à l'état de la muqueuse ou de la musculeuse utérine, et c'est ainsi que pour la première fois on commence à établir une distinction entre les métrorragies d'origine utérine et celles d'origine ovarienne (endocrinienne, dirait-on aujourd'hui).

Parce qu'ils croient à l'absence de signification de la menstruation, ces mêmes auteurs, discutant longuement sur l'opportunité du traitement de l'aménorrhée, vont poser les prémisses d'une idée, qui a mûri depuis eux : c'est à savoir que les règles n'ont pas une signification univoque, et qu'il faut dans certains cas respecter certaines aménorrhées et dans d'autres ne pas s'attacher à la seule apparition d'un phénomène local ne répondant à aucune modification ovarienne.

(1) Raciborski. Traité de la menstruation, p. 90, dit que « il y a synergie entre la membrane interne de l'utérus et la tunique interne des vésicules en déhiscence ».

(2) Certaines recherches modernes (Corner et Hartmann) n'ont-elles pas aussi admis l'existence chez des guenons de menstruation sans ovulation ?

On ne disposait à cette époque comme emménagogues que de substances congestivantes, mais nos plus modernes thérapeutiques n'agissent bien souvent que par un mécanisme analogue ; et les « hémorragies thérapeutiques » que nous constatons quotidiennement devraient nous inciter à relire les pages que Raciborski consacre au rôle des emménagogues et à l'inutilité de menstruations artificiellement provoquées (1).

Si nous abordons, dans ces auteurs, les chapitres consacrés à la physiologie et aux troubles de la fécondation et de la nidation, nous constatons qu'ils sont singulièrement troublés par la conviction qu'ils ont qu'ovulation et menstruation sont contemporaines. Ils continuent, suivant la plus pure tradition d'Hippocrate et des médecins des rois de France, à considérer que c'est au moment des règles que la fécondation a les seules chances de se produire. Mais comme ils observent de nombreux faits où la fécondation s'est produite, malgré que l'acte sexuel ait eu lieu à une période différente, ils se trouvent dans un cruel embarras pour fournir à des faits qu'ils ne peuvent nier de valables explications, et n'en trouvent de meilleures que celles de « fécondations agénésiques ». Cette invraisemblable assertion trouve de nombreux et sérieux auteurs pour la défendre (Négrier, Evrard) et on ne peut s'empêcher de penser qu'elle possédait de quoi plaire singulièrement aux partisans de la génération spontanée (Ponchet, par exemple).

(Rappelons pourtant à propos de la nidation, que Pflüger, en soulevant l'hypothèse que la nidation de l'œuf était favorisée par l'arrivement de la muqueuse, apporte la première pierre, à la notion d'évolution cyclique de la muqueuse utérine.)

Voici donc où en étaient à peu près les continuateurs de Raciborski en 1885 : dans le livre de Gallard paru en 1885 (2) l'insuffisance des explications entraîne de stériles discussions sur les règles sans ovaires, les conceptions agénésiques, etc...

Pourtant il existait un second courant doctrinal représenté par des auteurs qui, continuant l'enseignement de Velpeau, se refusaient, malgré l'importance donnée à l'ovulation, à méconnaître celle de la menstruation.

C'était, il faut le reconnaître le parti de l'opposition ; (Velpeau déjà en 1845, se trouvait en opposition avec la plupart de ses contemporains lorsqu'il affirmait la fonction excrétoire des règles, qu'il citât des auteurs qui auraient professé la même opinion que lui).

C'est Aran qui dans ses admirables « Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus » parues en 1838, soutient la thèse qu'il ne cessera de défendre toute sa vie. Elle se trouve synthétisée en de nombreuses phrases aussi claires qu'affirmatives telles que :

« Ce n'est pas un accident mais une fonction », « cet écoulement menstruel sert à quelque chose » ou celle que Vignes met en épigraphe au premier chapitre de sa thèse (1914) consacrée au rôle désintoxicant de la menstruation : « Je ne puis pas ne pas reconnaître à l'hémorragie menstruelle un rôle spécial dans l'organisme ». Il est amusant de la voir s'opposer d'une façon presque schématique à celle-ci, signée de Raciborski : « la menstruation ne joue aucun rôle chimique ».

Aussi après la découverte de l'ovulation spontanée, Aran se refuse à considérer par l'ovulation est tout, et que l'hémorragie n'est rien.

C'est ainsi que vont se trouver tempérées et complétées les assertions que nous avons relevées dans Raciborski, Gallard, leurs élèves et continuateurs.

Il est curieux de voir la véhémence et la force avec laquelle Aran insiste sur la signification de l'écoulement menstruel bien qu'il ne puisse préciser très exactement ce

(1) Raciborski. *Loc. cit.* — « La médication emménagogue a-t-elle sa raison d'être ? Quelle est la part de son influence sur l'ovulation et quelle est celle réservée au flux menstruel ? »

(2) Gallard. — Leçons sur la menstruation, 1885.

◆◆◆

rôle, dont la nature ne lui apparaît qu'en fonction des observations qu'il a pu faire au cours des états pathologiques qu'il a pu préciser.

(Néanmoins il pense que c'est surtout par l'excrétion de l'excédent de carbone de l'organisme que le sang menstruel joue un rôle chimique.)

Mais c'est surtout à propos du traitement des aménorrhées qu'Aran apporte les notions indispensables pour compléter les idées que nous avons pu dégager au précédent chapitre. Si la menstruation joue un rôle, il va de soi, qu'à côté des aménorrhées qu'il ne faut pas traiter ou qui ne se peuvent traiter qu'inefficacement, il en est d'autres qui vont s'accompagner de troubles dus à l'absence d'écoulement menstruel (quelle que soit l'origine qu'on lui accorde) et dans lesquelles il faut s'efforcer de rétablir cet écoulement : « il ne faut considérer l'arrêt de l'hémorragie comme grave que s'il s'accompagne de troubles ».

En outre, c'est Aran qui indiqua l'existence possible de règles déviées : « l'ovulation est indispensable pour déterminer la menstruation, dit-il, mais si elle manque l'excrétion n'en fait pas moins des efforts pour se produire soit par les voies ordinaires, soit par d'autres voies ».

Depuis, se sont multipliées les observations de règles déviées, de troubles du molimen à distance, qui témoignent peut-être de ces efforts pour se produire « par d'autres voies ».

***

Voici donc où en est en 1880 la physiologie gynécologique.

La découverte de l'ovulation spontanée a ouvert la voie aux observations et aux recherches.

L'insuffisance ou le mal fondé de certaines hypothèses se trouve balancée par la perspicacité et l'abondance des observations cliniques.

C'est ainsi que s'édifie petit à petit une conception du rôle respectif de l'ovaire et de l'utérus, de l'individualité de chacun des organes et de leurs rapports réciproques. Il semble que se remplisse par endroits un grand tableau auquel ne manque plus qu'un sens général, qu'une idée d'ensemble. Certaines idées se flétrissent sur place, d'autres attendent qu'une explication commune les relie : ce sera la notion de sécrétion interne qui est en train depuis 1855 de s'élaborer mais qui mettra un demi-siècle, avant d'être exploitée avec profit dans le domaine de la physiologie gynécologique.

L'histoire de l'évolution de la doctrine de la sécrétion interne fera l'objet d'un prochain article.

« Les observations publiées de tous côtés ont montré que l'infarctus du cœur devait être considéré comme une affection banale, dont la fréquence est à notre avis à peine inférieure à celle du ramollissement thrombosique cérébral, opinion qui s'accorde d'ailleurs avec les observations plus anciennes des anatomo-pathologistes. La statistique toute récente de la Clinique Mayo, à Rochester, vient de montrer encore une fois que parmi 1.000 individus décédés après quarante-cinq ans d'affections diverses, 7 p. 100 sont porteurs d'un infarctus myocardique ancien ou récent. » (Prof. Georges Bickel, de Genève. Le traitement de l'infarctus du myocarde. *Paris Médical*, 6 mai 1933.)

Potassium. — Les concordances signalées entre les teneurs en potassium des muscles et certaines de leurs propriétés physiologiques ont rendu intéressante l'étude comparative de la quantité de potassium renfermée dans les muscles blancs et les muscles rouges, de mammifères comme le lapin et le rat, chez qui la distinction de ces muscles est particulièrement nette. Aussi Millard a-t-il dosé le potasssium dans le droit interne, le grand adducteur (muscle blanc) et le demi-tendineux (muscle rouge) pour le lapin. Pour le rat, chez qui la distinction de ces deux types de muscles n'est pas aussi tranchée, les faisceaux blancs et rouges des muscles du membre postérieur ont été soigneusement disséqués et isolés.

THÉRAPEUTIQUE

Un accélérateur des combustions cellulaires : la nitrophénine

Par le Docteur COURDOUAN

Depuis une quinzaine d'années, dans le silence des laboratoires de recherches, des investigations du plus haut intérêt se sont poursuivies sur l'action physiologique de certains dérivés nitrés du phénol. Depuis deux ans, ces études tout à fait remarquables ont enfin fait l'objet des communications cliniques : de nouveaux types pharmacodynamiques sont nés : des médicaments excitants des oxydations cellulaires.

Historique

Fortuitement, pendant la guerre, l'attention des médecins attachés aux usines chimiques fut attirée par les phénomènes que présentaient les ouvriers manipulant des phénols dinitrés ; ces symptômes différaient totalement de ceux observés chez les manœuvres intoxiqués par les phénols trinitrés (acide picrique).

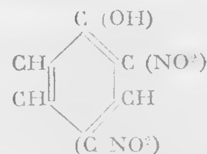
Le Professeur André Mayer, du Collège de France, entreprit une étude complète de ces faits, notamment avec la collaboration de H. Magne et R. Plantefol (1). L'an dernier, tout un numéro des *Annales de Physiologie* était consacré à ces importantes études expérimentales.

Bientôt l'utilisation clinique a suivi. Les Américains s'y sont attachés de leur côté. Leur plus important travail clinique est celui de Cutting, Mehrtens et Tainter (5). L'intérêt thérapeutique de cette nouvelle classe de médicaments a été souligné officiellement en 1933 par le Conseil de l'*American Medical Association* (6).

Constitution chimique

Parmi les phénols dinitrés, il existe six isomères. Certains sont presque inactifs (tels l'isomère 1, 2, 3). Le plus actif est l'alpha-dinitro-phénol 1, 2, 4, que le Professeur A. Mayer a qualifié du nom de *Thermol*, pour souligner ses propriétés hyperthermisantes, et qu'on désigne plus couramment du nom de *Nitrophénine*, qui a l'avantage de rappeler sa constitution chimique.

C'est un corps de formule



« Il se présente, quand il est pur, sous la forme d'un « corps solide, en beaux cristaux jaunes ou blanc-jau« nâtres. Obtenu industriellement par des méthodes « défectueuses, il est plus ou moins brun et peut dégager « une odeur rappelant faiblement celle du phénol ou de « l'essence de Mirbane » (Maurice Guerbet) (2). Pour l'emploi clinique, il est indispensable de n'employer qu'une nitrophénine purifiée par plusieurs cristallisations successives dans l'alcool.

Propriétés physiologiques

1) Toxicité. — Il semble que les premiers chercheurs aient été impressionnés par les accidents observés dans

BIBLIOGRAPHIE

Les traumatismes fermés du rachis, par G. Michel, professeur de clinique chirurgicale, M. Mutel et R. Rousseaux. Un volume de 330 pages avec 83 figures, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs se basant sur leur expérience personnelle et sur les observations parues dans la littérature médicale font une mise au point de la question particulièrement intéressante dans ses indications thérapeutiques.

Après un bref aperçu anatomo-physiologique et un chapitre consacré à l'étude des grands syndromes médullaires, ils font une étude topographique des lésions vertébrales. C'est que les troubles apportés à la statique du rachis par un traumatisme et la gravité des conséquences d'une atteinte de l'axe médullaire sont fonction de l'intensité du traumatisme et aussi de sa localisation en hauteur.

Ils étudient séparément les lésions de l'atlas et de l'axis, celles des cinq dernières cervicales, celles de la région dorso-lombaire.

Mais quel que soit le niveau intéressé, un double problème thérapeutique peut se poser, d'ordre essentiellement pratique et à la discussion duquel les auteurs se sont particulièrement attachés :

Celui du traitement des dégats ostéo-articulaires par la contension orthopédique ou la synthèse chirurgicale.

Celui du traitement des lésions médullaires par l'expectative ou la laminectomie décompressive.

La fréquence des lésions rachidiennes comme accidents de travail, en particulier dans les industries minières et métallurgiques, pose souvent au médecin traitant comme au médecin expert la délicate question de la fixation de la date de consolidation et du pourcentage d'invalidité : un chapitre important a été consacré à cette étude.

Cette mise au point des traumatismes du rachis, enrichie par une abondante documentation bibliographique constitue un document précieux pour l'étudiant et surtout pour le médecin traitant qui saura y trouver au moment de l'accident d'utiles indications thérapeutiques et plus tard des directives intéressantes lors du règlement du litige en cas d'accident du travail.

Etudes neurologiques (cinquième série), par Georges Guillain. Un volume de 462 pages, avec 110 figures, 80 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

C'est le cinquième volume de cette série qui constitue une véritable encyclopédie neuro-pathologique.

Ces travaux ont été groupés sous les titres suivants :

I. Tumeurs cérébrales (9 chapitres).
II. Pathologie de l'encéphale (17 chapitres).
III. Pathologie des pédoncules cérébraux, de la protubérance du bulbe, du cervelet (9 chapitres).
IV. Pathologie de la moelle épinière (10 chapitres).
V. Pathologie des nerfs craniens et rachidiens (3 chapitres).
VI. Varia (5 chapitres).
VII. Histoire de la neurologie (1 chapitre).

On trouvera dans ces travaux de clinique, comme dans les précédents, le souci constant de maintenir à l'anatomie et à la physiologie du système nerveux la prééminence dans les études neurologiques, et aussi la préoccupation de rénover et de perfectionner la méthode anatomo-clinique par l'utilisation la plus large des techniques que la bactériologie, la chimie et la physique mettent à la disposition de la neurologie.

La Guerre mondiale dans l'Ouest africain (Togo, août 1914, Cameroun, 1914-1916), par le Général E. Howard Gorges. Préface du général J. Aymérich. Un vol. in-8 de la Collection de mémoires, études et documents pour servir à l'Histoire de la Guerre mondiale, avec 3 croquis, 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage, le premier paru en France sur le sujet, expose ce qu'a été la collaboration britannique dans les expéditions de l'Ouest africain en 1914-1916. Le général Gorges a fait toute la campagne du Cameroun et son récit, qui rend particulièrement hommage aux troupes indigènes, Sénégalais et noirs du Sierra-Leone, montre combien fut dramatique la lutte qu'eurent à mener les colonnes françaises et anglaises dans les marais et les taillis de la brousse tropicale, non seulement contre l'ennemi, mais contre la nature hostile, à travers marécages, forêts vierges, vastes étendues de brousse et d'herbe à éléphants, par-dessus de hautes montagnes et le long de la côte basse infestée de fièvres.

Le général Aymérich, qui fut le commandant en chef des troupes françaises de l'Afrique Equatoriale durant la guerre mondiale donne à l'ouvrage du général Gorges, qu'il a personnellement connu au cours de la campagne, une importante préface. Le général Aymérich doit d'ailleurs publier lui-même prochainement dans la même collection un livre similaire à celui du général Gorges pour exposer la campagne du Cameroun du point de vue français.

Le général Gorges a su brosser un tableau fort complet et surtout très vivant des deux colonies et de leurs populations ; la description du pays, du terrain, de la végétation et du climat suffit d'ailleurs pour nous donner une idée de toutes les difficultés de ces expéditions sous le soleil de plomb ou les brouillards mortels des tropiques.

les usines de guerre, à la suite d'absorption massive de nitrophénine. C'est en réalité un médicament parfaitement maniable comme l'indiquent les chiffres suivants :

a) la dose thérapeutique dans l'obésité est, par voie buccale, de 3 milligrammes par kilogramme ;

b) la dose sudorifique est de 5 à 8 milligrammes par kilogramme ;

c) la dose pyrétogène est de 10 milligrammes par kilogramme ;

d) la dose qui provoque des accidents sérieux est de 30 milligrammes par kilogramme ;

e) la dose mortelle est de 50 milligrammes par kilogramme, soit plus de 15 fois la dose thérapeutique usuelle.

C'est là une marge de sécurité très supérieure à celle de médicaments pourtant courants, telle l'ouabaïne, l'aconitine, et même de certains principes opothérapiques, telles l'adrénaline et la thyroxine.

2) Voie d'introduction. — La voie d'introduction ordinaire est la voie buccale. La voie sous-cutanée, nullement plus efficace, a seulement l'avantage d'un contrôle médical plus direct lorsqu'on utilise la nitrophénine à haute dose (8 à 10 milligrammes par kilogramme) pour provoquer la fièvre artificielle. En pratique donc on utilise des granules titrés à trois centigrammes et glutinisés, granules qui sont absorbés une seule fois par jour, à la fin du principal repas.

3) Propriétés physiologiques. — Les effets physiologiques de la nitrophénine sont tout à fait surprenants par leur intensité et leur nouveauté. Ils diffèrent d'ailleurs suivant qu'on administre des doses subtoxiques ou des doses normales.

a) *Effet des doses subtoxiques* : Le premier phénomène déclenché par de fortes doses de nitrophénine est l'*élévation de la température*. C'est une hyperpyrexie rapide et énorme, qui, dans des conditions expérimentales, a pu atteindre 45°.

Ce qui provoque cette hausse thermique, c'est une *augmentation considérable des combustions cellulaires*. Et, de fait, la quantité de CO^2 exhalée peut décupler. Le métabolisme basal s'élève à des chiffres extraordinaires. Les dosages d'urée urinaire, de carbone, etc., révèlent l'augmentation des déchets qui résultent de cette véritable flambée tissulaire.

Tous les matériaux organiques sont oxydés : glucides, graisses et protides, comme le montre l'abaissement du quotient respiratoire. Et cependant, il n'y a aucune modification cardio-vasculaire, pas de soubresauts musculaires : il s'agit d'une excitation directe des combustions des cellules de l'organisme, comme l'a démontré le Professeur A. Meyer dans de nombreuses recherches, trop vastes pour être résumées ici.

Si la dose mortelle a été injectée à un animal, il meurt en hyperthermie extrême, et même une demi-heure après sa mort, la température prise au niveau de l'aorte abdominale reste très élevée (42°-43°).

b) *Effet des doses normales* : Comme le remarquent H. Magne, A. Mayer et L. Plantefol, « le fait frappant, après l'injection d'une faible dose, c'est que les caractéristiques de l'intoxication peuvent être très peu marquées ou peuvent même manquer totalement. La température peut ne s'élever que très peu ou même demeurer constante ».

C'est là une donnée fondamentale pour l'utilisation thérapeutique. Et, en effet, Cutting, Mehrtens et Tainter ont pu donner à leurs sujets une dose quotidienne normale de nitrophénine (3 milligrammes par kilogramme) *pendant des mois*, sans observer le moindre trouble, en particulier *aucun de ces troubles nerveux, digestifs et cardiaques, si fréquents avec les extraits thyroïdiens.*

Et pourtant, malgré cette absence de tous phénomènes subjectifs, deux effets physiologiques persistent : l'*élévation du métabolisme basal* (qui se maintient à + 40 %), et la *chute du poids* (800 grammes par semaine en moyenne).

Fait très important : ces faibles doses mithridatisent contre les effets toxiques des doses fortes. Malgré cela, « dans l'accoutumance au dinitrophénol, il n'y a pas suppression des effets physiologiques fondamentaux, notamment de l'augmentation des échanges respiratoires » (H. Magne, A. Mayer et L. Plantefol).

Etude clinique

Voilà donc un médicament très complètement étudié au Laboratoire, avant d'être proposé au clinicien.

En réalité, l'expérience clinique qu'on a de la nitrophénine est déjà immense : elle s'est faite toute seule dans les usines chimiques où l'on fabrique des phénols dinitrés, dont l'usage industriel est très vaste. « Les hommes travaillant dans les ateliers où se manipule le dinitrophénol et qui en ont absorbé, ont des urines où se décèle la réaction de Derrien. Des milliers d'examens ont été faits par cette méthode. » (M. Guerbet et A. Mayer).

Il importait cependant de suivre de près l'action clinique sous le contrôle précis des doses administrées.

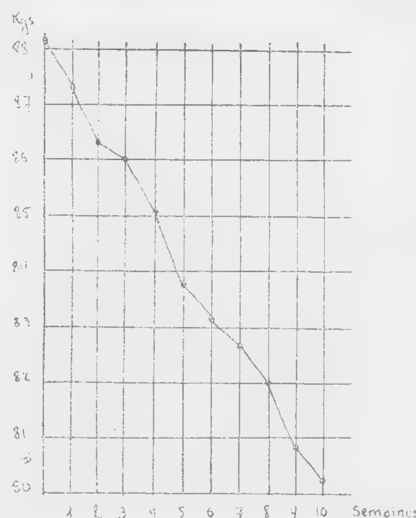


Fig. 1. — Chute du poids chez un obèse sous l'influence de l'absorption quotidienne de nitrophénine (3 milligrammes par kgr.).

C'est ce qui a été fait aux Etats-Unis, en particulier dans les hôpitaux de San-Francisco, et on lira avec intérêt le détail de ces recherches dans le récent mémoire de Cutting, Mehrtens et Tainter (5).

Voici, d'après les auteurs américains et nos propres recherches, la posologie et les indications cliniques de la nitrophénine.

1° Posologie. — Les recherches d'emploi d'un *médicament aussi actif* que la nitrophénine sont très particulières et doivent être bien connues :

a) Les granules de nitrophénine doivent être pris *une seule fois par jour*, à la fin du repas de midi. Les physiologistes ont montré, en effet, que l'action de la nitrophénine dépendait essentiellement de sa concentration humorale à un moment donné. D'où la règle de ne pas éparpiller les doses dans la journée.

b) La dose administrée doit être *proportionnelle au poids du sujet*, puisque la nitrophénine active les combustions de l'ensemble des tissus. La dose normale est : un granule dosé à 3 centigr. pour 10 kilogrammes de poids (soit 6 granules pour 60 kilogr., 8 granules pour 80 kilogr. etc.).

c) Le traitement quotidien doit se poursuivre pendant huit à dix semaines, régulièrement et sans interruption.

d) On peut tâter la susceptibilité du malade en admi-

nistrant la moitié de cette dose le premier jour. On sera prudent chez les diabétiques et les albuminuriques.

Il y a d'ailleurs peu de chances pour que le malade force spontanément les doses. S'il lui arrive de les doubler, l'augmentation des combustions s'accompagne de sueurs copieuses. Si même il était tenté de tripler les doses, l'effet hyperthermisant se manifesterait et la température monterait à 39° 40°. Il y a là, d'ailleurs, comme nous allons le voir, une méthode intéressante de pyrétothérapie.

2° Indications cliniques. — Les indications cliniques de la nitrophénine sont nombreuses, mais elles peuvent se résumer d'un mot : *tous les ralentissements de la nutrition.*

a) *Obésité.* Toutes les formes d'obésité sont justiciables de la nitrophénine : obésité des gros mangeurs, des sédentaires, obésité avec insuffisance ovarienne, hypophysaire ou thyroïdienne. En huit à dix semaines de traitement, la chute de poids peut atteindre 8 à 10 kilogr. comme le montre notre tracé n° 1.

Cette chute de poids est bien due à une augmentation des échanges, comme on peut le vérifier par l'étude du métabolisme basal (*fig.* 2). L'amaigrissement ne s'accompagne ni d'angoisse, ni de tremblements, ni de palpitations, en un mot d'aucun des troubles observés avec les extraits thyroïdiens : les sujets ont au contraire une impression remarquable d'euphorie et d'activité.

Les auteurs américains insistent sur le fait que ces

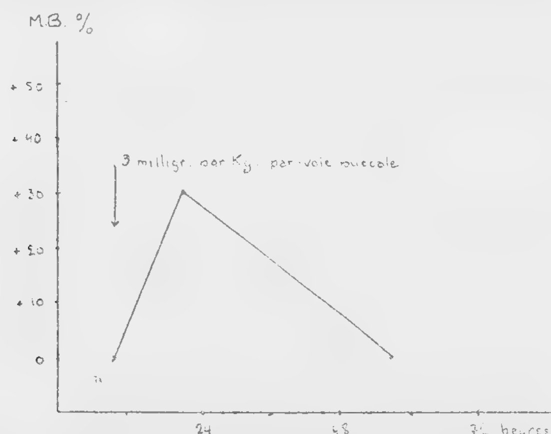


Fig. 2. — Evolution du métabolisme basal sous l'influence d'une seule dose de nitrophénine.

amaigrissements ont été obtenus sans le secours d'aucun régime. Le fait est parfaitement exact : mais c'est, à notre sens, une erreur que d'offrir aux obèses un médicament aussi actif, sans leur ordonner en même temps des pratiques d'exercice et de restrictions alimentaires. Outre qu'on facilite ainsi l'action du médicament, on évite d'en voir perdre rapidement les bénéfices, lorsque après cessation de la médication, le malade retombe dans ses erreurs de sédentarité ou de polyphagie.

b) *Hypothermies, anidroses, hypothyroïdies.* Ce sont là encore des indications évidentes de la nitrophénine, comme d'ailleurs tous les troubles pathologiques liés à l'insuffisance des oxydations cellulaires.

c) *Pyrétothérapie.* La nitrophénine peut enfin être utilisée pour produire la fièvre artificielle. On administre alors des doses doubles ou triples (6 à 9 centigrammes par 10 kilogrammes de poids) par voie digestive ou souscutanée. Il est bon de donner la veille ou l'avant-veille la dose normale par voie digestive (un granule de 3 centigr. par 10 kilogr.).

L'hyperthermie ainsi provoquée dépasse facilement 4 .°. Elle ne s'accompagne pas de phénomènes de choc, comme avec les injections de colloïdes ou de certains vaccins ; ce n'est pas non plus une élévation passive de la température, comme celle qu'on obtient avec les ondes courtes. Elle se rapproche beaucoup, dans son mécanisme, de la pyrétothérapie réalisée par impaludation. Comme celle-ci, d'ailleurs, elle doit être effectuée, bien entendu, sous la surveillance médicale.

Conclusion

Ainsi, la nitrophénine constitue un médicament d'une puissance extraordinaire alliée à une tolérance remarquable aux doses normales. Une médication aussi active mérite d'être utilisée à bon escient. Elle constitue un progrès énorme sur les préparations thyroïdiennes.

Un chapitre thérapeutique nouveau est ouvert dans le traitement des ralentissements de la nutrition.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Henri Magne, André Mayer et Lucien Plantefol. — Action pharmacodynamique des phénols nitrés. Un agent augmentant les oxydations cellulaires. Le dinitrophénol 1, 2, 4, (Thermol). *Annales de Physiologie*, t. VIII, 1932.

(2) Maurice Guerbet. — Etudes sur l'action du dinitrophénol 1, 2, 4, (Thermol). Caractères analytiques du dinitrophénol et de ses dérivés. Application à la recherche de ces corps dans les urines, les organes, le sang. *Annales de Physiologie*, t. VIII, 1932.

(3) J. Georgescu. — Etudes sur l'action du dinitrophénol 1. 2. 4. (Thermol). La teneur des urines en acide glycosurique après injection de dinitrophénol 1, 2, 4, *Annales de Physiologie*, t. VIII, 1932.

(4) Théophile Cahn et Jacques Houget. — Le métabolisme des glucides, lipides et protides au cours d'hyperthermies, *C.R. Société de Biologie*, t. CXIII, 1933.

(5) W.-C. Cutting, H.-G. Mehrtens et M.-L. Tainter. — Actions and uses of dinitrophenol : promising metabolic applications. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 101, n° 3, 1933.

(6) Paul-Nicholas Leech. — Alpha-dinitrophénol. Prel. Report of the Council on Pharmacy and Chemistry. *J. A. M. A.*, 1933.

ACTUALITÉS

Georges Hayem (1)

(1841-1933)

Par M. **Maurice LOEPER**

Lorsque, il y a quelques mois, l'Académie de Médecine célébra de façon affectueuse et solennelle le centenaire du Docteur Guéniot, le professeur Hayem, qui était notre vice-doyen, reçut, lui aussi, des félicitations et des vœux. Il accueillit les unes et les autres avec un fin sourire qui exprimait à la fois la gratitude du souhait et un certain espoir de sa réalisation ; et cet espoir semblait justifié.

Il n'avait pas d'infirmité, sa démarche restait alerte, son œil était toujours vif sous les lunettes d'or, et sa parole aussi précise et aussi directe.

La vie à son déclin est souvent une dure contrainte qu'on accepte par philosophie, par devoir ou par religion ; prolongée sous cette forme elle est un bienfait des dieux. A la sentir s'écouler ainsi doucement, sans choc et sans à-coup, on la vit sans lassitude et l'on oublie quelquefois l'exception que l'on est. Ce fut en juillet dernier une pleurésie qui triompha aisément de ce corps frêle où brûlait une flamme d'une vitalité peu commune.

(1) Notice nécrologique lue à l'Académie de Médecine, le 3 octobre 1933.





Hayem s'éteignit dans les bras de sa fille, près de son gendre et de sa dernière petite fille. Il avait quatre vingt-treize ans. Né à Paris le 24 novembre 1841 (et il tenait à la rigoureuse précision de cette date), il fit ses études à Condorcet, à ce moment Lycée Bonaparte.

Il était l'aîné de six enfants. Son père qui dirigeait une industrie prospère, avait le très légitime désir de lui confier sa succession. Mais le jeune homme montrait une irrésistible attraction pour les sciences. Il dédaigna la situation toute faite, la réussite commerciale trop facile et demanda l'autorisation de faire ses sciences puis sa médecine. Et il s'y jeta avec passion.

Peut-être sentait-il parler en lui l'âme de cet ancêtre, bon médecin de Strasbourg, qui eut jadis la bonne fortune de soigner son roi et de le guérir. Sans doute avait-il aussi cette certitude, comme dit le Livre saint, que sur lui brillait une étoile et qu'elle le mènerait jusqu'au succès.

Alors sa carrière se précipite et se développe harmonieusement.

Il enlève rapidement ses baccalauréats et, dès 1862, est reçu à l'externat des hôpitaux premier contre le fils de Denonvilliers.

Il se fait une piqûre anatomique dont il manque mourir, et malgré cela atteint aisément l'internat l'année suivante.

Il prend successivement une place chez Léger, à Bicêtre, puis chez Millard, chez Oulmont et chez Vulpian ; conquiert la médaille d'argent des hôpitaux en 1866, la médaille d'or en 1867 et fait ses deux années supplémentaires chez Tardieu et chez Bernutz.

De petite taille, mince, le front haut, l'œil abrité par des sourcils bien dessinés et adouci par les verres, le menton proéminent et volontaire, le nez à peine busqué et une fine moustache ombrageant la lèvre supérieure, il avait déjà à cette époque l'attitude profondément réfléchie, le regard profond et scrutateur. Silencieux et réservé, il passait à juste titre en salle de garde pour un travailleur acharné que rien ne pouvait détourner de sa tâche quotidienne toujours exactement accomplie.

Il n'était pas sorti de l'internat qu'il s'inscrivait à l'agrégation, mais il y échoua la première fois. C'est en 1872 qu'il fut nommé brillamment avec Rigal, Lancereaux, Damaschino et Duguet, battant de loin Georges Dieulafoy.

A trente-huit ans, en 1879, il succède à Gubler comme professeur de thérapeutique et conserve sa chaire quatorze ans, puis il est professeur de clinique, transporte sans trop de difficultés sa clinique à Saint-Antoine où il était déjà chef de service. C'est là qu'il enseigne jusqu'à la retraite fatale qui sonne en 1911. Entre temps, en 1886, il avait été élu membre de l'Académie de Médecine et eut l'honneur de la présider à la fin de la guerre, en 1918.

***

Le hasard des salles de garde l'avait rapproché de Magnan, avec qui il se lia d'une amitié qui ne s'éteignit qu'avec la mort. Il aimait ces soirées de travail longtemps prolongées dans la nuit où Magnan et lui échangeaient de multiples propos de biologie, de médecine et même d'art, et où ils se faisaient parfois rappeler à l'ordre par le vieux père, impatient de se reposer.

C'est sans doute à cette collaboration que nous devons les travaux de Hayem sur les Encéphalites, dont il décrivit les trois variétés encore classiques : aiguës suppuratives, subaiguës hyperplastiques et chroniques sclérosantes.

Ce travail de pathogénie fort original assimilait les réactions du tissu interstitiel du cerveau à celles des autres tissus de soutien. Il fut le sujet de sa thèse de 1868. Il établit un lien entre toutes les réactions inflammatoires, de quelque siège qu'elles soient et accuse déjà les grandes qualités anatomopathologiques, la méthode et la technique soignées de son auteur.

Il reste pourtant un peu isolé dans son œuvre comme l'est sa thèse d'agrégation sur les bronchites que le concours lui imposa, et celle sur les hémorragies intrarachidiennes à la description desquelles, sauf la cytologie, on n'a pourtant pas ajouté grand'chose.

Son avenir et ses tendances étaient ailleurs. C'est en 1870 seulement qu'il s'attaque à l'hématologie. « Les travaux de Pasteur, dit-il expressément, m'ont montré que les médecins connaissent mal le sang et que l'étude de ce milieu intermédiaire au monde extérieur et aux tissus devait être féconde en conclusions biologiques, diagnostiques et thérapeutiques. »

Un cas de purpura hémorragique l'intéresse vivement ; il y décrit même les lésions vasculaires, auxquelles les histologistes ne porteront attention que plus tard. Il voit la nécessité d'une bonne technique de coloration, et fait construire par Nachet un appareil de numération qui rivalise avec celui de Malassez ; il étudie les rapports de quantité et de qualité des hématies dans les maladies et leurs lésions dans les anémies. Il en fixe les différents degrés. Il établit la formule de la chlorose et celle de l'anémie pernicieuse et s'étonne de constater, et avec une fréquence impressionnante, une foule de petits corpuscules arrondis, ou allongés, plus petits que les hématies et considérés jusqu'ici comme des accidents ou des impuretés. Lui, ne se méprend pas sur leur autonomie et leur personnalité et publie le 28 mai 1876 à l'Académie des Sciences un mémoire devenu célèbre, où il en donne la véritable signification.

Bientôt d'ailleurs, dans des recherches d'histologie comparée, il en verra la filiation chez tous les vertébrés, et se décidera à les nommer hématoblastes, parce qu'ils sont les agents de régénération du sang, les parents directs des globules rouges.

Cet hématoblaste lui apparaît bientôt non seulement comme un nouvel élément du sang, mais peut-être comme le principal.

L'anhématopoïèse est une enhématoblastie: La chlorose diffère de l'anémie pernicieuse parce que l'hématoblaste reste intact ou peu altéré. Les globules nains, déformés, en massue, peu colorés ne sont pas des hématies pauvres, mais des hématoblastes en voie de transformation. C'est à l'hématoblaste qu'est due la coagulation du sang. Son absence produit l'irrétractilité du caillot. Il est l'agent du clou hémostatique, comme il l'est de l'agglutination. C'est encore lui qui gêne la transfusion sanguine et qui la rend dangereuse.

Hayem en donne la proportion : 1/20 hématies, 200.000 par millimètre cube, il montre son accroissement jusqu'à 800.000 dans la crise hématique des maladies. En un mot, il en fait le centre, le pivot de la plupart des modifications de la vie du sang, de sa résistance et de sa rénovation.

Et cette opinion, il la soutient opiniâtrement, avec entêtement, pourrait-on dire, dans ses monographies successives, dans ses leçons sur le sang. Il la soutient contre Bizzozero qui prétend découvrir les plaquettes, mais cinq ans plus tard — contre Neumann, contre Norris, et ne l'abandonne que partiellement dans son livre de 1923 sur l'*Hématoblaste, troisième élément du sang*. La lecture des travaux de Pagniez et d'Aynaud avait un peu modifié sa conception.

***

Lorsqu'il eut épuisé l'étude de ce qu'il croyait capital en hématologie, ses tendances anatomopathologiques le poussent vers la pathologie gastrique. Comme Charcot pour le système nerveux, et toutes proportions gardées, il veut établir des syndromes digestifs à la fois anatomiques et cliniques. Professeur de clinique, il demande à son fidèle collaborateur Winter de reprendre l'étude chimique du suc gastrique. Les recherches d'Ewald lui paraissent sur certains points insuffisantes, sur d'autres approximatives ; elles lui semblent surtout faire insuffisamment état du chlore et de ses combinaisons. Il institue la méthode chlorométrique qui sépare le chlore minéral du chlore organique et de l'acide chlorhydrique ; il établit les rapports, les formules, les courbes qui correspondent aux divers états d'hyperpepsie, et d'hypopepsie, d'hyperchlorhydrie et d'hypochlrohydrie, considère avant tout l'évolution du processus, les digestions

hâtives, lentes, prolongées, et y voit même la cause des dilatations d'estomac. Il décrit l'ulcère externe sur quoi il revient encore en 1928, la sténose incomplète du pylore, dont il fait, avant d'autres le substratum de la soi-disant maladie de Reichmann et l'aérophagie qui est le plus souvent pour lui une sialophagie avec déglutition parallèle d'air et de salive et, entre temps, l'ictère splénomégalique qui porte son nom.

Tout cela c'est de la physio-clinique si l'on peut dire. L'anatomopathologiste reprend ses droits dans l'étude classique qu'il fit avec Lion sur les gastrites.

Cette étude était en gestation depuis sa leçon d'agrégation, où il voyait rétrospectivement des lacunes.

Il réussit à obtenir des pièces fraîches ; après une fixation rapide il les colorait par des méthodes aussi fines que possible ; il y trouvait tantôt des lésions vacuolaires et grumeleuses, tantôt des lésions interstitielles ou prolifératives, des dégénérescences ou des évolutions muqueuses ; il rapprochait ces lésions patiemment, scrupuleusement, des symptômes qu'il avait observés pendant la vie ; et il en faisait des types anatomocliniques.

Cette œuvre si personnelle est si parfaite, si définitive, si indispensable que depuis quarante ans tous les travaux publiés en reproduisent à la fois la classification et les figures histologiques que personne n'a tenté de reprendre ou de refaire après lui et pour cause.

***

Hématologiste, gastrologue, Hayem ne se dissimulait pas que toutes ces recherches devaient aboutir à une thérapeutique plus directe ou plus sage.

Il avait trop complètement étudié la saignée pour ne point connaître les concentrations et les dilutions du sang, leurs inconvénients ou leurs risques et la nécessité d'y remédier.

Le choléra de 1880 lui fournit l'occasion d'appliquer sa méthode d'hydratation des cholériques. Il osa, et c'était d'une belle audace, l'injection veineuse d'un sérum qu'il appelait physiologique parce qu'il n'altérait pas les hématies et qui était en somme, comme nous disons aujourd'hui, isotonique.

Il montra que, à défaut de la veine, l'injection pouvait être faite sous la peau. Et il pouvait, dans une conférence de 1920, rappeler avec une légitime fierté les services innombrables que les injections de sérum avaient rendus aux malades et aux opérés et revendiquer en 1930 une part, et une grande, de nos connaissances sur le chlorure de sodium en thérapeutique.

Il connaissait aussi trop les lésions de l'estomac et leur étiologie ; lésions inflammatoires ou dégénératives, infectieuses ou toxiques et même alimentaires ou médicamenteuses, pour ne point comprendre toutes les nécessités d'une diététique sage, tous les risques des médications intempestives, tous les avantages du pansement bismuthé que Fleiner venait de recommander dans l'ulcère. Il fut vraiment le champion de la thérapeutique bismuthée dans une foule d'états gastro-intestinaux et resta fidèle au sous-nitrate.

***

Je me suis efforcé de résumer cette œuvre, qui n'est pas seulement une œuvre considérable, mais une grande œuvre, de la placer sous trois chefs principaux et de montrer ses qualités d'exactitude, de minutie et même de perspicacité.

Il faut avoir le courage de dire que nous ne lui avons pas toujours fait la place qu'elle mérite. Les techniques plus raffinées, permettent fatalement de faire plus et mieux ; de nouvelles recherches ouvrent de nouveaux horizons, elles font souvent oublier le pionnier de la première heure.

Certains ont dit que, hématologiste, Hayem s'était un peu perdu dans le détail, qu'il avait abusé des numérations, des mensurations et des formules ; c'est pourtant sur ces numérations, ces mensurations et ces formules à peine simplifiées que nous faisons actuellement nos diagnostics.

D'autres ont prétendu que, hanté par les hématies et les hématoblastes, il avait par trop négligé les leucocytes, dont les travaux d'Ehrlich, de Dominici, de Bezançon, de Labbé, de Leredde, montrèrent plus tard les variations infinies et si primordiales. Mais ils oublient que dès 1866, Hayem étudiait avec Henocque les mouvements amiboïdes des leucocytes du sang ; que dès 1877, il décrivait les leucocytes du pus et les inclusions microbiennes auxquelles Metchnikov attachera tant d'importance ; que vers 1888 il montrait la valeur de la leucocytose des cancers et spécialement du cancer thyroïdien ; que peu après il précisait les caractères des deux variétés de mononucléaires et qu'en 1899, il insistait sur les granulations de certains éléments que l'on commençait seulement à bien colorer et à bien connaître. Hayem, n'eut pas comme nous pour le guider les travaux d'Ehrlich,

D'autres encore on dit qu'il s'était trompé sur les hématoblastes. Il est indiscutable qu'il leur a attribué un rôle trop exclusif, qu'il a fait de leurs altérations la raison de bien des maladies et a souvent pris pour la cause un effet ou un phénomène parallèle ; mais la crise hématoblastique qu'il a décrite, reste vraie, le rôle des hématoblastes dans la coagulation l'est aussi. Le plus gros reproche qu'on puisse à mon sens, faire à ces travaux sur le sang est d'avoir négligé le rôle de la moelle osseuse, d'avoir dit un jour que sa richesse en graisse la rendait inutilisable ; que son réveil est un processus de défense insuffisant et en général de mauvais augure ; d'avoir un peu délaissé les appareils hématopoïétiques et fait des hématies nucléées le plus souvent des formes pathologiques et non des formes de reviviscence

Certes, ce sont là des erreurs ou des oublis. Mais qui ne se trompe dans son œuvre ? Qui peut se vanter d'avoir tout connu ou tout vu et d'avoir résisté à l'attraction du sujet qui le captive ?

Les études sur la transfusion sont d'ailleurs vraiment d'un précurseur ; celles sur les injections sanguines, une belle trouvaille thérapeutique, celles sur le fer, un beau morceau de chimie biologique.

***

Hayem gastro-entérologue n'a guère été moins contesté que l'hématologiste.

Ses études sont peut-être d'une minutie excessive ; là encore, il abuse des courbes, des formules et des chiffres. Un Robin qui jonglait si habilement, si prestigieusement, avec la clinique, la physiologie et même la chimie ne s'en embarrassera certes pas et préférera des dosages plus rapides et plus souples ; un Mathieu ou un Soupault considéreront les variations chimiques comme souvent contingentes ; un Enriquez, parlera surtout de motricité ; un Bouveret de réaction nerveuse.

Mais chaque conception a sa part d'erreur ou d'exagération.

D'ailleurs on ne peut nier que les chiffres d'Hayem soient exacts et rigoureusement, que ses courbes et ses tracés représentent bien et avec minutie l'évolution de la digestion gastrique et que ses conclusions restent vraies dans leurs grandes lignes. L'élément chlore a pris une valeur que personne ne conteste plus, les liquides résiduels une importance clinique indiscutée, et le spasme du pylore a confirmé son pouvoir d'hypersécrétion.

Hayem avait peut être poussé l'examen chimique jusqu'à la boutade en disant qu'il est à l'estomac ce que l'auscultation et la percussion sont au cœur et au poumon. On a réduit son rôle mais on peut encore affirmer aujourd'hui et même après l'avènement de la radiologie, de la cytologie, qu'il est utile et même indispensable ; qu'il reste une très excellente méthode d'appréciation dont le clinicien peut profiter et qu'il aurait tort de négliger.

La chimie reste l'indice physiologique ; la cytologie quand elle est possible a la valeur d'un indice anatomique ; la radiologie restera surtout un indice topographique.

Cette association des diverses méthodes, Hayem, éclectique et impartial, la comprenait parfaitement.

Et ce qui frappe peut-être le plus dans ses travaux, c'est

ce souci constant d'affronter la réaction chimique et le trouble de la fonction et de les superposer au substratum anatomique et à la lésion. La lésion doit toujours exister, visible ou invisible, frappante ou dissimulée, elle est nécessaire, indispensable, fatale. Il la recherche partout, dans le cerveau, dans le sang, dans les muscles, dans le myocarde du typhique, et aussi dans l'estomac.

Mis à part deux types anatomiques de gastrite, le type vacuolaire et le type grumeleux, qui sont peut être des artefacts, les lésions qu'il a décrites le premier sont de très beaux tests d'histo-pathologie.

Je l'entends encore, dans une conversation que nous eûmes en 1912 sur le cytodiagnostic de l'estomac, me remercier d'apporter un document à l'appui de sa thèse sur les gastrites atténuées, et évoquer les recherches de Marini et de Boas qui confirmaient en partie les nôtres.

Par ailleurs, il me semble qu'on n'a pas porté une suffisante attention à son interprétation des troubles nerveux des dyspepsies, dont il fait une conséquence de l'altération de la muqueuse et non une cause de son trouble fonctionnel. Certes il ne généralise pas, il pense seulement que c'est ainsi, dans bien des cas. Intoxication digestive, troubles de la cellule agissant sur tout l'organisme, réaction toxique ou inflammatoire même des nerfs du voisinage, tout cela est en partie confirmé par les recherches modernes sur l'activité endocrine de l'estomac, sur les névrites du vague et du système solaire.

Pour toute cette œuvre, Hayem eut peu de collaborateurs, mais qui méritent qu'on cite leurs noms : notre collègue Barrier, pour les expériences sur la décapitation et la reviviscence du cerveau ; le professeur Gilbert, pour la symphyse péricardique et le cancer du foie ; Lion, pour les gastrites ; Giraudeau, Duflocq, Galliard, Enriquez, Parmentier, Tixier, Bensaude, qui s'orientèrent presque tous dans les deux voies gastro-entérologiques ou hématologiques qu'il leur avait tracées. A vrai dire, il aimait le travail solitaire, il revenait à l'hôpital le soir, faisait lui-même ses prélèvements, ses coupes, ses colorations et préparait ses leçons dans l'isolement silencieux de son cabinet.

Le laboratoire de Thérapeutique, où il collabora longtemps avec Gilbert qui devait lui succéder un jour, a gardé quelques-unes de ses notes qui sont des modèles d'exactitude et de minutie ; écrites presque sans rature, d'une belle écriture élégante et un peu féminine qu'il conserva jusqu'à la fin sans trembler.

***

Il fut un professeur de thérapeutique très écouté et très lu. Il avait sur la matière qu'il enseignait, d'ailleurs, des idées très arrêtées. Il voulait qu'elle fût savante et pratique à la fois.

A son époque, le professeur avait à la fois la charge de la thérapeutique, de la matière médicale et de la pharmacologie.

Cette tâche formidable, qu'on a heureusement réduite, et que je ne regrette certes pas, bien qu'elle eût au moins l'avantage d'un enseignement très homogène. Hayem l'accomplit tout entière et ne voulut jamais oublier aucun des éléments qui la constituaient.

Il considérait comme primordiales les indications thérapeutiques qui sont vraiment du médecin et cette conception se retrouve comme un *leit motiv* à bien des pages de ses leçons sur les médications générales, sur les médications spéciales ou sur les agents thérapeutiques et physiques.

Il n'admettait pas qu'on pût passer de suite à la pratique. Il voulait à la thérapeutique une base solide et cette base c'était la théorie. « Si même on institue une chaire de clinique thérapeutique, disait-il, il ne faut pas toucher à la chaire de Faculté. » Et il avait raison, elle est indispensable pour mettre au point les travaux récents et les restituer ensuite au praticien. La thérapeutique doit être une science et la science apparaît au moment où on se préoccupe de chercher et de trouver les indications.

Il ne se perd pas en définitions. Il est réaliste et ne s'arrête pas comme Trousseau et Pidoux et comme tant d'autres, à discuter la valeur de l'empirisme, de la thérapeutique pathogénique, physiologique ou étiologique. C'est pour lui discussion inutile.

Très simplement, par le seul bon sens, il cherche si le médicament doit s'adresser à la maladie, à sa cause ou à l'organisme et au terrain et il établit nettement les variantes qu'apporte l'application humaine aux recherches de la physiologie.

On trouve dans son œuvre, quelque savante qu'elle soit souvent, peu d'expérimentation pharmacologique ; et on y trouve peu de chimie, la pharmacodynamie était à son époque dans les limbes et n'a pris son extension que bien plus tard, à la nomination de Pouchet.

Lorsqu'il inaugure sa clinique de Saint-Antoine, il fait effort pour l'organiser et la mettre au niveau d'un grand mouvement de malades.

Une fondation lui donne un laboratoire. L'Assistance et la Faculté s'associent pour refaire, compléter ou moderniser ce qui sera l'une des plus intéressantes Cliniques de Paris et une des plus achalandées et qu'occuperont si brillamment Chauffard et Bezançon.

Il est ponctuel, exact, fait sa policlinique le mardi, sa leçon le vendredi ; sa visite attentive et minutieuse tous les jours. Il parle lentement, de façon incisive, parfois quelque peu critique.

Son enseignement est sévère, presque grave. Il dédaigne l'hypothèse, refoule les images, n'abuse pas des comparaisons frappantes ; il ne se plaît pas aux longues périodes oratoires ou aux effets, il les critique même volontiers chez certains de ses collègues.

Ce petit homme sec, que l'âge avait un peu voûté, dont une abondante chevelure auréolait le front et dont la longue barbe tombait sur la même petite cravate noire, correctement nouée, avait une autorité incomparable, et son regard, sous le cercle d'or, impressionnait quelque peu.

Son abord était froid, un peu distant ; rarement il souriait. Il rudoyait parfois ses élèves, mais il savait, quand il le fallait, les encourager affectueusement, comme pour se faire pardonner sa sévérité.

Pas mondain et un peu timide, il vivait retiré et plus encore dans ses dernières années. La vie ne l'avait d'ailleurs pas ménagé, car il perdit successivement sa femme qui fut une compagne aimée ; une petite-fille qu'il affectionnait tendrement et qui mourut d'appendicite ; son fils aîné, qui avait commencé sa médecine et que j'ai connu à l'Hôtel-Dieu et qui succomba récemment à Nice, et son dernier frère qui mourut l'an passé. La guerre mit le comble à ses tristesses ; mais, patriote comme tout fils d'Alsace, il avait, sans protester, donné à la France son fils Henri, légiste distingué qui fut tué en 1917, mais ne s'en était point consolé.

L'âge l'avait beaucoup adouci. Souvent il montait à la tribune pour réclamer une priorité. Mais c'était sans aigreur ni récriminations. Je me souviens, il y a cinq ans, à Vittel, de longues conversations dans le Parc où il se promenait toujours enveloppé de ce long pardessus dont une main amie fermait le col avec sollicitude. Je le revois tout récemment chez lui quand je lui fis ma visite de candidat. Il m'apparut très doux, plus indulgent à ces jeunes collègues qui pourtant l'avaient un peu oublié et souvent pillé. Mais on ne prend qu'aux riches. Dans ce petit rez-de-chaussée d'Auteuil, dans sa bibliothèque serrée, devant un petit jardin aux poteries modernes qui faisaient un curieux contraste avec sa grande robe de chambre grise, ses longs cheveux et son beau profil, il me parut un personnage d'un tableau biblique.

Il me montra tous les exposés de titres qu'il avait soigneusement classés et conservés, ses notes innombrables et qu'il relisait souvent ; ses médailles auxquelles, avec un sens artistique et une sûreté de main remarquable, un peu molle parfois, il donnait la figure de Vulpian, de Laënnec, de lui-même ; ses dessins, ses premiers dessins d'hématologie, si exacts et élégants, et qui dénotaient déjà un tempérament artistique très sûr.

Il revoyait sa vie sans amertume et semblait prêt à la quitter sans tristesse, remerçiant, comme dit le philosophe, la terre qui l'avait fait naître et l'arbre qui l'a si longtemps porté.

Travailleur infatigable, il avait fait preuve dans toutes ses recherches d'une patience, d'un esprit de suite, d'une ténacité et d'une constance que rien n'avait pu altérer et il se consolait de sa solitude en revoyant son œuvre, ses livres, ses vieux amis fidèles.

Il conservait ce qui est le trésor le plus précieux de sa race, l'intelligence et l'opiniâtreté. Il gardait à la médecine une passion que l'âge n'éteignait pas, car, ainsi qu'il l'avait proclamé, elle fait œuvre de conservation et de vie.

Il a été un médecin recherché, mais il n'avait point pourchassé la clientèle qui venait par surcroît. Consultant de grands personnages, il montra toujours un désintéressement complet et ne désira pas la fortune.

Il n'était homme d'aucune concession. Il n'avait aucune complaisance ; même il distribuait la bonté un peu rudement et sans chercher le remerciement.

Les malades d'hôpital connaissaient son caractère, mais ils savaient ce que cette rudesse cachait de dévouement et de bonté et ils lui marquèrent leur reconnaissance de façon touchante dans cette épidémie de choléra où il fut un peu leur sauveur.

A tous ces titres il a droit à notre admiration et à notre gratitude. Devant ses cendres qui reposent dans l'urne de pierre, notre souvenir veillera pieusement comme «cette lampe de sanctuaire qui continue dans la paix de la nuit la prière que les hommes ont pour un instant suspendue ». (*Assentiment unanime*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1933

Le cancer des radiologistes — ***M. Antoine Béclère.*** — Le cancer qui naît, chez les radiologistes, sur la peau du dos de la main ou des doigts est un véritable cancer expérimental. Des éléments cellulaires, normaux et sains, ne se transforment pas en cellules cancéreuses sans que préalablement des insultes de tout genre, mécaniques, physiques, chimiques, parasitaires ou microbiennes aient altéré leur vitalité. Mais la question est de savoir si, d'après la théorie de l'origine irritative du cancer, ces altérations préalables ne font que mettre en jeu des propriétés inhérentes aux cellules lésées ou si les lésions cellulaires ainsi provoquées sont seulement la condition qui permet, à titre de complication, la survenue d'un facteur nouveau invisible au microscope.

L'étude clinique du cancer des radiologistes plaide pour cette dernière hypothèse. Malgré sa déplorable fréquence relative, il n'atteint qu'une minorité dans la multitude des radiologistes porteurs d'altérations cutanées et il n'existe entre son apparition ou son absence et l'intensité de ces altérations, aucun parallélisme. Celles-ci sont rarement précédées de radiodermite aiguë et, généralement dépourvues de toute apparence inflammatoire, ne méritent nullement le nom de radiodermite chronique qui leur est attribué. Ce sont des troubles trophiques révélateurs de l'action destructive plutôt qu'excitante et irritante des rayons de Rœntgen ; l'aspect glabre et la sécheresse extrême de la peau amincie témoignent de l'atrophie des follicules pileux, des glandes sébacées et des glandes sudoripares.

Quand un épithélioma survient, il débute tantôt et de beaucoup le plus souvent par une perte de substance, par une ulcération longtemps torpide et indolore, tantôt par une petite excroissance, sorte de verrue à évolution très lente, sans que le siège de ces altérations, étroitement localisées, coïncide aucunement avec les points de la peau les plus altérés. Bref, il n'apparaît pas comme le terme ultime et presque fatal d'une série de lésions inflammatoires et hyperplasiques d'intensité croissante, mais bien plutôt comme un accident, comme une complication surajoutée par un facteur nouveau, indépendant de l'organisme, à des lésions qui diminuent considérablement la vitalité cellulaire.

Ces faits d'observation paraissent en faveur de l'hypothèse que le cancer est, comme la tuberculose, une maladie de cause externe, et que le microscope en révèle, non plus que pour les fièvres éruptives, l'agent essentiel.

Hydropancréatose. — ***M. Soupault*** apporte l'observation d'un malade atteint d'une affection qui ne paraît pas avoir été décrite antérieurement et qu'il propose de nommer hydropancréatose.

Il s'agit d'une lithiase diffuse du pancréas coïncidant avec une dilatation polykystique de l'arbre canaliculaire, et l'analyse des symptômes et de l'évolution de la maladie donne à penser qu'il y a eu oblitération du canal de Woisung par des concrétions lithiasiques, ayant entraîné une dilatation rétrograde de tout le système excréteur. M. Soupault pense qu'un processus anatomo-clinique est comparable par beaucoup de points aux hydronéphroses rétrocalculeuses.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Recherches sur le parasitisme intestinal chez les enfants de la région parisienne

MM. P. Nobécourt, Ch. Bidot et A. Comninos (*S. de Pédiatrie*, 25 avr. 1933) ont pratiqué de façon systématique des examens coprologiques sur 300 enfants hospitalisés ou fréquentant la consultation.

154, soit 51,3 pour 100 d'entre eux, étaient parasités.

Les enfants sujets à des troubles digestifs présentaient un degré d'infestation parasitaire plus grand que les enfants dont les fonctions digestives sont régulières.

La proportion des enfants parasités est sensiblement la même chez les filles et les garçons.

L'éosinophilie n'était ni fréquente ni considérable.

Action de l'extrait splénique de porc à fortes doses dans certaines dermatoses

L'extrait splénique ne se montre actif que si l'on fait des doses élevées. MM. Pasteur, Vallery-Radot et P. Blamoutier (*R. derm. de Strasbourg*, 12 mars 1933) font quotidiennement des doses correspondant de 50 à 150 gr. de rate pendant une dizaine de jours. Le traitement peut être continué ultérieurement tous les deux jours. Les résultats varient sensiblement suivant l'extrait splénique employé ; certains se montrent particulièrement actifs. Les auteurs ont obtenu d'excellents résultats dans les eczémas suintants ; des résultats nuls dans les eczémas secs lichénifiés ; résultats douteux dans les urticaires ; parfois heureux dans le prurit.

Nouvelle statistique sur le lavement électrique post-opératoire

MM. Delherm, P.-H. Codet et Mme Duclaux (*S. fr. d'électro et de radio.*, 21 mars 1933) rapportent 24 cas de phénomène occlusif post-opératoire qu'ils ont traités par les lavements électriques. Ils ont obtenu 21 succès (21 cas hospitaliers où le lavement électrique a suffi, à lui seul à rétablir le cours des matières et des gaz) ; ils indiquent deux insuccès et un cas douteux. Ils concluent que cette thérapeutique ne mérite pas l'oubli, et même le discrédit dans lequel elle est tombée auprès de certains, et montrent les grands services qu'elle est susceptible de rendre, lorsque le lavement est administré correctement et bien surveillé et lorsqu'il est administré sans attendre

Chancre de la gencive et roséole remontée

Homme de 38 ans : ulcération de la gencive supérieure, siégeant au niveau des incisives et datant de deux mois, ulcération indolore, sans induration caractéristique. Volumineuse adénopathie cervicale. *Roséole de la face et du cou.* Bordet-Wassermann positif.

Sous l'influence du traitement spécifique, tout rentre promptement dans l'ordre.

M. Danel qui rapporte cette observation (*S. Méd. et anat. clin. de Lille*, 21 mars 1933), insiste sur la rareté du chancre des gencives et sur la difficulté du diagnostic. Il signale la particularité rare de la roséole *remontée*, telle qu'on peut l'observer d'après les syphilomes primaires de l'extrémité céphalique.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifflant, par cy par la, des livres le sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La maison de prostitution au point de vue sanitaire. (René CLEC'H. Thèse de Lyon, 1932. Chez Bosc et Riou).

Voici les conclusions de cette excellente thèse et documentée.

La prostitution — phénomène social dont la disparition reste problématique — est responsable, pour une large part, de la dissémination des maladies vénériennes.

Il importe donc non seulement de la viser dans ses causes morales et économiques, mais aussi de la surveiller dans ses manifestations. Ce contrôle, qui de nos jours tend à perdre son caractère policier pour devenir avant tout sanitaire, est d'autant plus nécessaire qu'il n'existe pas en France de législation concernant le proxénétisme, le racolage et la transmission des maladies vénériennes.

Les maisons de prostitution, les maisons closes mieux encore que les maisons de rendez-vous, se prêtent particulièrement à la surveillance facile et efficace d'une profession éminemment insalubre. Les femmes peuvent y être soumises à des examens cliniques, bactériologiques et sérologiques systématiques, ainsi qu'à des traitements réguliers qui diminuent, dans les limites médicalement possibles, leurs risques de contagion, surtout syphilitique, vis-à-vis d'une clientèle particulièrement dense.

Les faits démontrent d'ailleurs qu'elles constituent la catégorie de prostituées de beaucoup la moins dangereuse.

D'autre part, c'est parmi elles que le dépistage des porteuses de germes, leur isolement et leur traitement peuvent être réalisés de la façon la plus rapide et la plus sûre quand elles sont l'objet de plaintes privées ou officielles leur attribuant des contaminations vénériennes.

C'est dans les maisons de prostitution enfin que les conditions matérielles facilitent le plus les précautions d'hygiène que les pensionnaires observent habituellement et les mesures de prophylaxie individuelle qu'il est loisible à leurs clients de prendre.

Il nous semble, en l'état actuel des mœurs, prématuré et imprudent de procéder dans notre pays à la suppression générale de ces maisons, d'autant plus que les arguments invoqués en sa faveur sont surtout basés sur des considérations extra-médicales qui souvent — l'état d'esclavage où les femmes de maison seraient tenues en est un exemple — ne correspondent plus à la réalité.

Les expériences tentées récemment par quelques villes françaises ne peuvent qu'affirmer le danger dont la santé publique est menacée par une telle suppression qui, toutes les enquêtes médicales l'ont démontré, provoque invariablement avec les conséquences sanitaires qui en résultent, une augmentation de la prostitution clandestine où la simple continuation, sur place, d'un commerce devenu clandestin.

Cette fermeture serait particulièrement inopportune dans les grandes agglomérations urbaines, les villes de garnison, les ports de guerre et de commerce, les villes industrielles, où l'élément mâle et célibataire est important.

Il est à souhaiter que l'on s'attache à perfectionner la surveillance sanitaire et hygiénique de ces maisons, en lui donnant plus d'uniformité. La circulaire ministérielle de 1919 et, récemment, celle du 3 juillet 1929 rédigée sous la direction de M. le Docteur Cavaillon, fournissent à cet égard des indications très précises et très justes. Il suffirait aux différentes municipalités de s'en inspirer et d'adopter l'organisation d'un certain nombre de villes qui peuvent en la matière servir de modèles (Brest, Lyon, Rouen, Saint-Etienne...). Il n'est cependant possible de la réaliser avec son efficacité complète que dans les localités disposant de médecins spécialisés, de laboratoires, de salles d'hospitalisation ; la valeur même d'une telle surveillance en dépend.

La surveillance sanitaire des maisons de prostitution doit rester, au moins provisoirement, une arme de plus contre le fléau

vénérien. Elle a sa place, dans une sage réglementation, à côté du contrôle des autres formes de la prostitution d'une part, de la lutte contre la prostitution clandestine d'autre part. Ces différents facteurs ne sauraient être actuellement séparés de l'action des dispensaires dans la lutte sociale contre les maladies vénériennes. G. PAUL-BONCOUR.

La médecine aux colonies. — Extrait d'une conférence faite par M. Just Lucas-Championnière à la clinique de la Charité du Professeur Sergent, conférence intitulée : QUELQUES ASPECTS DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE AUX COLONIES et *publiée par le* J. DE M. ET DE CH. PRATIQUES (25 juillet 1933).

... Si vous partez pour les colonies, avec l'idée que vous rencontrerez là-bas des âmes mystérieuses, une pensée impénétrable, vous verrez quelle erreur est la vôtre. Lorsque l'observation est faite d'un peu haut, on s'aperçoit sans peine que sous tous les climats, à toutes les latitudes, l'homme a les mêmes désirs :

Manger à sa faim, se reproduire, améliorer sa situation sociale pour lui et sa descendance. Et tout le reste n'est que littérature.

Les seules difficultés que vous trouverez près de l'indigène tiennent à sa langue et ses habitudes mentales.

En Afrique, en effet les langues sont si multiples qu'il faudrait pouvoir en changer tous les cent kilomètres.

En Indochine, la difficulté est d'un autre ordre. La langue est si difficile qu'il faut plusieurs années pour en avoir une légère teinte. C'est de plus un instrument de lettré peu propre à l'observation. Ces caractères entraînent une grande difficulté pour l'exercice et l'enseignement de la clinique.

Je ne veux pas faire ici une revue générale même rapide de pathologie coloniale. Je me bornerais à quelques observations personnelles, et bien entendu la chirurgie y aura la plus large part.

Il existe aux colonies en effet une foule d'affections inconnues sous nos climats, souvent étroitement localisées à certaines régions.

C'est que, qui dit colonie, dit, en général climat chaud et humide, milieu d'étuve.

C'est la terre d'élection de tous les parasites, de tous les hôtes intermédiaires ; c'est de plus un pays d'hommes nus, facilement contaminés, et représentant un immense réservoir à virus.

On y trouve (surtout en Chine et en Indochine, pays de l'engrais humain) une efflorescence prodigieuse de parasites intestinaux entraînant ces curieux troubles réflexes à distance, du côté des centres nerveux ou des organes des sens, et dont un examen des selles percera le mystère.

Les parasites cutanés, les parasites du sang y prospèrent aussi. C'est ce qui explique que les grands médecins coloniaux d'autrefois ont été avant tout des hommes de microscope ; je ne citerai que les deux plus grands : Laveran et Calmette.

Pour les mêmes raisons, les agents banaux d'infection microbienne, streptocoque, staphylocoque, y ont une virulence accrue.

. . . .

La dysenterie est aussi une affection prédominante. Lorsque je m'embarquai pour la Chine, M, Ravaut me recommandait de la rechercher toujours et partout.

Cependant, depuis quinze ans l'importance de la dysenterie est beaucoup moindre aux colonies. Lorsque j'arrivai en Cochinchine, le médecin-chef de l'hôpital Gnoll en me faisant visiter mon futur domaine me montrait deux solides bâtiments construits par la marine, au temps des amiraux, comme on dit là-bas.

Il me rappelait que dans sa jeunesse, on avait installé là une centaine de lits réservés aux dysentériques chroniques ; pauvres malades amaigris anémiés, passant sans succès de l'ipéca à la brésilienne, au lavement de nitrate d'argent pour finir au cimetière.

Les abcès du foie étaient si fréquents que, au temps de Fontan, leur évacuation passait pour une opération de petite chirurgie. C'est d'ailleurs ainsi que l'avait réglée Fontan, et avec juste raison, à une époque où les vrais chirurgiens étaient rares à la colonie.

Aujourd'hui, tout est changé, et j'y insiste car le fait est peu fréquent dans l'histoire de la médecine : — Tout est changé par une découverte thérapeutique. L'émétine a plus rapidement peut-être transformé le pronostic et réduit la fréquence des accidents dysentériques que ne l'ont fait pour les accidents syphilitiques les arsénobenzols.

. . . .

La tuberculose est fréquente. En Afrique, où elle semble avoir été importée par nous, elle se manifeste, plus fréquemment qu'en Europe sous la forme aiguë.

En Asie, pour ces populations denses, astreintes à une promiscuité commandée par leur état social, elle constitue un véritable fléau.

Les tuberculoses chirurgicales encombrent nos services hospitaliers. Mais dans ce pays, à natalité intense où la famille forme un bloc quantitatif, les traitements à longue échéance ne sont pas encore acceptés. Et j'en suis personnellement arrivé (je m'en excuse car c'est un aveu d'impuissance) à pratiquer beaucoup plus d'amputations qu'on ne le fait en Europe, cette mesure permettant à l'indigène pauvre de reprendre beaucoup plus rapidement son travail et c'est là son plus grand désir.

Le cancer aux colonies est beaucoup plus fréquent que ne l'indiquaient les médecins coloniaux d'autrefois.

Pour le trouver, il suffisait de le chercher. C'est ce qu'à fait en Indochine mon maître et ami Le Roy des Barres. Je vous renvoie à sa récente communication à l'Académie de médecine. Je vous rappelle que là-bas le cancer glandulaire est beaucoup moins fréquent, la tumeur conjonctive beaucoup plus fréquente qu'en Europe. Après certaines tumeurs que la pathogénie actuelle rattache à l'enclouement, les bronchiomes et les tumeurs mixtes sont extraordinairement fréquentes, après une forme cutanée le cancer de la verge, rare en Europe est si fréquent que j'en opère à Hanoï un ou deux par semaine.

Le tube digestif, nous en avons parlé à propos de la dysenterie. Je vous signale l'extraordinaire fréquence de l'ulcère de l'estomac. Et ceci est d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'une population presque exclusivement végétarienne.

Ce sont tous de gros ulcères, habituellement adhérents au pancréas, car l'indigène ne se décide à entrer à l'hôpital que quand les troubles digestifs lui interdisent tout travail.

En gynécologie, ce qui domine, c'est la fréquence du gros kyste ovarien, en gynécologie d'urgence, la fréquence des grossesses extra-utérines.

Mais j'insiste sur ce fait singulier que, malgré l'abondance de l'infection gonococcique cervicale, la salpingite est à peine connue. Je livre ce petit problème à la méditation des gynécologues.

En chirurgie urinaire, il faut signaler la fréquence des calculs. J'opère deux ou trois calculs vésicaux par semaine. La lithiase rénale avec pyélo-néphrite est importante aussi.

J'ai tenté de vous donner quelques idées sur la pratique de la médecine aux colonies, et de vous les donner, dans le cadre des affections que vous connaissez.

C'est que, à mon avis, la médecine est une, et qu'il n'y a pas plus de médecine ou de chirurgie coloniales qu'il n'y a de médecine d'armée ou de chirurgie de guerre. Sur ce point je rejoins une idée chère à mon maître le Professeur Gosset.

Il n'y a aux colonies qu'un enrichissement pathologique dû à des agents spéciaux.

Vous qui voulez aller aux colonies, mes frères plus jeunes, avant de vous spécialiser, soyez d'abord très instruits.

Ayez ensuite une grande culture générale, à la fois garantie de carrière, et remède contre l'isolement.

Le monde, comme l'a justement remarqué Paul Raymond, est saturé de spécialistes. Je suis sûr qu'en disant ces mots, Paul Raymond a pensé aux colonies qu'il connaît bien.

Soyez largement humains. Vous aimerez la colonie, et l'aimant, vous y travaillerez bien.



Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 42 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 21 OCTOBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (96, rue Didot. Professeur Emile SERGENT.) — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 4 décembre à 9 h. 1/2.
Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

TRAVAIL. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Edmond Morelle, maire de Commercy.

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Auguste Bécart (de Paris).

Union nationale des médecins de sapeurs pompiers de France. — Sous l'égide de l'Union nationale des officiers de sapeurs-pompiers de France (dont les présidents d'honneur sont le Colonel Carville, délégué de l'U. N. O. R., le Médecin colonel Cot, de l'E. M. du Maréchal Pétain et le président fondateur, le capitaine I. Hitzemann) vient de se fonder l'Union nationale des médecins de sapeurs-pompiers de France.

L'Union a pour but de permettre aux médecins des corps, de sapeurs-pompiers communaux et des corps privés industriels, aux médecins chefs des services municipaux, officiers de réserve, de se grouper utilement pour améliorer les organisations sanitaires des corps, pour établir un projet-type du service médical, pour collaborer à la défense passive contre le danger aéro-chimique, enfin pour soutenir les intérêts matériels des médecins de sapeurs-pompiers.

Le siège social est à Mérignac, 38, rue de Séguineau (Gironde), au siège de l'U. N. des officiers de sapeurs-pompiers.

La *Revue des sapeurs-pompiers de France* publiera les communications de l'Union.

Préconciliation fiscale. — Certains médecins reçoivent en ce moment, tout comme les autres contribuables, l'avis du Contrôleur de leur arrondissement portant, ou demande d'explications, ou indication d'un relèvement du chiffre de la déclaration fournie.

A cet avis du Contrôleur est jointe une note informant les médecins qu'ils peuvent avoir recours, en vue d'une conciliation, au président du Conseil de famille de leur Syndicat départemental.

Nous rappelons à nos confrères qu'ils ont un intérêt certain à avoir recours à ce système de la préconciliation, recours restant cependant facultatif.

Nous rappelons aussi qu'un *délai de vingt jours* est fixé comme dernière limite, à partir du jour de la notification, pour la réponse au Contrôleur du médecin conciliateur.

Pour le département de la Seine, les médecins ainsi actionnés (syndiqués ou non syndiqués) peuvent s'adresser immédiatement au Docteur Tissier-Guy, président du Conseil de famille, 68, rue Jouffroy, Paris-XVIIe.

Préventorium de Liancourt. — Un concours sur titres est ouvert pour la place de médecin-directeur du préventorium de Liancourt (Oise), établissement faisant partie des œuvres de la Renaissance sanitaire.

Les candidats devront adresser leur demande à M. le Secrétaire général de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, à Paris.

Ils devront fournir l'adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée, des copies de l'acte de naissance, du diplôme de docteur en médecine, l'exposé des titres, travaux, états de service et références en puériculture et en phtisiologie.

Le registre portant l'inscription des candidatures sera clos le 1er novembre 1933.

Nécrologie. — Docteur Pierre CHARMONT, décédé à Tournus. — Docteur Michel MALINSKY, de Paris, 171, faubourg Poissonnière. — Docteur Edouard SOMMIER, de Nevers, décédé dans sa 40e année. — Sir Arthur Mayo ROBSON, chirurgien, décédé à Londres, à l'âge de 80 ans.

Paul Blum, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de Strasbourg, vient de succomber à l'âge de 55 ans. Ancien interne de Bernheim à Nancy, il fut ensuite professeur à l'Ecole de médecine de Reims ; après la guerre, sa qualité de fils de parents alsaciens lui fit désirer de venir en Alsace et il accepta une charge de cours de clinique médicale de la nouvelle Faculté strasbourgeoise, au service de Bard ; en même temps, il fit le cours de thérapeutique. Plus tard, quand fut organisé l'enseignement de l'hydrologie, la Faculté de Strasbourg s'adressa à lui pour mettre sur pied le nouveau service. Il déploya dans cet emploi une activité et un esprit d'organisation remarquables ; il réalisa un laboratoire modèle, fit faire et fit lui-même une série de travaux d'hydrologie (étude des stations d'Alsace, classification clinique des actions des sources ; étude des sources de Yougoslavie) dirigea des voyages d'étude, se tint en liaison constante avec les médecins des stations thermales dont il était extrêmement apprécié et fit enfin un enseignement très approfondi, à la fois théorique et pratique de la science hydrologique.

Paul Blum laisse en outre de nombreux travaux de thérapeutique, de pathologie générale, sans parler de deux livres importants (la désertion devant l'ennemi ; la fièvre des armées en campagne).

Nous gardons de lui le souvenir d'un homme droit et intègre, dévoué à ses amis et attaché à ses élèves, à l'éducation médicale desquels il consacrait ses efforts incessants ; très aimé de ses confrères auxquels il s'ingéniait sans cesse à rendre service.

Il venait d'être titularisé à la chaire d'hydrologie quand une affection pulmonaire légère, aggravée d'une complication cardiaque, l'enleva à l'affection des siens et à l'estime de ses collègues et de ses confrères. Il était officier de la Légion d'honneur.

Alfred HANNS.

« Le Docteur Fernand Merlin a rappelé que le nombre des débits, qui était en 1855 de 291.000, est passé à 334.000 en 1879, puis à 482.036 en 1912, enfin à 500.000 à l'heure présente.

D'autre part, on compte à Paris, a-t-il ajouté, 13.000 débits pour 2.600.000 habitants, alors qu'à New-York, à la veille de la prohibition, il y en avait 11.000 pour 3.400.000 habitants, et à Londres 6.000 pour 4.500.000 habitants. »

Et l'orateur d'ajouter :

En Allemagne, on compte un débit pour 264 habitants.

Aux Etats-Unis, on compte un débit pour 180 habitants (avant la loi Volstead).

En Angleterre, on compte un débit pour 430 habitants.

En Suède, on compte un débit pour 3.000 habitants.

En France, on compte un débit pour 80 habitants, moyenne des villes et des campagnes. Mais dans nos villes, le nombre et l'étendue de ces établissements atteignent des proportions plus frappantes encore.

Ce parallèle entre la France et l'étranger nous donne-t-il le droit de nous féliciter ? » (P. CAZENEUVE. Sur la création de deux mille nouveaux débits de boissons spiritueuses dans les communes de France. *Acad. de méd.*, S. du 30 mai 1933.)

BIBLIOGRAPHIE

Classiques Delagrave, publiés sous la direction de P. Dimoff, chaque volume, relié pleine toile : 5 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

Viennent de paraître : Boileau : **Epitres et Art poétique** (J. Griveaud) ; Bossuet : **Oraisons funèbres** (P. Moreau) ; Molière : **Le Malade imaginaire** (G. Mauger) ; Racine : **Andromaque** (L. Beck).

Offrant les avantages de collections plus chères, tant pour la correction du texte que pour la valeur des notices et des annotations dues à des professeurs réputés, cette collection possède des qualités de présentation qui la recommande à tous les lettrés.

Histoire du Berry et du Bourbonnais, par Marcel Marion. Un volume in-8° écu illustré de 16 planches hors texte, broché 20 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, VI[e].

Dans la collection des Vieilles Provinces de France, l'histoire du Berry et du Bourbonnais vient s'inscrire à son tour.

Le rôle du Berry dans notre histoire a été considérable. C'est par l'acquisition de la vicomté de Bourges que les Capétiens, déjà en possession du titre royal, mais jusque là restés à peu près confinés dans leur duché de France, ont commencé à faire figure de souverains puissants ; c'est dans le Berry, devenu malgré sa situation centrale province frontière par l'établissement des rois d'Angleterre dans la Guyenne, le Poitou, l'Anjou, que nos rois ont arrêtés les empiètements de ces dangereux rivaux, lors des cruelles épreuves de la Guerre de Cent ans ; c'est dans le Berry que la nationalité française en danger de périr, a trouvé son suprême refuge, et, c'est du Berry qu'est parti le mouvement de reconstitution de notre pays.

A ce moment glorieux, l'histoire du Berry s'est trouvée résumer pour ainsi dire et presque absorber celle de la France entière. Un magnifique développement de la richesse publique et des arts a coïncidé avec les triomphes de nos armes, et fait de la capitale du Berry, déjà pourvue d'un des plus beaux chefs d'œuvre de notre architecture religieuse, une des villes les plus prospères de la France. L'histoire d'une province qui a connu tant de grandeurs, présente un intérêt qui ne le cède certainement à celle d'aucune autre.

Une des meilleures histoires provinciales que nous possédions est celle qu'a consacrée au Berry un de ses plus célèbres enfants, Raynal. Quiconque aborde le même sujet doit tenir compte de cette œuvre considérable et la continuer au delà de 1789, à laquelle l'auteur s'est arrêté. C'est ce que M. Marcel Marion, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, également berrichon comme Raynal, a fait dans cet ouvrage, non sans reviser toutefois certaines appréciations contestables sur les Parlements de l'ancien régime et en étudiant aussi l'Histoire du Bourbonnais qui a présenté souvent avec celles du Berry un remarquable parallélisme.

Mœurs et coutumes des mélanésiens. Trois essais sur la vie sociale des indigènes trobriandais, par B. Malinowski. Traduit de l'anglais par le Docteur S. Jankélévitch. Un vol. in-8 de la Collection d'études, de documents et de témoignages pour servir à l'Histoire de notre temps. 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

B. Malinowski, professeur d'anthropologie à l'Université de Londres, a été le premier savant qui ait appliqué les méthodes de l'analyse psychologique à une race sauvage. B. Malinowski, qui joint à sa vaste connaissance scientifique de l'humanité primitive la connaissance pratique approfondie de nombreux dialectes et parlers indigènes, a étudié dans leur habitat les tribus mélanésiennes de la Nouvelle-Guinée et a partagé leur existence durant quatre années. Il a rapporté de ce long séjour un livre admirablement documenté : *La vie sexuelle des sauvages*, qui a eu beaucoup de retentissement dans le monde scientifique.

Le nouveau volume du Professeur Malinowski : *Mœurs et coutumes des Mélanésiens*, qui paraît aujourd'hui est une étude de la vie quotidienne matérielle, sociale et psychique des indigènes trobriandais.

C'est un document important pour l'anthropologie et qui mérite d'être lu non seulement par les savants, mais aussi par tous ceux qui s'intéressent aux grands problèmes de l'humanité car, comme le dit B. Malinowski dans la préface : « L'histoire de la culture doit reposer sur une solide connaissance de la vie primitive. »

Les cures thermales en gastro-entérologie, par M. Villaret et F. Moutier. Un volume de 140 pages avec 9 figures (Bibliothèque de thérapeutique hydro-climatologique), 18 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les malades, quels qu'ils soient, tirent un large bénéfice, non seulement de l'eau minérale, mais de l'action heureuse d'autres agents naturels : le soleil, l'air, les altitudes, les bains marins. Certes en tant que toute affection locale entraîne ou s'accompagne de désordres généraux, les malades de l'appareil digestif bénéficient de cures climatiques, mais les indications de celles-ci sont trop restreintes en ces cas pour qu'on puisse en tenir compte. Aussi tout en insistant sur l'intérêt des post-cures judicieusement établies et comportant surtout un maximum de repos au grand air dans un climat sec et doux les auteurs ne présentent dans ces pages que l'étude détaillée des cures thermales, en gastro-entérologie.

Dans cet exposé ils envisagent successivement :

1º Les notions générales sur les prescriptions et l'organisation des cures thermales en gastro-entérologie ;

2º Les principaux aspects cliniques des maladies du tube digestif ressortissant à la crénothérapie ;

3º Le mécanisme d'action de la thérapeutique hydrominérale dans les affections digestives ;

4º Les indications et contre-indications des cures crénologiques en gastro-entérologie ;

5º Les techniques de cure des gastro-entéropathies.

Ils terminent cette étude de clinique pratique par la liste des stations françaises destinées aux affections du tube digestif.

L'évolution du thermo-climatisme, par Etienne CHABROL. Un volume de 168 pages avec 65 figures (Bibliothèque de thérapeutique hydro-climatologique), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

On trouvera dans ce petit ouvrage abondamment et très agréablement illustré un exposé de l'évolution du thermo-climatisme de l'antiquité à nos jours.

La première partie indique les grandes dates du thermo-climatisme depuis les Grecs jusqu'à l'Epoque contemporaine, époques qui ont vu naître tour à tour les stations mondaines de la mer Egée, les « aquæ » des Romains, les fontaines d'eau chaude de la Gaule, origine des premières stations thermales de notre sol ; enfin nos stations thermales actuelles au cours des derniers siècles de notre histoire.

La deuxième partie traite de la foi thermale dans l'antiquité, ainsi que de la mode hydro-minérale à travers les âges, en Grèce, à Rome, au Moyen-Age, au Grand Siècle au cours duquel comme en témoignent des écrits de Mlle de Montpensier, de Scarron et de Mme de Sévigné, la mode thermale fait fureur avec ses trois centres de Forges, de Vichy et Bourbon, « les trois rivales ». En un chapitre réservé à l'observation médicale dans le domaine du thermo-climatisme l'auteur montre brièvement comment : les méthodes de cure, les indications thérapeutiques, le rôle du médecin furent compris à travers les âges ; enfin un dernier chapitre sur la curiosité scientifique montre que le thermo-climatisme fournit à la pensée humaine un champ merveilleux de recherches et de médications.

L'organisation d'un centre thermo-climatique est soumise de nos jours à des règles fort précises d'ordre médical administratif et budgétaire : c'est là le sujet de la troisième partie de l'ouvrage consacrée au thermo-climatisme national: Foyers de recherches scientifiques, centres d'enseignement médical, foyers de propagande coordination ministérielle, etc.

On voit l'intérêt que présente cet ouvrage par l'importance des questions médicales, historiques et administratives qui y sont traitées.

Les gaz toxiques : *Physiologie, toxicologie protection thérapeutique*, par L. DAUTREBANDE. Un volume de 372 pages avec 125 figures, 60 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à la *Physiopathologie respiratoire* ; elle est plus spécialement d'ordre médical.

La seconde partie à l'étude des gaz toxiques, elles contient des *Notions de chimie et de physique sur les gaz* qui sont complètes bien que n'ayant pas été délibérément poussées.

La troisième partie essentiellement pratique contient la *Prophylaxie* et *le Traitement*.

Cette monographie est basée sur des travaux personnels du Professeur Dautrebande et tient compte dans une large mesure des travaux étrangers. Son grand intérêt scientifique et pratique consiste en ce que la question, contrairement au plan suivi dans des travaux récents sur le même sujet est envisagée ici à la fois au point de vue de la physiologie, et de la chimie. C'est ainsi que dans le chapitre consacré à la Prophylaxie (détection de certains gaz toxiques) l'auteur ne sépare jamais les renseignements fournis par la chimie de ceux fournis par la physiologie, car si la détection d'un corps peut fréquemment emprunter la voie chimique, elle peut fréquemment aussi s'appuyer sur la physiologie et à ce titre même participer à la prophylaxie.

Cette monographie intéresse à la fois la protection des individus contre les toxiques de guerre et les gaz industriels. C'est dire qu'elle s'adresse à un public très étendu : physiologistes et médecins surtout appelés à jouer un rôle de plus en plus actif dans la protection industrielle et dans l'organisation défensive du pays, chimistes, qui, s'ils rencontrent dans cet ouvrage des notions de chimie un peu élémentaires, y trouveront par contre des développements importants sur la physiopathologie de l'appareil respiratoire, indispensables pour le développement de leurs travaux.

Cours de puériculture, par Mme le Docteur G. LABEAUME. Prix : 16 francs. Fernand Nathan, éditeur, Paris.

L'ouvrage de Mme le Docteur G. Labeaume reproduit les cours professés par l'auteur à la pouponnière du Camouflage. Il s'adresse aux élèves des cours de puériculture, aux infirmières, aux institutrices, aux mamans, à toutes celles qu'intéressent l'hygiène de l'enfance et les questions de protection maternelle et infantile.

On trouvera dans ce volume, chapitre par chapitre, à côté des notions d'hygiène pratique, l'indication des lois et des œuvres qui protègent la maternité et la première enfance.

CLINIQUE INFANTILE

Le diabète sucré des jeunes enfants

Étude clinique et thérapeutique

Par **P. LEREBOULLET** (1)

Professeur d'hygiène et de clinique de la première enfance, Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés.

Le diabète sucré de l'enfant est loin d'être exceptionnel. Il y a dix ans, je rappelais la statistique d'un médecin américain qui avait groupé un millier de cas publiés. Plus récemment, Joslin, en réunissait 395. Pour ma part j'en ai observé plus de 100 cas (près de 150) et mes collègues Nobécourt et Marcel Labbé, pourraient en citer au moins autant. Mais, alors que, jusqu'en 1923, on n'avait guère le temps de suivre et d'étudier ces petits malades qui, pour la plupart mouraient dans le coma quelques semaines ou quelques mois après la révélation de leur diabète, actuellement les conditions d'observation sont très différentes, car l'évolution de l'affection est transformée grâce au traitement régulier par l'insuline ; les malades vivent et peuvent longtemps être observés.

C'est plutôt dans la moyenne et dans la grande enfances, surtout de 8 à 12 ou 14 ans, que l'on observe le plus habituellement des enfants diabétiques et, d'une manière générale, la fréquence du diabète croît à mesure qu'on s'éloigne du début de la vie, mais la maladie est loin d'être exceptionnelle dans les premières années ; je voudrais vous le montrer en vous rapportant quelques observations personnelles du diabète au-dessous de 5 ans, en en groupant quelques autres signalées dans la littérature et vous prouver ainsi que, même dans le très jeune âge, il faut savoir chercher le diabète et le traiter.

Des observations très curieuses ont de longue date été suivies *chez le nourrisson*. Legendre en a observé un cas chez un nourrisson à hérédité chargée, fils d'un père goutteux et d'une mère lithiasique ; d'autres ont été rapportés par Youngs, par Baumel, par Deane, etc. ; l'observation de Deane, concernait un enfant de 3 semaines. Tavaria a publié le cas d'un enfant parsi âgé de 10 mois ; Bell celui d'un enfant de 3 mois, Rosing a vu un enfant de 6 mois atteint de diabète avec hydrocéphalie aiguë, Rossbach a rapporté l'observation d'un enfant de 7 mois, devenu diabétique après un violent traumatisme sur la tête. Un fait de Orlov concernait un bébé de 5 mois, atteint de furonculose, chez lequel l'analyse des urines révéla une quantité considérable de sucre. Percival J. Eaton, sur 647 cas de diabète en a relevé dix chez des enfants de moins d'un an. En 1920, Meslay et Babonneix en publiaient une observation, chez un enfant de treize mois, remarquable par son évolution rapide, le coma ayant entraîné la mort quatre jours après le premier examen. Enfin, le travail récent de Karin Widnäs (d'Helsingfors) contient sur dix-sept observations, cinq cas entre 2 et 5 ans.

Je vais de même vous rapporter, en les résumant et en les commentant, une série d'observations personnelles concernant des cas de diabète dépistés chez des enfants pour la plupart âgés de moins de 5 ans ; je ne puis vous présenter tous ces petits malades ; presque tous jouissent actuellement d'un bon état de santé. Mon élève, Mlle Roche, consacrera d'ailleurs sa thèse à grouper toutes ces observations (1).

* * *

Le premier cas, qui a été l'occasion de cette leçon, concerne un jeune enfant Raymond C..., de 4 ans 9 mois, qui est venu nous trouver le 7 janvier 1933, adressé par le docteur du Chatelet (de Guise), pour une glycosurie importante récemment constatée. Cet enfant né à terme, de parents bien portants, avait été en bonne santé, réserve faite d'une rougeole à 2 ans et d'une varicelle à 3 ans, lorsque, dans la deuxième quinzaine de décembre 1932, il se mit à présenter une crise de *polyurie nocturne* avec soif intense et quelques troubles digestifs. Le docteur du Chatelet pense au diabète et constate une *glycosurie* notable (93 gr. de sucre) laquelle diminue mais persiste après la mise au régime sans sucre et, lorsqu'il nous est amené au début de janvier, nous trouvons des urines fortement glycosuriques (63 gr. de sucre) riches en acétone, acide diacétique, acide B-oxybutyrique, l'haleine a une odeur de pomme de reinette accusée. L'enfant a un vomissement dans la journée, peut-être occasionné par la fatigue du voyage. Heureusement l'amélioration survient vite à la suite d'une première piqûre de 40 unités d'insuline faite le soir même du premier examen, suivie le lendemain et pendant huit jours de deux piqûres quotidiennes (20 unités le matin, 30 le soir), associées à un régime approprié, sans viande, pendant la période d'acidose. Dès le 17 janvier, la quantité de sucre tombe à 15 gr., l'acétone disparaît ; la quantité d'insuline est réduite à 40 unités en 24 heures (10 le matin, 30 le soir), le régime est modifié et augmenté, comportant un œuf et 150 gr. de viande répartis sur les deux repas, des légumes verts, des pommes de terre, etc. » L'enfant va nettement mieux mais fait à plusieurs reprises des crises d'hypoglycémie qui amènent à réduire les doses d'insuline mais n'entravent pas l'amélioration dans l'état général de l'enfant (2).

* * *

J'ai depuis dix ans suivi de près, avec mon collaborateur M. J.-J. Gournay, plusieurs autres cas chez de jeunes sujets que je vais rapidement vous résumer. L'un d'eux Claude L..., est venu me trouver en décembre 1926, à l'âge de 5 ans 1/2. En juin 1926, l'enfant était un peu fatigué, on avait fait une analyse d'urines qui avait révélé 3 gr. de glycose par litre ; après quelques jours, la recherche du sucre était négative et la glycosurie semblait passagère. En septembre, après une varicelle, on trouva à nouveau 8 gr. de glycose dans les urines, puis rien les jours suivants. Le 3 décembre l'enfant fait une angine pultacée, avec érythème léger, suivi de desquamation, simulant une scarlatine. Le 12 décembre, *polydipsie avec polyurie abondante* et l'analyse d'urines faite le 16 décembre montre 142 gr. de sucre par litre (l'enfant avait mangé 125 gr. de bonbons la veille). Le régime seul fait tomber le sucre à 8 gr. par litre. L'enfant est vu à ce moment par nous et mis à un régime relativement large associé à une cure régulière d'insuline, qui débute à 20 unités par jour et qui est continuée à 10 ou 15 unités jusqu'en mars. La glycosurie disparaît et se réduit à quelques grammes. L'enfant va bien. Au mois d'août 1926, le sucre reparaît atteignant 16 gr. en 24 heures. Depuis, l'enfant a été régulièrement suivi, a eu plusieurs poussées de grippe sans incidents, a fait la rubéole, les oreillons sans glycosurie secondaire. En revanche une rougeole en avril 1931, s'accompagne de *subcoma* et nécessite une cure insulinique plus intensive.

---

(1) Leçon clinique faite à l'hospice des Enfants-Assistés, le 15 février 1933, et recueillie par le Docteur Baize, chef de clinique du service.

(1) Mlle G. Roche. — Contribution à l'étude du diabète sucré chez les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans. *Thèse de Paris*, juillet 1933.

(2) L'observation, rapportée en détail dans la thèse de Mlle Roche, a montré que, malgré les difficultés créées par les crises d'hypoglycémie, l'amélioration a continué, l'enfant étant plein d'entrain, gai et gentil, son développement physique et intellectuel étant tout à fait normal.

Il en est de même en janvier 1933, une grippe avec otite double provoque l'augmentation du sucre et la réapparition de l'acétone et il faut faire jusqu'à 140 et 150 unités d'insuline pour parer aux menaces de coma. La guérison survient ensuite régulièrement et on peut reprendre le régime et le traitement antérieur. L'enfant a 11 ans 1/2 maintenant, il mesure 1 m. 32, pèse 32 kgr., son état général est excellent il est vif, intelligent et sa cure continue à être poursuivie et surveillée régulièrement. Notez à son propos la *fâcheuse influence des infections intercurrentes*, sur laquelle je reviendrai plus loin, et qui, d'ailleurs, est le plus souvent victorieusement combattue par une insulinothérapie plus intensive.

***

J'ai vu le petit François J... à Vernon, à l'âge de 22 mois en mai 1925 et voici huit ans que mon collaborateur J.-J. Gournay le suit régulièrement. A 20 mois, l'amaigrissement et une *polydipsie* très marquée avaient fait rechercher le sucre et on avait trouvé une *glycosurie* à 75 gr. par litre avec acétonurie ; on l'avait mis au régime et au traitement antisyphilitique, lorsque le 17 mai l'enfant devint somnolent, présenta une acétonurie marquée, puis tomba dans un *coma complet* avec dyspnée violente, perte de connaissance, haleine acétonique. Mis, sur mes indications, aux injections insuliniques, l'enfant sort du coma et je puis l'examiner le soir et instituer un traitement insulinique relativement intensif.

Il est régulièrement suivi depuis et, en mars 1926, à la suite d'un léger embarras gastrique et de la cessation pendant 24 heures du traitement insulinique il a à nouveau présenté un *état subcomateux*, avec dyspnée de Kussmaul et réaction de Gerhardt très positive dans les urines ; cette nouvelle alerte fut vite conjurée par l'injection de 70 unités d'endopancrine. Les années qui suivirent, l'enfant, suivant bien son régime et soumis journellement aux piqûres d'insuline, se porte bien et grandit régulièrement (13 cm. de juillet 1926 à juillet 1927).

En 1930 une rougeole entraîne à nouveau un état subcomateux qui se prolonge pendant une semaine et cède à une insulinothérapie plus intensive, rendue plus difficile par quelques crises d'*hypoglycémie*.

Il est actuellement en assez bonne santé, néanmoins il reste très hypotrophique, mesurant à 9 ans 1/2 1 m. 04 et pesant 18 kilogr. Il a pour ainsi dire continuellement du sucre et, à la moindre fatigue, présente une haleine acétonique.

Il va en classe et mène une vie à peu près normale. Toutefois il est triste, ne joue pas et reste très vorace, volant souvent des aliments, il a même pris un jour une poignée de lentilles dans une casserole sur le feu, une autre fois il a mangé une noix de côtelette de mouton crue, bref il présente cette *phagomanie*, souvent mise en relief chez les petits diabétiques et devenue plus rare depuis que l'insulinothérapie permet l'élargissement du régime. Ici le traitement insulinique ne pourrait être interrompu, sans accidents graves immédiats. Notez en passant l'inefficacité du traitement antisyphilitique du début qui non seulement n'a donné aucun résultat mais a peut-être favorisé l'apparition du coma.

***

S'il faut savoir découvrir le diabète du jeune enfant là où il existe réellement, il faut aussi se garder de le voir là où il n'existe pas, comme chez ce nourrisson entré au Pavillon Pasteur, pendant l'été de 1932, à l'âge de 4 mois, pour diabète. A la suite d'une varicelle, ce nourrisson aurait eu un accès fébrile (41°) suivi d'hypothermie, du météorisme, de l'œdème des membres inférieurs, des sueurs abondantes, et pendant huit jours de suite *des traces de sucre* dans les urines et une réaction de Gerhardt positive. Pendant toute la durée de son séjour ici, l'enfant n'a pas eu la moindre glycosurie. La glycémie est restée normale. Au reste, les chiffres trouvés en ville n'atteignaient pas 2 gr. par 24 heures ! Devons-nous ici écarter le diagnostic de diabète ? Il paraît plus sage de réserver l'avenir, car nous savons (et j'y reviendrai plus loin) qu'il existe *des états prédiabétiques* où la glycosurie peut être intermittente ; et d'autre part une sœur de cet enfant est morte de coma diabétique à la suite d'une varicelle ; or les observations de diabète frappant plusieurs enfants d'une même famille sont relativement fréquentes.

Je ne ferai que citer en passant l'observation du petit Paul Let.... qui nous fut adressé le 28 janvier 1932, à l'âge de 2 ans et 3 mois, par un médecin de Poitiers. On avait constaté le 30 novembre 1931 (par conséquent à 2 ans) outre un état fébrile persistant, de la polydipsie, de la polyurie et une glycosurie à 80 gr. : l'enfant fut mis au régime et à l'insuline qu'il supporta d'ailleurs assez mal, faisant à plusieurs reprises des crises d'hypoglycémie avec sueurs et secousses nerveuses. Cette observation est intéressante par *le taux élevé de la glycémie*, égal, le 12 décembre 1931 à 2 gr. 20 par litre de sérum, et aussi en raison du fait qu'une sœur plus âgée que le petit Paul avait présenté au cours de sa deuxième enfance des crises de *vomissements cycliques* avec acétonémie. Mais nous n'avons fait qu'apercevoir ce petit malade.

Bien plus complète est l'observation du petit Jean Ren... Je l'ai vu pour la première fois le 16 février 1928, alors qu'il était âgé de 3 ans. Mais en réalité son diabète était plus ancien et remontait au moins à juillet 1927, époque à laquelle il avait présenté de l'amaigrissement, de l'asthénie et de la polyurie. En septembre 1927, mon collègue Mouriquand (de Lyon) lui avait découvert une glycosurie importante (105 gr. de sucre au litre), et une glycémie de 2 gr. Quand je l'examinai en février 1928, je ne relevai chez l'enfant aucun stigmate d'hérédo-syphilis, l'examen clinique était négatif, hormis l'existence d'un foie un peu gros, symptôme fréquent, sinon habituel, chez les enfants diabétiques.

Les antécédents familiaux, s'ils ne montraient rien chez les parents, permettaient de retrouver chez le grand-père et l'arrière-grand-mère un diabète d'ailleurs peu intense.

L'enfant pesait alors 16 kgr. et mesurait 99 cm. 8. La glycosurie était au moment de mon examen à peu près nulle, la glycémie de 0,85 par litre. L'enfant est mis à un régime relativement large avec cure insulinique modérée (16 unités par jour). Cette cure est méthodiquement suivie par les parents, très attentifs, et l'enfant est périodiquement revu par mon collaborateur Gournay. Une grippe en octobre 1928 se passe sans incidents. L'insuline est poursuivie sans interruption et légèrement augmentée dès que le sucre tend à reparaître. Une otite avec forte fièvre survenue en janvier 1930, rend nécessaire une dose de 40 unités d'insuline par jour, laquelle est assez vite réduite, puis reprise lors de mastoïdite suppurée qu'on doit opérer en février. Grippe en mars qui, elle aussi, justifie une cure d'insuline un peu plus forte mais ne s'accompagne pas de reprise de la glycosurie. En juillet 1930, cure à la Bourboule : l'enfant mesure alors 115 cm. et pèse 20 kgr. Grippe avec forte température en mai 1931. Nouvelle cure à la Bourboule au cours de l'été. En août, grippe assez prolongée avec adénoïdite. Ablation des végétations en septembre, après légère augmentation des doses d'insuline. En octobre le poids est de 23 kgr. 550, la taille de 120 cm. En mai 1932, le poids est de 26 kgr., la taille de 127 cm. Une coqueluche fin décembre 1932 reste bénigne, mais les doses d'insuline sont peu à peu augmentées en même temps que le régime est élargi et je puis vous montrer aujourd'hui l'enfant relativement grand pour son âge, pesant 28 kgr., mesurant 1 m. 33, gai, remuant, intelligent, présentant un état général excellent et n'ayant jamais eu d'abcès, malgré ses milliers de piqûres. C'est à elles qu'il doit et cette croissance satisfaisante, et l'évolution favorable, sans acidose ni coma secondaire, des diverses infections (grippe, coqueluche,

otite) qu'il a faites et des opérations (trépanation mastoïdienne, ablation d'adénoïdes) qu'il a subies.

Je pourrais vous citer encore d'autres observations, notamment celle de Paul G...., 3 ans, qui est venu nous consulter en avril 1927, ayant du sucre depuis janvier 1927 à la suite d'une grippe avec rhinopharyngite. Les urines avaient contenu à ce moment 80 gr. de sucre par litre, le sucre avait diminué jusqu'à 12 gr. Le poids était de 13 kgr. 950, la taille de 0 m. 91. L'enfant est mis au traitement insulinique à petites doses (10 à 20 unités par jour au régime relativement large avec 90 à 100 grammes d'hydrates de carbone chaque jour. Il grandit régulièrement, supporte bien plusieurs grippes intermittentes, une opération de végétations adénoïdes, mais on doit progressivement augmenter la dose d'insuline à 40 et 60 unités par jour en dépit de quelques malaises d'hypoglycémie. En juillet 1932, il mesurait 1 m. 15 et pesait 24 kgr. 300 Il n'a pas été revu depuis quelques mois, habitant loin de Paris.

A ces cas favorables, je pourrais opposer un cas que j'ai jadis observé et publié avec MM. Lelong et Frossard concernant une enfant de 4 ans 1/2, entrée aux Enfants-Malades en 1924 pour un grand diabète avec 96 gr. de sucre en 24 heures et une glycémie de 3 gr. 25 qui, améliorée par les piqûres d'insuline, eut à la suite de deux piqûres préventives de sérum de rougeoleux convalescent et de sérum antidiphtérique des poussées d'urticaire qui récidivèrent après chaque piqûre d'insuline, donnant lieu à une véritable *érythrodermie œdémateuse insulinienne* qui finit par entraîner la mort. Mais, si suggestif qu'il soit à bien des égards, ce cas malheureux sort un peu du cadre de cette leçon (1).

Ces quelques faits suffisent à vous montrer que le diabète des jeunes enfants n'est pas une rareté. Je pourrais en emprunter d'autres à la littérature médicale, vous rappeler la statistique de Saundby qui dans 159 cas de diabète infantile, en relève 30 avant 5 ans dont 2 au-dessous d'un an, celle de Wegeli qui sur 102 cas en relève 29 au-dessous de 5 ans dont 3 au-dessous d'un an ; vous citer aussi les observations de Karin Widnäs, d'Helsingfors (2), qui en 1928 publiait 17 observations concernant des enfants, dont 5 chez des enfants de 2 à 5 ans. Mais sans continuer à vous énumérer des faits, je voudrais vous préciser maintenant quelques-uns des points concernant l'étiologie, les aspects cliniques et surtout le traitement du diabète des jeunes sujets.

***

Les CAUSES du diabète infantile sont encore bien obscures. Néanmoins nous connaissons un certain nombre des conditions qui favorisent son apparition et parmi celles-ci l'un des facteurs les plus nets est souvent le *caractère héréditaire et familial*. Il existait dans une des observations que je viens de rappeler et, en le cherchant bien, on le met en lumière dans nombre de cas. Déjà en 1909, Lion et Moreau avaient pu réunir 30 observations concluantes à cet égard et admettaient que 23 3 % des cas de diabète infantile sont des cas familiaux. En 1921 j'ai suivi avec G. Blechmann et Mlle Blechmann une famille de six enfants dont deux étaient morts en bas-âge ; le quatrième mourait à l'âge de 7 ans d'un diabète apparu à la suite d'une rougeole ; le sixième enfant mourait également de diabète, mais alors que chez son frère le coma n'était survenu qu'après 19 mois de maladie, ce sixième enfant, une fillette de 9 ans que nous avons suivie, était emportée en quatre semaines, le diabète étant brusquement survenu à la suite d'une appendicectomie : l'insuline n'existait pas encore ! Chez la cinquième enfant, en apparence bien portante jusqu'à 16 ans on découvrit brusquement un matin une importante glycosurie à 80 gr. par litre laquelle fut assez vite enrayée par l'insuline.

J'ai suivi avec mon maître Gilbert une jeune femme diabétique depuis l'âge de 2 ans 1/2 ; un frère faisait de la glycosurie intermittente ; un oncle paternel, une grand'mère et une grand'tante maternelle étaient également diabétiques ; la mère avait présenté de la glycosurie pendant sa grossesse.

J'ai de même observé plusieurs années un frère et une sœur diabétiques depuis le jeune âge.

Ces faits de diabète familial sont donc loin d'être rares, d'autres auteurs ont fait les mêmes constatations, témoins les observations jadis rapportées par Bouchut de trois enfants d'une même famille diabétiques à 3 ans 1/2, 17 mois et 3 mois, puis d'une fillette de 3 ans 1/2, diabétique, dont un frère est mort à 2 ans et une sœur à 2 ans 1/2 avec les mêmes symptômes.

Des faits analogues ont été récemment rapportés par le médecin Urban Hjarne (1) : trois sœurs sur cinq enfants ont présenté du diabète, à 4 ans, à 3 ans (après la scarlatine), à 7 ans (après otite et tonsillectomie). La statistique de Joslin compte 12 p. 100 de cas de diabète chez des collatéraux et 17 p. 100 de cas de diabète existant à la fois chez des enfants et leurs ascendants soit 29 p. 100 de cas dans lesquels se retrouve le facteur familial. Dans l'observation curieuse de Landis, sur neuf enfants d'une mère diabétique, ceux qui étaient blonds, au nombre de cinq devinrent diabétiques, les quatre autres bruns, échappèrent à la maladie. Enfin Curtis a rapporté 13 cas de diabète chez des jumeaux. De ces nombreux exemples (qui ne concernent pas tous les enfants en bas-âge), retenez l'importance du *facteur familial* que vous vous efforcerez de mettre en lumière par l'enquête étiologique auprès des ascendants et par l'examen systématique des collatéraux. Sans doute ce facteur est loin d'être constant, mais sa notion peut permettre de dépister chez les collatéraux un diabète encore léger et, et par là, plus accessible à la thérapeutique.

Un autre facteur étiologique joue peut-être un rôle important : je veux parler des *maladies infectieuses*. Vous avez remarqué qu'à plusieurs reprises, chemin faisant, je vous ai parlé de cas de diabète infantile survenus après une rougeole, une scarlatine ou une varicelle. Je n'ai pas voulu dire par là — encore que nous n'en sachions rien — que ces affections si banales dans l'enfance aient été la *cause réelle* du diabète ; il est beaucoup plus probable qu'elles n'ont fait que révéler un diabète déjà existant, soit à la faveur d'un examen systématique des urines, soit en aggravant l'affection préexistante et en en précipitant l'évolution. Parmi les maladies infectieuses communes dans le jeune âge, *les oreillons*, toutefois, paraissent jouer un rôle un peu particulier. En 1909, M. Barbier a vu, chez un enfant de 6 ans apparaître au quatrième jour des oreillons *des signes de pancréatite aiguë*, suivis rapidement d'une soif ardente et de polyurie (2 l. 400 par 24 h.) avec glycosurie qui persista pendant une quinzaine de jours, puis disparut. Dans un fait de Marcel Labbé et Debré, le diabète post-ourlien avait également été transitoire. Patrick en 1924 a publié un cas de diabète infantile survenu deux semaines après les oreillons. Enfin j'ai observé, avec M. Lelong (2) une petite malade qui atteinte d'oreillons assez intenses compliqués secondairement de pancréatite avec troubles digestifs, a fait quelques semaines plus tard un diabète grave avec acidose qui entraîna à plusieurs reprises du coma dont seule l'insuline put la tirer. Nous la suivons et avons eu la joie de la tirer à plusieurs reprises d'accidents graves et de la voir, grâce à l'insuline, vivre à peu près normalement dans l'intervalle.

Le rôle des oreillons (comme celui plus rare de la fièvre

(1) LEREBOULLET, LELONG, et FROSSARD. — Un cas de diabète infantile traité par l'insuline avec accidents cutanés graves. L'érythrodermie œdémateuse insulinienne. *Soc. Méd. des Hôp.*, 25 juillet 1924.
(2) K. WIDNAS. — Etudes sur le diabète sucré chez l'enfant. *Acta Pædiatrica*, 10 juin 1928.

(1) HJARNE (U.). — Three sisters with diabetes. *Acta Pedi trica*, 6-VI 1932.
(2) LEREBOULLET et LELONG. — Un cas de diabète infantile post-ourlien. *Soc. de Pédriatrie*, 16 déc. 1924.

typhoïde qu'on retrouve quelquefois à l'origine d'un diabète) s'explique facilement si l'on veut bien se rappeler la prédilection de cette affection pour les tissus glandulaires en général, et notamment pour le pancréas ; il y a là un point très intéressant, susceptible d'éclairer la pathogénie encore si obscure du diabète.

La *grippe* n'a pas un rôle étiologique nettement établi dans le diabète ; elle a surtout une influence aggravante et j'ai suivi avec M. Gournay d'assez nombreux enfants diabétiques chez lesquels un simple rhume saisonnier ou même une grippe véritable mais légère, déclenchaient l'acidose et le coma (1). MM. Nobécourt et Boulanger-Pilet ont vu des cas analogues. Parmi les petits malades dont je vous ai rapporté l'histoire, j'ai signalé l'existence relativement fréquente de grippe ou de rhinopharyngite, tantôt indifférente, tantôt révélatrice du diabète, tantôt enfin cause apparente d'une aggravation de celui-ci.

Il en est de même pour la scarlatine qui dans une des observations de Hjarne précéda, chez une fillette de 3 ans, de peu de jours l'apparition du diabète et qui, dans d'autres cas a paru sans grande influence.

Ce rôle des maladies infectieuses mérite donc d'être retenu, encore qu'elles n'aient pas le plus souvent, réserve faite des oreillons, une influence étiologique certaine, et qu'il faille les considérer surtout comme des causes révélatrices ou aggravantes.

Plus intéressant, surtout dans les premières années de la vie semblerait être le rôle de la *syphilis héréditaire* : on sait avec quelle fréquence celle-ci lèse les parenchymes glandulaires, en particulier le foie et le pancréas, et M. Marcel Pinard, a pu soutenir que le diabète était syphilitique dans la très grande majorité des cas. En réalité les faits qui militent en faveur de cette origine sont assez rares ; l'un est celui de Lemonnier concernant un petit hérédo-syphilitique de 7 ans 1/2 dont le diabète guérit par le traitement spécifique au bout d'un mois ; l'autre est le cas de MM. Rathery et Fernet qui ont observé le diabète chez un jeune homme de 16 ans, certainement hérédo-syphilitique. Enfin MM. Gautier et Saloz auraient fréquemment trouvé la réaction de Wassermann positive chez leurs diabétiques. En fait, la coexistence de deux affections, même aussi banales que la syphilis et le diabète, paraît plutôt rare. Sur tous mes diabétiques je n'ai eu que deux cas où la réaction de Wassermann fut positive et, parmi les faits que je pourrais rapporter, un seul pourrait être suspecté d'hérédo syphilis sans que celle-ci soit certaine. M. Nobécourt, M. Marcel Labbé, M. Babonneix ont émis une opinion identique à la mienne. Le diabète infantile n'est qu'exceptionnellement susceptible d'être rattaché à l'hérédo-syphilis. Au surplus le traitement spécifique, bien loin d'améliorer les diabètes infantiles, même quand ceux-ci surviennent chez des hérédo-syphilitiques avérés, semble plutôt les aggraver, — comme je l'ai constaté dans trois cas, parmi lesquels celui dont je vous ai résumé l'histoire au début de cette leçon, dans lequel le coma suivit de près l'institution du traitement antisyphilitique.

Quant aux *traumatismes craniens*, on a quelquefois invoqué leur action par l'intermédiaire d'une lésion probable du plancher du 3e ventricule, c'est-à-dire des centres nerveux de la région infundibulo-tubérienne ; et mon collaborateur Gournay a vu apparaître le diabète chez une grande fille de 18 ans qui s'était fêlé le crâne à la suite d'une chute de bicyclette, et qui, dix jours après l'accident, présenta un amaigrissement de 9 kgr., de la glycosurie et de l'acétonurie. Il est inutile de souligner l'intérêt de pareils cas, pour rares qu'ils soient, non seulement au point de vue pathogénique, mais encore au point de vue médico-légal (2).

En résumé, le jeune enfant arrive, comme l'adulte, au diabète de diverses façons et le rôle de l'hérédité et de la familialité, ceux des maladies infectieuses et du traumatisme doivent chez lui être retenus ; mais, quelle que soit son origine, le diabète, nous allons le voir, obéit à l'insuline et son évolution a été transformée par l'emploi de cette nouvelle médication.

***

J'en arrive maintenant à *l'étude clinique* du diabète infantile. D'une façon générale le diabète des jeunes enfants diffère assez peu de celui des adultes : sans doute son évolution rapide, sa gravité habituelle, l'importance des manifestations digestives et des troubles de la croissance lui donnent-elles une physionomie un peu particulière : mais les signes cardinaux de l'affection, polyphagie, polydipsie, polyurie, glycosurie, sont les mêmes chez le jeune enfant, l'enfant plus grand, l'adulte, et ceci me permettra d'aller assez vite et d'insister davantage sur le traitement.

L'enfant peut entrer dans son diabète de bien des manières. Dans nombre de cas, c'est au milieu d'un état de bonne santé apparente que s'installent, du jour au lendemain les symptômes caractéristiques, qui conduisent à l'examen des urines et à la découverte de la glycosurie. J'ai observé, il y a quelques années un grand garçon du collège Stanislas, qui s'était présenté à la consultation du collège devant le Docteur Hallé pour lui demander la permission de quitter la classe aussi souvent qu'il le désirerait, car il avait des besoins fréquents d'uriner et le professeur ne voulait pas le laisser sortir. Le Docteur Hallé examine alors ses urines et découvre une glycosurie considérable (plus de 300 gr. par 24 heures) : je me hâte de dire qu'il a guéri ! Un petit malade de Duflocq et Dauchez, à 18 mois fut pris de même d'une soif immodérée, et jusque là très propre, commença à souiller ses langes.

Parfois le diabète débute d'une manière plus frappante encore, lorsqu'après une période où la maladie est passée inaperçue des parents, surviennent brutalement des accidents d'acidose et de coma. Pendant l'été de 1925, à Chartres, on constate de la polydipsie chez un adolescent de 16 ans, fatigué par la préparation d'un examen ; jusqu'au 7 novembre, la fatigue s'accentue, l'enfant maigrit, devient sombre ; on pense au diabète sucré et on découvre une glycosurie à 750 gr. ! Quelques jours après l'enfant tombe dans le coma. C'était un dimanche, il fut impossible de se procurer de l'insuline sur place, et si mon collaborateur Gournay n'était pas parti immédiatement pour Chartres avec une provision suffisante d'insuline, le petit malade n'eût certainement pas survécu. Il se porte bien actuellement, à condition de ne pas interrompre son traitement insulinique.

Je pourrais encore vous citer des exemples analogues chez le jeune enfant, notamment celui de mon petit malade de Vernon, âgé de 22 mois, qui tomba dans le coma quelques jours à peine après que l'on eut constaté sa glycosurie. De même le premier malade dont je vous ai parlé était en imminence de coma le jour où il est venu me trouver, quelques semaines seulement après la constatation du sucre dans ses urines. C'est peut-être le caractère le plus frappant du diabète infantile et notamment de celui des très jeunes sujets que la rapidité avec laquelle il peut aboutir à l'acidose et au coma !

Dans d'autres cas, le début du diabète se fait *de façon progressive*. J'ai suivi autrefois une petite fille de 9 ans, dont la sœur était morte diabétique à la suite d'une rougeole quelques années auparavant (je vous en ai parlé plus haut à propos du diabète familial). Les parents frappés de la voir dépérir et un peu triste, et inquiets en raison de l'antécédent familial, firent plusieurs fois analyser

(1) Lereboullet et J.-J. Gournay. Diabète sucré infantile et grippe. *Soc. de Pédiatrie*, 15 fév. 1927.

(2) Mon élève, Mlle Roche cite à ce propos dans sa thèse l'enfant observé par Pavy qui à 4 ans fut renversé et eut une fracture de la base du crâne, présenta de la glycosurie et mourut 4 heures après son entrée à l'hôpital. Elle l'oppose au cas de Rossbach concernant un enfant de 7 mois tombé des bras de sa nourrice, chez qui le diabète s'est déclaré 4 semaines après.




LES NEIGES

ses urines avec un résultat toujours négatif. On finit par attribuer les troubles de l'état général à une appendicite chronique pour laquelle l'enfant fut opérée. Quelques jours après une glycosurie élevée fut constatée, un diabète se constitua qui amena la mort par coma cinq semaines après son début. Pendant dix mois, chez cette malheureuse fillette, l'état général avait été troublé, sans qu'il y eût glycosurie constatable ; peut-être la recherche de la glycosurie alimentaire provoquée, celle de la glycémie expérimentale auraient-elles permis de reconnaître plus tôt l'existence du diabète en décelant la signification de *l'état prédiabétique* constatée (comparable aux faits observés chez l'adulte ou le grand enfant par M. Baudouin et M. Pr. Merklen). Retenez donc que l'existence d'états dyspeptiques, d'amaigrissement sans cause, de troubles du caractère, parfois même d'anorexie, même alors que la glycosurie n'est pas décelée, survenant chez des enfants dont des ascendants ou des collatéraux ont été diabétiques commande une surveillance spéciale, et parfois doit faire réserver l'avenir en ce qui concerne l'évolution possible d'un diabète ultérieur. Mais ceci n'a rien de propre au tout jeune enfant.

Je ne passerai pas en revue devant vous les symptômes du diabète sucré qui, chez les jeunes enfants, ne diffèrent pas de ce qu'ils sont chez l'enfant plus grand et chez l'adulte. Je vous en ai signalé plusieurs en vous décrivant quelques cas. La *polydipsie* et la *polyurie* qui entraînent souvent chez le jeune enfant *l'énurésie*, ont une importance de premier ordre. *La polyphagie* est également très caractéristique, mais elle fait parfois défaut et est remplacée même dans quelques cas par *l'anorexie* si fréquente chez le jeune enfant. A ces signes cardinaux se joint assez fréquemment un signe objectif *l'hépatomégalie*, que j'ai jadis étudiée chez l'adulte avec le Professeur Gilbert ; une palpation attentive peut, même chez le jeune enfant, révéler un foie gros et douloureux ; ce signe n'est toutefois pas constant. L'examen des divers viscères, est à l'habitude négatif. On a dans ces dernières années, voulu faire jouer un rôle aux lésions endocriniennes dans le diabète infantile. Il faut donc chercher chez les enfants les stigmates endocriniens et j'ai vu parfois, notamment chez une fillette de 5 ans, la peau sèche et ichtyosique (elle existait également chez le petit François dont je vous ai parlé), mais il me semble difficile d'attribuer une valeur à de telles constatations d'ailleurs exceptionnelles.

En réalité, chez le jeune enfant comme chez l'enfant plus grand, c'est l'étude précise des urines et celle du sang qui permettent d'affirmer le diabète, d'en préciser la forme et d'en prévoir dans une certaine mesure l'évolution, qui surtout donnent à l'action thérapeutique une base précise.

Le plus usuel de ces examens est la *recherche et le dosage de sucre dans les urines* à l'aide de la liqueur de Fehling. Cette recherche doit porter sur les urines des 24 heures, mais l'examen de la totalité des urines ne suffit souvent pas et, comme je l'ai montré avec M. Gilbert, en fragmentant l'examen des urines en divers échantillons selon les heures de repas, par exemple de 8 heures à midi, de midi à 16 heures, de 16 heures à 20 heures, de 20 heures à minuit, de minuit à 8 heures du matin (les repas étant pris à midi et à 8 heures du soir) on peut mettre en évidence le rythme de la glycosurie, noter si celle-ci est continue ou intermittente et, dans cette dernière éventualité, on peut déterminer l'influence des périodes digestives. Ceci est surtout important lors de glycosurie minime (à l'habitude exclusivement digestive) qui peut être ainsi dépistée (par l'examen des urines post-prandiales) et précisée. Même chez le jeune enfant (et en dépit des difficultés tenant à son âge) un tel examen peut être fait et donner des résultats intéressants.

Il faut aussi chercher, outre l'odeur de l'haleine souvent constatée, les signes urinaires de *l'acidose* et mettre en évidence l'acétone par la réaction de Lieben à l'iodoforme et surtout *l'acide diacétique* par la réaction de Gerhardt (coloration rouge porto par addition dans l'urine de quelques gouttes de perchlorure de fer). Vous serez ainsi renseignés sur la présence ou l'absence des corps acétoniques ; par ailleurs vous pourrez pousser plus loin l'étude de chaque cas par la recherche du pH urinaire, la résistance des urines à l'alcalinisation, la mesure de la réserve alcaline du sang. En pratique toutefois, la recherche de la réaction de Gerhardt au perchlorure de fer suffira à vous faire dépister l'acidose si fréquente au cours du diabète des jeunes sujets, chez lesquels des recherches précises sont souvent assez difficiles à poursuivre.

L'étude de *la glycémie* a elle aussi, une grande importance, le taux du sucre sanguin est généralement assez élevé (plus de 1 gr. 50 contre 0,80 par litre, chiffre normal), et peut atteindre 2 et 3 gr., comme je l'ai constaté dans quelques cas ; je vous ai déjà signalé l'intérêt de cette étude pour dépister certains états prédiabétiques. Parfois inversement, avec une glycosurie importante, la glycémie est normale ou subnormale, et tout se passe comme si le rein présentait une perméabilité accrue pour le glucose, dont le « seuil d'excrétion » serait anormalement abaissé ; j'aurai l'occasion de revenir sur le rôle de ce facteur rénal sur lesquels ont insisté MM. Rathery, Baudouin, Marcel Labbé, Chabanier et pour lequel on a parlé de diabète rénal. Il explique certains cas de glycosurie de l'enfant particulièrement bien tolérés, sans qu'il y ait lieu de séparer complètement ces faits des autres cas de diabète auxquels ils se rattachent par une série de transitions. Ici toutefois, comme chez l'adulte, c'est la glycosurie plus encore que la glycémie qui permet de suivre la marche du diabète.

Une autre recherche s'impose, il faut savoir *comment l'enfant tolère les hydrates de carbone*, notion indispensable pour fixer le régime alimentaire et, dans une certaine mesure porter un pronostic. Il est difficile, et, dans une certaine mesure, dangereux, chez le tout jeune enfant, de procéder de manière rapide en supprimant d'un seul coup les hydrates de carbone dans l'alimentation jusqu'à cessation de la glycosurie et en les redonnant et les augmentant peu à peu jusqu'à réapparition de sucre urinaire. Il est préférable de diminuer progressivement la quantité d'hydrates de carbone ingérés quotidiennement jusqu'à diminution marquée et disparition de la glycosurie. Au surplus, chaque fois qu'il y a glycosurie un peu importante chez le jeune enfant, l'insulinothérapie s'impose, avant même cette recherche de la tolérance aux hydrates de carbone et c'est, sous la cure insulinique, que l'on s'efforce d'assurer aux petits malades le *maximum d'hydrates de carbone assimilés sans glycosurie*, le reste des calories nécessaires à l'enfant étant fournis par des graisses et des albuminoïdes. Il faut en effet se rappeler que, chez le jeune enfant, le coefficient d'assimilation des hydrates de carbone est souvent tellement abaissé, que pour nourrir l'enfant sans dépasser la quantité d'hydrates de carbone tolérée, il faudrait donner des graisses et des albuminoïdes en quantité telle que l'acidose apparaîtrait ; d'autre part, il est impossible de diminuer les hydrates de carbone de manière marquée sans compromettre la croissance. C'est ce qui rend le traitement par l'insuline si précieux ; celle-ci en augmentant de manière considérable la tolérance aux hydrates de carbone permet d'élargir le régime des petits malades, de les faire vivre et grandir, alors qu'auparavant ils étaient, dans la majorité des cas, voués à une mort rapide ou tout au moins à une hypotrophie marquée.

Il est naturellement nécessaire de fixer régulièrement la *taille* et le *poids* de l'enfant diabétique car le développement statural et pondéral de celui-ci varie selon son état, l'importance de son diabète, sa forme clinique, l'influence du traitement insulinique. Il est donc fort utile d'être renseigné périodiquement sur la taille et le poids de l'enfant, qui sont d'observation facile, même chez le jeune enfant.

Les constatations que je viens de rappeler étant faites, il devient possible d'apprécier le diabète de l'enfant et

◆◆◆

de fixer à quelle forme on a affaire. A cet égard, quatre formes cliniques peuvent être individualisées chez l'enfant, qu'il s'agisse du tout jeune que nous avons en vue ici ou de l'enfant déjà grand.

1° La première de ces formes et, malheureusement, de beaucoup la plus fréquente, est le *diabète consomptif*, avec amaigrissement, dénutrition rapide, grosse glycosurie, acidose précoce, tolérance très faible ou nulle aux hydrates de carbone, — forme qui jadis évoluait de façon extrêmement rapide vers le coma mortel. La glycémie est habituellement élevée, l'acétonurie et la diacéturie constantes et souvent très accentuées. Le traitement insulinique doit être continué constamment sous peine de voir apparaître le coma, comme chez cette petite malade dont je vous ai déjà parlé, atteinte de diabète post-ourbien, et qui fit *quatre fois du coma*, et comme chez un de mes petits malades qui fit une grave menace de coma, 24 heures après la suspension du traitement. L'action des maladies intercurrentes (grippe, oreillons, rougeole) est, dans ces cas de diabète consomptif, beaucoup plus marquée. Avant l'insuline, ces malheureux enfants ne vivaient guère plus de 12 ou 14 mois après le début de leur diabète. Souvent, comme plusieurs petits malades dont je vous ai parlé, ils succombaient en quelques semaines ou quelques mois. Actuellement, la survie est prolongée pratiquement autant que dure le traitement insulinique bien conduit. Mais toute interruption peut être fatale chez les jeunes enfants, cette forme est, les cas que je vous ai rapportés le montrent, de beaucoup la plus fréquente.

2° A côté du diabète consomptif, il y a des cas moins graves, rares, mais très intéressants, sur lesquels le professeur Nobécourt a insisté à maintes reprises : ce sont ceux où le diabète s'accompagne *d'hypotrophie* simple, sans dénutrition véritable, mais avec un retard pondéral et statural souvent très important. Le professeur Nobécourt, entre autres cas, rapportait celui d'une fillette de 15 ans 1/2, petite et gracile, qui ne paraissait guère plus de 12 ans, et qui en un an, ne prit qu'un centimètre de taille tout en grossissant de 600 gr. Elle ne présentait pas de dénutrition, le retard de croissance dominait. M. Nobécourt a justement fait remarquer que ce retard de croissance tenait en partie à ce que l'enfant ne fixait pas le sucre, si nécessaire à sa nutrition et à sa croissance. Je vous ai présenté plusieurs observations de jeunes diabétiques hypotrophiques. J'en ai suivi à cet égard de très démonstratifs chez lesquels l'hypotrophie cessait ou reprenait selon la régularité avec laquelle les enfants suivaient ou non leur traitement insulinique et étaient ou non fidèles au régime alimentaire prescrit. On a pu se demander si dans de tels cas l'hypotrophie n'était pas parallèle au diabète, relevant avec lui d'une cause commune, l'hérédo-syphilis par exemple. Ce que je vous ai dit de la rareté de l'hérédo-syphilis à l'origine du diabète des jeunes enfants, ce que je viens de vous dire de l'action de l'insulinothérapie et du régime sur la croissance cadre mal avec une telle hypothèse. Si réels que soient ces faits de diabète avec hypotrophie, ils ne sont toutefois pas complètement distincts du diabète consomptif et, si leur évolution est plus lente, ils se compliquent secondairement d'acidose et de coma, si l'insulinothérapie n'intervient pas.

3° Une troisième forme a été isolée par M. Gournay et par moi il y a quelques années à laquelle semblaient se rattacher deux des petits malades dont je vous ai conté l'histoire. Mais, comme la forme précédente, elle tend parfois à se rapprocher de la première forme et une division trop absolue risquerait d'être démentie par les faits. Toutefois, il est des cas dans lesquels un diabète bien nettement caractérisé, avec amaigrissement, asthénie, polydipsie, polyurie, glycosurie intense ne s'accompagne que d'une glycémie modérée ; il y a absence habituelle d'acétonurie, l'insuline agit vite sur le poids, l'état général et les signes fondamentaux du diabète ; elle peut être réduite et parfois même cessée sans que pour cela réapparaisse la glycosurie et s'altère l'état général. La croissance pondérale et staturale se fait normalement. Dans de tels cas, les maladies intercurrentes n'ont qu'une influence minime sur l'évolution et l'aggravation du diabète. Ces faits que nous avons observés avec M. Gournay (1), s'opposent ainsi au diabète consomptif par leur évolution favorable et l'absence habituelle d'acétonurie, au diabète avec hypotrophie de M. Nobécourt, par l'absence habituelle d'hypotrophie. Il semble bien que dans de tels faits le diabète qui parfois, a un caractère familial, s'explique en partie par un élément rénal, l'abaissement du seuil rénal facilitant la glycosurie, sans qu'il y ait glycémie accentuée. Sur ce seuil, l'insuline aurait une action élective qui durerait un certain temps et permettrait les cures intermittentes. Le pronostic serait moins décevant que dans le diabète consomptif habituel à l'enfant et même dans le diabète avec hypotrophie. Il serait toutefois prématuré de tirer à cet égard de nos faits des conclusions trop précises, et précisément le petit Paul G... qui nous avait paru atteint de cette forme a dû, après une longue période où l'insulinothérapie était restée très faible, et pourtant suffisante, être mis à une cure plus intensive. Il semble bien que, chez le tout jeune enfant, de tels faits soient plus exceptionnels que chez les enfants plus grands. Si je vous les cite néanmoins, c'est qu'ils sont de ceux qui permettent de porter chez certains enfants diabétiques un pronostic lointain moins décevant et d'espérer une action plus décisive de l'insulinothérapie.

4° Il est enfin des cas dans lesquels, même sans insuline et avec un régime alimentaire relativement large, le diabète des jeunes enfants n'a pas tendance à s'aggraver. Telle la malade dont je vous ai parlé, que j'ai soignée il y a trente ans avec le Professeur Gilbert, alors qu'elle était âgée de 22 ans et qui avait été dès l'âge de 3 ans soignée pour un diabète par Lécorché. Sa glycosurie n'a cessé depuis d'exister, oscillant entre 30 et 50 gr. par 24 heures sans retentir autrement sur son état général. Sa glycémie est restée d'ailleurs sensiblement normale. Je l'ai revue récemment en bonne santé apparente. Chez elle, sans aucun doute, l'abaissement du seuil rénal d'élimination du glucose est la cause de sa glycosurie et on peut qualifier celle-ci de diabète rénal. J'ai de même suivi, il y a bien des années, deux enfants reconnus glycosuriques, la fille à 4 ans, le garçon à 8 ans, dont la glycosurie d'ailleurs légère n'altérait pas la santé générale, qui plus tard eurent une glycosurie plus marquée (elle atteignait chez le garçon 80 à 100 gr., chez la fille 40 à 50 grammes), mais ils gardaient tous deux une glycémie normale.

De ces formes, dans lesquelles l'élément rénal est prédominant, il faut enfin rapprocher les cas dans lesquels la glycosurie légère, intermittente, apparaît au cours de la période digestive et qu'on a pu rattacher à l'insuffisance hépatique. M. Hutinel les a jadis signalés et j'en ai parfois rencontrés chez de jeunes enfants ; il ne faut pas les faire rentrer dans le cadre du diabète, encore qu'ils s'y rattachent par une série de transitions.

***

Il me faudrait encore, avant d'aborder l'étude du traitement vous dire quelques mots des incidents qui peuvent survenir au cours du diabète infantile et modifier son évolution, notamment des *maladies infectieuses*. Je vous ai déjà parlé d'elles à propos de l'étiologie du diabète infantile. Elles interviennent également, lors du diabète constitué, pour modifier l'évolution de celui-ci et parfois l'aggraver, mais leur influence est très variable. Dans les faits que je vous ai rapportés, dans ceux étudiés par Widnäs et par Hjarne on tantôt voit la

(1) LEREBOULLET et GOURNAY. — Sur un type clinique spécial de diabète sucré infantile. *Soc. de Pédiatrie*, 18 oct. 1927. *La Presse thermale et climatique*, avril 1928.

grippe, la rougeole, la scarlatine, la varicelle, les otites, les mastoïdites rester sans influence nette, tantôt ces maladies entraînent une aggravation du diabète et coïncident avec l'apparition d'une acidose marquée. Il semble bien que, même sans traitement insulinique, l'influence des infections intercurrentes soit surtout à redouter chez les jeunes enfants atteints de diabète consomptif ou de diabète avec hypotrophie. Il faut en tout cas suivre plus particulièrement les petits diabétiques à ce point de vue et savoir augmenter la dose d'insuline pendant la maladie infectieuse. C'est en procédant de cette façon que, dans quelques-uns des cas que je vous ai rapportés, nous avons pu, M. Gournay et moi, éviter les conséquences fâcheuses d'infections intercurrentes chez nos jeunes enfants diabétiques.

***

Le *pronostic* doit naturellement tenir compte de ces facteurs aggravants possibles et aussi de la facilité avec laquelle apparaissent les poussées d'acidose (avec odeur acétonique de l'haleine, réaction de Gerhardt fortement positive, somnolence facile, etc.), trois symptômes pouvant précéder l'apparition de coma, et qui, avant l'insuline, impliquaient un pronostic particulièrement sévère. Actuellement même en cas de coma confirmé, l'insulinothérapie peut faire de véritables résurrections, tels le petit François J... et le petit Claude C... dont je vous ai relaté l'histoire et qui, tous deux, firent des accidents de coma sévère dont les tira l'insulinothérapie à doses suffisantes. Le seul fait que tous les petits diabétiques dont je vous ai parlé, sauf une, ont guéri, montre assez que le pronostic est tout différent de ce qu'il fut jadis. Au surplus il suffit d'évoquer les diverses statistiques de diabète infantile publiées pour constater les progrès réalisés ; je vous citerai seulement ici celle de Joslin, Root et White (1) qui, sur 164 enfants diabétiques soignés avant l'insuline, n'avaient eu que 12 survivants, alors que sur 130 ayant reçu de l'insuline entre août 1922 et mars 1925 ils signalaient 120 survivants. Ma propre statistique serait assez semblable quoique portant sur un moins grand nombre de cas.

Parmi mes petits malades il en est un que je suis depuis huit ans, trois autres depuis six ans, un depuis cinq ans. Tous étaient condamnés sans l'insuline. Si le traitement ne guérit pas définitivement, il fait vivre les enfants et c'est déjà un résultat précieux. Aussi bien voudrai-je, en terminant cette leçon, vous en rappeler les principales règles, qui ne diffèrent au surplus que très peu chez les jeunes enfants et les enfants plus grands.

***

Le TRAITEMENT du diabète des jeunes enfants comporte d'une part le *régime alimentaire* qui doit permettre à l'enfant d'*assimiler le maximum d'hydrates de carbone sans glycosurie*, d'autre part l'emploi de l'*insuline en injections sous-cutanées* quotidiennes. Alors que, chez nombre d'adultes, l'insuline n'est indiquée que dans certaines formes de diabète, le régime suffisant dans nombre d'autres cas à faire disparaître la glycosurie ou à la réduire à un très faible taux, chez l'enfant et surtout le jeune enfant l'insulinothérapie est à peu près toujours indiquée (réserve faite des glycosuries minimes et intermittentes que j'ai classées dans une quatrième forme). Elle seule permet d'adopter un régime compatible avec une augmentation régulière du poids et de la taille. Le régime bien compris permet en revanche de n'avoir pas à augmenter trop les doses d'insuline quotidiennes. Régime et insulinothérapie doivent donc être étroitement associés.

Le *régime alimentaire* s'il doit théoriquement comporter une restriction suffisante des hydrates de carbone pour réduire ou supprimer la glycosurie doit en même temps permettre une croissance normale. Or *les hydrates de carbone sont nécessaires à la nutrition et au développement de l'enfant*. Il est prouvé que lorsqu'on descend au-dessous de la dose minima de sucre nécessaire par kgr. et par jour pour assurer ce développement (3 gr. 5 au lieu de 2 gr. chez l'adulte), le poids devient d'abord stationnaire, puis s'abaisse même si on remplace les hydrates de carbone par une quantité correspondante de graisses ; si d'ailleurs on augmente la quantité de graisses et de matières azotées, l'acidose survient presque fatalement.

Pour établir le régime, il faut donc savoir comment l'enfant fixe les hydrates de carbone : dans ce but, on peut réduire progressivement la quantité d'hydrates de carbone des vingt-quatre heures et essayer de fixer la limite de tolérance. Pratiquement, on ne doit pas s'attarder, si l'enfant a une forte glycosurie, à déterminer cette limite et, si on voit qu'avec une proportion même réduite d'hydrates de carbone, l'enfant continue à avoir du sucre, il faut commencer le traitement insulinique et ne fixer la ration hydrocarbonée qu'après s'être assuré que la dose quotidienne d'insuline donnée est suffisante pour parer aux accidents (1). Il en est surtout ainsi, s'il y a acidose constatée. Avec mes collègues Nobécourt, Marcel Labbé, Mouriquand j'estime en effet qu'une restriction excessive des hydrates de carbone est dangereuse pour l'enfant et c'est un des avantages de l'insulinothérapie de permettre d'assurer à l'enfant la dose de 80, 100 et 120 gr. d'hydrates de carbone qui est nécessaire à sa croissance.

La *restriction azotée* est non moins importante que la restriction hydrocarbonée, car, chez le tout jeune enfant surtout, le régime doit être au moins autant antiacidosique qu'antidiabétique. Il ne faut conseiller la viande, les œufs, les graisses qu'en quantité très modérée. D'autre part le pain, les farines de céréales ou de légumes, le riz doivent être proscrits à cause de leur teneur élevée en hydrates de carbone. Le lait reste, en quantité modérée un bon aliment (un demi-litre environ par jour). De même on peut user des pommes de terre (en se rappelant qu'elles contiennent environ 20 p. 100 d'hydrates de carbone), des légumes verts, justement recommandés par M. Marcel Labbé, des fruits peu sucrés, du beurre et de la crème en petite quantité. Le régime doit être relativement varié et contenir une quantité d'hydrates de carbone suffisante pour assurer la croissance. L'insuline permet justement dassurer à l'enfant la ration de 70 à 100 gr. d'hydrates de carbone qui lui est nécessaire chaque jour. Mieux vaut augmenter l'insuline pour assurer à l'enfant la ration en hydrates de carbone qu'il lui faut, associée naturellement à la quantité de protéines (2 gr. environ par kilogr. pour un enfant jeune) et à celle de graisses (3 à 4 gr. par kilogr.) qui ont été reconnues nécessaires. Il faut enfin se rappeler que l'enfant diabétique aime manger beaucoup et souvent, que, si on est trop sévère, cette phagomanie interviendra, qu'il mangera en cachette en dépit de toutes les surveillances, que par suite mieux vaut lui assurer un régime suffisamment large et varié. Grâce à l'emploi régulier de l'insuline, avec quelques difficultés, nous sommes arrivés, M. Gournay et moi, à régler l'alimentation de nos petits malades, de manière suffisante et, à diverses reprises, nous avons vu l'interruption du régime ainsi conçu coïncider avec une augmentation de la glycosurie et une reprise de l'hypotrophie. Malgré tout, la phagomanie, dont je parlais plus haut, a été parfois évidente, comme je vous l'ai signalé en relatant l'histoire de mes petits malades. Mais ce n'est plus qu'un minime incident alors qu'avant l'insuline elle rendait pratiquement impossible tout régime vraiment restrictif.

Avec le régime, les seules armes thérapeutiques que

(1) JOSLIN, ROOT, WHITE. — The growth, development and prognosis of diabetic children. *The Journal of am. med. asso.*, 8 août 1925.

(1) J'ai déjà étudié cette question de régime et celle de l'insulinothérapie dans deux leçons parues ici-même.
P. LEREBOULLET. — Le diabète infantile et son traitement. *Progrès Médical*, 24 et 31 octobre 1925.

nous possédions autrefois étaient *la cure alcaline* (bicarbonate ou eau de Vichy) qui peut encore être utilement employée aujourd'hui à titre adjuvant et pour prévenir l'acidose — le *traitement antisyphilitique*, qui ne se justifie pas dans la plupart des cas et dont je vous ai souligné les inconvénients — *la cure arsenicale* (arséniate de soude, séjour à la Bourboule) parfois périlleuse — les *diverses opothérapies* hépatique, pancréatique, etc., dont l'action était tout à fait insuffisante encore qu'elles aient parfois leurs indications pour faciliter la digestion et l'assimilation chez le petit diabétique.

Toutes ces médications doivent aujourd'hui s'effacer devant l'*insuline* qui a véritablement transformé le pronostic et l'évolution du diabète, chez le jeune enfant plus encore que chez l'adulte (1). Je ne puis insister ici sur ce que représente l'insuline, produit de la sécrétion interne du pancréas, isolé en 1922 par Banting et Best sous forme d'un produit injectable, dont la préparation a été perfectionnée. Le plus souvent on emploie une insuline liquide présentée en petits tubes fermés par un bouchon de caoutchouc qu'après désinfection à l'iode, on traverse avec l'aiguille hypodermique stérilisée pour aspirer la quantité voulue. Chaque centimètre cube du liquide correspond à 20 unités cliniques d'insuline ; l'unité physiologique américaine correspond à la quantité d'insuline capable d'abaisser de 60 p. 100 la glycémie d'un lapin de 2 kgr. 500, à jeun depuis seize heures : l'unité clinique représente le tiers de l'unité physiologique. La plupart des insulines sont titrées en unités cliniques et je me suis servi habituellement d'insulines titrant 20 unités cliniques au centimètre cube.

L'action hypoglycémiante de l'insuline dure environ huit heures avec maximum d'action trois heures après l'injection. Il faut donc faire coïncider le moment d'action maximum de l'injection avec l'absorption maxima d'hydrates de carbone, c'est-à-dire avec la digestion et, pour cela, faire l'injection une demi-heure ou un quart d'heure avant les repas.

La voie habituelle d'injection, chez le jeune enfant tout au moins est la voie intramusculaire. On injecte de préférence l'insuline dans la région fessière, en variant chaque fois le point d'injection. La voie intraveineuse est impraticable chez le jeune enfant et la voie sous-cutanée peut être douloureuse.

Les injections doivent être faites régulièrement et à heures fixes. Aussi est-il plus simple et plus sûr de les faire faire par quelqu'un de l'entourage immédiat du malade, père, mère, frère ou sœur. Rien n'est plus facile que de les éduquer à cet égard (en assistant aux premières piqûres) et, chez la plupart de mes petits malades qui ont reçu des milliers de piqûres, je n'ai jamais eu aucun accident local, aucun abcès. Les injections doivent être faites ainsi régulièrement, le contrôle médical intervenant périodiquement pour en fixer le taux. Depuis le cas malheureux que j'ai observé avec MM. Lelong et Frossard, je n'ai pas vu un seul cas d'intolérance cutanée et d'érythrodermie insulinienne, et je crois que les insulines purifiées employées actuellement ont rendu ce risque d'intolérance à peu près nul.

En pratique, l'insulinothérapie peut intervenir d'urgence lors de coma déclaré ; il en était ainsi dans deux des cas que je vous ai rapportés et dans d'autres, notamment dans un cas de Mackay remontant à 1923 et concernant un enfant de 4 ans et 3 mois, traité en plein coma, cinq jours après l'apparition de la polyurie et de la polydipsie, et rapidement guéri. Dans de tels cas, le diagnostic étant certain, il ne faut pas hésiter à faire de hautes doses d'insuline 40, 50 et 60 unités cliniques par jour, davantage même et on obtient de véritables résurrections ; j'ai chez les grands enfants comme chez les tout jeunes eu le bonheur d'en observer de nombreux exemples (1).

Plus souvent le traitement est institué en dehors des périodes d'acidose et de coma, dès le diabète reconnu. Quelle que soit la forme de diabète (réserve faite des cas de glycosurie intermittente dont je vous ai parlé), l'insuline est presque toujours indispensable. Les injections sont faites à des doses variables selon l'intensité du diabète et sa ténacité ; même chez les tout petits des doses de dix à vingt unités matin et soir sont souvent nécessaires. On peut les abaisser à cinq unités si le résultat sur la glycosurie est acquis et si un régime relativement large peut être institué sans réapparition ou recrudescence de la glycosurie. Je ne puis insister ici sur tous les détails de ce traitement dont les observations que je vous ai rapportées vous ont montré l'efficacité. Elles montrent aussi que l'insulinothérapie doit être continuée ; quand on voit, comme je l'ai vu, des accidents d'acidose grave et de coma survenir, parce que le traitement a été suspendu 24 heures à peine, quand on constate, comme je l'ai vu également, l'aggravation presque constante du diabète traité par cures successives avec intervalle plus ou moins long, on reste partisan de l'insulinothérapie quotidienne réduite si possible, mais non supprimée. Tout au plus faut-il mettre à part quelques cas exceptionnels comme ceux que j'ai suivis avec M. Gournay et dans lesquels l'absence habituelle d'acidose, rapprochée des effets rapides et marqués de l'insuline, nous a permis de cesser par périodes l'insuline. Encore ne saurait-on, même dans ces cas, être trop prudent ; la cessation de l'insuline ne peut être envisagée qu'avec une stricte surveillance.

Il est malheureusement quelques inconvénients de la cure ainsi instituée, plus impressionnants que graves et qui, assez facilement, surviennent chez les tout jeunes enfants ; ils commandent la prudence dans les doses et la surveillance attentive des injections. Si l'insuline abaisse brutalement le taux de la glycémie au-dessous de son taux physiologique il peut en résulter une *hypoglycémie* capable de produire des accidents : pâleur marquée, sueurs abondantes, crises syncopales, parfois même convulsives. Ces accidents qui surviennent soit rapidement après l'injection, soit deux à trois heures après cèdent le plus souvent (s'ils ne disparaissent pas d'eux-mêmes), à l'injection sous-cutanée d'une solution glucosée et à l'ingestion de quelques gouttes d'adrénatine. Il est exceptionnel qu'ils soient vraiment graves, encore qu'on ait publié des cas de coma par hypoglycémie. Chez cinq de nos petits malades, ces accidents ont été notés, à des degrés divers, parfois assez impressionnants, mais ils n'ont jamais eu de conséquences fâcheuses et le traitement par l'insuline a pu être continué. Au surplus il est, dans une assez large mesure, possible de les prévenir en faisant ingérer à l'enfant un morceau de sucre au moment de l'injection et en lui donnant toujours son repas dans la demi-heure qui suit l'injection. C'est pourquoi la régularité dans l'horaire des injections et des repas est indispensable. Retenez toutefois la fréquence relative des accidents d'hypoglycémie chez les petits diabétiques, au-dessous de 5 ans (2).

Les abcès sont exceptionnels et les enfants que j'ai soignés, dont quelques-uns ont eu plusieurs milliers d'injections, n'ont jamais eu d'abcès, ni d'induration prolongée du fait de l'insuline injectée. Quant à l'anaphylaxie insulinienne, aboutissant à l'érythrodermie insulinienne, je ne l'ai observée qu'une fois et, comme je l'ai dit tout à l'heure, je crois que les impuretés, plus que l'insuline elle-même, étaient en cause.

De tels accidents sont trop exceptionnels pour faire

(1) P. Lereboullet. — Diabète infantile et insuline. *Journal médical français*, septembre 1923. — P. Lereboullet et Gournay. Diabète infantile et insuline *Soc. de Pédiatrie*, 16 juin 1925. — P. Lereboullet. Que doit-on attendre de l'insuline dans le traitement du diabète infantile. *Le Monde Médical*, 1er, 15 novembre 1925.

(1) Bon nombre des observations que j'ai suivies ont été réunies dans la thèse de mon élève Veillard-Baron : Résultats du traitement par l'insuline dans le diabète sucré infantile. *Thèse de Paris*, 1926.

(2) Dans un intéressant article, le Professeur P. Mauriac insistait lui aussi récemment (*Paris Médical* 1er juillet 1933) sur la fréquence des accidents hypoglycémiques dans le diabète infantile et la nécessité de ne pas supprimer complètement la glycosurie.

BIBLIOGRAPHIE

Etincelles, par Pierre Roudière. A. Lemerre, éditeur, Paris, 1933. 15 francs.

Les Etincelles de M. Pierre Roudière jaillissent en trois gerbes.

Nomades. — C'est le thème de l'évasion, avec ses joies :

« Partir n'est pas mourir ; c'est renaître sans cesse,
Multiplier l'élan que l'on veut compléter,
Et balancer la vie au vol de la jeunesse... »

et ses tristesses :

« C'est un mince fil d'or étiré qui casse ;
C'est une lampe merveilleuse qui s'éteint,
Et la nuit du passé qui m'inonde à sa place. »

la nostalgie des « ailleurs » :

« Les horizons s'ouvrent immenses,
Dans la brèche de mon chemin,
Pour quelles nouvelles errances
A travers l'inconnu des miracles humains. »

Mais c'est aussi le sentiment de l'instabilité de la vie — intérieure et extérieure — de l'effritement de toutes choses, de l'éternelle métamorphose des mondes.

Le poète, au fond, n'est si avide de départs et de changement que parce qu'il a foi dans l'avenir pour y réaliser son œuvre.

« Allons ! téméraire damné,
Il faut poursuivre les chimères !
La mort seule peut me donner
L'apaisement et la fixité de sa terre ... »

Et ce sont déjà les *Nocturnes*, hymnes de la détresse et du doute, et qui ne sont pas, malgré tout, sans une sereine philosophie en présence des nécessités de la mort et des laideurs macabres de la salle de dissection.

« Une femme éternise un geste obscène, nue... »

Dans les *Amoureuses*, le poète chante sur un timbre adouci un amour qui a subi l'épreuve du temps, mais qui connaît le prix du plaisir. « Intimité » dûment sensuelle, retour, sans regrets apparents, vers les « lieux amicaux » du premier baiser, de « l'ivresse amoureuse au vin pur du soleil », et qui se termine, ou plutôt qui se continue par ce petit « collier » d'ivoire posé sur la dernière page comme un symbole

« Dans l'éclat patiné de sa blancheur fidèle. »

J. L.

Le Talmud, exposé synthétique du Talmud et de l'enseignement des rabbins sur l'éthique, la religion, les coutumes et la jurisprudence, par A. Cohen. Taduction de Jacques Marty. Un vol. in-8 de 472 pages de la Bibliothèque historique. 40 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pour la première fois, paraît en français en un seul volume l'exposé synthétique du code divin, moral et social de la race juive : le Talmud.

« Le Talmud, dit A. Cohen dans sa préface, s'est assigné pour but essentiel de munir le peuple juif d'un corps de doctrines qui soit, non seulement un objet de croyances, mais le guide permanent de sa vie. Il a ainsi créé le monde même où s'est écoulée l'existence du Juif, l'atmosphère dans laquelle il a respiré. »

Même si les événements politiques actuels ne contribuaient à donner au présent ouvrage un intérêt d'actualité, il s'imposerait déjà à l'attention du public cultivé en lui apportant un exposé remarquablement précis et condensé de la pensée originale d'Israël, à l'époque classique de la constitution du Talmud.

Si le monde gréco-romain garde pour nous son incomparable dignité d'*alma mater*, les temps modernes ont pourtant vu affluer à eux d'autres courants de pensée et de vie profonde. Le Judaïsme ne constitue pas le moins puissant parmi ces facteurs essentiels de l'évolution occidentale, ne serait-ce que pour avoir, le premier en ce monde, fait prévaloir son absolu monothéisme. Tenu longtemps à l'écart, replié forcément sur lui-même dans ses écoles rabbiniques de Palestine et de Babylonie, plus longtemps méconnu et dédaigné de notre Moyen-Age, il a manifesté, au sein de formidables traverses, une vitalité dont l'histoire ne présente guère d'autres exemples.

C'est à chaque instant qu'en suivant le savant spécialiste anglais, révérend docteur A. Cohen, pour qui la critique des sources et l'exégèse du Talmud n'ont plus de secrets, le lecteur sera amené à considérer les problèmes de Dieu, de l'anthropologie, de la morale sous tous ses aspects, de la vie juridique et des croyances populaires, de l'eschatologie, avec une ampleur et une précision toutes nouvelles. Sans s'arrêter plus qu'il ne convient aux détails pittoresques ou parfois subtils à outrance qui donnent à l'argumentation rabbinique ce qu'on peut appeler sa couleur locale, l'auteur nous fait magistralement saisir la substance même de la pensée juive.

renoncer à la médication merveilleuse qu'est l'insuline. Sans doute il faut compter avec les crises d'hypoglycémie, surveiller la progression des doses, éviter tout retard dans le repas qui suit l'injection. Mais il est facile, avec la collaboration des parents, d'établir ainsi la régularité du traitement. Les résultats obtenus sont excellents et les petits malades, comme ceux dont je vous ai parlé, non seulement n'ont plus de sucre en quantités importantes,en suivant un régime relativement large, mais ont une croissance suffisante présentent des modifications heureuses de caractère, reprennent peu à peu une bonne santé. Sans doute, ils restent diabétiques et l'interruption, même très temporaire, de l'insuline peut avoir des conséquences graves, mais ils vivent et se développent, alors qu'autrefois c'était pour eux la mort inéluctable et rapide. Si, dans quelques cas exceptionnels, il m'a paru possible de ne plus faire que des cures de plus en plus espacées, il ne faut pas tenir compte de ces cas, si encourageants qu'ils soient, chez les tout jeunes enfants. Chez eux, l'*insulinothérapie surveillée, jointe à un régime équilibré et adapté, doit être la règle constante* et les résultats qu'elle donne sont assez beaux pour permettre d'affirmer que l'histoire du diabète des jeunes sujets a été transformée grâce à la découverte de l'insuline.

FAITS CLINIQUES

Un cas de luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule

Par M. **Pierre REVERDY**

Ancien externe des Hôpitaux de Toulouse

Bien que les luxations unipolaires de la clavicule soient relativement fréquentes, les luxations bipolaires sont, elles, exceptionnelles, car on n'en connaît actuellement pas plus de vingt-neuf cas. Aussi sont-elles complètement négligées par la plupart des auteurs, qui se bornent à les mentionner simplement dans les traités classiques.

Nous avons eu l'occasion d'observer il y a quelques mois dans le service de M. le Docteur J.-P. Tourneux un cas de luxation bi-polaire de la clavicule. Le petit nombre des faits publiés, et le silence sous lequel ces lésions sont passées, nous ont porté sur les conseils de notre maître à entreprendre l'étude de cette variété de luxation claviculaire.

Il s'agit d'un ouvrier terrassier, âgé de 45 ans, qui le 24 septembre 1932 se rendait à son travail en bicyclette, quand il fut tamponné par un camion automobile. Il fut projeté sur le côté droit et vint buter le sol de l'épaule droite.

Le camion ayant point d'appui sur l'hémithorax gauche, poussa le blessé dans cette position sur une distance de 20 mètres. Notre sujet qui avait perçu un fort craquement douloureux au niveau de la clavicule droite, reçut les premiers soins du médecin de Martres Tolosane. Celui-ci constata l'existence d'une luxation complète de la clavicule droite compliquée de fracture de côtes.

Amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, il fut admis avec le diagnostic de luxation bipolaire de la clavicule droite et fractures des 6e et 7e côtes gauches.

Une radiographie faite le lendemain, montra bien en effet que la clavicule droite était doublement luxée : son extrémité acromiale se trouvait au-dessus de l'apophyse et son extrémité sternale en avant du manubrium.

Un essai de réduction par manœuvres externes ayant échoué, on décida une intervention sanglante sous anesthésie générale légère. Le sternum fut relié à la clavicule par une plaque vissée, quant à la luxation acromio-claviculaire, elle resta irréductible par suite d'une fracture parcellaire de l'extrémité de la clavicule.

Un mois plus tard, l'interne de service enleva la plaque et les vis : il s'était formé un cal osseux régulier entre le sternum et la clavicule. L'articulation acromio-claviculaire avait été maintenue par des bandes amidonnées : bien que non réduite, elle ne présentait plus de mobilité ; à ce moment les fractures de côtes étaient également consolidées.

Vers la fin de novembre, on examine le malade et on constate que :

Le moignon de l'épaule droite était légèrement abaissé ;

La clavicule était devenue superficielle dans toute sa forme et sur toute son étendue, sa direction n'étant plus transversale mais oblique de haut en bas et de dehors en dedans ;

L'extrémité sternale projetée en avant soulevait la peau, l'extrémité acromiale reposant sur l'apophyse et en arrière d'elle ;

La clavicule formait avec un axe horizontal passant par le manubrium un angle de 45°, tandis que la clavicule saine ne faisait avec le même axe qu'un angle de 30° ;

La distance acromio-sternale égalait 14 centimètres, la même distance du côté sain égalait 16 centimètres, le moignon de l'épaule se trouvait ainsi rapproché de la ligne médiane ;

Le bord antérieur du deltoïde était plus saillant ;

Le creux sus-claviculaire droit était très prononcé ;

La distance acromion-extrémité inférieure du radius était à droite de 53 centimètres alors que du côté gauche elle mesurait 52 centimètres, ce qui entraînait un allongement apparent du membre malade.

A la palpation, on remarquait que :

Les extrémités de la clavicule étant nettement palpables, il était aisé d'en délimiter les contours,

L'extrémité droite du manubrium était impalpable se trouvant sous l'extrémité correspondante de la clavicule.

La clavicule était douloureuse au niveau des joints d'insertion des ligaments externes ainsi qu'au niveau du col sterno-claviculaire.

Au point de vue de l'impotence fonctionnelle, on note que l'articulation acromio-claviculaire suit les mouvements de l'omoplate, ces mouvements passifs étant possibles mais limités.

L'articulation sterno-claviculaire, grâce au jeu du sternum permet des mouvements en haut et en bas. La circumduction n'est donc plus possible.

Mais, le gros progrès consiste dans les mouvements du bras. Alors qu'ils étaient complètement abolis après l'accident, on constate aujourd'hui une récupération : l'abduction est limitée de moitié ainsi que l'adduction, l'extension en avant est limitée du quart et intacte en arrière.

En outre la sensibilité et la motricité des muscles des bras, de l'avant-bras et des mains sont indemnes.

D'après les observations que nous avons pu recueillir et qui dans leurs grandes lignes ressemblent à celle que nous avons rapportée, nous allons essayer de dégager un ensemble de données étiologiques et pathogéniques ; nous verrons que les symptômes de cette affection rare, sont précis, et si le diagnostic en est facile, le traitement nous amènera à prendre en considération les différentes techniques employées jusqu'à ce jour.

Étiologie et pathogénie

La luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule survient chez l'homme plutôt que chez la femme, et

en particulier chez des sujets de constitution squelettique robuste, se livrant à de durs travaux. La statistique donne en effet sur 29 cas, 25 cas chez l'homme et 4 cas seulement chez la femme.

Les luxations sont plus fréquentes à droite qu'à gauche, la clavicule droite étant plus robuste que la clavicule gauche (Testut et Largtet) ; la bilatéralité est exceptionnelle, notre statistique nous donne : 20 luxations à droite, 7 à gauche, 1 bilatérale.

Au point de vue de sa production, en dehors d'un cas extraordinaire (Hagnes) où la luxation des deux extrémités de la clavicule paraît être spontanée, (la malade se luxa tandis qu'elle nettoyait sa nuque de la main gauche), les causes de ces luxations se ramènent à trois ordres de faits : chute sur le moignon de l'épaule, choc brutal en avant, en arrière ou sur l'épaule, tamponnement des deux épaules sollicitées par deux forces dirigées en sens contraire de dehors en dedans, une épaule étant fixe, l'autre étant mobile.

Dans tous les cas pour que la luxation se produise, il faut une action traumatisante brutale et puissante.

En ce qui concerne le mécanisme de la luxation bi-polaire, bien des opinions ont été émises.

Porral en 1831 prétend que la luxation est si rare qu'elle est presque impossible. « Le fait que je rapporte est unique dans la science » dit-il et il ajoute que : Les causes agissent obliquement par rapport aux surfaces articulaires, de manière à déplacer une seule extrémité, l'autre se trouvant arcboutée contre l'os qui lui sert d'appui (acromion d'une part, sternum et première côte d'autre part).

Cependant dans une chute sur le moignon de l'épaule, on connaît fort bien que lorsque la sterno-claviculaire est luxée, si la cause productive persiste et si l'os est assez fort pour résister, l'articulation externe doit céder.

MM. Chavannaz et Loubat, de Bordeaux, expérimentent sur le cadavre mais ne peuvent mettre en évidence le mécanisme de la luxation.

Il faut donc s'en rapporter à la clinique bien que ces constatations ne soient pas franchement tangibles.

Il a été émis diverses opinions.

Pour Morel-Lavallée, la luxation se produit en deux temps : luxation acromio-claviculaire d'abord, puis luxation sterno-claviculaire, cette dernière produite par un mouvement de levier de la clavicule.

Cahier, Tourneux et Bernarbeig pensent que les deux luxations se produisent simultanément : la clavicule prise entre la force traumatique et la résistance est énucléée comme le serait un noyau de prune serré entre les deux doigts.

A notre avis, il ne faut pas perdre de vue que c'est généralement par le rapprochement brutal de l'épaule et du sternum qu'agit le traumatisme, la clavicule qui normalement s'oppose à ce mouvement doit céder soit en se fracturant, soit en se luxant.

La simultanéité des deux luxations, du fait même de sa rareté doit être engendrée par un certain nombre de conditions favorables.

En dehors du traumatisme violent, cause efficiente, nous pensons que l'anatomie du sujet entre en jeu ; la double luxation est fonction : de la robustesse de l'os, de l'obliquité des surfaces articulaires et de la laxité des ligaments,

Indépendamment de ces considérations, si nous voulons pénétrer plus intimement ce mécanisme, l'opinion de Cahier, Tourneux et Bernarbeig nous paraît plus plausible que celle de Morel-Lavallée.

Anatomie pathologique

Il est bien entendu en ce qui concerne l'extrémité externe qu'il s'agit de luxations complètes dans tous les cas. Il existe en effet de ce côté deux sortes de luxations : la luxation incomplète ou sub-luxation dans laquelle le chevauchement de la clavicule sur l'acromion est léger : (dans ce cas les ligaments coraco-claviculaires ne sont pas rompus, du moins en totalité) et la luxation vraie (celle dont il s'agit dans les cas qui nous intéressent) où il y a grand déplacement douloureux et gênant de la clavicule sur l'acromion, qui nécessite pour se produire une déchirure totale des ligaments conoïde et trapézoïde.

Dans la luxation totale de la clavicule, les extrémités luxées n'occupent pas dans tous les cas des positions anatomiquement précises ; la position la plus fréquente de l'extrémité externe est la position sus-acromiale, et du côté interne, la position pré-sternale viennent ensuite par ordre de fréquence les variétés sus-sternale et rétro-sternale.

Il existe en outre un seul cas de luxation sous-acromio-pré-sternale des deux côtés, et enfin deux cas dans lesquels la clavicule occupe une position nettement oblique entre le sternum et l'acromion.

Il va sans dire que de tels déplacements vont amener des perturbations ligamentaires, musculaires, artérielles et nerveuses.

Nous restons sans doute ici dans la pure hypothèse, car aucun examen *post mortem* n'a pu être fait jusqu'ici et si nous avançons ces présomptions, c'est uniquement en nous appuyant sur des faits cliniques et sur quelques constatations chirurgicales.

En effet la clavicule subit des mouvements vraiment anormaux et tous les blessés présentent des déplacements considérables de l'os, déplacements appréciés par l'inspection, la palpation et la radiographie. Ces déplacements dénotent certainement des ruptures et des arrachements ligamentaires et musculaires.

Les constatations chirurgicales n'ont porté que sur quatre cas, Baradouline ne dit pas ce qu'il a observé, Von Beust extirpe facilement la clavicule, Beckmann trouve la clavicule baignant dans un épanchement sanguin libre de toute attache et dépériostée.

Notre malade enfin opéré par le Docteur Fabre, chef de clinique à la Faculté de Toulouse, présentait les mêmes lésions.

D'autre part, les épanchements sanguins qui sont de mise dans toutes les luxations n'ont pas été mentionnés par les divers auteurs, cependant on peut concevoir qu'ils ont existé dans un grand nombre de cas.

On peut donc conclure que la luxation bi-polaire de la clavicule entraîne d'elle-même des ruptures musculaires et ligamenteuses, des déchirures musculaires, des épanchements sanguins superficiels et profonds.

Indépendamment de ces désordres locaux, les lésions que provoque le traumatisme causal ne sont nullement négligeables, car par ricochet elles empêchent une intervention précoce, qui rendrait le pronostic plus favorable en ce qui concerne tout au moins le résultat fonctionnel.

Ces lésions consistent en shock traumatique plus ou moins grave, en fractures de côte compliquées ou non d'emphysème pulmonaire, en bronchopneumonie ou pneumonie traumatique en fractures pouvant siéger en divers points du corps.

Symptomatologie

Au point de vue symptomatologique, les luxations bipolaires de la clavicule permettent de relever différents signes.

Dans le cas de traumatisme très violent le sujet est toujours très fortement shocké. Si au contraire, le traumatisme a été moins brutal, le blessé qui, après avoir ressenti un craquement, accuse de la douleur au niveau des deux extrémités de la clavicule, se présente comme un traumatisé de l'épaule. Il soutient du bras sain, l'avant-bras du côté blessé, la tête étant inclinée du même côté. La peau de la région est tendue par un gonflement diffus allant de l'épaule à la partie supérieure du thorax. Les fosses sus et sous claviculaires sont tantôt accentuées, tantôt effacées : chez le malade de Vogel, il existait un creux para sternal correspondant à la variété rétro-sternale de la luxation.

Mais le signe pathognomonique de la luxation est la mobilité anormale de la clavicule, qui a été observée plus ou moins dans tous les cas.

A ce sujet les comparaisons de quelques auteurs ont bien illustré cette caractéristique ; c'est ainsi que chez le malade d'Hutchinson la clavicule fait un mouvement de bascule, chez celui de Morel Lavollée un mouvement de navette, un mouvement d'élévation chez celui de Baradouline, une rotation complète chez le malade de Kauffmann, etc., etc., Nous avons noté nous-même cette mobilité anormale. En dehors de ces considérations générales nous remarquons : tous les signes des luxations acromio-claviculaires, saillie de l'extrémité claviculaire externe, abaissement du moignon de l'épaule, mobilité anormale, crépitation, etc., etc., ainsi que tous les signes des luxations sterno-claviculaires : signe de la clavicule en touche de piano de Tillaux, raclement de la clavicule contre le sternum, etc...

Dans certains cas, on relève également les signes des lésions concomitantes : pâleur, respiration rapide et douloureuse dans les cas de lésions thoraciques ; compressions en plexus brachial, hémothorax, signes de pneumonie, de broncho-pneumonie, etc., etc...

Pronostic

Ambroise Paré disait dans son étude sur les « Luxations de l'os claviculaire ou jugulaire ». « Où l'os ne sera pas réduit, le malade demeurera impotent et ne pourra jamais porter la main sur la tête ni à la bouche ».

Il est certain qu'il n'est question ici que des troubles sensitivo-moteurs qu'entraîne la luxation elle-même ; car en aucune façon le malade ne peut se trouver en danger du fait même de la luxation, et les complications graves n'ont jamais été liées qu'aux lésions concomitantes que nous avons signalées.

Quant à la boutade d'Ambroise Paré, elle nous paraît un peu excessive : en effet dans tous les cas que nous avons examinés, la fonction du membre correspondant à la lésion est rarement compromise et quand elle l'est, on note simplement une diminution de force et une légère atrophie musculaire. Le résultat global consiste dans une limitation d'amplitude des mouvements du bras, mais ceci est l'exception.

Si le résultat fonctionnel des divers traitements a été bon dans la plupart des cas, par contre le résultat esthétique est mauvais quel que soit le mode de traitement qu'on ait choisi.

Dans plus de la moitié des cas, la luxation n'a pu être réduite qu'incomplètement, malgré la traction des différents appareils utilisés ou malgré les interventions chirurgicales sanglantes pratiquées.

Il s'ensuit qu'après la restauration même des mouvements, après guérison, une des deux extrémités de la clavicule parfois même les deux à la fois, saillent au-dessous de la peau, formant ainsi des tumeurs solides, pouvant simuler des exostoses, des malformations osseuses, etc. ; aussi on peut conclure que le pronostic de la lésion est bénin dans l'ensemble, que les troubles fonctionnels consécutifs sont négligeables, mais que les résultats esthétiques sont imparfaits.

Diagnostic

Le diagnostic positif de la lésion ne présente en général aucune difficulté ; les articulations en cause sont superficielles et par conséquent les signes des luxations apparaissent évidents. Dans tous les cas il y a rapprochement et abaissement du moignon de l'épaule. On voit et on palpe la clavicule dans toute son étendue, sauf dans la variété rétro-sternale où c'est alors le manubrium qui est devenu palpable.

La symétrie du thorax supérieur est détruite, la clavicule est mobile, etc., etc...

Nous retrouvons partout ces signes auxquels viennent s'ajouter l'impotence de la sterno-claviculaire, celle de l'acromio-claviculaire celle enfin de la coraco-claviculaire.

L'élément douleur ne manque jamais au niveau de ces trois points.

Il peut arriver cependant qu'une des luxations passe inaperçue ; mais dans ce cas la radiographie enlèvera tous les doutes. Tous les clichés que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous montrent la clavicule, libérée de ses attaches, et isolant ainsi la cage thoracique des éléments osseux de l'épaule, flotter dans le tissu cellulaire, ou s'inclure dans les masses musculaires suivant la force, la direction et le point d'application du traumatisme causal qui a déterminé une telle position.

Le diagnostic différentiel amènera à éliminer les affections qui par leur ressemblance avec la luxation des deux extrémités de la clavicule pourraient être une cause d'erreur.

Du côté de l'acromion, dans les contusions de la région, les mouvements quoique douloureux sont conservés et il n'y a pas de déformations.

Dans les luxations de l'épaule, la tête humérale est déplacée ; la palpation fera percevoir une cavité glénoïde déshabitée, et l'articulation acromio-claviculaire sera indemne et non douloureuse.

Dans la fracture de l'acromion, il suffira de mesurer la distance de l'extrémité proximale de la fracture au sternum pour voir que cette distance est supérieure à la longueur de la clavicule saine ; dans les cas délicats, la radiographie, qu'il conviendra d'ailleurs toujours de faire pratiquer, lèvera tous les doutes ; par les mêmes procédés nous éliminerons les fractures de l'extrémité externe de la clavicule.

Du côté du sternum, nous exclurons les exostoses de l'extrémité interne de la clavicule par la radiographie et d'ailleurs les mouvements du membre supérieur ne seraient nullement entravés. Les fractures de l'extrémité interne de la clavicule seront également rejetées par un examen radiologique.

Traitement

Comme dans toutes les luxations, il faut réduire et contenir.

La réduction et la contention ont été tentées soit par des procédés orthopédiques, soit par des procédés chirurgicaux.

Procédé orthopédique. — Dans trois cas on n'a fait aucune manœuvre, car la complexité et la gravité des lésions concomitantes avaient fait passer au second plan les lésions articulaires. Dans un cas le malade fut mis dans le simple décubitus dorsal.

Les manœuvres externes pour réduire la luxation ont été parfois laborieuses, parfois aisées, parfois nulles. Ces manœuvres ont consisté dans des tractions en arrière des deux épaules pendant que l'on exerçait une pression sur la clavicule, afin de lui faire réintégrer sa position normale. Mais ces manœuvres ont abouti souvent à un échec, la clavicule ne tardant pas à se luxer de nouveau.

En général on arrive à réduire une des deux luxations, mais non les deux à la fois : c'est ainsi que certains chirurgiens n'ont obtenu de réduction qu'à l'articulation acromio-claviculaire, d'autres au contraire à la sterno-claviculaire.

La contention a donné lieu à l'application de bandages plus ou moins variés, que l'on peut cependant rapprocher des bandages classiques de Desault ou de Velpeau et qui doivent être maintenus de quatre à six semaines.

Les uns retiennent les épaules en arrière (c'est le double croisé postérieur des épaules), d'autres tirent l'épaule en dehors à l'aide d'un coussinet placé dans l'aisselle qui fait point d'appui pendant qu'on rapproche le coude du corps à l'aide de bandes, l'humérus servant de levier, d'autres enfin consistent dans une pression exercée sur les extrémités luxées, cette pression étant réalisée par des coussinets placés sur chaque extrémité claviculaire et maintenue par un bandage.

Procédé chirurgical. — Quelques interventions ont été pratiquées (arthrodèse, syndesmopexie, suture osseuse

énucléation de la clavicule). Quelle que soit la technique, quels que soient les procédés orthopédique ou chirurgical, les résultats obtenus ont été sensiblement les mêmes.

Dans 60 % des cas, les malformations anatomiques ont persisté alors que dans 19 % seulement on a noté des troubles fonctionnels légers. On peut donc conclure que seul l'esthétique est atteint et que la fonction est conservée.

Que peut-on déduire de ces divers traitements et quelles indications thérapeutiques peut-on en dégager ?

Il semble raisonnable de conclure que :

1° Si l'état général du blessé est défectueux ou si les lésions concomitantes sont graves toute réduction doit être ajournée ;

2° Si la luxation constitue la principale lésion on la réduira par manœuvres externes et on la contiendra dans l'appareil qui conviendra le mieux ;

3° Si la réduction par manœuvres externes n'est pas possible, on sera autorisé à faire une réduction sanglante.

4° Enfin si des complications nerveuses apparaissent avant, après, ou en cours de traitement, on envisagera l'extirpation de la clavicule.

CHRONIQUE

Arthrites sacro iliaques à pneumocoques au cours de la grossesse. — Les suppurations aiguës de la symphyse sacro-iliaque sont depuis longtemps reconnues dangereuses pour l'existence : leur extension entre les aponévroses du bassin et l'ostéomyélite de l'iléon ou du sacrum sont à redouter ; d'autre part la profondeur du foyer rend le diagnostic difficile et le retarde parfois jusqu'à ce que les fusées purulentes aient atteint la fesse, la hanche et même la cuisse. En faisant une revue de littérature jusqu'à 1860, FREMONT A. CHANDELER n'a trouvé une telle complication de nature pneumococcique dans aucun cas de grossesse : c'est à titre de rareté clinique, de difficulté du diagnostic et de succès dans le traitement qu'il donne ses deux observations personnelles.

Une femme de 20 ans entre à l'hôpital se plaignant de douleurs dans le membre inférieur droit depuis deux jours et de pertes sanguines qui duraient depuis deux semaines et demie, époque où une sage femme l'avait fait avorter.

L'hypogastre, la hanche et la fesse droites sont douloureux. Température 37°8, pouls 88, respiration 22, globules rouges 3.590.000, globules blancs 26.850, hémoglobine 65 %. Exsudat dans les deux ligaments larges. Le lendemain, la douleur persiste dans la fesse, elle s'irradie en arrière et en bas vers la cuisse. Les mouvements des hanches, des genoux, des pieds sont normaux et les circonférences des cuisses, genoux et mollets sont égales des deux côtés. Réflexes normaux. La compression latérale de la crête iliaque cause une douleur exacerbante dans la symphyse. Immobilisation réflexe de la colonne lombaire. L'examen aux rayons X fait voir un léger rétrécissement de l'articulation sacro-iliaque et un manque du netteté des contours osseux. Pas d'empâtement ni d'induration réactionnels d'infection.

Deux jours plus tard, une aiguille exploratrice poussée, au travers de la partie supérieure de la portion moyenne de la fesse, vers la partie inférieure de la symphyse laissa écouler du pus épais, jaune-verdâtre. On incise, sur l'aiguille laissée en place, le muscle grand fessier ; on draine et on panse à la gaze pétrolée. Abondante suppuration. La culture du pus donne des pneumocoques. La température varie de 38° à 39°5 et le pouls oscille autour de 120. Le drain est retiré au dixième jour. Mais entre temps, la palpation de la fosse iliaque avait révélé l'existence d'une petite grosseur, à surface lisse ; les ganglions étaient gros et sensibles. La température restait élevée. Une sonde, placée dans le trajet du drain, laisse écouler de la sérosité sanguinolente. A cette époque, la rotation en dedans de l'articulation de la hanche est limitée et on trouve une formation semi-fluctuante qui s'étend, au-dessus de la crête iliaque, dans l'aire du psoas. Une incision sur la lèvre postérieure de la crête et la dénudation sous périostée de la face externe de l'ilion, jusqu'au rebord de l'échancrure sciatique, permirent d'enlever un fragment osseux de quatre centimètres sur six, comprenant les deux tiers inférieurs de la surface articulaire iliaque de la synarthrose. Deux cents c. c. de pus provenant du muscle iliaque inondent alors le foyer opératoire. On agrandit la brèche de l'ilion antérieurement et latéralement et un drain est disposé profondément dans la gaine du muscle iliaque. Pansement, sans suture, à la gaze pétrolée. Suppuration abondante contenant des pneumocoques. Dix jours après, température redevenue normale, une exploration du trajet ne montre plus de dénudation osseuse, on laisse le trajet du drain se refermer. Six semaines après son admission, la patiente marchait sans boiterie et la guérison se maintenait au bout d'un an. Les prélèvements de l'écoulement du col n'ont pas établi qu'il y ait une endométrite pneumococcique ayant pu causer l'abcès articulaire.

Une secondipare dans le huitième mois, a fait, deux mois avant, une sinusite gauche, qu'on irriguait depuis quatre ou cinq jours, lorsqu'une douleur sourde s'installa à la partie inférieure de sa fesse gauche et fut en s'aggravant. Globules rouges 3.980.000, globules blancs 21.000, hémoglobine 70 % ; tension 12/7. Siège de la douleur maxima au sommet de l'échancrure sciatique, sans enflure ni induration. Motilité de la hanche conservée en toutes directions, mais douloureuse à l'approche de la limite extrême. La pression latérale de la crête iliaque accroît la douleur de la fesse, ainsi que le font l'abduction, la rotation, la rétropulsion de la cuisse. Deux jours après le premier examen hématologique, on compte 3.540.000 globules rouges, 12.000 blancs, hémoglobine 65 %. Température 37°8. L'examen radiologique est négatif, par raison de la présence de la tête fœtale. Cinq jours plus tard, ponction blanche dans la région douloureuse de l'échancrure sciatique. Accouchement normal. L'anémie persiste et la leucocytose s'élève de 12 à 14.000. Quatre jours s'étant écoulés, on incise un abcès du pharynx gauche : le pus renferme une forte pullulation de *micrococcus catarrhalis, de streptocoque hémolytique et de streptocoque viridans* ; la culture du sang est négative. La douleur, produite par la pression sur la crête iliaque et par les mouvements communiqués à la cuisse, a disparu ; mais le toucher rectal décèle un abcès en avant de la synarthrose sacro-iliaque. Incision curviligne le long de la moitié postérieure de la crête iliaque dans la direction de l'épine postéro supérieure ; dénudation sous-périostée ; au niveau de l'échancrure sciatique on tombe sur une collection purulente recouvrant le sacrum et la portion de l'ilion attenante à l'échancrure ; on enlève un fragment de l'ilion mesurant les deux tiers inférieurs de la surface articulaire iliaque de la symphyse ; on retire de l'intérieur du pelvis deux cent cinquante c.c. de pus épais, on place deux gros drains et on bourre de gaze pétrolée. Dans ce pus foisonne le pneumocoque. On supprime le cinquième jour un des drains, et l'autre le neuvième. La guérison se poursuivait normalement et l'état général de la patiente restait satisfaisant au moment de la publication de cette observation.

Il fut impossible d'entrevoir une relation des accidents faciaux à l'abcès sacro-iliaque, les microorganismes trouvés étant différents les uns des autres : catarrhalis et streptocoque d'une part, pneumocoque d'autre part.

***

Cholestérol libre et cholestérol total. — Dans le sang, le cholestérol se trouve sous deux formes : cholestérol libre et éthers par combinaison avec l'acide oléique et l'acide palmitique.

Des déterminations du cholestérol total dans le sang ont été l'objet d'un très grand nombre de publications médicales. Par contre, la littérature renseigne fort peu sur le cholestérol libre. Pour étudier ce problème, O. KANNER a

(1) CHANDELER (FREMONT A.). — Pneumococcic infection of the sacro-iliac joint complicating pregnancy. Infection à pneumocoques de l'articulation compliquant la gravidité. *Jour. Amer. Med. Asso.*, 8 juillet 1933, t. 101, p. 114.

mis sur pied une méthode nouvelle pour laquelle nous renvoyons à son mémoire original (1).

Par cette méthode, il a vérifié que tout le cholestérol des globules rouges est à l'état libre ; dans le plasma, au contraire, ce sont les éthers qui prédominent et le cholestérol libre représente seulement un tiers du cholestérol total.

Mais, dans un certain nombre de cas, les globules rouges contenaient des éthers du cholestérol (diabète, néphrite, grossesses compliquées, narcose). Ces cas s'accompagnaient tous d'acidose. Dans un cas de myxœdème, cette anomalie a disparu après ingestion de thyroïdine.

N.-A. KHALYL (2) au cours d'une récente étude sur le cholestérol, note que l'existence sous la forme libre ou éthérifiée doit *a priori* entraîner des capacités fonctionnelles inégales. C'est à la forme libre que doit revenir le rôle du cholestérol dans l'hydrophilie ; il en est de même dans les phénomènes d'hémolyse : c'est parce que le plasma contient du cholestérol libre qu'il neutralise la saponine, la lysocithine, et peut-être les poisons hémolytiques en général. Par contre, c'est la forme éthérifiée, à l'exclusion de la forme libre, qui, d'après MACHEBOEUF, entrerait comme constituant des complexes lipoprotidiques donnant des solutions limpides d'où l'éther sulfurique n'enlève que des traces de cholestérol. C'est également, d'après RATHERY, ce cholestérol éthérifié qui, même en dehors d'une concentration absolue accrue, serait fixé électivement par le rein dans les néphroses et dans certaines néphrites.

Henri VIGNES.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Le problème du rôle de la syphilis dans le déterminisme des cirrhoses est bien difficile à résoudre. On se trouve en présence le plus souvent d'un complexe morbide, où la syphilis si elle existe n'intervient que pour une part très secondaire.

Il est un argument qui semble bien prouver que la grande majorité des cirrhoses n'est pas de nature syphilitique. C'est celui qui met en relief la beaucoup plus grande perfection des traitements actuels de la syphilis : tandis que les aortites syphilitiques, que les syphilis du névraxe ont considérablement diminué sous l'effet d'une meilleure efficacité thérapeutique sur les syphilis actives, le nombre des cirrhoses n'a pas diminué, au contraire, il est nettement en progression à mesure que l'absorption des apéritifs augmente. Cette opposition entre les cirrhoses et les syphilis du névraxe nous semble un solide argument en faveur de la part réduite de la syphilis dans leur déterminisme étiologique.

On peut conclure que, soit pour les ictères, soit pour les cirrhoses banales, la part qui revient à la syphilis dans leur déterminisme est considérablement réduite, reste incertaine le plus souvent, et ne joue qu'un rôle très accessoire.

(Professeur Noël Fiessinger et F.-P. Merklen. Syphilis et maladies du foie. *Journal des Praticiens*, 29 juillet 1933.)

Les brucelloses prennent souvent forme de tuberculoses. Distinguer entre les deux maladies ne peut être fait qu'au laboratoire.

Entre brucellæ et bacille de Koch il existe des ressemblances de réactions bi-pathologiques qui peuvent expliquer les convergences cliniques des deux maladies.

Les brucelloses confirmées sont mêlées aussi à de vraies tuberculoses. La confirmation du diagnostic d'une des maladies doit être complétée par l'élimination du diagnostic de l'autre.

La maladie mixte brucello-tuberculeuse présente un cas particulier des infections à brucellæ. Les brucelloses pures sont relativement bénignes, se compliquent en appelant ou exaltant des infections associées, notamment l'infection à bacille de Koch.

En présence d'une brucellose (fièvre de Malte, fièvre méditerranéenne, fièvre ondulante, mélitococcie), toujours songer à la tuberculose veut dire, en pratique, qu'il faut dépister très vite la brucellose, la soigner énergiquement, éviter l'éclosion de la tuberculose, et si celle-ci s'ajoute à la brucellose, ne pas manquer, s'il s'agit d'une forme pulmonaire, de porter un pronostic très sombre, et très réservé s'il s'agit d'une forme chronique.

(J. Jullien, de Joyeuse. Brucelloses et Tuberculoses. *Paris Médical*, 23 septembre 1933).

Chirurgie

En présence d'une tumeur du testicule accompagnée de métastase abdominale, la conduite du traitement doit être la suivante :

1° Intervention opératoire et ablation de la tumeur testiculaire, ceci ayant pour but de nous renseigner sur la nature histologique et du même coup sur la valeur pronostique du traitement. Il ne peut être question, s'il s'agit *d'un séminome*, de l'ablation chirurgicale de la tumeur abdominale. C'est à la radiothérapie qu'il faut s'adresser et aux larges irradiations. 2° Par contre, s'il s'agit *d'une tumeur mixte*, étant donné l'échec habituel de la radiothérapie, dans ces cas, si la chose est possible, il est préférable de tenter l'intervention chirurgicale et d'enlever la *masse abdominale* quitte à faire ultérieurement une série d'irradiations prophylactiques.

(Lucien Mallet. Radiothérapie des tumeurs testiculaires et survie des malades. *La Presse Médicale*, 9 septembre 1933.)

L'encéphalocèle, tumeur rare, présente trois variétés anatomiques (encéphalocèle, méningocèle et encéphalo-cystocèle).

Elle siège au niveau des lignes de réunion embryonnaires du crâne, le plus souvent dans la région médiane occipitale où elle atteint parfois un volume considérable.

Plus rarement, on la rencontre au niveau de la partie antérieure et latérale de la face, et en particulier au niveau de l'angle interne ou externe de l'œil.

Dans ce cas-là, et lorsqu'elle est de petit volume, le diagnostic peut être très délicat à faire avec le kyste dermoïde de la queue du sourcil, tumeur fissuraire développée au niveau des sillons embryonnaires.

Le traitement idéal est l'excision de la tumeur, mais la plupart des auteurs conseillent de ne pas opérer les petites encéphalocèles qui sont en général compatibles avec une vie normale.

(Docteur P. Ardouin, de Parthenay. La conduite à tenir dans certains cas de céphalocèle. *Paris Médical*, 22 juillet 1933.)

Ophtalmologie

Parmi les causes de glaucome, il faut faire intervenir, non seulement les causes locales, mais encore les causes générales, au premier rang desquelles sont l'hypertension artérielle (non constante) et l'artériosclérose généralisée. La rétention des chlorures, relative dans le glaucome chronique, est absolue dans le glaucome aigu, joue un rôle considérable et la teneur du sang en cholestérine est généralement augmentée.

Il faudra donc, à côté du traitement chirurgical du glaucome qui a fait ses preuves, s'inquiéter toujours de soigner l'état général par un traitement médical dont les facteurs seront les suivants : il faudra éviter la surcharge chlorurique, fébrile ou alimentaire ; il faudra décholestériner le malade par le régime alimentaire et par les médicaments décholestérinants ; il faudra enfin l'ioniser ; on sauvera ainsi nombre d'yeux atteints de glaucome chronique ou aigu, et le champ opératoire sera diminué. Dans le glaucome absolu, nous éviterons souvent l'énucléation.

(A. Cantonnet. Causes et traitement médical du glaucome. *La Clinique*, octobre 1933, A.)

Thérapeutique

L'usage de l'hyposulfite mérite d'être plus étendu qu'il ne l'est actuellement. En injections intraveineuses, il agit comme stimulant RES, dans les brûlures graves et dans

(1) O. KANNEZ. Dosage calorimétrique de la cholestérine libre et totale dans le sang. *Arch. de l'instit. prophylactique*, t. IV, n° 3, 1932.

(2) N.-A. KHALYL. Le cholestérol du sang. *Annales de la Faculté française de médecine de Beyrouth*, juillet 1933, p. 222.

l'éclampsie, comme modificateur des réactions de l'organisme, favorisant la chimiothérapie dans la septicémie. C'est un antinévralgique utile dans les névralgies, les rhumatismes ; il agit comme antidote dans les intoxications par la teinture d'iode, le permanganate de potasse T, par lavage d'estomac et par injections intraveineuses dans les intoxications par le lysol, l'arsenic et les métaux lourds.

L'ion $S^2 O^3$ a un pouvoir antitoxique général puissant ; c'est pourquoi on l'a appelé devenan (devenenum) ; de ce fait il constitue un adjuvant dans la thérapeutique des tumeurs. Les sels complexes de l'hyposulfite et des métaux lourds ont une affinité élective pour les tissus cancéreux : ils les sensibilisent fortement à l'actinothérapie qui se trouve bien d'être associée à cette chimiothérapie. Or, l'hyposulfite permet l'emploi de ces métaux.

(Professeur J. Kabelik, de Brno (Tchécoslovaquie). Emploi thérapeutique méconnu de l'hyposulfite de soude. *La Presse Médicale*, 23 août 1933.)

Dans le traitement de l'angor et de la claudication intermittente les injections sous-cutanées de gaz carbonique et surtout des gaz thermaux carboniques de Royat sont susceptibles de donner de bons résultats.

Les injections sous-cutanées des gaz thermaux carboniques de Royat associées aux bains carbo-gazeux augmentent beaucoup la qualité des résultats obtenus par la seule carbo-balnéothérapie dans l'angine de poitrine et la claudication intermittente.

Les résultats obtenus incitent à considérer que l'injection sous-cutanée des gaz thermaux constitue une nouvelle méthode de crénothérapie, méritant d'être étudiée puis employée dans maintes stations thermales.

L'inhalation de CO^2 ou de gaz thermaux carboniques ne peut être réalisée qu'avec un pourcentage faible du CO^2 ou des gaz thermaux carboniques dans l'air atmosphérique. L'inhalateur carbonique employé par les auteurs permet aisément cette technique. Le nombre des malades soignés est actuellement trop faible pour autoriser une conclusion définitive sur les résultats à attendre de cette nouvelle méthode de thérapeutique dans les syndromes vasculaires.

(C. Lian et R. Barrieu. Le gaz carbonique et les gaz thermaux carboniques en injections sous cutanées et en inhalations dans l'angine de poitrine et la claudication intermittente. *La Presse Médicale*, 23 septembre 1933.)

Varia

La cellulite est, peut-on dire, à la mode, comme le furent d'abord l'arthritisme, l'artério-sclérose puis l'artériose. Nos malades s'inquiètent aujourd'hui moins qu'hier des écarts de leur tension artérielle, leurs lectures quotidiennes les orientant maintenant vers les troubles du sympathique et ceux causés par la cellulite.

(Louis Alquier. La cellulite. *La Presse Médicale*, 30 août 1933.)

***

La gastrectomie, en toutes circonstances, est une opération qui se trouve bien d'une extrême attention aux détails. La vitesse est le plus sûr moyen d'obtenir des insuccès. Je ne suis pas du tout effrayé d'une opération d'une heure et demie à deux heures de durée et même davantage. Ce sont d'ailleurs les chiffres de durée de beaucoup d'opérations de Finsterer et Finochietto. Ni l'un ni l'autre ne cherchent à aller vite et à gagner du temps par des trucs qui sacrifient la sécurité au brio.

Je ne puis d'ailleurs m'empêcher de remarquer que dans toute la chirurgie, tous les opérateurs qui ont eu dans une branche de la chirurgie des succès supérieurs à ceux des hommes de leurs temps, ont toujours été des opérateurs minutieux et tatillons jusqu'à la lenteur : Ollier dans la résection du genou, Halsted pour le goitre exophtalmique, Cushing dans la chirurgie cérébrale, Finsterer et Finochietto dans la gastrectomie.

(René Leriche. Réflexions sur le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum. *La Presse Médicale*, 23 août 1933.)

***

Un centigramme de morphine calme très peu une colique néphrétique, même quand l'obstacle n'est qu'un bouchon mucopurulent. Il ne calme pas du tout une colique hépatique.

Cependant, ce n'est point pécher que risquer cet échec, — sur un terrain inconnu — sauf à mieux faire dès demain, sur le même patient.

(Docteur J. Camescasse. De la morphine et de l'art de s'en servir. *Le Concours Médical*, 27 août 1933.)

***

Il est certain que si un malade demeure guéri quand on lui enlève par gastrectomie son ulcère, ce n'est pas parce qu'on lui a enlevé sa lésion, mais parce qu'on a transformé le milieu chimique en supprimant l'antre. Et il est non moins certain que si un malade, après gastro-entérostomie, ne guérit pas en fait un ulcère peptique, c'est parce qu'on lui a fait une gastro-entérostomie laissant persister des excitations antro fundiques acidogènes. Notre thérapeutique agit sur un élément de physiologie troublée, et non par suppression d'une lésion. Pour le même motif, les opposants de la gastrectomie n'ont pas raison quand ils objectent qu'elle ne dépasse pas les lésions, et que par conséquent elle ne peut être radicale. L'action de l'opération est physiologique et non anatomo pathologique.

Le problème du traitement de l'ulcère est surtout un problème de réduction de l'acidité et certainement Finsterer a raison quand il dit : il n'y a plus d'ulcère post-opératoire quand l'estomac est devenu anachlorhydrique, et tant que l'estomac demeure acide, quel que soit le type d'anastomose, si parfaite que soit l'évacuation, une réapparition de l'ulcère est toujours possible, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit fatale.

(René Leriche. Réflexions sur l'évolution, la nature et le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum. *La Presse Médicale*, 5 août 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 octobre 1933

Métalloprévention bismuthique de la syphilis chez les singes et chez l'homme. — MM. Levaditi, Vaisman et Mlle Manin relatent de nouvelles expériences réalisées sur des singes catarrhiniens inférieurs et des anthropoïdes (chimpanzés), montrant que le bismuth liposoluble (Bivatol) associé à de la cholestérine et à de la myricine, confère une immunité antisyphilitique durable s'il est administré par voie intramusculaire à des doses correspondant à celles utilisées en thérapeutique humaine. Parmi les simiens traités préventivement et infectés à 13 reprises différentes avec du virus syphilitique d'origine humaine, certains sont restés à l'abri de la contamination pendant plus de deux ans et d'autres ne se sont infectés que longtemps après la cessation du traitement. Ces données expérimentales confirment ainsi les observations recueillies de 1927 à 1930 par Sonnenberg en Pologne. Pendant cette période, 163 prostituées ont été traitées préventivement par des injections intrafessières de bismuth. 7 seulement d'entre elles ont contracté la syphilis, soit tout au début, alors que l'imprégnation bismuthique de l'organisme était imparfaite, soit quelques semaines après la cessation des piqûres médicamenteuses (élimination du métal). Une telle cure préventive prolongée pendant des mois et des années, n'est nullement nuisible. Les auteurs concluent que de *nombreuses expériences faites sur le lapin, les singes catarrhiniens inférieurs et les anthropoïdes, d'accord avec les essais entrepris dans un but prophylactique sur des prostituées exposées à des contaminations fréquentes (Sonnenberg), mettent en évidence l'efficacité de la métalloprévention bismuthique dans la syphilis.*

Rôle des ganglions lymphatiques dans la circulation de la lymphe. — MM. H. Rouvière et G. Vallette. On sait que le cours de la lymphe est ralenti dans les ganglions, ce qui facilite les échanges entre celle-ci et le tissu lymphoïde de la substance folliculaire.

H. Rouvière et G. Valette montrent par l'expérimentation et par l'observation anatomique que les ganglions lymphatiques jouent encore un autre rôle de grande importance dans la circulation lymphatique, et qu'ils représentent un élargissement de la voie lymphatique, un lac de dérivation ou de sûreté ! Ils constituent ainsi un appareil de régularisation de la circulation lymphatique, dans lequel s'accumule la lymphe quand celle-ci coule en trop grande abondance dans les canaux collecteurs.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres le sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La pléthore médicale en 1831. — *Journal des Praticiens.*

Orfila, étant doyen de la Faculté de Paris, se plaignait déjà. Son descendant, si nous ne nous trompons, M. Jacques Orfila donne au sujet de l'encombrement de la médecine, il y a un siècle, des renseignements curieux (*Bulletin Société française, Histoire de la médecine*, mai-juin 1933). Il y avait trop d'étudiants : 2.600 élèves inscrits à Paris et plus de 1.000 non inscrits. La quantité déjà incroyable s'accroissait d'un millier de nouveaux venus par an. Même pléthore à Montpellier et à Strasbourg, les deux facultés existantes de l'époque. Les officiers de santé pullulaient. « Dans les grandes villes, constate Orfila, les praticiens en étaient réduits à végéter quand ils ne mouraient pas de faim. »

Sous le régime du 18 janvier 1831, les étudiants pouvaient prendre jusqu'à douze inscriptions, sans être bacheliers ès-lettres. Ils n'avaient qu'à déclarer qu'ils n'aspiraient qu'au grade d'officier de santé. Mais s'ils devenaient par la suite bacheliers ès-lettres, ils avaient le droit de transformer leurs inscriptions d'officiers de santé en inscriptions de docteur. Si bien qu'un grand nombre menaient de front leurs humanités et leurs études médicales.

L'ordonnance du 9 août 1836, inspirée par Orfila, mit fin à cet abus. Nul ne fut plus admis à prendre sa première inscription dans une Faculté de médecine s'il ne justifiait pas du diplôme de bachelier ès-lettres et, pour la cinquième inscription, était exigé le diplôme de bachelier ès-sciences. Etaient seuls dispensés du baccalauréat ès-sciences les étudiants qui en prenant leur inscription déclaraient n'aspirer qu'au titre d'officier de santé.

Ces sages mesures produisirent un fruit immédiat. Depuis l'année 1838, le chiffre de 800 à 1.000 étudiants qui se faisaient inscrire à la Faculté de Paris, fut réduit des trois-quarts (200 à 240 par an). Orfila ajoute qu'il fut en butte aux sollicitations des parlementaires. Ils exigeaient une faveur pour leurs protégés. Le doyen la refusa, en entente dans sa rigueur, avec le Conseil royal et le ministre qui ne cédèrent pas davantage.

Heureuse époque. Aujourd'hui, que les études ont infiniment progressé, une mesure dans le genre de celle d'Orfila s'impose à nouveau : écarter la masse des nouveaux venus par une sélection plus sévère, instituée dès l'origine.

Le docteur Charles Maclaud. — *Journal des Débats* :

Le dernier *Bulletin du Comité de l'Afrique française et du Maroc*, publie quelques souvenirs sur le Docteur Charles Maclaud, mort cet été, à Menton, qui fut, dans la période de 1895-1910, un des pionniers de l'exploration, de l'occupation et de la délimitation de l'Afrique occidentale française.

Sorti en 1890 de l'Ecole navale de médecine de Brest, comme médecin de 2e classe de la marine, il faisait partie, deux années après, du corps expéditionnaire du Dahomey. L'Afrique l'intéressait. Il s'y attacha et devait y faire une brillante carrière. Après des explorations dans le pays de Kong et à la Côte d'Ivoire, il fut mis à la disposition de son collègue, le Docteur Ballay, qui fonde Konakry et crée la colonie de la Guinée française, dont il devient gouverneur.

Le Docteur Maclaud seconda le gouverneur Ballay dans sa tâche difficile. Il organisa à Konakry, le service de santé dans des conditions les plus précaires. En 1900, il entrait dans le corps des administrateurs coloniaux, et, trois années plus tard, il était nommé chef de la section française de la Mission franco-portugaise de la délimitation de la Guinée portugaise. Cette mission, au cours de laquelle le Docteur Maclaud leva des itinéraires et visita nombre de peuplades peu connues vivant dans des régions des bassins du Rio-Cacho et de la rivière Casamance, dura trois ans. En 1907, le Docteur Maclaud était envoyé en

Casamance, où il termina sa carrière, en 1914, comme administrateur en chef.

Pendant la guerre, il reprit du service en qualité de médecin des troupes coloniales et organisa, à Menton, des hôpitaux pour blessés et convalescents sénégalais, où il fit preuve d'un inlassable dévouement. C'était, d'ailleurs, un homme qui se donnait tout entier aux tâches qu'il entreprenait. Dans tous les milieux coloniaux de Paris, où il était bien connu, on l'appréciait beaucoup pour sa jovialité et son entrain. Il fut, sans conteste, un de nos meilleurs et plus dévoués Africains. A. M.

Pour la sauvegarde de nos richesses hydro-minérales naturelles. — *C'est le titre d'un article de MM. les Professeurs P. Cazeneuve et L. Hugounenq, article paru dans le* Lyon Médical (17 septembre 1933) :

Au cours de l'été 1932, l'un de nous (1), a relevé avec vigueur une campagne de dénigrement, faite à l'étranger, par quelques zélés francophobes, contre nos stations hydrominérales. Le prétexte invoqué, en toute mauvaise foi, pour jeter le discrédit sur elles, était les soi-disant défectueuses conditions sanitaires et hygiéniques de leur exploitation. Si nous rappelons cette campagne, c'est à titre d'introduction pour signaler certaines manœuvres frauduleuses, qui, sous une autre forme, peuvent porter atteinte à la réputation de nos sources naturelles et à leurs qualités thérapeutiques.

Ces manœuvres, cette fois, ne viennent pas de l'étranger : elles sont nées sur notre territoire. Il y a lieu d'y mettre un terme, sous peine d'ouvrir la porte aux pires abus dont les malades aient à souffrir.

Le 5 juillet dernier, nous en avons saisi la Société des Experts-chimistes de France qui compte dans son sein de nombreux pharmaciens et des chimistes analystes accrédités, comme experts, auprès des tribunaux.

Voici le texte de notre communication visant « une fraude des sulfures solubles à usage pharmaceutique ».

***

« Des pharmaciens, avons-nous déclaré, ont appelé notre attention sur une fraude qui tend à se généraliser — à voir les produits concurrents — et qui concerne les sulfures solubles employés en thérapeutique. Comme toutes les sophistications des substances médicamenteuses, celle des sulfures solubles est inadmissible, à moins de faire montre, pour la thérapeutique, d'un scepticisme qu'aucun esprit averti et sérieux ne peut sanctionner, on partagera notre manière de voir.

« Nos précieuses stations thermales sulfureuses si avantageusement conseillées par le Corps médical dans de nombreuses affections, justifient la place importante qu'occupent les composés sulfurés solubles en thérapeutique.

« La fraude que nous signalons présente, donc, une particulière gravité.

« Voici l'analyse d'un produit vendu sous un nom de fantaisie comme spécialité, qu'on prétend assimilable aux sels de Barèges, mais aurait l'avantage d'être sans odeur.

Carbonate de soude anhydre	60 gr.
Soufre pulvérisé insoluble	8 gr.
Chromate de soude	0 gr. 80
Eau	31 gr. 2

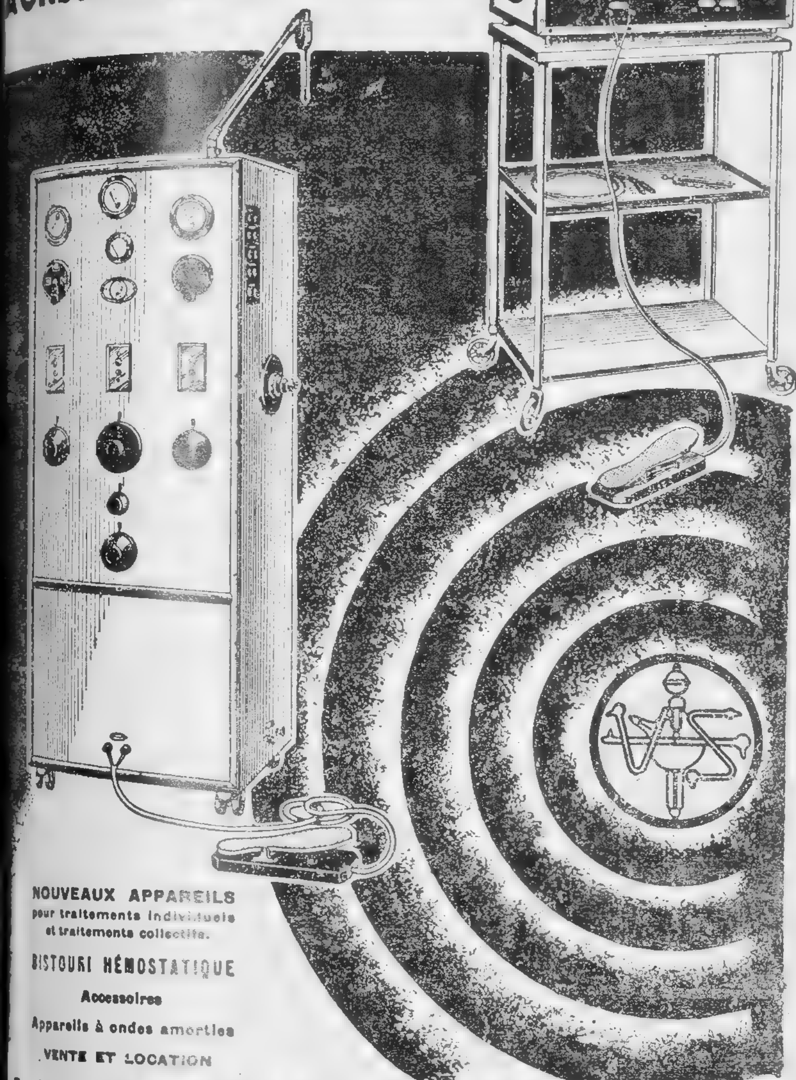
« Voici une autre analyse d'un produit similaire concurrent qu'on vend comme Barèges inodore :

Perte à 130°	41 gr. 20
Perte au rouge sombre	2 gr. 75
Carbonate de soude anhydre	55 gr. 75
Soufre libre	0 gr. 20
Soufre à l'état de sulfure	néant.
Soufre à l'état de sulfate	néant.
Chromate de potasse	néant.
Présence de matières organiques.	

***

« Ces analyses ont été faites par les experts-chimistes tout à fait qualifiés, dont nous pouvons donner des noms.

« Les matières organiques dont la présence est signalée dans l'analyse précédente sont vraisemblablement constituées par le matière colorante, destinée à donner le change et à simuler la teinte jaune des sulfures solubles.


DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels
et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION


MANGAÏNE

« Le chromate alcalin, signalé plus haut, n'a pas d'autre but.

« Ajoutons que d'autres fabricants ont recours au chromate de plomb (!) pour donner à la poudre un aspect jaune séduisant.

« Cette addition de colorants est évidemment destinée, nous le répétons, à communiquer au bain une teinte rappelant celle que donne le foie de soufre ou les polysulfures alcalins.

« Inutile d'ajouter, en se basant sur la composition de ces produits, qui ont la prétention de représenter des sels de Barèges sans odeur, qu'ils donnent un bain alcalin, sans plus.

« Le soufre reste insoluble, de toute évidence.

« Le côté, véritablement ironique, de cette exploitation commerciale est que certains médecins, qui ne sont pas chimistes ou ne sont pas allés au fond des choses, ont accordé des certificats prouvant que ces produits leur ont donné, pour leurs malades, entière satisfaction. Cela prouve, simplement, que, dans certaines maladies, c'est la foi qui sauve, sinon, le foie de soufre.

« Il n'est pas superflu, en terminant, de rappeler que l'eau naturelle de Barèges (Hautes-Pyrénées), qui compte une quinzaine de sources, renferme comme élément principal du monosulfure de sodium, qu'accompagnent des chlorures et silicates alcalins, du fer, de l'iode, de l'arsenic, etc...

« Si ces eaux sont surtout employées en bains de piscine à eau courante, ou en bains de baignoires, elles sont également utilisées en pulvérisations, gargarismes, inhalations et aussi en boisson.

« Sans doute, le bain de Barèges artificiel est admis en thérapeutique. Mais aucun pharmacien n'ignore, ce que tous les formulaires ou traités de thérapeutique mentionnent, la composition nécessaire suivante où domine le monosulfure de sodium :

Monosulfure de sodium	60 gr.
Chlorure de sodium	60 gr.
Carbonate de sodium	30 gr.

« Et, pareil mélange — pour ne pas contrevenir à la loi du 1er août 1905 — doit être vendu avec une étiquette indiquant nettement : *Bain dit de Barèges* (Codex). Avec la loi, la simple probité le commande. »

***

Telle a été donc notre communication récente.

Mais ici, nous adressant au Corps médical et spécialement aux médecins qui exercent dans nos stations hydrominérales, nous sommes amenés à aller au fond de la question, à titre complémentaire, et dans l'intérêt même de nos richesses hydrominérales naturelles.

Nous voulons dire toute notre pensée sur certains procédés commerciaux, qui ont pu être acceptés à une certaine époque, mais qu'il serait fâcheux, dans l'intérêt de la correction thérapeutique, de voir prendre de l'extension.

On peut se demander, en effet, pourquoi les rédacteurs du Codex pharmaceutique de l'époque ont toléré qu'on puisse appeler : « Bains dit de Barèges » un mélange salin où figure le sulfure de sodium, élément principal, il est vrai, des eaux naturelles de Barèges. Sans aucun doute, ils n'ont pas voulu bouleverser un vieil usage pharmaceutique remontant assez loin.

La même question peut se poser et s'est posée pour « le sel de Vichy », synonyme de bicarbonate de soude.

Certes, nous ne pouvons que nous incliner devant de vieux usages pharmaceutiques qui, d'ailleurs, avec un peu de correction ou droiture professionnelle, ne peuvent porter atteinte à une claire thérapeutique.

Mais, réserves faites pour ces quelques rares exemples liés à un très long usage, nous estimons qu'il faut nettement barrer la route à des pratiques nouvelles, à des innovations commerciales dont le grand tort serait de prêter à de fâcheuses confusions.

Il ne nous paraît pas admissible qu'il soit toléré que des mélanges salins soient livrés au commerce sous telle ou telle dénomination topographique dont nos stations thermales ou hydrominérales françaises peuvent revendiquer, à juste titre, la légitime propriété.

Nous prétendons que, même affublés de la rubrique : « artificiels », des produits salins médicamenteux ne peuvent « se parer des plumes du paon ».

La loi de mai 1919 sur « La protection des appellations d'origine », qu'on applique très sévèrement à l'égard des vins, des eaux-de-vie, etc..., des denrées alimentaires, est, sans aucun doute, applicable aux éléments chimiques naturels de nos sources minérales naturelles.

Nos stations hydrominérales sont soumises par de sévères décrets à un contrôle, à un régime de protection contre les altérations spontanées ou provoquées. Ces décrets, s'inspirant d'ailleurs de l'hygiène ou d'une saine thérapeutique, concourent à la légitime réputation de nos stations en France et à l'étranger.

Tout au moins a-t-on le droit de réclamer pour elles une protection rigoureuse contre l'usage de dénominations fallacieuses pouvant faire illusion au public mal informé.

Notre thèse ne peut qu'être approuvée, semble-t-il, par le Corps médical et le Corps pharmaceutique.

La clarté, la sincérité, la loyauté dans les méthodes commerciales pharmaceutiques ne sont-elles pas les qualités essentielles d'une *pharmaco-thérapie* vraiment digne de ce nom ?

Varia. — *La santé de l'Angleterre et sa cuisine.* (JOURNAL DES DÉBATS).

La situation sanitaire de l'Angleterre, même dans les grandes villes, est remarquable, de même que la rareté relative des crimes commis contre les personnes. Mais cette santé n'aurait-elle pas été altérée par la dépression économique et le chômage ? C'est ce qui fait l'intérêt particulier du rapport que Sir George Newman, médecin principal du ministère de la santé, vient de publier pour l'année 1932. La mortalité pour l'année dernière a été exceptionnellement peu élevée, la mortalité des enfants en bas âge, en particulier, atteignant un niveau remarquablement bas. Ceci s'applique aussi bien aux régions où règnent le le chômage et la dépression économique, l'Angleterre n'est pas encore affamée, ni *underfed*, en état de nutrition insuffisante. Le rapport de Sir George Newman est le résumé des données fournies par 74 médecins régionaux, et il peut assurer que « la santé exceptionnellement bonne de l'Angleterre continue de se maintenir ».

Il n'y a pas encore dégénérescence physique, mais le rapport signale « l'instabilité mentale » qui se développe parmi les hommes adultes inoccupés. L'excellence de la situation dans son ensemble est attribuée par le rapport aux efforts immenses faits par la société pour améliorer la situation de la classe ouvrière. On estime que, depuis la guerre, un quart de la population habite des logements neufs ou remis à neuf. Le rapport signale l'insuffisance des connaissances des ménagères anglaises en cuisine. « Le peuple périt faute de connaissances, il y a beaucoup d'apathie et d'ignorance dans le choix et la préparation de la nourriture. » Que sera donc la santé de l'Angleterre quand elle aura une bonne cuisine, ou bien est-ce la mauvaise qui la sauve ?

— *Wagner contre la vivisection.* (JE SUIS PARTOUT.)

M. Goering vient de publier le décret annoncé contre la vivisection, qui s'efforce d'en limiter la pratique aux cas strictement nécessités par la recherche scientifique.

On rappelle, à ce propos, que Wagner fut un adversaire passionné de ce genre d'expériences. « *La vivisection me rend malade* », disait-il à Cosima. En 1879, il adhéra à la Société protectrice des animaux de Dresde et adressa une lettre publique à un certain Ernest von Weber, auteur d'une pétition contre la vivisection. Cette lettre fut répandue en Allemagne à des milliers d'exemplaires. « Nous méprisons, disait notamment Wagner, l'homme qui ne supporte pas courageusement la souffrance qui lui est infligée et qui tremble devant la mort : est-ce pour cet homme que nos physiologues découperont des animaux vivants ? Nous vanterons-nous de notre raison, quand nous l'utilisons pour être plus bestiaux qu'une bête ? Avec de pareilles méthodes scientifiques, portera-t-on secours aux misérables ouvriers épuisés par la faim, les privations et l'excès de travail ? »

Grâce à la propagande de Wagner, la pétition recueillit 6.000 signatures, dont celles de 25 généraux, de 257 officiers. Mais elle ne fut jamais discutée au Reichstag, ayant été repoussée par la commission.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. *Leçons du dimanche* (3e série), par les Docteurs P. CARNOT, SAINTON, HALBRON, RATHERY, HARTMANN, STÉVENIN, TERRIEN, HARVIER, TIFFENEAU, CUNÉO. Un vol. in-8° de 111 pages avec 13 figures : 50 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

En succédant au Professeur Gilbert, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, le Professeur Carnot s'est inquiété d'organiser des conférences de documentation destinées aux confrères de la ville, qui faute de temps ont de grandes difficultés pour se mettre au courant des questions mouvantes de la Clinique et de la thérapeutique.

Ces Leçons du dimanche ont été confiées à diverses personnalités : professeurs, médecins, collaborateurs de la clinique. Elles sont réunies pour les médecins qui n'ont pu y assister, qui trouveront dans leur lecture le grand intérêt qu'elles ont recueilli dimanche à l'hôpital.

La protection de la mère et de l'enfant et les Assurances sociales, par le Docteur André ROUX-DESSARPS ancien externe des hôpitaux de Bordeaux. Un volume grand in-8, de 71 pages. Prix : 12 francs.

Les études d'ensemble sur la loi des Assurances sociales sont considérables. Déjà le chapitre particulier à l'assurance-maternité a été, par contre, plus rarement abordé.

La thèse de M. André Roux-Dessarps est justement consacrée à la recherche des droits que la Législation nouvelle procure à la mère et à l'enfant. Pour se faire, l'auteur a étudié les textes de la loi et en a analysé le fonctionnement, tant à Paris que dans les départements.

Ce travail se compose de quatre chapitres. Le premier est réservé aux rappels des efforts antérieurs à la promulgation de la loi ; les raisons suivantes peuvent expliquer leur échec relatif : ils n'ont pas été suffisamment généralisés, ils n'ont pas assuré d'une manière suffisante la surveillance du nourrisson et le contrôle de sa mère ; ils n'ont pas été suffisamment coordonnés.

Le second chapitre est une étude objective des textes nouveaux suivie d'une recherche aussi impartiale que possible sur des avantages de la loi mais aussi sur des insuffisances ou défauts qui peuvent contrarier l'effort actuel.

Dans une troisième partie, l'auteur présente la loi en action, il étudie les efforts des Caisses départementales ou autonomes ; il esquisse dans une quatrième partie, les perfectionnements qui lui ont paru désirables.

L'effort pressenti lui a permis de constater que la loi, malgré ses défauts évidents, par les subventions que, directement ou indirectement, les Caisses peuvent assurer à certaines œuvres de protection maternelle et infantile, par les créations que ces caisses peuvent favoriser par l'organisation meilleure qu'elles sont en état de provoquer dans tel ou tel organisme d'hygiène infantile, a d'ores et déjà un résultat qui est loin d'être négligeable dans la lutte entreprise.

L'auteur a voulu être utile à tous ceux qui s'efforcent dans les cadres de la loi nouvelle de mieux organiser les protections de la mère et de l'enfant. Nous pensons qu'il a pleinement réussi.

L'éducation vocale. *Manuel à l'usage des membres de l'enseignement*, par les Docteurs G. de Parrel et Junca. Un volume de 208 p. avec 36 figures et tableaux dans le texte, 15 francs. Fernand Nathan, éditeur Paris.

La publication de ce livre va réaliser une large diffusion des notions concernant la conformation, le fonctionnement, les troubles et la protection de l'appareil vocal, qui sont à la base de *l'éducation* et de la *rééducation de la voix chez l'enfant*. De nombreuses figures contribuent à faciliter l'acquisition rapide de ces notions élémentaires ; des tableaux d'exercices en permettent l'application dans les meilleurs conditions d'efficacité.

Le musée céramique de Sèvres, par G. Haumont et J. Chauvisé. Un volume in-8o, 50 gravures. Broché : 5 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris, VIe.

La collection des *Memoranda*, qui rend de si précieux services pour une connaissance plus approfondie des trésors d'art de notre patrimoine national, vient de s'enrichir d'une excellente monographie sur « Le Musée céramique de Sèvres ».

Créé sous le Premier Empire, cet établissement qui dans l'esprit de son fondateur, Alexandre Brongniart et de son premier conservateur, Désiré Riocreux, devait présenter avant tout, une valeur d'enseignement technique et constituer, à ce point de vue, un véritable « Conservatoire des Arts céramiques », n'a cessé, au cours de son existence de cent et quelques années, de croître en importance et d'enrichir sans cesse ses collections de porcelaines, faïences, poteries de toute nature, au point de devenir l'un des tout premiers centres d'études céramiques.

Il convient de féliciter les auteurs d'avoir, avec autant de clarté que de méthode et de façon aussi attrayante, atteint le but qu'ils se proposaient, c'est-à-dire d'avoir mis à la disposition du public désireux de fréquenter le Musée céramique de Sèvres un petit *Vade Mecum* qui en rend la visite à la fois plus attachante et plus instructive.

Une illustration très judicieusement choisie complète fort heureusement le texte.

Apologie du Sourcier. *Recherche des disparus. Homœopathie. Electroculture*, etc., par Weatherhead. La téléradiesthésie : Procédés opératoires pour la détection à distance ; la prospection sur plan et sur photographie. Un vol. 232 pages, broché 21 francs. Librairie Mignard, 38, rue Saint-Sulpice, Paris (VIe) et dans toute bonne librairie.

La téléradiesthésie consiste essentiellement à prospecter à distance et à trouver, par la perception de radiations encore mystérieuses, *sur des photographies et des plans*, ce que les sourciers enregistrent habituellement sur place, quand ils sont en présence des personnes ou en contact avec les choses.

Avallon, par Jean Bonnerot. — **L'abbaye de Saint-Wandrille**, par l'Abbé G. A. Simon. — **Les très riches heures du duc de Berry**, par Henri Malo. Chaque volume in-8o, 50 gravures. Broché 5 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris, VIe.

Dans la collection des « *Memoranda* », paraissent trois nouveautés : 1o *Avallon*, par Jean Bonnerot. Cette petite ville paisible faite de vieilles demeures, entourée de remparts, embellie par une église insigne, est décrite avec beaucoup de vie et de charme par l'auteur. Puis c'est une succession d'illustrations qui nous montrent la cité sous tous ses aspects.

2o *L'Abbaye de Saint-Wandrille*, par l'Abbé G. A. Simon. Cette antique abbaye où les moines viennent de retourner et qui est une des gloires de la Haute-Normandie, est décrite avec soin dans cet ouvrage par un de ses hôtes. De nombreuses illustrations nous font connaître le site, les ruines de l'église abbatiale, le cloître, le réfectoire, tous les aspects qui rendent si attachant ce vénérable monument.

3o *Les très riches heures du Duc de Berry*, par Henri Malo. Ces miniatures constituent un des plus beaux joyaux des collections du château de Chantilly, léguées par le duc d'Aumale à l'Institut. M. Henri Malo, après avoir fait l'historique de ces miniatures, nous les décrit, nous en fait saisir toute la beauté. D'ailleurs, de très nombreuses illustrations forment comme un commentaire vivant à son texte.

Revue d'histoire littéraire de la France. Abonnement : France, 50 francs. Librairie Armand-Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro d'avril-juin 1933 : I. Ch. H. Bondhors. Boileau inédit. — Pierre Moreau. Le « mystère Béranger ». — H. J. Hunt. L'inspiration socialiste dans la pensée politique de Victor Hugo.

II. Mélanges. Bibliographie des œuvres de Georges et Madeleine de Scudery (G. Mongredien). — Une source ignorée d'« Andromaque », « Mélite », de Corneille (R. Aussoleil). — Lettres inédites de Saint-Evremond (René Ternois). — Bibliographie d'un certain nombre d'ouvrages philosophiques du XVIIIe siècle et particulièrement de d'Holbach (jusqu'en 1789) (Daniel Mornet). — A propos de deux lettres inédites de Montalembert (Henri Glaesener). — Une source d'Anatole France (Marguerite Wintzweiller). — Une exposition littéraire à la Bibliothèque Sainte-Geneviève (M. Wintzweiller).

III. Comptes rendus.

IV. Chronique.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

FONDÉ EN 1873. — N° 43 — LE NUMÉRO : 50 Centimes — 28 OCTOBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 18 octobre. — M. LONGUET. Les phlegmons profonds de la face à extension temporale. — M. LAPORTE. Sur la perforation intestinale typhique. Diagnostic, traitement. — M. VIALLE. Tumeurs bénignes de l'intestin grêle.

19 octobre. — M. CRÉPON. Complications veineuses et orbitaires graves des infections bucco-dentaires. — M. HAMON. Laryngoscopie directe et aspiration dans le croup et la diphtérie trachéobronchique de l'enfance. — M. RAULY. Etude relative à la diurèse chez le nourrisson.

23 octobre. M. LEHUEDE : Etude de la réserve alcaline dans quelques dermatoses.

26 octobre. - M. AIZIE HASCAL : étude sur les facteurs de l'évolution de la nosologie, maladies éteintes et maladies nouvelles. — M. ROCHER : la kératite interstitielle, diagnostic et traitement.

1er Congrès français de thérapeutique. — Lundi 23 octobre, à la Faculté de médecine, s'est ouvert le 1er Congrès français de thérapeutique.

Aux côtés de M. le Ministre de l'Education nationale qui présidait avaient pris place MM. le président Loeper, les Professeurs Achard, Roussy, de Beco (de Bruxelles), Hernando (de Madrid), Desgrez et S. E. le Professeur Dominguez, ministre de Cuba.

Dans l'assistance très nombreuse, on remarquait beaucoup de professeurs de Paris et de province et parmi les étrangers : MM. Burgi (de Berne), Devoto (de Milan), Pende (de Gênes), Poulton (de Londres), Zunz (de Bruxelles), Roch (de Genève), Simie (de Belgrade), Pribram (de Berlin), Vogelius (de Copenhague), Khouri et Gibeyli (d'Alexandrie), Revaï (de Budapest), le Professeur Glaessner (de Vienne).

Après d'excellents discours de M. Bertherand, secrétaire général remplaçant M. Leven, malheureusement empêché : de M. le doyen Roussy, des Professeurs Cade, de Beco et Achard, M. le président Loeper prend la parole.

Après avoir salué le ministre, M. Loeper, dans un discours très brillant, expose la raison d'être de ce nouveau congrès : ce que les chirurgiens ont fait depuis longtemps pour la thérapeutique chirurgicale, il voudrait le faire pour la thérapeutique médicale. Celle-ci a actuellement deux tendances et deux orientations : l'une proprement chimique, biologique et physico-chimique, l'autre symptomatique et pathogénique.

M. Loeper étudie les rôles de l'homme de laboratoire, du pharmacologue et du physiologiste. « Le rôle du médecin, dit-il, est différent mais aussi noble, aussi indispensable, et, sans doute, plus délicat encore. Il doit contrôler les effets chez l'homme et poser les indications.

« S'il faut au pharmacologue, au pastorien, des séries d'animaux pour fixer la toxicité d'une ouabaïne, les unités d'une toxine, l'activité d'un vaccin, pour étalonner une vitamine ou une hormone, pour établir les propriétés vaso-toniques, léiotoniques et ganglionnaires d'un produit, combien ne faut-il pas de cas cliniques, d'examens scrupuleux et prolongés, et souvent répétés, pour porter à l'évidence la valeur pratique d'un médicament et en déterminer le mode d'administration... »

L'orateur montre en outre les difficultés qui naissent de la diversité du terrain, des constitutions, de l'influence du milieu humoral.... « où sont les tumeurs d'antan, si simples et si explicites à la fois, qui ignoraient la cholestérine, la chaux, la tension des protéines, la réserve alcaline, le pH, la colloïdoclasie, les tendances précipitantes, toutes ces notions neuves et complexes qui donnent à certains troubles ou certains symptômes des substratums définis dont notre thérapeutique doit connaître au risque de rendre ses prescriptions caduques ? Nous avions déjà pour nous guider : le symptôme, l'organe, la cause, le mécanisme, la modalité même de la réaction, le caractère de la lésion, nous avons encore l'équilibre physico-chimique, dont les indications s'étendent chaque jour... »

Comment s'étonner, ajoute M le Professeur Loeper, qu'il existe encore entre le laboratoire et la clinique des contradictions. C'est dire combien sont désirables l'association, l'interpénétration des renseignements.

M. Loeper n'a pas manqué de parler des spécialités qui ont pris et occupent désormais une place si importante dans la thérapeutique. Eles sont, avec les progrès de la science, devenues une nécessité absolue : « Certains glucosides, certains corps hypnotiques, certains sérums, certains vaccins, certains produits glandulaires, hormones ou vitamines, manqueraient à notre arsenal, et par conséquent au malade, si la spécialité à grands renforts du temps que nous n'avons pas, de l'argent dont nous manquons, ne les avait conçus, étudiés, préparés... » Aussi est-ce avec raison que M. Loeper insiste pour que l'étude des spécialités soit faite « au grand jour, avec franchise et sans timidité..... » et il rêve d'une clinique thérapeutique qui « donnerait aux médications nouvelles des bases officielles, expérimentales et humaines, dont la médecine et le médecin ne peuvent vraiment se passer... »

Cette collaboration, le congrès qui s'ouvre en montre une première réalisation.

Dans ses trois sections, il réunit, en effet, les trois orientations physique, pharmacodynamique et médicale.

En terminant son discours qui fut chaleureusement applaudi, le président Loeper rappelle ce mot si juste de M. Achard, qui doit être la définition de la thérapeutique, plus encore que de la clinique : « Science d'abord, art ensuite, conscience toujours. »

Le Ministre se lève ; il rappelle ses souvenirs universitaires et médicaux. Loin d'être l'adversaire des médecins, comme on a pu le croire, il partage leurs incertitudes et aussi l'impopularité des mesures et des règlements qu'il est obligé d'appliquer. Il termine par une brillante et spirituelle improvisation sur la thérapeutique.

Le Congrès a ensuite commencé ses travaux qui se sont poursuivis jusqu'à mercredi soir.

Le prix Nobel de médecine. — Le prix Nobel de médecine pour 1933 a été décerné au Docteur Thomas Hunt Morgan, de Passadena (Californie).

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. Rault, médecin-colonel en retraite.

ÉDUCATION NATIONALE. — *Au grade de chevalier.* — M. René Fabre, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris.

Faculté de médecine de Lyon. — *Chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.* — Des Journées thermales et climatiques auront lieu à la Faculté de médecine, les 16 et 17 mars 1934, pendant la Foire de Lyon.

Le Comité d'organisation est ainsi constitué : président : Professeur A. Pic ; vice-présidents : Professeurs J. Cluzet et Paul Courmont ; secrétaire général : Professeur M. Piéry ; secrétaire adjoint : Docteur Milhaud ; trésorier : Docteur Sauzet.

Les sujets traités seront les suivants :

Première question : *La syphilis chronique de l'appareil respiratoire.*

Rapport général introductif : Syphilis des voies respiratoires supérieures, par M. COLLET (de Lyon). — Syphilis des voies respiratoires inférieures, par MM. PAVIOT, PÉHU et FAVRE (de Lyon).

Rapport crénothérapique, par MM. MONGORGE (Mont-Dore), VINCENT (Challes), LANGENIEUX (Allevard).

Deuxième question : *Le rhumatisme tuberculeux chronique.*

Rapport général introductif : par M. PIC (de Lyon).

Rapport crénothérapique, par MM. GRABER-DUVERNAY (Aix-les-Bains), GAY (Bourbonne-les-Bains).

Troisième question : *La tuberculose rénale.*

Rapport général introductif, par MM. ARLOING, Léon THÉVENOT et Lucien THÉVENOT (de Lyon).

Rapport climatothérapique, par MM. VIGNARD (Lyon), JOUFFRAY (Cannes), BONAFÉ (Hauteville) et UTEAU (Biarritz).

Quatrième question : *L'humidité en hygiène et en pathologie.*

Rapporteurs : MM. BALDIT (Le Puy) et A. ROCHAIX (Lyon).

Des communications seront admises sur les questions rapportées ci-dessus.

Un avis ultérieur fera connaître le programme détaillé de ces Journées.

Cours sur les ondes courtes en thérapeutique. — Des leçons sur les applications thérapeutiques des ondes courtes seront faites à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle (223-225, rue de la Convention, métro Convention) par le Docteur SAIDMAN et ses collaborateurs Jean MEYER, KRAINIK et Roger CAHEN.

Technique générale : appareillage ; indications thérapeutiques diverses ; algies d'origine rhumatismale, névritique, sympathique, fièvre artificielle.

Les assistants pourront suivre les séances thérapeutiques les lunidi, mercredi, vendredi de 17 à 19 heures.

Prière de s'inscrire au secrétariat de l'Institut d'actinologie. Droit d'inscription : 100 francs.

Cours d'actinologie. — Le cours annuel de l'Institut d'actinologie aura lieu du lundi 11 au jeudi 14 décembre de 20 h. 45 à 23 heures et sera divisé en quatorze leçons.

Les assistants pourront suivre les séances de traitement les lundi, mercredi et vendredi de 17 à 19 heures.

Lundi 11 décembre, 20 h. 45, M. le Professeur JAUSION : Lumière et sensibilisation. — M. le Docteur SAIDMAN : Sources d'ultra-violets. — M. le Docteur E. et H. BIANCANI : L'infra-rouge.

Mardi 12 décembre, 20 h. 45, M. le Docteur SAIDMAN : Principales techniques. Sensitométrie. — M. le Docteur Jean MEYER : Techniques dermatologiques. — M. le Docteur DUFESTEL : Les U. V. en médecine générale.

Mercredi 13 décembre, 20 h. 45, M. le Docteur LAUTMAN : Les U. V. en pédiatrie. — M. le Docteur COLANERI : Les U. V. dans la tuberculose. — M. le Docteur KRAINIK : Algies et rhumatismes chroniques. — M. le Docteur Jean MEYER : Dermatologie.

Jeudi 14 décembre, 20 h. 45, M. le Docteur FRANCILLON-LOBRE : Gynécologie. — M. le Docteur DUFOUGÈRE : Stomatologie. — M. le Docteur AUZIMOUR : O. R. L. — M. le Docteur MAWAS : Ophtalmologie.

Prière de s'inscrire au secrétariat de l'Institut d'actinologie 6, passage Dombasle (223-225, rue de la Convention) Droit d'inscription : 150 francs.

Enseignement de sérologie. — M. RUBINSTEIN fera dans son laboratoire, 54, *bis*, rue Saussure, Paris, XVIIe, des cours de sérologie appliquée à la clinique, à partir du 13 novembre. Ces cours comporteront les exercices pratiques de toutes les méthodes sérologiques (syphilis, tuberculose, gonococcie, etc.)

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser au laboratoire de 15 heures à 18 heures.

Médaille du Docteur Albert Monthus. — A l'occasion du départ des hôpitaux du Docteur Albert Monthus, ophtalmologiste de l'hôpital Necker-Enfants-Malades, un groupe de ses amis et élèves a décidé de lui offrir une médaille. L'exécution en a été confiée au maître Prudhomme. La date de la remise de la médaille sera fixée ultérieurement.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Prière de s'inscrire et d'envoyer les fonds soit en un chèque bancaire barré au nom du Docteur Georges Baillière, soit en un chèque postal (compte Paris 202). Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Internat des Asiles de la Seine. — Les conférences d'anatomie et de physiologie du système nerveux commenceront le lundi 13 novembre et seront dirigées par MM. MASQUIN et TRELLES. S'adresser pour renseignements complémentaires à M. Trelles, salle de garde de l'Asile Sainte-Anne (1, rue Cabanis, XIVe).

Nécrologie. — Le Docteur Louis QUEYRAT. — Le Corps médical des hôpitaux de Paris est unanimement affligé d'apprendre la mort d'un de ses membres honoraires les plus dignes de respect et d'estime admirative, Louis Queyrat.

Interne de la promotion de 1881, chef de clinique des maladies de l'enfance sous le professorat de Grancher, qui, Creusois comme lui, l'affectionnait particulièrement, Queyrat, dont la thèse sur la spléno-pneumonie est restée classique, s'était d'abord adonné aux maladies de l'appareil respiratoire et à la tuberculose, puis intéressé particulièrement à la syphiligraphie et à la dermatologie.

Longtemps titulaire d'un service à Cochin, il y enseigna avec maîtrise la clinique et forma de nombreux élèves. Hygiéniste et philanthrope, il fonda la Ligue nationale contre le péril vénérien, dont il fut le président, ainsi que de la Société de dermato-syphiligraphie. Il était officier de la Légion d'honneur.

Ses qualités intellectuelles étaient le sens critique au service d'une grande érudition, la clarté d'exposition : ses qualités morales, la bonté, la droiture, la modestie, la franchise et la loyauté : elles lui avaient assuré un rapide succès au concours des hôpitaux, à l'approbation de tous ses camarades.

Qu'il me soit permis, ayant eu le plaisir d'être son camarade d'externat, de chef de conférence pour l'internat et de collègue au clinicat, de rendre à sa mémoire l'hommage le plus ému et le plus attristé, en exprimant à sa veuve, Mme la Doctoresse Queyrat-Feinkind, la profonde sympathie et la condoléance sincère de tous les collègues de son regretté mari.

Paul LE GENDRE

Docteur Prosper ALBERT, d'Amplepluis (Rhône), ancien directeur du Service de santé de la XIVe Région, décédé dans sa 100e année. — Docteur J. ARRUFFAT, de Béziers, 5, avenue G.-Clemenceau. — Docteur Maurice CASTÉRAN, de Paris, 16, rue Portalis (VIIIe), ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté. — Docteur DEHENNE, de Castres. — Docteur DUVIVIER, de Lille. — Docteur GALTIER, de Paris. — Docteur Pierre MOREL, de Lyon, décédé dans sa 55e année. — Docteur MINOS Nicoletis, de Paris, décédé dans sa 79e année. — Docteur PETIT, de Vern (Ille-et-Vilaine). — Docteur Simon ROBIN, de Merfy (Marne). — Docteur VOISSELLE, de Doullens (Somme). — Docteur FEIERBAND, directeur de l'Institut de sérologie de Prague, décédé accidentellement dans les Alpes. — Docteur KARWOWSKI, professeur de dermatologie à l'Université de Poznan. — Docteur John PLAYFAIR, doyen d'âge des médecins d'Edimbourg, décédé à l'âge de 84 ans. — Docteur WILLIAM HOPE FOWLER, radiologue écossais, décédé à l'âge de 57 ans. — Docteur Arthur BIELD, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Prague.

BIBLIOGRAPHIE

Les troubles de l'élimination urinaire de l'eau. *Etude physio-pathologique et clinique*, par Jules COTTET. Un volume de 212 pages. Prix : 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Un premier chapitre est consacré à l'étude physio-pathologique de l'élimination urinaire de l'eau. Puis, l'épreuve de diurèse provoquée est exposée avec tous les développements nécessaires et avec l'indication des modalités qui en ont été proposées. Suivent des chapitres respectivement consacrés à un essai de sémiologie de la fonction urinaire fondée sur les données de cette épreuve, aux applications cliniques de ces données, à des considérations sur l'insuffisance urinaire et sur l'insuffisance rénale. Enfin l'auteur envisage la question, du point de vue hygiénique et thérapeutique, en étudiant la diététique quantitative de la boisson et les cures de diurèse.

Ses recherches sont liées, d'une part, à la physio-pathologie de la sécrétion rénale et, d'autre part, à la question du transit pré-rénal de l'eau dans l'organisme. On conçoit qu'il ne touche à ces questions, aussi vastes que complexes, que dans la mesure nécessaire à la compréhension de notre sujet. C'est dire que, restant dans l'esprit avant tout clinique et pratique de son étude, il ne fait que les emprunts indispensables à une bibliographie, dont on sait l'extraordinaire richesse.

TRAVAUX ORIGINAUX

Diagnostic et traitement de la maladie de Basedow

Par Jean OLMER

Chef de clinique à la Faculté de Marseille

On peut définir la maladie de Basedow une affection caractérisée par l'association de quatre grands signes cliniques : le goitre, l'exophtalmie, la tachycardie et le tremblement. et de troubles de la nutrition au premier rang desquels il faut placer l'augmentation du métabolisme basal.

Il y a déjà longtemps que la coexistence d'un goitre, d'une exophtalmie et de troubles cardiaques avait frappé les auteurs et on la voit signalée par Parry (en 1825), par Graves (1835), par Basedow (1840) d'où les noms de maladie de Parry, de Graves, de Basedow, ou de goitre exophtalmique qu'a reçu l'affection. En 1883, Pierre Marie ajoute le tremblement à la triade symptomatique. Mais c'est surtout les travaux de ces dernières années, ceux en Amérique de Muller et de Magnus Lévy, ceux en France du Professeur Marcel Labbé et de son école qui, en soulignant l'importance de la recherche du métabolisme basal, ont fait faire de grands progrès au diagnostic et à la thérapeutique.

I. Diagnostic

Le diagnostic d'une maladie de Basedow est généralement très facile lorsqu'on se trouve en présence d'un cas typique. Des signes cliniques évidents attirent en effet l'attention.

Diagnostic des formes complètes

1° Les signes cliniques. — Deux doivent être étudiés d'abord, non parce qu'ils ont la plus grande importance, mais parce qu'on les observe d'emblée, ce sont : l'exophtalmie et le goitre.

L'exophtalmie est habituellement nette, elle est en général d'intensité moyenne. Presque toujours symétrique, elle est exceptionnellement unilatérale (Achard). Elle coïncide avec un regard fixe, brillant, étrange auquel la rétraction de la paupière supérieure donne un aspect hagard et presque tragique. La rareté du clignement des yeux entraîne une altération de la sécrétion lacrymale et aboutit fréquemment à de petits troubles tels que larmoiement, conjonctivite ou kératite.

Cette exophtalmie si utile au diagnostic, peut parfois manquer. D'autres fois au contraire elle atteint un degré considérable, au point que les paupières n'arrivent plus à recouvrir les yeux exorbités, d'où résultent des lésions infectieuses graves.

On a voulu enrichir la symptomatologie oculaire de la maladie de Basedow d'un grand nombre de signes, à vrai dire rarement observés, et d'un intérêt très accessoire. Contentons-nous de mentionner le signe de Stellwag (élargissement de la fente palpébrale), celui de De Graefe (asynergie des mouvements de la paupière et du globe oculaire, celui de Möbius (difficulté de la convergence), enfin le signe de Sainton (absence de contraction synergique du frontal et du releveur de la paupière supérieure). Et remarquons pour en finir avec les troubles oculaires que le nystagmus est assez fréquent, mais qu'il n'y a jamais de paralysie de muscles moteurs de l'œil.

Le goitre, second signe cardinal, est habituellement peu volumineux et n'est pas toujours évident à l'inspection. Il faut alors le rechercher soigneusement et la palpation montrera qu'il est fréquemment partiel, n'occupant qu'un lobe (le droit le plus souvent) ou y prédominant ; le goitre est de consistance plutôt molle, mais avec une certaine rénitence. On y décèle parfois des noyaux indurés. Il est fréquent de voir à sa surface des vaisseaux dilatés, traduisant l'importance de l'élément vasculaire qui est parfois assez accusé pour que le goitre devienne pulsatile. A l'auscultation, on entend un souffle continu ou à renforcement systolique.

On a voulu insister sur certaines modifications au niveau des téguments de la région thyroïdienne : c'est ainsi que Lian a signalé l'hyperesthésie et que Maranon a souligné l'importance des réactions vaso-motrices à ce niveau. Ces signes ne sont pas d'un grand apport pour le diagnostic.

La tachycardie mérite par son importance et sa constance la première place parmi les éléments cliniques. Le pouls bat en général entre 100 et 130 pulsations par minute. La tachycardie est régulière, la présence d'arythmies de types divers devant être considérée comme une complication. Mais si le pouls est régulier il est instable, variant sous des influences multiples. C'est ainsi que la tachycardie est surtout marquée le matin et d'une façon générale, dans la première moitié de la journée, qu'elle est accrue par des influences nombreuses, émotions, orthostatisme ou apparition de règles qui peuvent entraîner de véritables accès paroxystiques. Sur les tracés électrocardiographiques, on constate qu'il s'agit d'une tachycardie sinusale, normotope.

Cette tachycardie peut n'être pas perçue par les malades ; mais elle s'accompagne assez souvent d'angoisse et de sensation de constriction thoracique. Elle entraîne un éréthisme cardio-vasculaire assez particulier, surtout marqué dans la région cervicale,

L'auscultation du cœur est le plus souvent normale, cependant il existe parfois des souffles qui peuvent être organiques liés à une cardiopathie syphilitique ou rhumatismale associée, mais qui sont anorganiques le plus souvent.

La tension artérielle de ces malades paraît normale ou même basse dans les formes confirmées et à la période d'état. Par contre il existe parfois une hypertension modérée au début et dans les formes frustes.

Le tremblement constitue le dernier élément de la tétrade classique.

Il est en général peu apparent et s'apprécie mieux au palper qu'à la vue. Il est surtout net à l'extrémité des membres, mais se perçoit aussi au niveau du tronc et de la tête. C'est un tremblement d'ensemble du membre, menu, rythmique qui s'exagère par l'effort et surtout par les émotions, qui diminue au contraire par compression oculaire (Binet).

A côté de ces quatre grands signes cliniques, il existe toute une série *de symptômes dits accessoires* dont certains sont d'un réel intérêt pour le diagnostic.

Ce sont d'abord *les signes nerveux* dont les plus importants constituent le « fond mental des basedowiens » qui

◆◆

est fait d'hyperémotivité extrême, d'hyperactivité incessante avec instabilité et mobilité des idées, enfin des troubles du caractère qui faisaient dire à Basedow que ces malades étaient en état de colère perpétuelle. Ces troubles mentaux s'accompagnent d'insomnie rebelle et peuvent aboutir à de véritables psychoses basedowiennes surtout à type d'agitation maniaque parfois au contraire de dépression mélancolique.

A côté de ces troubles mentaux il faut mentionner les troubles vaso-moteurs fréquemment observés chez ces malades : bouffées de chaleur, crises sudorales, thermophobie qui sont bien caractéristiques. Les troubles moteurs et sensitifs sont beaucoup plus rares et de bien moindre importance.

Parmi les *signes digestifs*, le plus important est la diarrhée, qui est assez fréquente (10 à 15 % des cas) ; elle survient par crises peu douloureuses et à prédominance matinale ; les selles sont liquides, acides, d'un jaune clair ou verdâtre, elles se reproduisent jusqu'à dix fois par jour.

On a également signalé des troubles respiratoires (polypnée, respiration saccadée, toux sèche), urinaires (polyurie ou très rarement albuminurie), des altérations sanguines (leucopénie avec mononucléose, retard de la coagulation) : ils sont de peu d'intérêt pour le diagnostic. Par contre les troubles génitaux sont fréquents, surtout chez la femme où ils se caractérisent par de la dysménorrhée pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée complète et parfois par de la stérilité.

Tels sont les signes cliniques qui, dans les formes complètes, permettent de faire facilement le diagnostic d'une maladie de Basedow.

Mais à ces signes vont s'en ajouter d'autres dont les travaux récents ont montré toute l'importance et qui mettent en évidence, les *troubles de la nutrition et de l'équilibre neuro-végétatif*.

Les troubles de la nutrition ont été mis au premier plan par les Américains et par le Professeur Marcel Labbé. Déjà cliniquement ils s'extériorisent par l'amaigrissement, constant et parfois considérable que présentent les malades et qui est parfois le signe révélateur de leur affection. Cet amaigrissement qui coïncide souvent avec un appétit normal ou même exagéré, ne peut s'expliquer que par la notion d'augmentation des échanges qui est ici un phénomène fondamental.

On le met déjà en évidence par l'étude du métabolisme des hydrates de carbone dont la tolérance est abaissée chez les basedowiens, d'où élévation de la glycémie alimentaire, augmentation de l'aire d'hyperglycémie provoquée et assez souvent glycosurie modérée. *Mais c'est surtout la recherche du métabolisme basal qui est la pierre de touche du diagnostic.* Contestée par certains auteurs, l'augmentation de ce métabolisme de base paraît bien à l'heure actuelle le meilleur élément de certitude, à condition de ne jamais se contenter d'une seule mesure et de se conformer aux règles de conduite indispensables pour cette recherche (sujet à jeun, au repos depuis plusieurs heures, etc...)

Dans ces conditions on observe habituellement un métabolisme basal supérieur de 40 % à celui d'un sujet normal de même poids et de même sexe. Le métabolisme basal est souvent de + 75 % ; il peut même dépasser 100 %. Il s'agit là d'une augmentation permanente qui ne cède qu'au traitement pour la conduite duquel, nous le verrons, elle apporte des indications indispensables.

Cette augmentation du métabolisme basal est liée à l'hyperthyroïdie, elle s'associe aux troubles de l'équilibre neuro-végétatif pour nous montrer le substratum pathogénique de la maladie de Basedow qui est une hyperthyroïdie avec déséquilibre vago-sympathique.

Les troubles de l'équilibre neuro-végétatif sont en effet constants au cours de la maladie de Basedow, sans qu'il soit possible d'affirmer dans quel sens se fait ce déséquilibre.

La recherche du réflexe oculo-cardiaque montre en effet que celui-ci est fortement positif dans 60 % des cas, indifférent dans 30 et inversé dans 10. Les nombreux tests proposés ne sont pas tous d'égale valeur : l'adrénaline détermine chez les basedowiens de la tachycardie avec élévation de la tension maxima et glycosurie alimentaire ; la thyroïde et l'hypophyse provoquent un ralentissement du pouls avec baisse de la maxima ; l'épreuve de la quinine montre une résistance plus grande de ces sujets que des sujets normaux à l'administration de fortes doses de quinine. Mais le meilleur des tests proposés paraît être l'injection intraveineuse d'atropine combinée à l'orthostatisme (Danielopolu) qui montre l'amphotropisme des sujets avec prédominance sympathique.

Ces divers procédés, joints aux signes cliniques, permettent facilement le diagnostic d'une maladie de Basedow typique. que *l'évolution* viendra encore confirmer : elle est en effet tout à fait caractéristique avec de brusques poussées au cours desquelles tous les signes s'aggravent et dans l'intervalle des périodes stationnaires où le sujet peut paraître presque complètement guéri. Néanmoins à la longue, et en dehors même des complications sur lesquelles nous reviendrons, l'état général finit le plus souvent par s'altérer, et il s'installe alors une véritable cachexie thyroïdienne à laquelle le malade ne tarde pas à succomber.

Diagnostic des formes frustes

Si le diagnostic d'une maladie de Basedow est facile en présence des formes à symptomatologie complète, l'affection revêt parfois une allure clinique beaucoup plus fruste sous laquelle on doit cependant savoir la déceler. D'ailleurs le problème ne consiste pas uniquement à rattacher à la maladie de Basedow ces formes mono ou pauci symptomatiques ; il faut éviter par un excès contraire de poser toujours le diagnostic lorsqu'on constate un ou plusieurs des signes cliniques cardinaux : il importe de fixer en quelque sorte les limites nosologiques de l'affection et de voir quel critère est capable de nous conduire dans cette discrimination. Aussi ce chapitre de dépistage des formes frustes nous amènera-t-il également à passer rapidement en revue le diagnostic différentiel.

C'est quelquefois une *exophtalmie* isolée qui amènera à penser à la maladie de Basedow. Mais cette exophtalmie peut être congénitale ou bien relever d'une cause locale si elle est unilatérale.

Bref, symptôme isolé, elle n'est que rarement un signe de Basedow; cependant dans les cas discutables, la recherche du métabolisme basal permet seule de conclure nettement.

D'autres fois ce sont des *troubles généraux* qui dominent la scène : certains sujets maigrissent, ont de la fièvre et l'on pense alors à une tuberculose : ce sont les *formes pseudo-tuberculeuses* du Basedow qu'un examen clinique complet, mais surtout une mesure du métabolisme permettront de reconnaître.

Chez d'autres malades ce sont des *troubles cardiaques*

qui amènent à consulter ; ils présentent des manifestations fonctionnelles plus ou moins accentuées, et l'examen révèle une tachycardie. On a beaucoup discuté dans ces dernières années sur la nature de ces tachycardies isolées qu'on a voulu ranger sous le nom de cœur irritable. En réalité elles ne constituent pas un groupe unique : si certaines relèvent d'une hyperexcitabilité sympathique, d'autres sont des tachycardies autonomes par lésion initialement ventriculaire, comme le montrent les électrocardiogrammes. Enfin une dernière catégorie appartient à la maladie de Basedow ; mais seule une augmentation du métabolisme de base permet de les rattacher à ce diagnostic.

Lorsque le *goitre* est le principal symptôme il est habituellement facile de reconnaître un goitre simple colloïde et de le différencier d'un goitre exophtalmique. Cependant on peut voir apparaître au cours d'un goitre simple de l'exophtalmie, de la tachycardie, du tremblement. A-t-on alors affaire à une simple poussée d'hypersympathicotonie ou se trouve-t-on en présence d'un goitre basedowifié ? Seule la recherche du métabolisme basal permettra de le dire. C'est qu'en effet, à côté des poussées d'hyperexcitabilité sympathique chez les goitreux qui ne rentrent pas dans le cadre du goitre exophtalmique, il existe des goitres qui vont secondairement se basedowifier : c'est une éventualité qui s'observe surtout chez l'homme, l'évolution en est habituellement grave et se fait rapidement vers la mort.

Cette question des goitres basedowifiés a été fort discutée dans ces dernières années, les travaux américains ayant voulu isoler un type clinique qui se différenciait nettement de la maladie de Basedow : c'est l'adénome toxique de Plummer. Voici un tableau qui d'après les auteurs américains oppose les caractères de l'adénome toxique et de la maladie de Basedow.

	Adenome toxique	*Malad. de Basedow*
Age	40 à 50 ans	25 à 35 ans
Durée du goitre au moment de l'observation.	10 à 15 ans	6 mois à 4 ans
Caractères du goitre	un ou plusieurs noyaux durs	tumeur élastique, tendue, bilatérale
Exophtalmie	nulle	s'observe dans 80 % des cas
Pouls	souvent irrégulier	le plus souvent régulier
Tremblement	insignifiant	s'obser. dans 80 % des cas
Métabolisme basal	+ 30 à 60 %	+ 30 à 150 %
Traitement par l'iode	résultats nuls ou mauvais	résultats favorables

En réalité les travaux de l'école française ont bien montré que cette distinction ne devait pas être retenue, car les caractères en sont artificiels. La plupart des cas d'adénome toxique ne sont pas autre chose que des goitres basedowifiés et ne se différencient pas de la maladie de Basedow ; un petit nombre correspond à des Basedow traités par l'iode et qui, sous l'influence de ce traitement conservent de petits nodules d'involution. Ainsi l'adénome toxique ne mérite pas d'entité clinique.

Si dans les cas que nous venons de passer en revue le diagnostic de maladie de Basedow peut assez souvent paraître difficile en l'absence de métabolisme basal, d'autres fois au contraire ce diagnostic semble s'imposer. Certains sujets en effet présentent un goitre, une exophtalmie nette, une tachycardie importante, des troubles psychiques et du caractère : tout semble concourir à affirmer un goitre exophtalmique. Et cependant il n'en est pas toujours ainsi : si l'on pratique chez ces malades un métabolisme basal, on a la surprise de constater qu'il n'est pas augmenté ; si on les soumet au traitement par l'iode, on constate que cette thérapeutique est chez eux sans effet. Métabolisme basal normal, inefficacité du traitement iodé, ce sont là deux faits fondamentaux qui doivent faire rejeter le diagnostic de maladie de Basedow et porter celui de *syndrome parabasedowien.* Et, en effet, contrairement au cas de Basedow typique, on voit ces malades guérir rapidement par le seul traitement antinervin : importante conclusion pratique qui justifie la nécessité d'une telle distinction.

Ainsi donc, dans cet important problème du diagnostic de formes frustes, c'est constamment la recherche du métabolisme basal qui nous guidera pour affirmer ou infirmer l'hypothèse d'une maladie de Basedow.

Certaines difficultés diagnostiques peuvent tenir non plus au manque de netteté des symptômes mais aux particularités évolutives.

Il faut savoir en effet qu'à côté de l'évolution lente et par poussées qui est habituelle, il existe des Basedow à marche rapide, ceci s'observe dans les goitres basedowifiés, mais aussi cette évolution aiguë est la règle dans les Basedow infantiles.

Recherche des complications et des lésions associées
Diagnostic étiologique

Lorsqu'on est arrivé à établir qu'on se trouvait bien en présence d'une maladie de Basedow, un certain nombre de points sont encore à résoudre. On doit rechercher s'il existe ou non des complications ou des lésions associées, on doit enfin tâcher de faire un diagnostic étiologique.

Parmi les complications il faut surtout déceler les troubles cardiaques, il peut s'agir d'extra-systoles, souvent passagères, plus rarement persistantes, pouvant réaliser un rythme couplé ou une tachycardie paroxystique vraie. Mais la plus importante des complications cardiaques du Basedow est l'arythmie complète avec fibrillation auriculaire qu'on observe dans 20 % des cas. Elle peut être permanente ou procéder par crises. Elle est parfois remarquablement supportée ; toutefois si elle persiste, elle finit par aboutir à l'asystolie banale avec œdèmes périphériques.

D'autre part la fibrillation peut gagner le ventricule, entraînant alors la mort subite.

L'atteinte d'autres organes peut s'associer à la maladie de Basedow.

On a signalé la possibilité de myxœdème, en réalité très discutable et que rien n'autorise à affirmer. On a également mentionné l'insuffisance surrénale et surtout les troubles génitaux : chez les basedowiennes en effet l'insuffisance ovarienne est extrêmement fréquente, elle évolue souvent de pair avec le goitre exophtalmique et se traduit habituellement par de la dysménorrhée et de l'aménorrhée.

Parmi ces associations morbides une des plus intéressantes à rechercher est l'existence du diabète. Entre Basedow et diabète toutes les combinaisons sont possibles : ils peuvent apparaître en même temps et évoluer parallèlement, parfois par poussées symétriques, plus souvent il y a discordance : c'est habituellement le goitre qui se complique de diabète ; celui-ci est d'ordinaire léger, mais on a signalé aussi la possibilité de diabète grave avec acidose. Si le traitement du goitre exophtalmique seul

peut amener la guérison du diabète, plus souvent le diabète constitué évolue pour son propre compte, malgré amélioration du Basedow par la thérapeutique.

Parmi ces associations il faut encore signaler la possibilité de crises d'asthme survenant chez les Basedowiens (Widal) et améliorées par le traitement du goitre exophtalmique.

Enfin, pour être complet, le diagnostic devra encore s'efforcer d'être étiologique. Mais cette recherche est bien souvent décevante. Le Basedow apparaît parfois secondaire à une affection aiguë (rhumatisme articulaire aigu surtout) plus rarement à une infection chronique, et les cas de Basedow tuberculeux ou syphilitique paraissent discutables. On a décrit des cas de Basedow toxique, après ingestion d'iode ou d'extrait thyroïdien. Le Basedow peut être secondaire à un goitre ou à un cancer du corps thyroïde, le plus souvent le goitre exophtalmique est primitif, mais il survient généralement sur un terrain spécial fait à la fois de tares neuro-végétatives et endocriniennes (ovariennes surtout) et où l'hérédité joue un rôle certain. Quoiqu'il en soit tout le long de cette étude est revenue l'importance considérable du métabolisme basal pour le diagnostic d'une maladie de Basedow. Nous allons voir que cette importance n'est pas moindre dans la conduite du traitement.

II. Traitement

Le traitement de la maladie de Basedow a fait dans ces dernières années de grands progrès : de nouvelles méthodes thérapeutiques, des indications plus précises et un perfectionnement des techniques chirurgicales et radiothérapiques ont amélioré considérablement le pronostic de cette affection.

Nous envisagerons d'abord les méthodes, nous essayerons ensuite de préciser les règles de la conduite du traitement.

Les méthodes

Trois ordres de thérapeutiques s'offrent à nous : traitement médical, physiothérapie, traitement chirurgical.

Le traitement médical

En tête de ce traitement médical, il faut placer les prescriptions hygiéniques : une vie calme, sans émotions, l'isolement souvent ont déjà une très grande influence sur les manifestations cliniques et constituent un adjuvant indispensable du traitement. On y adjoindra un régime substantiel mais peu toxique et on interdira à ces malades, le thé, le café et l'alcool.

Le traitement médicamenteux devra d'abord, et toutes les fois que ce sera possible, être *étiologique* : contre la syphilis, contre le rhumatisme surtout, on mettra en œuvre la thérapeutique habituelle.

Le traitement sera aussi *symptomatique* : on retiendra surtout dans ce but l'opothérapie ovarienne et l'ingestion de sérum de chèvres thyroïdectomisées (hématoéthyroïdine). Certains médicaments chimiques ont donné parfois de bons résultats : la quinine, l'ipéca et le salicylate de soude (en dehors même de son action étiologique). On prescrira utilement aussi les calmants du système nerveux : valériane, chloral, bromure, gardénal, et surtout l'ésérine, le tartrate d'ergotamine et la belladone.

Mais on devra principalement mettre en train une *thérapeutique pathogénique* : on pourra prescrire le bore (Prof. Loeper) sous forme de borate de soude (associé à du citrate de soude). Mais le médicament de choix est l'*iode* qui a aujourd'hui la première place dans le traitement médical de la maladie de Basedow. Il est curieux de noter qu'autrefois au contraire l'iode était formellement contre-indiqué puisque son absorption paraissait capable de déterminer un goitre exophtalmique. Les travaux de ces dernières années ont réagi contre cette tendance et ont montré les bienfaits que l'on pouvait tirer de l'administration de l'iode aux Basedowiens. On utilisera dans ce but la solution de Lugol forte (iode 5 gr., iodure de potassium 10 gr., eau 100 c.c.) et on commencera par prescrire des doses faibles (XX à XXX gouttes par jour) en augmentant jusqu'à cent gouttes par jour suivant la tolérance du malade.

Ce traitement entraîne habituellement une amélioration très nette des symptômes, et en particulier une diminution du métabolisme basal mais sans aboutir le plus souvent à la guérison complète. D'autres méthodes thérapeutiques doivent alors être utilisées.

Physiothérapie

Parmi les agents physiothérapiques proposés, le radium est difficile à manier et les rayons ultra-violets ne paraissent donner que des résultats médiocres.

En fait le traitement de choix est actuellement la radiothérapie seule ou associée à l'électrothérapie (sous forme de galvano-faradisation). On utilise la radiothérapie moyennement pénétrante (400 R. par porte d'entrée médiane et latérale droite et gauche). On répétera les séances tous les deux ou trois jours, la série complète durant de trois à quatre semaines : chaque champ d'irradiation reçoit ainsi en moyenne 1.200 à 1.600 R. Selon les cas après une période de repos on reprendra le traitement ou on fera des séances de galvano-faradisation car certains malades sont insensibles à la radiothérapie employée seule. D'ailleurs il semble que si la radiothérapie a une action plus intense et plus rapide, la galvanothérapie a souvent des effets prolongés.

Que peut-on attendre de ce traitement ? Tout d'abord il semble bien actuellement qu'il soit sans danger : les brûlures par rayons X parfois signalées, peuvent être évitées par une bonne technique ; la tétanie est tout à fait exceptionnelle ; enfin les cas de mort subite publiés ont été observés dans des formes graves et ne semblent pas imputables au traitement.

Cette rareté des accidents est donc un premier point à l'actif de la physiothérapie. D'autre part elle paraît capable de donner des guérisons complètes et l'on voit assez souvent sous son influence, un rapide arrêt de l'amaigrissement et une régression de la tachycardie et des troubles nerveux ; par contre il y a souvent peu de modifications du goitre et de l'exophtalmie.

Mais on se méfiera des statistiques trop enthousiastes et on se « montrera difficile dans l'appréciation des résultats » (M. Labbé et Azerad). En fait on les contrôlera toujours par la mesure du métabolisme basal qui est le meilleur indice du traitement. Cette recherche systématique montre que, pour le ramener à la normale, il faut un traitement prolongé quelquefois pendant un à trois ans.

Ainsi on peut conclure de cette méthode qu'elle est sans danger, qu'elle donne souvent des résultats satisfaisants mais qu'on ne les obtient qu'avec une très grande lenteur et qu'il y a parfois seulement amélioration passagère. De plus la radiothérapie peut être une source de difficultés opératoires très grandes si on est conduit par la suite à recourir à un traitement chirurgical.

Traitement chirurgical

Les méthodes opératoires ont d'abord donné des résultats désastreux.

Mais entre les mains de chirurgiens exercés à cette thérapeutique, grâce aussi à une collaboration médico-chirurgicale étroite, les progrès ont été rapides et des statistiques de plus en plus favorables ont été publiées.

La ligature des artères thyroïdiennes est actuellement abandonnée et on a recours à la thyroïdectomie partielle ou subtotale qui devra être pratiquée sous anesthésie locale.

Mais cette thérapeutique chirurgicale devra toujours être précédée d'une prescription hygiénique sévère et d'un traitement iodé bien conduit. Il est certain que cette règle pré-opératoire a eu une très grande influence sur l'amélioration des statistiques.

Le traitement chirurgical entraîne une disparition de la tachycardie et un retour rapide du métabolisme basal à la normale. Par contre l'exophtalmie persiste généralement, car elle est liée à un trouble sympathique. Contre celui-ci on préconisait autrefois des interventions portant sur le sympathique cervical : ces interventions sont abandonnées aujourd'hui. Certaines recherches expérimentales sur le rôle de l'Yohimbine peuvent laisser espérer une guérison de l'exophtalmie par ce traitement. D'autre part, après l'intervention persistent parfois certains troubles qui relèvent du déséquilibre neuro-végétatif et qui cèdent bien au traitement iodé post-opératoire et aux calmants du système nerveux.

Mais si le traitement chirurgical donne souvent des résultats absolument remarquables, il n'est pas cependant absolument sans danger et les statistiques sont grevées d'une certaine mortalité opératoire qui tend d'ailleurs à s'abaisser au point de devenir négligeable à mesure que les techniques sont mieux conduites et le traitement médical pré-opératoire mieux appliqué. Cependant certains accidents peuvent se produire : on a signalé la possibilité de tétanie ; pour l'éviter il faut systématiquement rechercher les parathyroïdes au cours de l'intervention et si on les a enlevées par hasard, on doit les greffer aussitôt. Dans certains cas il est survenu un myxœdème post-opératoire qu'on préviendra en respectant toujours une partie du tissu thyroïdien. Enfin il faudra craindre surtout une poussée d'hyperthyroïdie qui survient souvent le jour même de l'intervention, et qui se traduit par de la dyspnée, de l'angoisse, des sueurs profuses et qui peut aboutir à la mort. Pour empêcher l'apparition de tels accidents il faudra ne pas interrompre le traitement iodé le jour de l'opération et même le continuer pendant les dix jours suivants.

Cependant le traitement chirurgical ne doit pas être étendu à tous les Basedowiens : il existe un certain nombre de contre-indications qui tiennent à l'état de cachexie avancée du sujet, à l'existence d'une insuffisance cardiaque, d'albuminurie ou de diabète.

Enfin l'étude du métabolisme basal fournit parfois des contre-indications très précises sur lesquelles nous allons revenir maintenant en envisageant la conduite du traitement.

Conduite du traitement

En présence d'un sujet atteint de maladie de Basedow, on doit d'abord faire pratiquer chez lui un métabolisme basal, puis on le soumettra au repos, à la cure d'isolement et au traitement médical : celui-ci comprendra les extraits ovariens, les sédatifs nerveux et l'iode à doses progressives auxquels on associera, toutes les fois que cela sera possible, une thérapeutique étiologique.

Au bout de quelques semaines de cette thérapeutique, on en appréciera les effets sur les symptômes fonctionnels, physiques et généraux, mais surtout sur le métabolisme basal. A ce point de vue plusieurs cas peuvent se produire : le métabolisme basal, qui était au début peu élevé est revenu rapidement à la normale ou au voisinage de la normale sous l'effet du traitement hygiénique et médicamenteux : on s'en tiendra là en conservant les malades sous surveillance médicale régulière.

Si on a affaire à des sujets qui conservent un métabolisme basal faible (+ 20 à + 30 %) le traitement chirurgical ne doit pas être discuté et il faudra recourir à la radiothérapie.

Si avant tout traitement le métabolisme était très élevé (supérieur à 70 %) et qu'on ait vu réduire ce métabolisme par l'iode à 40 % le traitement chirurgical et la radiothérapie peuvent être mis en parallèle : nous avons vu les avantages et les inconvénients de chaque méthode : effets plus rapides et plus sûrs de la chirurgie, mais risques opératoires ; innocuité de la radiothérapie, mais durée parfois très longue du traitement et possibilité d'insuccès. C'est souvent là une question difficile à trancher : il faut exposer les divers arguments au malade et tenir compte de ses préférences personnelles ; cependant il semble qu'actuellement, dans le cas que nous envisageons on puisse donner la préférence au traitement chirurgical.

Enfin lorsque le métabolisme basal supérieur dès le début à 70 % ne peut être abaissé par le traitement médical, l'intervention est contre-indiquée et la radiothérapie est seule à conseiller.

En résumé le traitement chirurgical ne se discute qu'après essai de la cure hygiénique et iodée chez des sujets dont le métabolisme basal a pu être abaissé mais reste compris entre 40 et 70 %. Ce traitement chirurgical devra être toujours suivi d'un traitement iodé auquel on associera souvent utilement les calmants du système nerveux pour agir sur le déséquilibre vago-sympathique.

Lorsque le métabolisme basal après iodothérapie, reste inférieur à 40 % ou supérieur à 70 % la radiothérapie est seule indiquée en dehors des cas relativement rares où le repos et le traitement iodé ont suffi à ramener le métabolisme à la normale.

Ainsi tout au long de cette étude l'importance du métabolisme basal est revenue comme un *leit motiv*. C'est qu'il a permis de fixer de façon précise les limites de la maladie de Basedow et qu'il constitue à la fois une excellente méthode de diagnostic et le meilleur guide dans la conduite du traitement.

« La régularité et la constance du déclin de la mortalité tuberculeuse, dues à des causes multiples d'une efficacité inégale, agissant à des moments divers du temps et de l'espace et enchevêtrées dans le milieu social, sont un fait si merveilleux que, ne pouvant l'attribuer à une compensation providentielle de tant de causes ni à la seule intervention de l'homme, on a fini par y voir le cours imperturbable d'un phénomène cosmique. La raison ne peut accepter ce paradoxe ni ce mythe fataliste. Les progrès de la science et de la médecine et les institutions antituberculeuses accélèrent le déclin. Mais il reste vrai qu'il a commencé avant ces progrès et ces institutions. *Il n'y a pas une cause, mais toutes les causes que nous venons de discuter et qui se résument en cette expression : l'augmentation du bien-être, le progrès général de la civilisation*, la propreté, la nourriture, l'instruction, l' « embourgeoisement de l'ouvrier », la plus grande sécurité de l'existence et l'assiette morale qui en résulte, car la civilisation n'est pas seulement matérielle. Qui niera cependant que les institutions antituberculeuses soient un élément actif et bien dirigé de la civilisation générale ? » (Etienne Burnet. Prophylaxie de la tuberculose. 1 vol. 1933, Masson, édit.)

◆◆◆

Institut de Biologie clinique de l'Université de Paris

Hopital Cochin

Service de M. le Professeur Charles Achard

L'amylose expérimentale

par M. Euripide HADJIGEORGE

Assistant étranger

Le fait que l'amylose s'observe spontanément chez certains animaux (chevaux, bovides, moutons, chiens, chats, souris et rats) a poussé certains expérimentateurs à étudier cet état morbide par voie expérimentale.

Les premiers travaux entrepris en France par Bouchard et Charrin en 1898, puis par Czerny à l'étranger, tâchaient de provoquer l'amylose par les suppurations chroniques en imitant autant que possible les conditions de la pathologie humaine.

En effet, ces auteurs ont montré que les suppurations chroniques entraînent l'amylose plus fréquemment chez les souris que chez d'autres espèces d'animaux, comme les lapins, chez qui la production de l'amylose était plus rare. Au début de ces expériences, on a donné une grande importance au staphylocoque doré, comme microbe le plus actif, mais à la suite d'autres expériences, on a constaté que l'amylose peut se produire avec n'importe quel microbe pyogène : colibacille, pyocyanéus prodigiosus, etc. A la suite de ces constatations la question du rôle des microbes dans la production de l'amylose a été posée. On s'était demandé si l'amylose résulte d'une action spécifique des microbes, ou si la suppuration, en soi, représente le facteur pathogène. Les travaux de Czerny, Lubarsch, Nowack qui ont réussi à provoquer l'amylose par des suppurations aseptiques produites avec l'huile de térébenthine, ainsi que les travaux récents de Frank ont bien démontré que les microbes ne jouent aucune action spécifique dans la production de l'amyloïde.

En réalité Frank, étudiant sur une série de souris inoculées de bacilles encapsulés acidogènes, arrive à la conclusion que ce sont les substances protéiques étrangères, issues de la dégradation des corps microbiens, qui donnent naissance à l'amyloïde. Le point le plus intéressant de ce travail de Frank réside dans l'hypothèse que « l'acidogénèse joue un rôle adjuvant très important dans la production de l'amyloïde », car après cet auteur, l'amyloïde provient d'une substance protéique gonflée, qui est bien liée au changement de l'état physico-chimique des protéines.

Cette voie des recherches de Frank était bien pressentie déjà en 1914 par Landeau et même dès 1896 Maximow se demandait s'il ne s'agissait pas d'une excrétion pathologique des cellules malades, qui influeraient sur la composition de la substance conjonctive environnante.

La théorie de Frank a reçu un grand appui par les travaux de Nowack, qui en 1924 réussit à produire de l'amylose en injectant du bouillon putréfié chez les poules. Et Letterer, suivant les idées de Nowack et dans le but d'étudier les modifications secondaires de la substance amyloïde, greffait dans la paroi abdominale de souris normales des rates amyloïdes, provenant d'autres animaux. Au bout d'un certain temps, Letterer constatait, non sans surprise l'apparition de l'amylose dans la rate et dans le foie des animaux greffés.

Ce sont les premiers travaux de Letterer sur la question de l'amylose.

Des expériences de contrôle entreprises, ont montré que même des greffes de rate non amyloïde, arrivent au même résultat, et par conséquent, ce n'est que l'autolyse aseptique du tissu qui produit cet effet. Les expériences ultérieures de Letterer chez les souris par des greffes intra-abdominales de débris de foie, de myocarde, de rein et de testicule, ont provoqué également l'amylose. Oberling cependant, qui a répété ces expériences chez les lapins et les chiens, n'a pu arriver à aucun résultat.

Pour Léopold l'amyloïde dérive d'un mélange de colloïdes d'émulsion, ou colloïdes hydrophiles : « Et nous sommes obligés de la considérer comme une substance colloïde, dont la phase dispersée a été ramenée par un changement encore inconnu du milieu de dispersion, de l'état du « sol » en état de « gel » (p. 336) ». D'après cet auteur, il faut voir dans l'amyloïde un colloïde très particulier, qui tient à la fois des colloïdes hydrophiles et des colloïdes hydrophobes ; une fois l'amyloïde constituée, elle n'est plus soluble, la floculation est donc définitive, comme pour les colloïdes hydrophobes.

C'est ainsi qu'on est arrivé par ces expériences à incriminer l'action toxique des produits albumineux mis en liberté par les processus suppuratifs, et certains auteurs ont émis des idées assez simplistes, en admettant que ce sont les corps dégradés eux mêmes qui, précipités sous l'influence de certaines cellules, donnent la substance amyloïde.

Domagk, d'autre part, en vue d'étudier la capacité phagocytaire des cellules réticulo-endothéliales a injecté à des souris des cultures microbiennes (staphylocoques, streptocoques, colibacilles). L'auteur a eu la surprise de constater l'apparition subite de substance amyloïde dans la rate et le foie et il s'aperçut que la substance amyloïde apparaît dans un délai de quelques minutes chez des animaux, préparés par une injection préalable d'émulsion microbienne. La nature amyloïde de cette substance était indiscutablement vérifiée par les réactions à l'iode, au violet de Paris et au rouge Congo. Par d'autres recherches aussi, cet auteur a constaté que la rate et le foie jouent un rôle important dans le métabolisme intermédiaire des albumines ; en se basant sur ce fait, que l'azote résiduel et l'azote coagulable du parenchyme splénique se trouvent considérablement augmentés dans certaines maladies infectieuses, Domagk a émis l'hypothèse que l'injection de microbes doit déclencher dans ces organes une activité protéolytique énorme et par conséquent, la production directe de l'amyloïde à partir des produits des désintégrations de la molécule albuminoïde.

Un autre fait résulte des expériences de Domagk et mérite d'être signalé. Cet auteur a montré pour la première fois que l'amyloïde peut se produire avec une grande rapidité sans temps d'incubation. On voit, donc, que Domagk, comme les auteurs précédents, met en cause dans la production de l'amyloïde, la désintégration de la molécule albuminoïde. Et l'on aurait cru que la discussion sur le problème de la production de l'amyloïde était clos, si des données, tout à fait nouvelles, n'étaient survenues.

Telles sont en première ligne des données expérimentales de Kuzynski et de Letterer ensuite. Ce premier auteur, poursuivant les études de Goldmann sur la modification du système réticulo-endothélial, provoque chez les souris des troubles nutritifs, en leur donnant une nourriture abondamment riche en albumine ; il constate l'apparition de l'amylose, qui ne pouvait être attribuée qu'à l'influence de la caséine fermentée.

En effet, l'emploi de caséinate de soude (nutrose) a donné à d'autres auteurs les mêmes résultats ; et nous même nous arrivâmes avec les expériences que nous avons entreprises chez les chiens, sous la haute direction de notre maître Achard et avec la collaboration de MM. Verne, Bariéty et Codounis, à produire l'amyloïde, en injectant aux animaux du caséinate de soude en solution à 5 % (1).

(1) ACHARD, VERNE, BARIÉTY et CODOUNIS. — Amylose expérimentale chez le chien. Soc. anatomique, 5 novembre 1931.
ACHARD, BARIÉTY, CODOUNIS et HADJIGEORGE. — Amylose expé

BIBLIOGRAPHIE

Autun et le Morvan, par Jean BONNEROT. Un vol. in-8° illustré de 93 gravures. Broché : 18 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon Paris, VIe.

Dans la collection des « *Villes d'art célèbres* » paraît « Autun et le Morvan ». Il appartenait à un des meilleurs historiens de la Bourgogne de rendre cet hommage à la capitale du Morvan.

Autun dans l'histoire, la Cité romaine, la cathédrale Saint-Lazare, Autun sous les ducs de Bourgogne et sous la royauté, aux temps modernes, le Mont-Beuvray et Bibracte, les châteaux éduens, paysages du Morvan tels sont les différents chapitres du livre. On voit par là tout l'intérêt de l'ouvrage.

C'est toute la ville qui nous est révélée ainsi que le pays si attachant dont elle est le centre.

En 93 gravures se reflètent les monuments, les aspects pittoresques, les paysages et cela forme comme un vivant commentaire au texte.

Tous ceux qui aiment notre vieille France voudront lire ce 79e volume, de la collection des *Villes d'art* : un des plus attachants.

Circulation du sang (*Schéma nouveau*), par le Docteur L. CHAUVOIS. Préface du Docteur LAUBRY. Un volume in-8 de 150 pages avec figures. Prix : 22 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Si Harvey vit admirablement le « tour circulaire » du sang, il ne put en fournir l'explication physiologique exacte — ce que les connaissances d'alors rendaient impossible. Il fallait attendre les Lavoisier, les Claude Bernard et toute l'ère physiologique moderne.

C'est pourquoi — encore que le circuit vu de Harvey demeure *géographiquement* et éternellement vrai — l'interprétation qu'il en « supposa » et qui se caractérise par : « *le cœur* » *source même du sang*, origine et fin de tout le système, doit apparaître aujourd'hui complètement erronée.

Or, on verra par ce livre que l'erreur n'a pas été sans de graves conséquences : physiologiques, pathologiques, thérapeutiques, d'avoir ainsi transporté au « cœur central » tout le branle de la circulation, de l'avoir *cru* à la source même du sang et d'avoir ainsi méconnu *les vraies origines lointaines du cours sanguin : ses sources veineuses périphériques*.

Et l'on verra ensuite comment, de ces *vraies sources* du sang ainsi reconstituées, l'auteur en suit le courant en trois étapes, selon les lois « fatales » qui président à l'écoulement et à l'utilisation d'un circuit nourricier » dans toute « machine motrice » : étape de ravitaillement et de récupération — étape d'oxygénation — étape de distribution et de consommation.

Ainsi la Physiologie et la Mécanique d'aujourd'hui apportent un ordre logique dans la description « mal partie » d'autrefois et font en même temps apparaître des *horizons nouveaux* — et d'importance considérable, — en pathologie, hygiène et thérapeutique.

La Cellulite. *Perturbations vaso-motrices. Rétractions tissulaires. Pathologie. Thérapeutique. Applications médico-chirurgicales*, par L. ALQUIER. Un volume de 238 pages. Prix : 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre comprend une étude pathologique et thérapeutique de la cellulite qui, sans être grave en elle-même, compromet l'équilibre de l'organisme en annihilant ses réactions de défense. L'auteur y fait surtout valoir que la rétractilité tissulaire est un véritable réflexe comparable à la vaso-motricité dont elle est cependant distincte. L'une et l'autre dépendent de l'innervation vago-sympathique ; tout ce qui excite l'un des deux réflexes peut également provoquer l'autre.

C'est à la crispation tissulaire sur nodules cellulitiques qu'il faut attribuer d'innombrables malaises : douleurs, crampes, enraidissements, spasmes de torsion, déviations squelettiques diverses, gêne des viscères. Enfin et surtout, la crispation est une cause fréquente de troubles atteignant la vaso-motricité et les autres réactions vago-sympathiques. *La cellulite* apparaît en effet comme l'un des facteurs principaux du déséquilibre des réactions nerveuses en général et de celles du système vaso-sympathique en particulier. C'est donc elle qui doit être prise comme objectif d'une thérapeutique des troubles fonctionnels.

Avant tout, il faut dépister et traiter la cause si elle est encore en activité, puis les perturbations locales des réactions nécessitent le plus souvent un traitement local dirigé surtout contre les troubles conjonctivo-lymphatiques.

Ce traitement doit faire pénétrer par la peau ou les muqueuses des substances propres à modifier favorablement infiltrats et engorgements — une véritable réflexothérapie de la rétractilité tissulaire dont l'auteur expose ici la technique spéciale tente de ramener celle-ci à son rôle physiologique qui est d'activer et de régulariser le cours de la lymphe.

Une étude attentive et complète de tous les troubles morbides est nécessaire pour chaque malade en particulier. Elle seule permet de mettre chaque chose à sa place et d'assigner à la cellulite celle qui lui revient en pratique. Elle seule permet de diriger le traitement en associant au mieux de chaque cas particulier la médication de la cause à celle de la cellulite.

Kuczynski a constaté également que la caséine légèrement dégradée conserve son action amyloïdogène, et que quand, au contraire, la dégradation est poussée plus loin jusqu'aux peptones, on n'obtient plus d'amylose. L'auteur laissait entrevoir que l'action spécifique de la caséine consiste dans sa molécule, qui en se dégradant, se transforme en molécule amyloïde.

Cette constatation de Kuczynski, venant à l'appui de l'ancienne hypothèse, que ce n'est que le corps albumineux dégradé lui-même, qui sert de substance-mère à l'amyloïde, est discutée, par les nouveaux travaux de Letterer.

Ce dernier auteur a démontré que l'amylose peut se produire aussi par d'autres substances albuminoïdes que la caséine, comme la gélatine, l'albumen ovi, la zéine, la nucléine de levure, la caséine peptone, et le witte-peptone. Il a obtenu également de l'amylose par une préparation de soufre colloïdal, exempte d'albumine (Schwefel-Diasporal, maison Klopfer, Dresden-Leuben), ainsi que par un autre élément plus proche du soufre, le selen-diasporal.

Sur dix-huit animaux, Letterer est arrivé à produire l'amylose chez neuf d'entre eux, en confirmant l'injection du Selen-Diasporal avec la restriction au minimum de l'eau bue par les animaux mis en expériences ; ce procédé, favorisant la concentration des humeurs, facilitait ainsi la précipitation des substances amyloïdes.

Mais Letterer ne s'arrête pas là. Poussant la question plus loin, il constate que tous les procédés avec lesquels réussissait la production d'amylose provoquaient parallèlement une hyperglobulinémie. Pour étudier les rapports entre cette dernière et l'amylose, l'auteur entreprend des dosages de globuline chez les souris normales et chez des souris traitées avec des injections de caséine. Il constate, en outre, que chez ces derniers animaux, ceux qui ont fait de l'amylose, avaient un taux normal de globuline, et, par contre, ceux qui sont restés indemnes de cette lésion avaient leur taux de globuline beaucoup supérieur à la normale.

Ce phénomène surprenant s'explique bien, en considérant les globulines comme la substance-mère de l'amyloïde ; et comme nous allons le voir tout de suite, les résultats de Letterer sont parfaitement d'accord avec les nôtres que nous avons eus chez les chiens, traités par le caséinate de soude.

Mais avant d'exposer nos expériences personnelles, il nous paraît très intéressant pour la compréhension de la question, de voir comment se comporte l'équilibre protéinique dans l'état normal et pathologique et, tout particulièrement, si le facteur hyperglobulinémie mis en évidence par les expériences de Letterer peut s'imposer aussi dans l'amylose spontanée de l'homme et des animaux.

Les différents procédés qu'on a employés pour le dosage des protéines du sérum normal, ont donné des chiffres sensiblement différents aux divers auteurs. Voici les taux indiqués par les auteurs :

pour Hammarsten c'est 76 grammes ‰ :

pour Girard de 78 à 82 grammes ;

pour Salvesen celui de 70 ‰ et comme, rapport s/g de 1,26 à 2 ;

Lambling accepte comme chiffre normal celui de 75‰ et 59 à 60 % de sérine ;

Gley 76 ‰ et le même taux de sérine, trouvé par Lambling ;

Teissier avec ses collaborateurs trouvent comme taux normal des protéines celui de 70 à 80 ‰ ;

Widal avec ses collaborateurs, Bernard et Vaucher, celui de 78 à 80 ‰ ;

Badinand de 73 à 81 de protéines et comme chiffre de sérine celui de 42 à 52 et de globuline de 29 à 34 ;

Notre maître Achard et ses élèves Grigaut, Bariéty, Boutroux et Codounis donnent comme chiffres moyens de 75 à 82 ‰ et des sérine et globuline 40 à 55 pour la première, et 30 à 37 pour la seconde (1).

D'une façon générale on peut accepter comme taux normal des protéines, les chiffres de 70 à 82 gr. par litre avec un taux de la sérine de 40 à 55 %, de 30 à 37 pour la globuline, et un quotient albumineux de 1,2 à 1,8.

Chez les chevaux, chez qui l'amylose spontanée peut se produire pendant leur utilisation pour la préparation des sérums antitétanique, antidiphtérique, les recherches de Hammerstein, Girard, Piettre et Vila, Petit et Kfouri, Damboviceanu, donnent un taux de globuline plus élevé que celui de la sérine, les recherches de Stéphanopoulo et Codounis sur la protéinémie du cheval normal, trouvent comme taux moyens des protéines celui de 80,76, de la sérine celui de 27,20 et des globulines celui de 53,54 (2).

Chez le chien qui était l'animal de choix pour nos expériences, le taux des protéines après les recherches de Mathews et celles de Codounis est le suivant : protéines totales = 64, sérine = 37 ; globuline = 27, quotient albumineux = 1,5P, azote total non protéique = 0,28 (3).

En ce qui concerne l'équilibre protéique dans les différentes maladies, nous bornerons notre étude à celle dont la mise en cause dans l'étiologie de l'amylose est bien évidente.

La tuberculose pulmonaire. — Après les récents travaux de notre maître Achard et de ses élèves MM. Bariéty et Codounis (4) ainsi que de ceux de Dufour, Robert et Moraux, Courmont et Gardère, Badinand, Léon Bernard et Sliosberg, il ressort que dans une grande majorité de cas de la tuberculose pulmonaire, l'hyperglobulinémie est constante et plus accentuée dans les cas graves. Egalement dans les *suppurations prolongées* et tout particulièrement dans les *suppurations tuberculeuses* l'hyperglobulinémie est constatée. Petschacher, qui a étudié de plus près ces phénomènes, admet que cette hyperprotéinémie avec hyperglobulinémie est due à une résorption d'albumines dégradées.

La syphilis. — D'après quelques auteurs, le taux des protéines totales reste normal, celui des globulines serait au contraire, augmenté d'après Rowe, Bircher et Mac Farland. D'après Sézary et Martinet, le taux des protéines totales à la période secondaire, est normal, mais il existe d'une façon constante un abaissement du quotient sérine globuline aussi marqué que dans la néphrose lipoïdique. D'après les recherches de Badinand, il semble qu'à la période septicémique de la syphilis (syphilis primaire sérologique et syphilis secondaire, avant tout traitement) il n'y ait pas de troubles constants en ce qui concerne les protéines du sérum. Par contre, à la période primaire présérologique, avant le traitement ainsi que dans les syphilis anciennement traitées, il y a des modifications importantes des protéines totales, portant sur la sérine et les globulines, également augmentées, sans toucher le rapport protéinique.

Cancer. — Les recherches de Galehr, Rohrer, Loeper

rimentale et perturbation de l'équilibre protidique du sang chez le chien par injection intraveineuse de caséinate de soude. C. R. S. B., 14 novembre 1931, T. CVIII, p. 702.

ACHARD, BARIÉTY, CODOUNIS et HADJIGEORGE. — Amylose expérimentale et perturbation de l'équilibre lipidique du sang chez le chien par injections intraveineuses de caséinate de soude. C. R. S. B., 9 janvier 1932, T. CIX, p. 12.

(1) ACHARD, GRIGRAUT, BOUTROUX et CODOUNIS. — L'équilibre protéique du sérum. *Bull. Ac. Méd.*, 16 juin 1929.

ACHARD, BARIÉTY, CADOUNIS. — *Presse Médicale*, 20 novembre 1929.

(2) STÉPHANOPOULO et CODOUNIS. — Sur la protéinémie du cheval normal et immunisé. C. R. S. B., 13 déc. 1930, T. CV, p. 753-756.

(3) CODOUNIS. — Sur l'équilibre protéinique du chien normal. *Soc. de Path. comparée.* Séance du 10 nov. 1931.

(4) ACHARD, BARIÉTY, CODOUNIS. — L'équilibre protéique du sérum dans la tuberculose pulmonaire, Sa valeur pronostique. *Presse Méaicale*, n° 93, 20 nov. 1929. — L'équilibre protéique du sérum sanguin dans la méningite tuberculeuse. C. R. S. B., 17 mai 1930, T. CIV p. 257.

montrent l'hyperglobulinémie dans le sérum des cancéreux. Cette hyperglobulinémie quand elle existe est due pour Filinski à l'insuffisance hépatique, car elle se voit surtout dans les néoplasmes hépatiques et dans les affections non cancéreuses accompagnées d'insuffisance hépatique. Pour Loeper, les protéines du sérum des cancéreux ont leur origine dans la tumeur. l'hyperglobulinémie est attribuable à des processus de désintégration ou de sécrétion de la tumeur. Cette théorie de Loeper est bien en accord avec les expériences de cet auteur et de ses élèves Debray et Tonnet, qui par des irradiations successives sur des tumeurs ont mis en évidence une augmentation de l'albuminose du sérum des cancéreux traités et surtout une augmentation constante de la globuline (1).

Dans les troubles intestinaux, les lésions intestinales provoquent une résorption anormale des substances protéiques, incomplètement dégradées, en réalisant ainsi les conditions pathogéniques pareilles à l'ingestion parentérale de corps albumineux.

Dans les néphrites à la suite desquelles l'amylose peut se déclarer, le changement de l'équilibre protidique n'est pas rare. Epstein trouve dans les néphrites parenchymateuses, le taux des globulines parfois très augmenté, constatation qui, avec la coexistence d'une hypercholestérinémie ont conduit Epstein à isoler le groupe des néphroses par troubles constitutionnels de nature métabolique ou endocrinienne. Ainsi que les travaux d'Achard, de Labbé et de leurs élèves. Dans les néphrites chroniques avec ou sans œdèmes, différents auteurs ont constaté également une hyperglobulinémie (Rowe, Bircher et Mac Farland).

Dans les infectieuses prolongées qui peuvent soit exceptionnellement déterminer l'amylose, l'hyperglobulinémie dans un grand nombre d'affections est constante. Ainsi l'hyperglobulinémie peut se voir dans les cardiopathies (endocardite lente) dans les rhumatismes articulaires aigus et chroniques (2), rachitisme, paludisme, etc.

Après cet exposé succinct sur l'équilibre protéinique dans différentes maladies, on voit que la mise en cause par Letterer, hyperglobulinémie dans la production de l'amylose, s'applique également aux conditions étiologiques de l'amylose spontanée de l'homme et des animaux.

***

Nous nous sommes proposé de réaliser l'amylose à la faveur d'une perturbation de l'équilibre protidique du sang, provoquée par les injections intraveineuses de caséinate de soude en solution à 5 pour 100. Comme animal d'expérience nous avons fait choix du chien, pour pouvoir étudier, plus en détail, par des dosages répétés les variations de l'équilibre protido-lipidique durant tout le cours de l'expérience.

Cinq chiens ont reçu des doses de caséinate de soude allant de 1 gr. 75 à 38 gr., à raison d'une injection intraveineuse quotidienne de 1 à 25 c.c. de la solution à 5 pour 100.

Le chien I a reçu 7 gr. 60 de caséinate en dix-huit injections de 1 à 20 c.c.

Le chien III a reçu 1 gr. 75 en onze injections de 3 à 5 c.c.

Le chien IV a reçu 38 gr. en quarante-trois injections de 10 à 25 c.c.

Le chien VI a reçu 1 gr. en deux injections.

La chienne VII a reçu 18 gr. en seize injections de 15 à 25 c.c. réparties sur vingt-trois jours.

Trois autres chiens ont reçu également des doses de caséinate de soude, allant de 6 gr. 75 à 17 gr. et des doses d'acide chlorhydrique, allant de 0 gr. 75 à 2 gr. 40, à raison d'une injection intraveineuse quotidienne de 15 à 50 c.c. de la solution à 3 pour 1.000. Nous nous sommes proposé à l'injection d'acide chlorhydrique en vue qu'une modification d'équilibre acido-basique, puisse agir comme facteur adjuvant dans la production amyloïde.

De ces derniers animaux, le premier (chien VIII) a reçu 6 gr. 75 de caséinate en dix injections de 15 c.c. et 0 gr. 75 d'acide chlorhydrique également en dix injections de 15 à 25 c.c. par jour ; le second (chien IX) a reçu 17 gr. de caséinate en vingt-trois injections de 15 c.c. réparties en trente-quatre jours et 2 gr. 40 d'acide chlorhydrique en vingt-trois injections de 20 à 50 c.c. réparties en vingt-cinq jours ; et le troisième (chien X) a reçu 15 gr. de caséinate en vingt injections de 15 c.c. réparties en vingt-sept jours et 2 gr. 25 d'acide chlorhydrique, à raison d'une injection intraveineuse quotidienne de 30 à 50 c c. de la solution à 3 pour 1.000.

Les résultats de nos expériences sont les suivants :

1° L'amaigrissement chez tous nos animaux, sauf chez le chien IV, a été constant et souvent très intense. Le chien I avait maigri de 7.500 gr. en vingt-trois jours : le chien III de 4 kgr. 700 en quatorze jours ; le chien VI de 1 kgr. en trois jours ; la chienne VII de 8 kgr. 300 en vingt-trois jours ; le chien VIII de 2 kgr. 500 en douze jours ; le chien IX de 2 kgr. 800 en trente-quatre jours ; et le chien X de 2 kgr. 500 en vingt-sept jours.

Cet amaigrissement a été particulièrement rapide dans les derniers jours (200 gr. pour le chien I dans les dernières vingt-quatre heures).

2° Les protéines totales ont augmenté chez tous les animaux, sauf chez la chienne VII, où elles sont tombées de 65 à 55 après une élévation momentanée à 70 gr. et chez le chien X, où elles sont tombées graduellement de 65 gr. 90 à 58 gr.

3° La sérine a diminué chez tous nos animaux, sauf chez le chien VI où elle est restée stationnaire (l'animal à vrai dire est mort au bout de deux jours d'une hémorragie accidentelle lors de la prise de sang).

4° Chez sept chiens la globuline s'est élevée ; chez les chiens I et III il existe même un certain parallélisme entre le degré de cette élévation et l'intensité de l'amaigrissement. Par contre chez la chienne VII la globuline a baissé de 33 à 27,76 après une élévation momentanée à 36,68.

5° Le quotient albumineux a baissé chez tous les chiens, sauf chez la chienne VII où il est resté à son chiffre initial (0,97-0,98).

6° Chez tous les animaux l'azote non protéique a augmenté.

7° Les lipides totaux ont augmenté chez les chiens I, III, IX et X (de 4 gr. à 10,50 pour le premier ; de 12,80 à 13,2 pour le second ; de 6 gr. à 7,60 pour le troisième ; et de 6 gr. 44 à 10,20 pour le quatrième).

Ils ont diminué, par contre, chez les chiens qui ont présenté de l'amylose (chien IV de 8,50 à 7,80 : chienne VII de 12 à 9) ; et chez le chien VIII de 8,60 à 6 gr. sans avoir présenté pourtant aucun dépôt amyloïde.

Chez le chien VI les lipides sont restés presque stationnaires de 12 gr. à 11 gr. 80.

Cette diminution porte exclusivement sur les acides gras, qui sont tombés de 10,30 à 7,10 chez la chienne VII ; de 7,30 à 6,20 chez le chien IV ; et de 6,13 à 3 54 chez le chien VIII.

La cholestérine a augmenté légèrement chez tous les animaux, sauf chez les chiens II et VIII où elle est restée stationnaire.

8° La réserve alcaline que nous avons étudiée chez les trois animaux (VIII, IX, X) traités à la fois par caséinate de soude et acide chlorhydrique était tantôt élevée, de 45,25 à 46,80 pour le chien VIII ; de 47,20 à 53,80 pour le chien IX ; et tantôt abaissée de 51,07 à 49,93 pour le chien X.

(1) Loeper, Debray, Tonnet. Albuminose paradoxale du sérum cancéreux. C. R. S. B., 10 juillet 1920 et *Presse Médicale*, 27 avril 1921.— Loeper, Forestier, Tonnet. Action de la radiothérapie sur le passage dans le sang des albumines des tumeurs. C. R. S. B., 9 juillet 1921.

(2) Coste, Codounis, Hadjigeorge. — L'équilibre protidolipidique du sérum dans les polyarthrites subaiguës chroniques. *Bull. de la Soc. Méd. des hôp.*, nº 4, 3 février 1933.

9° La chienne VII a présenté une amylose nette du foie et de la rate. Le chien IV n'a fait qu'une amylose discrète de la rate. Chez l'un et l'autre animal le rein est resté indemne.

La protidémie de chien VII se distingue principalement de celle des autres par la courbe de la globulinémie. Cette courbe est régulièrement ascendante pour les animaux à l'autopsie desquels on ne trouve pas d'amylose (chiens I, III, VIII, IX, X). Pour la chienne VII, au contraire, la courbe montre une élévation rapide de la globulinémie, bientôt suivie d'une chute (33, 36, 27). Le chien IV, dont la rate contenait quelques grains amyloïdes, a présenté une courbe assez comparable au début (27, 36, 23). Ces chiffres soulèvent l'hypothèse déjà émise par Letterer d'une relation chimique entre la globule et la substance amyloïde.

Un autre point sur lequel il faut nous arrêter, c'est qu'avec 18 grammes de caséinate la chienne VII a présenté une amylose beaucoup plus intense que le chien IV avec 38 grammes et ce dernier pesait seulement 1/70 en plus. Il convient, sans doute, de faire intervenir, comme en pathologie humaine, des facteur tissulaires locaux spéciaux. Peut-être aussi doit-on accuser l'abaissement de quotient albumineux (0,97) que la chienne VII avait au départ, ce qui semblerait indiquer qu'elle n'était pas en parfait état de santé et qu'elle se trouvait ainsi plus vulnérable.

Etude anatomique

a) Localisation histologique. — Dans la rate la substance siège surtout dans les cordons de Billroth de la pulpe rouge ; accessoirement on l'observe dans les trabécules fibreuses parmi les faisceaux collagènes et spécialement à la partie interne de l'endothélium des veinules spléniques.

Dans la pulpe rouge, les mottes des substances amyloïdes sont libres le plus souvent isolées, agminées. Elles sont cependant parfois contenues dans des macrophages du réticulum. Le noyau de ces éléments se déforme souvent à leur contact, prenant un aspect de fer à cheval.

Lorsque la substance apparaît au contact d'un endothélium vasculaire, on note l'hypertrophie des cellules endothéliales et des mottes de la substance peuvent s'accumuler dans le cytoplasme de ces cellules, dans la région infranucléaire.

Dans le foie, on note deux localisations : les espaces portes et surtout les capillaires parenchymateux du lobule. Dans ces derniers, les mottes de substance sont le plus souvent contenues à l'intérieur de cellules de Kuppfer hypertrophiées.

Les cellules hépatiques peuvent également, dans certaines travées de Kiernan, contenir de l'amyloïde sous forme d'un fin piqueté nettement métachromatique ou, plus rarement, de boules assez volumineuses.

Cette localisation intraparenchymateuse n'est pas classique. Elle peut même, *a priori*, paraître surprenante. Pourtant en 1896 Verworn, Maximoff avaient fait allusion à cette localisation. Après nous, MM. Labbé, Boulin I. Bertrand et L. Justin-Besançon l'ont retrouvée dans un cas d'amylose humaine (1).

b) Aspect physique. — La substance possède une teinte jaune pâle. Elle apparaît sous forme de mottes dont les dimensions varient de 4 à 30. Généralement arrondies ou ovalaires, elles présentent parfois des contours anguleux. Rarement isolées, elles se réunissent en amas qui deviennent confluents.

Cet aspect diffère de l'aspect habituel de l'amyloïde, qui est ordinairement plus diffuse.

(1) Labbé, Boulin, Bertrand et Justin-Besanson. — Amylose. Evolution du syndrome rénal. Evolution cytologique du foie. Soc. méd. des hôp. de Paris, 8 janvier 1932.

Achard, Verne, Bariéty et Codounis. — Amylose expérimentale. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 18 décembre 1931, p. 1928.

c) Réactions. — Après traitement par le violet de méthyle, la substance présente une coloration métachromatique qui nous a permis de l'identifier à l'amyloïde. D'autre part, elle prend, par l'iode, une coloration brun acajou également caractéristique. Nous n'avons pas obtenu de teinte bleue par traitement consécutif à l'acide sulfurique dilué. Mais Ecoffey et Schmorl soulignent l'inconstance de ce virage sur des coupes anciennes ou incluses dans la paraffine.

Par le rouge congo, la substance prend une teinte rouge orangé.

Les solvants des graisses ne modifient en rien ces réactions qui sont au contraire altérées après traitement par un alcalin, tel que l'ammoniaque.

La recherche histochimique des substances lipidiques nous a donné des résultats négatifs sur le foie, la rate et le rein.

Amylose et pigment ferrique. — Au cours d'amylose expérimentale chez le chien, nos maîtres Achard, Verne et Bariéty avaient constaté que le pigment ferrique pouvait dans certaines conditions donner une coloration métachromatique avec le violet de Paris et le bleu de méthyle (1).

La teinte obtenue avec le fer n'est d'ailleurs pas aussi franche, aussi riche qu'avec la substance amyloïde : elle varie habituellement du brun roux au rouge cuivre et n'atteint qu'exceptionnellement le rouge groseille. Tous les pigments ferriques ne donnent pas cette réaction métachromatique. On l'avait trouvée dans des rates de chiens traités par des injections sous-cutanées de chlorure de manganèse. On l'avait même rencontrée dans la rate de certains chiens qui n'avaient subi aucun traitement. Dans ces cas, les dépôts ferriques donnant la réaction métachromatique étaient beaucoup moins nombreux que les dépôts donnant la réaction de Perls.

Par contre dans des foies humains de cirrhose pigmentaire et de spirochétose ictérigène, où la réaction de Perls avait décelé la présence abondante du pigment ferrique des colorations au violet de Paris et au bleu de méthyle ne firent apparaître aucune métachromasie.

D'après les auteurs l'agent de cette métachromasie n'est pas le fer métallique lui-même, mais, très vraisemblablement, les particules protéiques qui lui restent accolées au cours de l'hémolyse splénique.

Conclusions

Nos recherches expérimentales sur l'amylose nous permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Que l'amylose peut se produire par simple perturbation physico-chimique des humeurs et cette perturbation semble porter surtout sur la globuline. Mais l'amylose expérimentale du chien nous a paru inconstante et difficile à réaliser.

2° Que la banalité de l'hyperglobulinémie dans les différents états pathologiques et la rareté de l'amylose conduisent à faire jouer un rôle important à un facteur adjuvant.

3° Que ce facteur, peut-être local, qui nous échappe à présent et qui fait faciliter l'infiltration amyloïde, semble ne pas avoir un rapport strict avec la modification de l'acidité tissulaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, Lichwitz et Laudat.

(1) Achard, Verne, Bariéty. — Sur la coloration métachromatique de certains pigments ferriques. *Soc. Anatomique*, 12 mai 1932, in *Annales d'Anatomie pathologique*, T. IX, n° 5, mai 1932, p. 532.

— Amylose et pigments ferriques. *Soc. Anatomique*, 12 mai 1932, in *Annales d'Anatomie pathologique*, n° 5, mai 1932, p. 533.

— Sur deux cas d'amylose généralisée. Lipoïdose et néphrite associées. Amylose et pigment ferrique. *Soc. Anatomique*. Séance du 2 mars 1933.

— Etudes sur l'amylose rénale. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 10 juillet 1931.
2. Brulé, Laudat, Lenègre et Barbat. — Etude chimique du sang dans un cas d'amylose rénale.
3) Labbé, Boulin, Bertrand et Justin-Besançon. — Amylose. Evolution du syndrome rénal. Etude cytologique du foie. Soc. méd. des hôp. de Paris, 8 janvier 1932.
4. Oberling. — Le problème de l'amylose. *Annales d'Anatomie pathologique et d'anatomie normale*, t. IV, n° 7, juillet 1927.
5. Achard et Piettre. — Contribution à l'étude des protéines du sérum sanguin dans la néphrose lipoïdique. C. R. S. B., mai 1930, t. LIV, p. 49.
6. Achard, Bariéty, Codounis et Desbuquois. — Forme associée de néphrose lipoïdique (néphrose, néphrite et amylose). Etude clinique, humorale et anatomo-pathologique. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 3, mars 1931.
7. Doubrow. — A propos de quelques travaux récents sur l'amyloïde. *Bulletin d'Histologie Appliquée*, t. III, fasc. IV, p.p. 101-102, avril 1926.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Rhumatisme

Le rhumatisme chronique a été considéré comme la manifestation douloureuse de l'infection focale ; on a pensé tout d'abord aux amygdales et aux dents ; mais, en dépit des amygdalectomies et des extractions, les cas où le rhumatisme persiste, sont fort nombreux.

Il existe, il est vrai, d'autres foyers infectieux, aussi nombreux que diversement localisés ; Meyer vient d'en repérer un nouveau, c'est la phlébite latente des veines profondes de la jambe ; cette localisation aurait une importance considérable, parce qu'elle touche directement le réseau circulatoire et se trouve bien placée pour diffuser les toxines ; les amygdales et les dents n'auraient en comparaison qu'un rôle des plus effacés.

Le tableau clinique de la phlébite latente est à peu près inconnu ; il revêt des formes variables qui n'en facilitent pas le diagnostic ; l'auteur décrit des points douloureux à la pression, situés sur le trajet de la tibiale postérieure ; le malade ressent des douleurs dans les jambes aux changements de temps ; il a l'impression d'être un véritable baromètre.

Le traitement efficace de la phlébite profonde latente semble plus efficace que les interventions de l'oto-rhino-laryngologiste et du stomatologiste.

(Meyer. Zum Problem des chronischen » Rheumatismus » *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 24 mars 1933.)

Appareil digestif

La diverticulose vraie de l'estomac est une affection plutôt rare : deux observations de M. Cerf (Bruxelles) donnent lieu à des conclusions qui méritent d'être signalées.

Ce qui nous frappe dans la symptomatologie clinique, c'est le caractère cyclique des accidents : intervalles de santé parfaite avec silence de la fonction digestive, entrecoupée de crises de douleur continue dans le premier cas, d'intolérance gastrique complète dans le second ; ces troubles apparaissent brusquement, durent quelques jours sans rémission et disparaissent avec autant de brusquerie.

Cette symptomatologie, exempte de troubles sécrétoires, paraît presque suffisante pour orienter le diagnostic et surtout l'opposer à celui d'une manifestation ulcéreuse possible ; la différenciation paraît absolue par l'examen radiographique.

(M. Cerf. La diverticulose vraie de l'estomac. *Journal belge de gastro-entérologie*, juin 1933).

Tuberbulose

Vingt tuberculeux pulmonaires traités par le pneumothorax artificiel ont été suivis pendant une période de un à trois ans par G. Corbalan Trumbull (Santiago du Chili).

Le premier groupe de neuf comprend les malades dont la cavité pleurale s'est maintenue constamment sèche, malgré les lésions pulmonaires étendues qu'ils présentaient, comme l'ont démontré de nombreuses radiographies. L'auteur estime que la production de liquide n'est influencée ni par la rapidité de l'insufflation ni par la quantité de gaz injectée.

Le second groupe de onze comprend des malades ayant présenté des réactions liquides pleurales ; dix eurent, dans les six premiers mois, des épanchements séro-fibrineux ; le onzième eut un épanchement purulent pour des causes étrangères au traitement. L'évolution des dix épanchements pleuraux fut très variable. Dans huit cas on s'en tint à l'abstention ; le collapsus pulmonaire fut maintenu par des insufflations espacées ; dans les deux derniers on évacua le liquide à intervalles réguliers, en remplaçant le liquide par de l'air chez l'un et par de l'huile goménolée à 2 % chez l'autre ; chez les deux on put continuer le pneumothorax dans d'excellentes conditions.

Les cas, où l'on pratiqua l'abstention, évoluèrent au contraire assez mal, trois aboutirent à la symphyse totale et, après une amélioration apparente, virent leur état s'aggraver ; cinq épanchements devinrent purulents.

Cette statistique, réduite mais intéressante et instructive, montre les inconvénients de l'abstention dans les épanchements du pneumothorax artificiel.

(G. Corbalan Trumbull. Los derrames pleurales en el curso del neumotorax artificial. *Revista medica de Chile*, juin 1933).

Pédiatrie

Chez l'enfant la lobite peut se manifester exclusivement par du meningisme.

Voici une curieuse observation de Renaux Lemieux, de l'Hôpital du Saint-Sacrement de Québec.

Un petit garçon de 6 ans, pensionnaire dans un orphelinat,... était malade depuis quelques jours.

L'état morbide, qui a nécessité l'entrée de ce petit malade, aurait débuté vers le 15 ou le 16 mars par de la céphalée et des vomissements. Le médecin qui le voit le 17 mars constate de la raideur de la nuque, un état saburral de la langue et une température de 103 (39°4 C).

Dans la journée du 18, l'enfant continue de vomir, de souffrir de la tête et la température se maintient toujours élevée. On demande à ce moment son hospitalisation. Nous le voyons, le lendemain matin, couché sur le côté gauche, en chien de fusil, un peu indifférent, la tête recouverte d'une vessie de glace... ; c'est à peine si nous pouvons le faire tourner sur le dos et, si nous tentons de l'aider, l'enfant se plaint ; il semble que la moindre pression de la main le fasse souffrir.

La carte de la température indique 103°. Le pouls bat à 130. Les yeux sont demi clos, notre malade tolère mal la lumière. La raideur de la nuque et le Kernig sont des plus nets. Les réflexes sont légèrement exagérés dans leur ensemble ; il n'y a pas de Babinski. Le moindre frottement au niveau de la peau du ventre détermine l'apparition d'une raie méningitique classique. Les masses musculaires sont d'une remarquable sensibilité et notre patient crie si nous le comprimons avec un peu d'insistance. Le ventre est légèrement ballonné ; il n'y a eu aucune évacuation depuis l'entrée.

La coloration du visage de l'enfant est remarquablement instable et passe d'un instant à l'autre d'une pâleur marquée au rose foncé. L'examen stéthacoustique des poumons fait à deux reprises le matin du 19 mars ne révèle rien de particulier : pas de modification de la tonalité, pas de modification du murmure vésiculaire, pas de modification des vibrations, le rythme respiratoire est de 30 à la minute.

Le pouls bat à 130 ; le cœur est de situation et de volume normaux ; pas de souffle artificiel.

Il n'y a pas de trace d'écoulement au niveau des oreilles ; les fosses nasales ne présentent rien d'anormal à l'examen sommaire. Le pharynx est légèrement rouge et les amygdales quoiqu'un peu hypertrophiées ne sont nullement cryptiques...

Un tel ensemble symptomatique d'un état thermique avec raideur de la nuque, Kernig, céphalalgie, état de stupeur et troubles digestifs en imposait pour une méningite ; le fait était classique. Nous ne devions guère hésiter non plus sur le diagnostic de la nature de cet état méningé : le parfait état des oreilles, du nez et de la gorge de même que l'absence d'érythème nous faisant éloigner la possibilité soit d'une méningite d'origine focale soit d'une réaction méningée tuberculeuse...

...Le laboratoire refuse de nous donner raison. Notre diagnostic est faux et nous devons chercher ailleurs que dans le liquide céphalo-rachidien l'étiologie de cette réaction méningée évidente cliniquement.

Les selles ne contiennent pas de parasites comme nous le démontre un examen pratiqué les jours suivants.

Le 20 mars l'état de notre malade est toujours stationnaire ; même abattement, mêmes signes méningés, même température.

L'examen stéthacoustique des poumons ne révèle toujours aucun signe ;

d'ailleurs l'enfant ne tousse pas et il n'a pas toussé de tout son séjour à l'hôpital.

Le 21 mars nous assistons à une chute brusque, complète et définitive de la température. Le pouls se ralentit, l'état général se transforme remarquablement ; il n'y a plus de Kernig, plus d'hyperesthésie, tout au plus un peu de raideur de la nuque.

Cette transformation complète vient nous rappeler ce que l'on observe à la fin de l'évolution d'un phénomène pneumonique où le malade en quelques heures passe d'un état alarmant à un état d'euphorie et de bien-être complet.

Nous dirigeons de nouveau nos recherches du côté de l'appareil pulmonaire et c'est alors que pour la première fois, nous parvenons à mettre en évidence quelques signes de condensation au sommet droit ; submatité, légère exagération des vibrations thoraciques, respiration un peu rude et quelques râles crépitants occupant l'extrême sommet.

Le 23 mars, les signes pulmonaires seront sensiblement accentués. Nous notons toujours une absence complète de souffle.

Une radiographie tirée le même jour nous donne un foyer d'ombre occupant tout le sommet droit et dont la limite inférieure est très nette (lobite supérieure droite)

Les signes méningés sont complètement disparus, l'enfant est en pleine convalescence, demande à manger et commence à s'amuser avec les enfants qui l'entourent.

Les signes pulmonaires s'atténuent les 25, 26 et 27 mars pour disparaître complètement.

Le 1er avril une deuxième radiographie indique une diminution de transparence légère au sommet droit avec limite inférieure bien délimitée. L'état de santé de l'enfant est parfait. Une troisième radio est tirée le 20 avril. Disparition complète de l'image décelée par les clichés antérieurs à l'exception d'une ligne d'ombre au niveau de la scissure.

Cette observation présente trois points intéressants :

1° S'il existe cliniquement de fausses appendicites au cours de certains accidents pulmonaires, on peut aussi rencontrer cliniquement de fausses méningites au cours de l'évolution des mêmes phénomènes.

2° Pendant toute la phase aiguë d'un processus pneumonique on peut ne pas rencontrer de signes stéthacoustiques, pas même de signes fonctionnels et pas même de toux.

3° Des organes très éloignés du centre malade peuvent manifester leur symptôme d'une façon typique et détourner l'attention par des réactions d'apparence clinique aiguë.

(Renaud Lemieux. Lobite supérieure droite se manifestant exclusivement par du méningisme. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, juillet 1933).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 octobre 1933

Commission désignée pour formuler le vœu relatif au développement et à l'installation moderne des centres de cure sanatoriale. — La Commission, composée de MM. ***Marfan, Besançon, Sergent, Léon Bernard,*** et ***Rist,*** constatant que les diverses communications qui ont été faites au cours de la discussion ouverte devant l'Académie indiquent un accord unanime et s'inspirant des considérations exposées dans ces communications, propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

1° L'Académie de Médecine estime qu'il n'est pas fondé d'opposer les traitements modernes de la tuberculose pulmonaire, notamment les méthodes collapsothérapiques, la cure sanatoriale, non plus que d'opposer celles-ci aux traitements ambulatoires, qui visent d'autres sujets.

2° La cure sanatoriale consistant essentiellement en une cure méthodique d'aération et de repos, surveillée en établissement fermé, lui-même doté de conditions climatiques favorables, conserve la valeur que l'expérience lui a reconnue et demeure l'adjuvant le plus avantageux pour que les autres méthodes de traitement donnent leur pleine efficacité.

3° En conséquence, l'Académie souhaite que les classes peu fortunées puissent, comme les autres, bénéficier du sanatorium et qu'à cet effet le développement de cette institution, aussi nécessaire du point de vue de la prophylaxie sociale que de celui du traitement des malades, soit poursuivi en application de la loi Honnorat, étant entendu que les sanatoriums doivent, à l'égard du recrutement des malades, de l'équipement technique et de la direction médicale, être compris comme des centres de traitement, les uns suburbains, les autres climatiques, et en mesure d'appliquer toutes les méthodes thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire dans le cadre et avec l'appui de la cure sanatoriale classique.

4° L'Académie estime, en présentant ce vœu aux Pouvoirs Publics, qu'il serait opportun de communiquer aux organismes intéressés le texte des diverses communications faites devant l'Académie au cours de la discussion qui s'est poursuivie de mai à juillet sur la question du sanatorium.

Le lagminisme dans le Sud-Tunisien. — ***M. Dinguezli*** (de Tunis). — *Lagminisme.* Alcoolisme engendré par l'abus de la consommation de la sève de palmier. Lagmi fermenté.

Les populations du Sud en consomment en fortes quantités, cinq à dix litres par personne et par jour : les hommes dans les proportions de 98 %. Les femmes commencent à prendre goût à ce breuvage. Sa teneur en alcool est de 8 à 10 gr. par litre.

Le *lagmi frais* ne contenant point d'alcool est utile ; aliment précieux ajouté à l'orge grillée pendant les années de disette. Il renferme du sucre, est riche en vitamines. Employé empiriquement pour combattre la constipation et contre la furonculose.

Le *lagmi fermenté.* — Les indigènes se réunissent dans des jardins ou des maisons privées par groupes de dix ou dix-huit et boivent à l'aide d'un même verre le contenu de toute une jarre. Ils commencent après-midi et finissent à une heure fort avancée de la nuit, jusqu'à ce que l'ivresse soit générale.

Dangers et conséquences de cette boisson : 1° Transmission de la syphilis par le fait de boire dans le même verre ; 2° impossibilité aux buveurs de se mettre au travail le lendemain : d'où rendement de cette main-d'œuvre à peu près nul ; 3° l'ivresse en elle-même avec toutes ses conséquences (voies de faits, coups et blessures) : Les condamnations prononcées par les tribunaux indigènes sont en progression. Le motif le plus habituel de ces condamnations : coups et blessures ; 4° les buveurs du lagmi fermenté constituent un milieu favorable aux excitations malsaines, d'où formation possible de foyers d'insoumission et de rebellion ; 5° diminution de la natalité due à l'action combinée du lagminisme, du théisme et des fumeries de pipes de cannabis indica ; 6° destruction de palmiers ayant pour conséquence de rendre les oasis moins belles par la diminution de l'ombre protectrice de ces oasis, ce qui pourrait éloigner les touristes et être ainsi une source de misère.

En présence de tous ces dangers, nécessité d'une action vigoureuse qui peut s'exercer de différentes manières en renforçant celles déjà existantes consistant dans la répression pénale par la juridiction des Caïds et des tribunaux indigènes et régionaux par :

1° Propagande au moyen de tracts et films documentaires. Causeries par des médecins indigènes dans le bled.

2° Prédications par les Imans prédicateurs qui ont heureusement une grande influence sur la masse du peuple. Ils n'ont qu'à consulter les textes sacrés qui défendent dans le Coran l'usage des boissons fermentées même prises en minime quantité. Pour leur documentation ils s'inspireront des médecins musulmans exerçant dans le pays.

3° Causeries filmées d'hygiène sociale et de médecine préventive dans les lieux de réunion en commun des indigènes, dans les cafés maures, par exemple.

4° Aiguiller la jeunesse musulmane vers la pratique des sports ce qui ne leur laissera pas le temps peut-être de s'adonner à la boisson.

5° Enfin, dernière mesure d'ordre économique et non des moindres : Interdiction absolue de saigner les palmiers mâles en vue de la production du lagmi.

Des grandes injections intraveineuses de glucose et de leurs effets sur la pression artérielle. — ***M. Roch, E. Martin et P. Sciclounoff.*** — Contrairement à ce qu'on pourrait croire, 400 c.c. de solution glucosée à 20% introduite lentement dans la veine n'ont presque aucune influence immédiate sur le taux de la pression artérielle. Pratiquées quotidiennement chez les brightiques hypertendus, ces injections ont, le plus souvent, un excellent effet sur l'état général des malades dont elles diminuent l'hypertension d'une manière très

marquée et assez durable. Les auteurs pensent que cette action sur la pression artérielle est due à la stimulation des sécrétions internes du pancréas.

Epidémies pseudo-infectieuses et dystrophies inapparentes. — ***G. Mouriquand*** (de Lyon). — L'étude des dystrophies inapparentes oriente vers des conceptions nouvelles en ce qui concerne l'interprétation de certaines épidémies.

Le scorbut, la pellagre, le béribéri coïncidant avec des épidémies infectieuses, ont pu être attribués à l'action directe de l'infection elle-même. La cause est entendue en ce qui concerne le scorbut, et dans une certaine mesure la pellagre, qui sont considérés comme des maladies alimentaires, qui peuvent se développer sans l'intervention de l'infection (celle-ci pouvant d'ailleurs favoriser leur éclosion).

La question de l'origine du béribéri. Malgré les travaux récents (surtout expérimentaux) qui en font une avitaminose B., nombre de médecins, surtout d'Extrême-Orient, le considèrent encore comme étant d'origine infectieuse, en s'appuyant surtout sur ce fait que les épidémies de béribéri coïncident souvent avec des épidémies infectieuses d'origine d'ailleurs variée.

Les partisans du béribéri « maladie par carence » s'élèvent contre cette conception, mais expliquent difficilement jusqu'ici la liaison de ces épidémies avec celles d'infections diverses.

En réalité, comme les propres recherches de l'auteur l'ont montré, comme Fabry (de Cholon, Cochinchine) le soutient, appuyé sur une large expérience clinique, l'infection joue dans ces cas, le rôle de facteur de révélation d'une dystrophie alimentaire inapparente, qui sans ce facteur resterait asymptomatique.

D'ailleurs, la « révélation » de la dystrophie étant faite et son évolution provoquée par l'infection, cette infection trouve sur le terrain « carencé » un milieu de culture favorable à l'activation des germes, qui peuvent du fait de leur virulence accrue, favoriser l'extension de l'épidémie infectieuse, même à des organes sains.

La liaison de l'infection et des dystrophies alimentaires s'affirme ainsi, sous un aspect nouveau, dont la prophylaxie doit désormais tenir compte.

La bacillémie tuberculeuse. Rôle des bacilles « nus » de la tuberculose. — ***M. Paul Courmont.*** — La recherche du bacille de Koch a été faite par l'hémoculture (méthode de Lœwenstein) et par la recherche directe au microscope, chez 151 sujets tuberculeux ou non et chez des cobayes.

L'hémoculture a été très fréquemment positive, surtout sous forme de microculture, notamment dans les cas suivants : vingt-deux tuberculoses pulmonaires ; deux pleurésies ; trois tuberculoses chirurgicales ; cinq formes septicémiques ; cinq rhumatismes suspects de tuberculose ; huit affections oculaires et huit dermatoses tuberculeuses ou suspectes.

L'hémoculture est restée négative chez quatre-vingt-neuf sujets chez lesquels vingt sept tuberculeux pulmonaires; trois chirurgicaux ; six rhumatismes et vingt cas de maladies cutanées ou oculaires.

Les hémocultures sont restées constamment négatives chez les cobayes non tuberculeux et chez vingt-huit sujets sûrement non tuberculeux.

Le rôle du pouvoir bactéricide du sang étudié par l'auteur, semble être la cause de l'affaiblissement de vitalité des bacilles de Koch du sang (microculture) et de leur absence fréquente de virulence inoculation (au cobaye).

La recherche directe des bacilles dans le sang par l'examen microscopique a montré, à côté des bacilles de Koch typiques, un très grand nombre de formes non acido-résistantes. Celles-ci n'ont été vues que dans les cas de tuberculose et jamais chez les sujets absolument sains. Sur soixante-deux cas à microculture positive, les bacilles non acido-résistants ont été trouvés vingt-deux fois. La nature de ces bacilles est prouvée par leur coexistence fréquente avec les bacilles de Koch acido-résistants et, surtout, par la coïncidence complète de ces formes bacillaires non acido-résistantes avec les microcultures positives des bacilles acido-résistants, ou l'existence d'une tuberculose dubitable.

L'auteur donne à ces formes le nom de *bacilles nus* de la tuberculose. Elles répondent, en effet, aux formes jeunes du bacille de Koch non encore *revêtu* de son enveloppe cireuse, laquelle est la cause de l'acido-résistance du bacille adulte. Ces bacilles « nus » sont ceux que l'auteur a observés depuis 1898 avec S. Arloing dans les cultures homogènes du bacille de Koch.

Ces formes « nues » sont donc la principale forme du bacille de Koch circulant dans le sang vivant. Elles donnent facilement, comme celles des cultures homogènes, de la bacillémie et, parfois, de la septicémie. Mais elles sont beaucoup plus sensibles au pouvoir bactéricide du sang et à la phagocytose.

Tous ces faits expliquent bien des points obscurs jusqu'ici de la bacillémie tuberculeuse.

Les troubles ostéo-articulaires dans l'acromégalie. Arthropathie pseudo-tabétique d'origine acromégalique. ***MM. Mussio-Fournier*** et ***Porzecanski.***

Séance du 17 octobre 1933

Démonstration expérimentale du passage des bacilles-vaccins BCG à travers la muqueuse de l'intestin chez l'enfant et chez le singe. — ***MM. Calmette, Weill-Hallé, A. Saenz*** et ***L. Costil*** ont eu l'idée de rechercher chez de jeunes enfants de divers âges, de 5 mois à 2 ans, non vaccinés à leur naissance et non réagissants à la tuberculine, auxquels on faisait absorber par voie buccale en une seule dose 3 centigr. de BCG, si l'ensemencement direct du sang prélevé 3 à 5 heures après l'ingestion du vaccin, permettrait d'obtenir sur des millieux de culture appropriés, des colonies dont on pourrait aisément identifier l'origine. L'expérience ainsi effectuée a donné chez les enfants 60 % et chez les chimpanzés 100 % de résultats positifs.

Il est donc désormais impossible de mettre en doute le phénomène de l'absorption des bacilles-vaccins par la muqueuse intestinale chez les enfants pendant les deux premières années de la vie.

Trente ans de fonctionnement de l'Institut supérieur de vaccine. — ***M. L. Camus.*** — Transformé par décret, depuis trente ans, en Institut supérieur de vaccine, le service vaccinal de l'Académie a contribué de façon importante :

a) A la disparition de la mortalité variolique (1.500 à 3.000 décès annuels en moins) ;

b) A l'absence de variole dans l'armée : pendant la guerre: en 1870-71, 125.000 cas de variole, 23.470 morts ; en 1914, 12 cas de variole, 1 mort ;

c) A l'amélioration de la qualité du vaccin et de la production vaccinale ;

d) A l'établissement d'un contrôle efficace du vaccin, qui pourrait s'étendre à toute la production vaccinale ;

e) A la mise au point d'une technique de préparation du vaccin sec qui permet actuellement dans nos colonies une lutte efficace contre la variole ;

f) A la publication de nombreux travaux techniques, de mémoires scientifiques, de thèses soutenues devant les Facultés.

L'Institut supérieur de vaccine a rendu d'importants services, il peut en rendre encore.

De nombreuses questions restent posées : la variole est toujours menaçante ; l'extension de la vaccination, de la production vaccinale réclament encore de nouveaux efforts.

A la solution de ces questions qui, parmi d'autres, intéressent la protection de la santé publique, le service vaccinal de l'Académie pourra-t-il contribuer ?

Son budget déjà insuffisant a été en 1933 deux fois fortement diminué ; une nouvelle diminution rendra peut-être toutes recherches impossibles.

Le vote d'un nouveau crédit d'équipement national doit-il donc s'accompagner de la diminution ou de la disparition d'un crédit de fonctionnement d'un service déjà équipé et d'un service qui intéresse l hygiène publique ?

Le mécanisme anatomique de la menstruation dans l'utérus humain. — ***M. Keiffer*** (de Bruxelles). Présentation faite par ***M. Bar.*** — Les vaisseaux veineux moyens de l'utérus présentent des ampoules, véritables nœuds veineux. Au moment des règles, ces nœuds sont l'objet de contractions qui produisent une véritable érection utérine, suivie de l'issue du sang hémolysé.

Quand la femme est fécondée, le sang hémolysé est apte à nourrir l'œuf.

Traitement des diarrhées infantiles par le borate de soude. — ***M. Crouzel.***



VARIÉTÉS

Mors et Vita (*rondeaux mélancoliques*)

I. Les jeunes : vanité et illusions

« Quand on est jeune, on a des matins triomphants »,
Fait dire au vieux Booz, évoquant ses prouesses,
Hugo, qui se souvient de ses propres ivresses,
Créatrices de vers hennissants et piaffants.
Pour se glorifier d'amoureuses conquêtes,
Il faut avoir le nimbe aveuglant des poètes,
Quand on est jeune.
Mais tel est triomphant, réfractaire au soupçon,
Amoureux confiant que sa maîtresse abuse
Et qui n'aperçoit pas la féminine ruse :
On avale aisément l'amorce et l'hameçon,
Quand on est jeune.

II. Les vieux : la fin du voyage

Quand on est vieux, on est triste ou, du moins, morose.
On perd cheveux et dents, et l'ouïe et les yeux,
Même le goût de vivre, et c'est la pire chose :
Ne plus pouvoir causer, ni contempler les cieux.
On peut encor parfois dissiper la tristesse,
En évoquant les jours heureux de sa jeunesse,
Quand on est vieux.
Mais c'est, en général, un mince réconfort
Pour chaque passager, — s'il n'est pas un vrai sage, —
De savoir que bientôt il doit entrer au port
Pour atteindre à coup sûr le terme du voyage,
Quand on est vieux.

III. Les morts : et après?

« Quand on est mort », a dit un naïf humoriste,
« C'est pour longtemps ! » — Qui sait ? Cette affirmation,
Qui paraît d'évidence, est d'audace simpliste :
On attendra toujours sa confirmation.
Car, pour l'homme ayant foi dans une âme immortelle,
Le corps seul disparaît ; la Vie est éternelle,
Quand on est mort.
Mais, si le mort-vivant, privé de ceux qu'il aime,
Doit souffrir à jamais de ne les revoir pas,
L'Eternité devient pire que le Trépas,
Puisqu'on aime et qu'on souffre et qu'on espère même,
Quand on est mort.

Paul Le Gendre.

La vieillesse d'un médecin

A un confrère qui, dès la quarantaine, songe à l'aménagement de sa vieillesse.

Ami, vous vous tracez dès la maturité
Un plan minutieux de retraite future.
Vous pourrez à loisir admirer la beauté
Des merveilles de l'art, jouir de la nature.

Vous vous consacrerez en outre à la culture,
Exercice au grand air, pivot de la santé.
Pour les heures enfin d'un repos mérité,
Et les longs soirs d'hiver vous aurez la lecture,

Aucun de ces plaisirs ne vous sera si doux
Qu'un de vos petits-fils sautant sur vos genoux,
Ecoutant vos récits d'une oreille ravie,

Et que les souvenirs quelquefois rappelés
Par l'épouse, témoin de votre utile vie,
Ceux de tant de clients guéris ou consolés.

Paul Le Gendre.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Souvenirs d'un physiologiste. La Revue *Apollon* (juillet-août 1933) continue la publication des souvenir du Professeur Charles Richet. En voici quelques extraits :

« Quelque prédilection que j'aie eue pour la physiologie, et quoique pendant cinquante ans, sauf pendant les deux ou trois mois de vacances, je n'ai presque jamais cessé un seul jour d'aller à mon laboratoire, je me suis permis, surtout pendant les vacances, quelques incursions dans des domaines très différents.

Peut-être faut-il m'excuser ! Haller, le grand physiologiste, a écrit des poésies célèbres. Claude Bernard a composé une tragédie qui a été publiée. Mon confrère Nicolle, qui vient d'avoir le prix Nobel, a écrit des romans. J'ai souvent médité une parole profonde de Lamartine : « *Les hommes, dans leur jalousie, ne pardonnent pas qu'on s'adonne à deux genres : la Nature est plus libérale* ».

Quand j'étais directeur de la *Revue Scientifique*, j'ai donné parfois à mon exquis ami Eugène Yung, directeur de la *Revue Bleue*, des nouvelles qui ont été publiées ensuite avec le pseudonyme Charles Epheyre. « *A la recherche de la gloire — A la recherche du bonheur* ». Si je pris ce pseudonyme de Charles Epheyre, c'est qu'avec mon cher ami Paul Fournier, étant encore étudiants tous les deux, nous avons publié ensemble un volume de poésies (1874) heureusement introuvable aujourd'hui, portant la première lettre de nos deux doms F. et R. (Epheyre).

M'intéressant déjà aux études de métapsychologie, je donnai un roman où il y avait de l'occultisme, et qui s'appelait « *Possession* ». A quelque temps de là, mon cher ami Octave Houdaille me dit qu'il avait lu *Possession* avec tant d'intérêt qu'il en avait fait un drame. Je refis alors avec lui ce drame qui fut joué au théâtre de la Bodinière.

Alors le démon du théâtre me prit. Je composai d'autres pièces de théâtre : *Judith* en collaboration avec Houdaille ; *Agnès Sorel* ; les *Trois Tziganes* ; le *Gros lot* ; *Vers la Lumière* ; *En révolte* ; pièces qui furent jouées en divers théâtres, notamment au théâtre de Clichy.

Mais j'avais des ambitions plus hautes, et j'écrivis une pièce dramatique en vers : *Circé*. Pendant la croisière que je fis sur le yacht du Prince Albert de Monaco je lus au prince ma pièce de *Circé*. Le prince, l'ayant goûtée, la fit jouer à son splendide théâtre de Monte-Carlo. Le rôle de Circé était tenu par Sarah Bernhardt. Il est inutile de dire qu'elle y fut incomparable. De Max y jouait avec beaucoup d'éclat le rôle d'Ulysse. Plus tard la pièce fut reprise et jouée avec un grand talent par la toute délicieuse fille de Hulevitch, Hialka, morte prématurément.

Je présentai ensuite une autre pièce à Sarah Bernhardt, à savoir ma pièce de *Possession* dûment transformée. Sarah allait la jouer ; c'était presque convenu. Mais son ami Sardou lui dit : « *Si vous voulez jouer une pièce sur l'occultisme, j'en ai une toute prête* ». Naturellement je ne pouvais entrer en compétition avec Sardou. Donc la pièce de *Spiritisme* de Sardou fut jouée mais avec un insuccès éclatant, bien mérité d'ailleurs.

J'eus encore une autre pièce dramatique en vers qui fut jouée à l'Odéon, « *La mort de Socrate* ».

Je citerai encore comme œuvres littéraires, mes fables *Pour les Grands et les Petits*, qui eurent l'honneur d'une préface de Sully Prudhomme et qui furent couronnées par l'Académie Française. Elles ont eu plusieurs éditions (illustrées) de format très différent. Un roman « *La douleur des autres* » a paru en feuilleton dans l'*Indépendance* belge et a été traduit en allemand et en italien.

En 1913, l'Académie Française proposa comme prix de poésie l'éloge de Pasteur. J'envoyai aux derniers jours de juillet 1914 une pièce portant comme épigraphe ce fragment d'un vers de Virgile « *Immanis pecoris custos.* » Après l'avoir envoyée, je ne m'en préoccupai plus. La terrible guerre anéantissait tout autre souci. Dans les derniers jours de 1914, j'étais revenu à Paris. Un soir je reçus la visite d'un journaliste me demandant quelques renseignements sur Pasteur. *Pourquoi ?* lui demandai-je *Parce que vous venez d'avoir le prix de poésie.*

Je fus énormément surpris.

Quelques jours plus tard, deux membres de l'Académie Française (deux de mes amis) venaient me demander quelques modifications, et ils me confèrent ceci. Avant que le pli cacheté contenant mon nom ait été ouvert, les académiciens avaient jugé que pour certaines expressions techniques l'avis d'un membre de l'Académie des Sciences paraissait nécessaire. Quelle ne fut pas leur surprise (désagréable peut-être) en apprenant que l'auteur de cette poésie était membre de l'Académie des Sciences !

J'ai fait aussi une incursion dans le domaine historique. J'avais termine en 1912, une *Histoire générale* conçue dans un esprit pacifiste ; le généreux Carneggie, apprenant cela, déclara qu'il voulait faire traduire ce livre en diverses langues. Je m'étais entendu avec un de mes amis de Berlin, le professeur R. Berger, qui s'engagea à le traduire. Le livre devait être publié en France par Hachette. J'en reçus les épreuves vers le 20 juillet 1914 et je les envoyai aussitôt à R. Berger pour qu'il en fît la traduction. Or la librairie Hachette, pour des raisons qu'on comprendra, ne le publia pas avont 1919, et cependant la traduction allemande parut en 1917. Il est bien étrange qu'en pleine guerre, en 1917, j'aie publié, en allemand, un livre qui n'avait pas paru en français.

Sœur Marthe est un roman qui a paru dans la *Revue des Deux Mondes*. Ce roman fut mis en drame lyrique, avec la collaboration d'Houdaille et joué au théâtre des Variétés à Paris. La musique a été faite par F. Le Rey.

J'ai publié un autre roman d'occultisme qui n'a pas paru en langue française, mais en langue portugaise seulement, car je n'ai pas voulu qu'on confondît les romans d'occultisme avec la réalité métapsychique. (A Porto da misterio) (Au Seuil du mystère). (Lisbonne. Rodriguez, 1922).

J'ai écrit divers mémoires de psychologie qui ont paru tantôt dans la *Revue des Deux Mondes*, tantôt dans la *Revue philosophique*, quelquefois dans le journal italien *Scientia*. J'étudiais là les grands problèmes de la psychologie générale. Plusieurs de ces articles ont paru, il y a longtemps, pour former un livre « *L'Homme et l'Intelligence* », et plus récemment, un autre livre « *L'Intelligence et l'Homme* ».

Dans ces mémoires de psychologie, je me suis attaché surtout à décrire les instincts de défense, les réflexes psychiques dont j'ai pu donner (avant Pawloff) quelques exemples remarquables. Mon effort a été de montrer par quels merveilleux mécanismes (le Dégoût, la Douleur, la Peur), les êtres vivants, et naturellement l'homme aussi, sont protégés contre la mort. J'ai parlé aussi de l'amour, qui protège la vie de l'espèce.

....

Quelques brèves paroles sur la propagande pacifiste qui me tient énormément à cœur. Elle est très ancienne, cette propagande, puisqu'elle date de 1872 (!)

Cette horreur de la guerre et cet amour de la paix, je les tiens de mon cher grand-père qui fut un des guides de ma pensée, Charles Renouard. Au temps de sa jeunesse, étant à l'Ecole Normale, en 1813, il avait déjà la haine de Napoléon et de la guerre .Dès mon adolescence, il me fit partager ses sentiments. Donc, le 12 mai 1872, m'étant, grâce à l'amitié de quelques camarades, fait recevoir à la Conférence Molé, je défendis la cause de l'arbitrage international obligatoire, je proposais même l'institution de ce tribunal à Genève. J'étais en avance de cinquante ans. Aussi faut-il avouer que je fus assez mal reçu.

Plusieurs années passèrent, pendant lesquelles, occupé de mes cours et de mes recherches physiologiques, je ne pus poursuivre cet apostolat pour la paix. Mais quelques amis, connaissant mes idées, m'envoyèrent un homme passionnément généreux ,et dévoué corps et âme à cette grande cause de la paix, l'Anglais Hodgson Pratt, qui m'engagea fortement à m'enrôler dans le Groupe des Pacifistes, ce que je fis aussitôt. J'entrai donc dans la Société que présidait Frédéric Passy.

Nous étions pas bien nombreux alors, et j'étais un des plus assidus et zélés aux séances, de sorte que je fus bientôt nommé secrétaire général, puis vice-président.

D'ailleurs je ne restai pas inactif, je fis de nombreux articles dans les journaux pacifistes ; discours dans différentes villes Bientôt je devins un des protagonistes de l'idée de paix. ce qui naturellement à déchaîné railleries et sarcasmes. Un de mes livres « *Le Passé de la guerre et l'avenir de la paix* », a eu l'honneur d'être traduit en allemand par la baronne Berthe de Suttner. J'assistai à tous les congrès nationaux ou internationaux de la paix. Je fus nommé membre du bureau de la paix internationale à Berne, président du Conseil des Sociétés de la paix.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes,



L'âge ne ralentit pas mon ardeur. Je viens de publier un gros livre, *Pour la Paix*, car j'ai continué ma croisade jusqu'à ce jour, cherchant à démontrer que la paix est bonne et que la guerre est une cruelle ineptie.

Les événements de la grande guerre, s'ils ont montré, avec éclat, que toute cette propagande était inefficace, ont, avec plus d'éclat encore, prouvé que nous n'avions pas tort. »

Jurisprudence. — *Nature juridique du contrat de remplacement entre médecins.* (Cour d'appel de Bourges, 14 mars 1933). — Le contrat de remplacement entre médecins n'est ni un mandat, ni un louage de services, mais une convention régie par les articles 1841 et 1842 C. civ.

En conséquence, le remplaçant doit être tenu pour responsable d'un accident d'automobile, survenu alors qu'il usait de cette voiture dans un but différent de l'usage professionnel, en vue du remplacement. (*Le Quotidien juridique*).

BIBLIOGRAPHIE

Etude et traitement de la méningite tuberculeuse, par Thérèse A. JOUSSET. Préface du Docteur André JOUSSET. Un volume de 152 pages avec 10 figures et des graphiques. Prix : 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Grâce à une expérimentation patiente poursuivie pendant plusieurs années, l'auteur a suivi les étapes tissulaires de l'affection. Sa conclusion est que la mort est le fait des lésions nécrotiques bulbaires dont la rapidité est insoupçonnée ; d'où la nécessité absolue d'un traitement précoce destiné à prévenir cette destruction. On ne refait pas les tissus spécialisé et quand ils ont la haute valeur spécifique des cellules centrales, le désastre devient irréparable. Il faut donc s'efforcer de le prévenir.

Cette étude est divisée en quatre parties : Dans la première l'auteur expose les remarques soit étiologiques, soit d'ordre purement clinique qu'a provoquées l'étude de ses 225 observations.

La seconde est une mise au point de l'étude du liquide céphalo-rachidien de la méningite tuberculeuse.

La troisième est consacrée à des recherches expérimentales et anatomiques, destinées à mettre en relief les raisons de la gravité des méningites.

La quatrième est réservée aux essais de traitement des méningites tuberculeuses par l'alergine, avec les observations de quinze malades guéris.

Prophylaxie de la tuberculose. *Applications en Europe*, par Etienne BURNET. Un volume de 376 pages avec 25 figures (Bibliothèque de Phtisiologie). Prix : 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de ce livre est surtout dynamique. Quelle orientation devons-nous donner à la lutte contre la tuberculose, d'après nos connaissances théoriques et les applications que nous en avons déjà faites ? Dans quelle mesure pouvons-nous prévenir et guérir ? Quels résultats devons-nous espérer : éteindre la maladie, ou seulement la tenir en échec ?

Ce livre comprend deux parties : la première est *l'exposé général des principes de la prophylaxie de la tuberculose* : ce n'est pas une construction *a priori*. Les connaissances scientifiques déterminent les conditions de la prophylaxie. On fonde des établissements pour isoler et traiter des malades : l'expérience seule permet d'en mesurer la valeur d'après les résultats. Il faut considérer, en somme, que le facteur le plus important de l'hygiène est la vie sociale qui évolue sans cesse.

Dans la seconde partie, l'auteur esquisse *l'organisation antituberculeuse de chacun des pays* qui nous ont donné les exemples les plus remarquables. C'est une suite de monographies, on pourrait presque dire de portraits, où l'on a essayé d'exprimer l'originalité de chaque physionomie. L'anatomie et la physiologie de la tuberculose sont les mêmes en Allemagne, en Angleterre, en Italie, mais les traditions et les formes sociales n'en sont pas les mêmes.

Le plan suivi est ici à peu près le même que le plan de l'exposé général. On montre le jeu réciproque des grands facteurs de la prophylaxie à l'époque actuelle : l'Etat avec sa législation, son financement et son appareil administratif ; l'Assistance publique dont l'extension varie d'un pays à l'autre ; l'assurance, facteur important de l'hygiène sociale ; les institutions tuberculeuses proprement dites dans lesquelles les facteurs sociaux, logement, alimentation, éducation, jouent un rôle prépondérant.

Enfin l'auteur indique avec preuves à l'appui, ce qui est solide et ce qui est douteux dans la prophylaxie antituberculeuse telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui et montre dans les institutions des divers pays une convergence vers une méthode de prophylaxie, d'une valeur à peu près universelle, adaptable aux diverses conditions géographiques, politiques et économiques.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 44 LE NUMÉRO : 50 Centimes 4 NOVEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de la tête et du cou ; chirurgie nerveuse), en huit leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 13 novembre 1933, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — I. Chirurgie du corps thyroïde et des parathyroïdes : ligature de l'artère thyroïdienne inférieure ; la thyroïdectomie subtotale ; les voies d'abord des parathyroïdes. — II. Chirurgie de la parotide et de l'œsophage cervical : l'extirpation de la parotide ; l'œsophagotomie externe cervicale. — III. Chirurgie des gros vaisseaux du cou : ligature de la carotide externe ; ligature de la sous-clavière. — IV. Chirurgie de la glande sous-maxillaire et de la langue : extirpation de la glande sous-maxillaire ; amputation de la langue par voie buccale ; curage ganglionnaire du cou. — V. Chirurgie du crâne : les procédés de trépanation. — VI. Chirurgie des nerfs du cou : la phrénicectomie ; les voies d'abord sur le sympathique cervical. — VII. Chirurgie des nerfs craniens : la découverte du nerf facial ; l'anastomose hypoglosso-faciale. — VIII. Technique des laminectomies cervicales ; technique des laminectomies dorsales ; technique des laminectomies lombaires.

En liaison avec ce cours, des conférences seront faites par des chirurgiens des hôpitaux. Les dates et les sujets de ces conférences seront indiqués ultérieurement.

Concours pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en médecine de quatrième année. (Année 1933-1934.) — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 5 mars 1934, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 à 17 heures, du jeudi 4 au lundi 15 janvier 1934 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de santé au plus tard le lundi 15 janvier 1934, à 17 heures, dernier délai.

— *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 1er mars 1934, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 à 17 heures, du jeudi 4 au lundi 15 janvier 1934 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de santé au plus tard le lundi 15 janvier 1934, à 17 heures, dernier délai.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — (Année 1933-1934.) — *Conférences du dimanche.* L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1933-1934, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ce conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1933-1934. — 12 novembre, M. Béclère : Ménopause naturelle et ménopause rœntgenienne. — 19 novembre, M. Jacquet : Quelques données nouvelles sur les ptoses viscérales. — 26 novembre, M. Bariéty : La spirochétose ictérigène. — 3 décembre, M. Siredey : Le diagnostic de la grossesse extra-utérine. — 10 décembre, M. Richard : Etude clinique et thérapeutique de la sacrocoxalgie. — 17 décembre, M. Etienne Bernard : Le traitement des néphrites aiguës toxiques.

Société française d'histoire de la médecine. — La réunion mensuelle de la Société aura lieu le samedi 4 novembre 1933, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des professeurs).

Communications. — M. le Docteur J.-H. Renaud : A propos d'une communication sur la médecine arabe. — M. le Docteur Molinéry : Le Folk-lore médical en Gascogne. — M. le Docteur Sarafidi : Le régime déchloruré dans le traitement des tuberculoses chirurgicales chez les empiriques de la Dobrougea. — Mme la Doctoresse Angélique Panayotatou : Syllogues scientifiques et médecins grecs en Egypte depuis la conquête de Napoléon. — M. Stephen d'Irsay : Le racisme du point de vue anthropologique. — MM. Mousson-Lanauze et Hariz : A propos du venin de cobra. — M. Fosseyeux : Caractère et limites de la Renaissance médicale au XVIe siècle.

Pathologie expérimentale et comparée. — Le Professeur Noël Fiessinger commencera son cours le mardi 14 novembre, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté. Ce premier cours consacré à l'introduction aux « Traversées de l'organisme » sera suivi de la projection de deux films dus au Docteur Comandon, président de section à la direction des inventions : la phagocytose du grain d'amidon, la phagocytose du bacille de Koch.

Clinique médicale des enfants. — Le samedi 18 novembre, à 10 heures précises, dans l'amphithéâtre Victor Hutinel, sous la présidence de M. le Doyen G. Roussy, sera inaugurée une médaille de Victor Hutinel, gravée par Paul Richer, offerte par Mme Jean Hutinel à la Faculté de médecine.

Leçon du Professeur Nobécourt : Hutinel, professeur de clinique médicale des enfants.

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — La Sociétés des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix :

1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues).
2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin).
3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet).
4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet).

Chaque prix est de mille francs.

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, Docteur Charles Buizard, 3, rue de La Trémoille, Paris (8e), avant le 31 décembre 1933, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq, dactylographiés ou imprimés.

Vacances du premier janvier en Provence et sur la Côte d'Azur. — Sous le patronage de la Faculté de Marseille et de la Société médicale du littoral méditerranéen, un voyage médical international se rassemblera à Cannes, le dimanche 31 décembre. Le 1er janvier, il visitera Cannes, Antibes et Juan-les-Pins. Le 2 janvier, il parcourra la Corniche-d'Or et l'Estérel (Théoule, Le Trayas, Anthéor, Agay, Saint-Raphaël, Boulouris) et visitera les ruines romaines de Fréjus (Forum Julii). Le 3 et le 4 janvier seront consacrés à la Côte des Maures et à Hyères, Giens, San-Salvadour, Sanary, Bandol, Cassis. Le 5, on visitera

Aix, l'ancienne Aquae Sextiae, métropole de la Provence, et Marseille, l'ancienne Cité grecque devenue la seconde ville de France, son port et sa faculté. Le voyage s'y terminera le 6, mais une excursion à Arles (capitale de l'empire romain au IV[e] siècle), Saint-Remy, les Baux et Avignon (ville des Papes), pourra être effectuée le samedi 6 et le dimanche 7, si les voyageurs le désirent.

L'accès du voyage est ouvert à la famille des médecins et aux étudiants en médecine. Le droit d'inscription est de cent francs. Les adhérents recevront un permis de parcours individuel, valable en toutes classes, pendant un mois. Le nombre des places est limité et les demandes seront examinées dans l'ordre de leur réception.

La cotisation pour le voyage est de 1.000 francs. Pour tous autres renseignements et pour l'inscription, écrire au secrétariat de la Société médicale, 4, rue Verdi, à Nice.

Ordres du jour votés par l'Assemblée générale du Syndicat national des Chirurgiens français le 11 octobre 1933. — *Le brevet de chirurgien.* — 1° Le Syndicat des Chirurgiens français réuni en Assemblée générale déclare que, dans l'intérêt de la santé publique, le diplôme de chirurgie est le plus nécessaire de tous les diplômes de spécialités.

2° *En attendant la création, qu'il désire voir réalisée le plus rapidement possible, d'un certificat d'Etat*, le Syndicat décide la création immédiate d'un brevet de chirurgien qu'il délivrera lui-même aux chirurgiens de carrière.

3° Le brevet *devra* être attribué :

a) Aux membres actuels du Syndicat des chirurgiens ;

b) Sur leur demande, aux candidats qui, sans être membres de notre Syndicat, mais se consacrant entièrement à l'exercice de la chirurgie générale, ont fait des études et possèdent un des titres suivants, qui confèrent, indiscutablement, la qualité de chirurgien :

Professeur ou agrégé en chirurgie des Facultés ;

Professeur ou suppléant de chirurgie des Ecoles de médecine ;

Chirurgien des hôpitaux militaires, maritimes et coloniaux nommé au concours ;

Ancien interne des hôpitaux de l'Assistance publique des villes de Faculté, nommé au concours, ayant effectivement exercé ses fonctions dans des services de chirurgie pendant au moins trois années entières ;

Chirurgien des hôpitaux de l'Assistance publique ayant passé un concours devant une Faculté ou Ecole.

4° Le brevet *pourra* être à titre exceptionnel attribué à des candidats (catégorie C) qui, n'appartenant ni à la catégorie A, ni à la catégorie B, mais exerçant exclusivement la chirurgie générale et ayant le titre d'ancien interne, nommé au concours, d'un hôpital autre que ceux de l'Assistance publique des villes de Faculté.

a) Auront effectivement rempli leurs fonctions d'interne nommés au concours et effectué des études médicales d'une durée de neuf ans au moins ;

b) Auront adressé une demande au secrétariat du Syndicat avant le 30 juin de chaque année, accompagnée d'un exemplaire de leur thèse, du numéro de leur diplôme, d'un exposé de leurs titres, ainsi que de l'engagement d'accepter sans récrimination aucune, la décision, même non motivée du jury.

Les candidats remplissant ces conditions pourront recevoir le brevet après enquête sur leur moralité professionnelle et sur leur valeur chirurgicale. A cet effet, les membres du Syndicat et ultérieurement les possesseurs du brevet habitant la région du postulant seront priés de dire — au vote secret — s'ils considèrent le candidat comme un chirurgien de carrière.

5° Le jury sera composé du Conseil d'administration au complet ou non, auquel seront adjoints cinq membres du Syndicat (tirés au sort parmi les présents à l'Assemblée générale).

Le jury se réunira aussitôt après l'Assemblée générale, et au plus tard, le lendemain. Il entendra le candidat.

6° La délivrance du brevet aux membres des catégories A et B y ayant actuellement droit devra être terminée avant le 1[er] avril 1934, il en sera de même pour les années suivantes.

7° Le présent ordre du jour sera immédiatement porté à la

connaissance de la Confédération des Syndicats médicaux, des Pouvoirs publics et adressé à la Presse médicale et aux grands quotidiens.

Recrutement des chirurgiens des hôpitaux de petites villes. — L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français demande :

1° Qu'en aucun cas, les Commissions administratives ne choisissent leurs chirurgiens sans concours préalable. Ce concours pour lequel le brevet de chirurgien sera exigé peut être :

a) Soit exclusivement sur titres avec un jury fermé de compétences chirurgicales reconnues prises dans différences Facultés ;

b) Soit sur épreuves et sur titres : le jury sera alors soit local dans les très grandes villes où existent des compétences susceptibles de juger et en nombre suffisant pour que les influences puissent se neutraliser, soit étranger dans les petites villes, l'élément local pouvant d'ailleurs être représenté par un membre.

2° Le concours fait, les Commissions administratives doivent être mises dans l'obligation d'accepter les candidats dans l'ordre proposé par le jury.

3° Dans les hôpitaux de cantons ou de petites sous-préfectures, les services de chirurgie d'urgence devront être ouverts à tous les chirurgiens qualifiés.

Les accidents de la route. — L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français émet les vœux suivants :

1° Droit aux honoraires pour tout accidenté de la voie publique non indigent ;

2° Le règlement de ces honoraires sera fait : *a*) soit par l'accidenté s'il est solvable ; *b*) soit par un tiers responsable et solvable, en pratique Compagnie d'assurances ;

3° Sous réserve de respecter l'entente directe le tarif minimum sera celui des accidents du travail en vigueur.

Organisation chirurgicale des grands réseaux de chemin de fer. — L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français après avoir pris connaissance des dispositions déjà adoptées par certains réseaux de chemin de fer émet les vœux ;

1° Que les agents blessés en service aient le libre choix absolu parmi les membres du Syndicat des chirurgiens (Alsace-Lorraine) ;

2° Que pour tous les réseaux soient créées des Caisses de prévoyance versant des secours aux agents en cas d'opération (Midi-Est-Alsace-Lorraine).

Honoraires médicaux chirurgicaux. — L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français, prend acte du vote de la Confédération des Syndicats médicaux supprimant la dichotomie et s'y associe ;

Demande à la Confédération d'établir, en collaboration avec les délégués du Syndicat des chirurgiens, un tarif médical de l'assistance du médecin traitant à l'opération.

Assurances sociales. — L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français après avoir pris connaissance de l'arrêté ministériel du 26 août 1933,

tout en réservant l'exercice toujours possible de l'entente directe,

exprimant le vœu que les assurés sociaux soient prochainement indemnisés de leurs frais d'hébergement,

décide, conformément à sa résolution votée à la dernière Assemblée générale, d'adopter là où les conventions syndicats-caisses entérineront ces tarifs de réassurance, une valeur de K égale à 20 pour le tarif applicable aux assurés sociaux.

Nécrologie. — Docteur Léon Bonnaire, de Caen, tué dans la catastrophe de Saint-Elier. — Docteur E. de la Calle, de Paris, 6, avenue Camoëns (XVIe), médecin de la légation de Cuba. — Docteur Paul Richard, maire de Châtel-sur-Moselle (Vosges), décédé subitement à l'âge de 47 ans.

La vieillesse est mauvaise conseillère ; laissons faire aux jeunes tout ce qu'ils croient utile et bon, même s'ils se trompent. (Docteur Sabouraud. *Pêle-Mêle*. Un vol., Plon, 1933.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Les septicémies streptococciques

Par L. de GENNES,
Médecin des Hôpitaux

L'intérêt de cette leçon consiste moins à évoquer devant vous le tableau dramatique de la plus importante des septicémies humaines qu'à essayer de vous montrer les voies par lesquelles un microbe banal peut créer une infection sanguine, et d'aborder avec vous les questions de spécificité et de virulence qui dominent toute la pathologie infectieuse.

***

Le temps n'est pas encore loin de nous, où l'infection streptococcique, par épidémies meurtrières, ravageait régulièrement les services de chirurgie ou d'obstétrique et faisait de l'accouchement un véritable danger. C'est au streptocoque qu'était liée l'infection puerpérale, comme aussi la plupart des infections post-opératoires, et son renom de malignité était tel qu'on hésitait, à juste titre, à oser une intervention. Avec l'ère de l'asepsie, ces faits sont devenus heureusement plus rares, mais il n'en reste pas moins que la septicémie streptococcique, reste la plus fréquente des septicémies et constitue pour nous le type le plus complet des grandes infections sanguines.

A son histoire s'attachent les deux grands noms de Pasteur et de Widal.

C'est à Pasteur que nous devons d'avoir, au cours d'une de ces redoutables épidémies que nous évoquions plus haut, mis en évidence le rôle du germe infectieux, montré sa transmission par les instruments ou par les mains des infirmiers ou des médecins, et donné le moyen de s'en préserver.

Dans une séance de l'Académie de Médecine, comme un interrupteur ironique demandait si l'on verrait jamais l'image de ce redoutable germe, Pasteur, dessinant au tableau la chaînette spiralée du streptocoque que Coze et Felz venaient de décrire quelques temps auparavant, lui répondit : Monsieur, voici sa figure.

Les recherches ultérieures devaient montrer combien avait été juste la géniale intuition de Pasteur.

Widal dans une thèse mémorable (1883) montrait que le streptocoque n'était pas seulement le microbe de la grande infection puerpérale mais aussi des infections atténuées, de la phlegmatia, de l'érysipèle, et soulevait la question de la virulence du germe qui va dominer notre étude.

***

C'est là en effet un des points les plus intéressants de l'histoire des septicémies à streptocoques. A la base de cette infection redoutable, si souvent mortelle, on s'attend à trouver un germe d'une extrême virulence, constant dans ses effets et dans sa nocivité.

Or il n'en est rien : le streptocoque est un germe banal, apparemment inoffensif que l'on trouve régulièrement non seulement dans la flore microbienne de la plupart des plaies infectées, mais encore vivant à l'état saprophyte sur les muqueuses de la gorge et du nez, sur les conjonctives, sur la muqueuse vaginale, sur la peau.

Chacun de nous porte donc en soi, de quoi faire une septicémie à streptocoques et l'on s'étonne qu'une telle infection ne soit pas plus fréquente.

C'est ici qu'interviennent les notions essentielles qui dominent toute l'histoire des septicémies et sur lesquelles, depuis les derniers Congrès de médecine tous ont fait l'accord. Il ne suffit pas qu'un germe passe en circulation pour qu'il détermine une infection sanguine. Nos notions sur les septicémies ont singulièrement changé depuis ces dernières années. Le sang circulant ne saurait être considéré comme un milieu de culture sur lequel les germes infectants croisent et multiplient. Sauf aux heures pré-agoniques où cesse toute défense, cette pullulation est impossible et tout microbe injecté est rapidement lysé, s'il ne trouve une lésion d'entretien, porte d'emblée ou port d'attache d'où seront à chaque instant lancées de nouvelles troupes contre lesquelles s'épuiseront vainement les réactions de défenses de l'organisme.

Pour qu'une septicémie vive, il faut qu'elle soit entretenue par un apport sans cesse renouvelé.

Aussi les trois notions essentielles qui vont présider à notre étude étiologique seront celles de :

la *qualité de la porte d'entrée* et des points de relai de l'infection ;
la *virulence du germe* infectant ;
la *qualité du terrain* de défense.

***

La *porte d'entrée* du streptocoque a une importance capitale.

Qu'il s'agisse d'une plaie cutanée, musculaire, d'un foyer ostéo-articulaire ou viscéral, la condition première qui en fait le point de départ d'une septicémie est son contact avec les voies veineuses ou lymphatiques.

C'est pourquoi nous avons vu au cours de la guerre, éclater tant de septicémies à streptocoques au cours des plaies profondes, des grands fracas osseux, des infections articulaires, ou se développer à partir d'un moignon d'amputation ou d'un phlegmon diffus. De l'histoire de ces septicémies traumatiques se dégage un fait digne de remarque. La plaie initiale est en effet toujours ou presque toujours polyinfectée par des germes nombreux diversement associés. Or, de tous ces germes, un devant tous les autres, manifeste sa tendance septicémique : *le streptocoque*.

Seul, le plus souvent, il passe dans la circulation, ou plus exactement seul il s'y perpétue comme s'il avait trouvé dans le sang sa terre d'élection et comme si les autres germes pullulant dans la plaie n'avaient eu d'autre rôle que d'exalter la virulence du germe élu.

Parfois, mais plus rarement, il s'agit d'une plaie minime, à peine perceptible, autour de laquelle les volées de lymphangite brûlant les étapes ganglionnaires semblent annoncer le danger de l'infection sanguine.

Dans la puerpéralité, toutes les conditions semblent réunies pour créer la septicémie : une plaie utérine profonde que l'organisation placentaire met au contact des sinus béants, les attritions des tissus, les traumatismes de l'accouchement, la présence quasi-normale du streptocoque sur les parois vaginales, son apport trop fréquent par des instruments avorteurs, font que la septicémie puerpérale est la plus fréquente des septicémies streptococciques.

De même les ulcérations du pharynx et de l'amygdale, les angines, les lésions pharyngées de la rougeole ou de la scarlatine, les infections dentaires, la diphtérie à laquelle le streptocoque est si souvent associé et surtout les otites qui mettent l'infection au contact même du sinus latéral sont des portes d'entrée habituelles de l'infection sanguine.

Il faut faire une place à part à deux maladies dont les rapports avec ces streptococcies sont particulièrement intéressants : *l'érysipèle* et la *scarlatine*.

L'érysipèle, dermite streptococcique, devrait être particulièrement fertile en septicémies. Or, presque toujours, le germe reste localisé au bourrelet proliférant, et ne passe que très rarement dans la circulation sanguine. Ce n'est qu'au moment du frisson initial ou, chez les sujets tarés, au cours des complications ou des formes graves que Lesné et François ont pu 21 fois sur 66 trouver des hémocultures positives.

◆◆

Pour la scarlatine, le fait est plus intéressant encore, car on sait les discussion que soulève la nature streptococcique ou non de la maladie, malgré les résultats, apparemment concluants de la réaction de Dick. Les hémocultures faites sur des milliers de cas ne trouvent le germe circulant que rarement, dans les formes sévères ou compliquées d'angines graves.

On ne saurait donc admettre que la scarlatine, que son extrême contagiosité, son pouvoir hautement immunisant suffisent à différencier, soit une septicémie à streptocoques.

On pourrait prolonger à l'infini l'énumération des causes des septicémies à streptocoques. Parmi elles, certaines telles que la puerpéralité ou l'otite, appellent l'idée de streptococcie et suffisaient presque à elles seules à identifier le germe circulant.

Mais il faut savoir que dans bien des cas la porte d'entrée reste méconnue malgré toutes les recherches et le terme de septicémie cryptogénétique ne fait que voiler notre ignorance.

***

Dans la genèse des septicémies la porte d'entrée n'est pas tout. Il faut encore compter avec la qualité du germe et celle du terrain de défense.

Sans doute les organismes humains sont-ils bien inégaux devant l'infection.

Les déprimés, les alcooliques, les tarés, les toxicomanes offrent au streptocoque une proie facile. Dans la puerpéralité le choc de l'accouchement, les manœuvres pénibles, les grandes hémorragies constituent des causes prédisposantes importantes. On a voulu donner comme témoin biologique de cette « anergie puerpérale » le fait que l'intradermo-réaction de Levaditi à la toxine streptococcique devenait négative dans la deuxième partie de la grossesse et dans les infections puerpérales graves. Nous ne croyons guère à sa valeur spécifique, mais le fait est intéressant puisqu'il semble témoigner d'une baisse des réactions générales de l'organisme qui mettrait celui-ci à la merci des infections et expliquerait en partie la fréquence des septicémies du *post-partum*. Fiessinger (Société Médicale des Hôpitaux, 6 mai 1927) a beaucoup insisté sur le rôle du foie dans les réactions de défense et d'immunité.

Il faut enfin compter avec une dernière notion, qui n'est pas la moins intéressante, celle de *la virulence microbienne*.

Cette question a soulevé des discussions nombreuses qui ne sont pas encore éteintes.

Le streptocoque est-il un germe unique, toujours capable de virulence ou en existe-t-il plusieurs races inégalement pathogènes ?

La bactériologie plaide la première cause : hémolytique ou non, long ou court, le streptocoque est un, et peut toujours dans certaines conditions de passage devenir nocif. En clinique, la question est moins simple. Il existe incontestablement des races de streptocoques plus virulents qui expliquent l'apparition dans certains milieux, dans certaines familles, de véritables « pestes streptococciques », épidémies d'otites ou de phlébites à streptocoques. Ces faits ont été récemment bien étudiés en Amérique, où Dryan et Blake ont pu isoler dans les gorges de « porteurs de germes » un streptocoque hémolytique qui seul serait pathogène.

Nous discuterons plus loin du rôle du streptocoque viridans qui n'est pathogène que dans certaines conditions.

Tous ces faits réclament évidemment d'autres recherches mais leur étude est d'un intérêt essentiel puisqu'elle peut conditionner les mesures de prophylaxie directement utiles.

***

S'il fallait prendre au sens étymologique le terme de septicémie on pourrait affirmer que les infections sanguines à streptocoques sont d'une extrême fréquence. Il n'est en effet pas exceptionnel quand on pratique des hémocultures systématiques au cours des états infectieux tels qu'angines, plaies cutanées, états fébriles du *post-partum*, de voir pousser du streptocoque qui disparaît très rapidement de la circulation. Ces streptococcémies passagères sont certainement très fréquentes.

Elles expliquent l'apparition parfois imprévue de localisations veineuses, mais elles restent bénignes en général à moins que le germe ne rencontre dans le cycle de la circulation un point d'arrêt, une lésion valvulaire ancienne qui crée la greffe d'une endocardite secondaire.

Mais quand on parle de septicémie streptococcique, on évoque habituellement le tableau tragique des grandes infections à évolution grave auxquelles il nous a été donné trop souvent d'assister.

Le tableau clinique s'en résume en quelques lignes. J'ai encore devant les yeux le cas d'un de nos jeunes collègues qui au cours d'une intervention sur un anthrax se fit une piqûre anatomique sans gravité apparente. Il en était résulté une petite plaie infectée d'où partaient quelques traînées de lymphangite aboutissant à une adénopathie axillaire. Cet état traîne quelques jours sans grands soins de la part du malade lorsque brusquement à la suite d'une journée de fatigue, l'infection brûle les étapes, gagne l'épaule, le creux sous-claviculaire, y crée une masse dure qu'on doit inciser. L'intervention ne trouve pas de pus et la température ne tombe pas. Dans la soirée survient un frisson intense, prolongé secouant le malade de la tête aux pieds, se prolongeant pendant trois heures se terminant par une syncope.

Dès lors l'invasion sanguine est accomplie, les frissons se répètent, parfois intenses parfois moins violents, mais créant toujours un grand état de choc. Dans l'intervalle des frissons ; le pouls reste rapide mais bien frappé.

La température suit une courbe irrégulière imprévisible, désarticulée.

Au troisième jour l'hémoculture est positive.

La rate est augmentée de volume, le ventre se ballonne, les urines contiennent de l'albumine et des cylindres granuleux. Le facies s'altère.

Peu à peu apparaît au visage la pâleur témoin de l'hémolyse. Le taux d'azotémie s'élève.

Parfois se produit une accalmie qui semble permettre l'espoir. Mais peu à peu, malgré les transfusions répétées, la pâleur s'accroît, le cœur cède peu à peu et le malade meurt au bout de trois semaines, en dépit de toutes les tentatives thérapeutiques.

Tels sont les signes essentiels d'une septicémie streptococcique.

Le frisson témoin de l'invasion, peut être intense et solennel comme dans notre cas, mais peut manquer complètement.

Par contre la fièvre ne fait jamais défaut et les observations de septicémie apyrétique restent de rarissimes exceptions. Par contre elle peut prendre des formes très variées, tantôt en plateau, tantôt oscillante, tantôt réalisant un type pseudo-palustre, tierce ou quarte, tantôt irrégulière échappant à toute description.

L'existence d'une fièvre largement oscillante doit toujours faire penser à l'existence d'un foyer suppuré.

Le pouls est habituellement rapide, la tension basse.

Mais il faut insister surtout sur la pâleur qui traduit l'*anémie* constante progressive qui peut arriver dans les formes prolongées jusqu'aux chiffres extrêmes de l'anémie pernicieuse. Elle s'accompagne constamment, au moins dans les formes aiguës d'une forte leucocytose polynucléaire qui porte à 30 ou 40.000 le chiffre des globules blancs. La rate réagit, ganglion de l'organisme. La langue est sèche ou saburrale, la diarrhée fréquente. Souvent apparaissent des manifestations cutanées, érythèmes, phlyctènes ou purpura.

Il est un organe qui plus que tous les autres est constamment touché par le streptocoque : c'est le *rein*. Son atteinte est variable et peut aller de la simple dégénérescence tubulaire jusqu'à l'infarctus rénal. Les urines sont rares, albumineuses et contiennent souvent des cylindres rénaux, granuleux en hématiques. Mais le signe capital est donné surtout par l'hyperazotémie qui manque rarement et peut s'élever jusqu'à 5 et 6 grammes (Lemierre). Quand elle atteint ces chiffres extrêmes, elle manifeste souvent sa tendance hypo-

thermisante, qui peut créer la défervescence, et donner, bien à tort l'illusion de la guérison. La constance de cette atteinte rénale montre une fois de plus l'extrême fragilité du rein aux toxines streptococciques, qui explique sans doute l'origine de bien des néphrites d'étiologie mal définie.

D'accès en accès la maladie s'aggrave, le malade s'affaiblit et se cachectise. Parfois apparaissent des manifestations cutanées, des érythèmes, des phlyctènes dans lesquelles on trouve du streptocoque, des éruptions purpuriques traduisant la tendance hémorragique de la maladie.

D'autres fois celle-ci se complique de localisations suppurées, pleurales, péricardiques, articulaires ou méningées, d'abcès sous-cutanés ou profonds, de foyers musculaires (Abrami) ou veineux.

On a coutume de dire qu'une localisation suppurée est de bon augure. Nous l'avons plus souvent vue apporter un élément de gravité supplémentaire. Souvent un subictère des conjonctives qui peut aller jusqu'à l'ictère franc vient annoncer l'atteinte de la cellule hépatique qui peut aller jusqu'à l'ictère grave.

L'évolution des septicémies streptocoques est variable suivant les cas.

Tantôt la maladie prend d'emblée un cachet d'extrême gravité. Le malade est plongé dans un état de stupeur typhoïde. Le subictère, les hémorragies, le purpura annoncent la gravité du mal qui tue en quelques jours.

Parfois on assiste à des formes suraiguës dans lesquelles frissons, coma et mort se succèdent en moins de vingt-quatre heures.

Plus souvent, l'évolution traîne, coupée de rémissions et de rechutes, l'anémie et l'azotémie progressent, le ventre se ballonne, les frissons s'atténuent ou cessent et la mort survient en dix ou quinze jours soit par défaillance cardiaque, soit du fait de localisations suppurées multiples réalisant un tableau de pyohémie.

D'autres fois la maladie se prolonge et peut durer quatre mois et plus. Lemierre cite le cas d'une femme qui est venue mourir dans son service, après six mois d'évolution dans un état de cachexie extrême, lui donnant l'aspect d'une tuberculeuse cavitaire. C'est cependant dans ces formes traînantes que la maladie a le plus de chance de guérison et qu'Arloing et Courmont ont pu trouver 40 à 50 % de cas heureux.

Les septicémies à streptocoques peuvent avoir des aspects cliniques extrêmement variés. Tantôt, c'est un symptôme ou une localisation qui domine la scène. Tantôt tous les signes manquent, hormis la fièvre, et l'hémoculture seule fait le diagnostic.

Chez l'enfant les septicémies à streptocoques sont loin d'être rares. Elles sont presque toujours d'origine otitique et la permanence du foyer d'infection veineuse, accompagné ou non de phlébite jugulaire leur donne un aspect de particulière gravité. Certaines formes de purpura fulminans chez l'enfant ne sont autres que des septicémies, à streptocoques. Cependant l'organisme neuf de l'enfant réagit vivement contre l'infection et les guérisons ne sont pas exceptionnelles.

Dans les septicémies post-partum on observe parfois des formes apyrétiques (Lévy-Solal) ou des formes traduites exclusivement par de grosses hémorragies utérines (Couvelaire).

Enfin l'infection streptococique peut se trouver associée à une septicémie typhique, staphylococcique, ou gonococcique ce qui change d'ailleurs assez peu son aspect clinique.

Le pronostic général des septicémies à streptocoques reste des plus sombres (80 % de morts. Arloing). Il est difficile de prévoir dans un cas déterminé quels sont les éléments favorables. Une fièvre moins élevée, un pouls moins rapide, une localisation suppurée franche, accessible à la chirurgie, une hémoculture qui devient négative inclinent plus volontiers à l'optimisme.

Au contraire le subictère, les hémorragies, le ballonnement du ventre, la diarrhée, l'hyperazotémie sont du plus fâcheux augure.

Mais il faut compter avec le caprice d'une maladie déconcertante qui change volontiers de forme et qui peut tourner court du jour au lendemain, reprendre brusquement et défier toutes les prévisions comme toutes les thérapeu-tiques

***

Nous avons à dessein retenu pour les décrire à part deux formes bien particulières : les *formes veineuses* et les *formes endocarditiques*.

On sait depuis longtemps l'affinité du streptocoque pour l'endoveine. Parfois la localisation veineuse au voisinage du foyer infectant reste locale et crée le tableau classique de la phlegmatia bénigne et curable.

D'autres fois, elle n'est qu'un point de relai qui entretient la septicémie. Le fait est surtout vrai pour les phlébites hautes des grosses veines iliaques, et les thromboses du sinus latéral au cours des otites. Ces formes veineuses sont habituellement graves. C'est au cours de leur évolution qu'on rencontre le plus souvent ces grands clochers fébriles précédés de frissons intenses et dramatiques.

Les septicémies veineuses lentes à localisations multiples qu'avait décrites Vaquez ne sont qu'une expression atténuée de ces infections streptococciques.

Quel que soit d'ailleurs le degré de gravité de ces formes veineuses, elles sont toujours dominées par le danger embolique, qui vient souvent en aggraver l'évolution.

Mais si le streptocoque aime l'endoveine sa prédilection n'est pas moindre pour l'endocarde. Les valvules, tissu fragile, situées en plein torrent sanguin, constituent, en effet, un point d'appel électif pour le germe circulant, et l'arrêtent d'autant plus volontiers qu'elles ont été touchées par une affection antérieure.

Cette localisation est un arrêt de mort.

Nous n'insisterons pas sur les endocardites aiguës, destructives, qui mutilent les valvules, font apparaître brusquement des souffles aigus, multiples, lancent en circulation des embolies infectantes et se traduisent à l'autopsie par des végétations proliférantes, bourrées de germes virulents.

Par contre nous attacherons tout notre intérêt à l'endocardite maligne lente, maladie d'Osler, qui constitue certainement une des formes les plus intéressantes des septicémies à streptocoques.

Nous voici bien loin du tableau dramatique des grandes fièvres puerpérales. La maladie d'Osler est bien, en effet une septicémie à streptocoques, mais ici tout est différent, c'est une autre maladie. Ici pas de début violent, pas de grands frissons, pas de lésions suppurées. Le germe semble atténué dans sa virulence, discret dans ses localisations, lent dans son action, mais cependant inexorable.

Il s'agit d'un malade presque toujours porteur d'une valvulite rhumatismale ancienne et qui depuis quelque temps présente un peu de fièvre. On croit au retour du rhumatisme, d'autant qu'il accuse souvent des arthralgies. Mais l'évolution traîne, la courbe oscille ou ondule. On pense à la fièvre de Malte, puis on parle de tuberculose.

Le souffle cardiaque n'a pas changé et le diagnostic hésite jusqu'au jour où l'hémoculture décèle le germe fatal. Dès lors rien n'entravera l'évolution inexorable et lente de la septicémie endocarditique.

La fièvre persiste. La rate est un peu grosse. L'*anémie*, signe capital, s'accuse chaque jour.

L'examen du sang ne montre pas toujours la polynucléose des grandes infections.

Parfois apparaissent des signes articulaires, arthralgies ou arthrites ou des localisations cutanées, érythèmes, purpuras, nodosités ou panaris d'Osler.

Toutes traduisent des embolies microbiennes mais d'un microbe atténué, non suppurant et dont les foyers disparaissent d'eux-mêmes après quelques jours.

L'évolution se poursuit par poussées successives, coupées de manifestations emboliques, mais jamais infectantes, et la mort survient soit par anémie pernicieuse progressive, soit par hyperazotémie soit du fait d'une embolie cérébrale ou pulmonaire, soit au cours d'une poussée terminale aiguë, au cours de laquelle le streptocoque semble reprendre brusquement son caractère de virulence et brûle les étapes au

milieu d'un tableau de grande infection. L'évolution a duré de six mois à un an.

Parfois la maladie est dominée d'un bout à l'autre par un symptôme :

Formes anémiques, formes rhumatismales, urémiques, hémorragiques nerveuses, voire psychiques, peuvent s'observer à l'état isolé ou se combiner diversement.

Voilà donc une septicémie bien différente de ces infections sanguines à grand fracas que nous décrivions tout à l'heure, allumant partout des foyers de suppuration et tuant en quelques jours.

Ici, est une infection discrète, atténuée, qui se prolonge pendant des mois, se renouvelle sans cesse au foyer valvulaire et tue lentement, mais inexorablement.

Est-il possible que deux maladies si opposées procèdent du même germe ?

C'est la question que notre étude bactériologique va tâcher de résoudre, et que je voudrais qui retienne tout l'intérêt de cette leçon.

***

L'hémoculture qui reste le seul signe de certitude des septicémies streptococciques a été le point de départ de cette recherche.

Pratiquée sur bouillon, eau peptonée, ou mieux sur *milieux anaréobies*, elle va montrer la présence du *streptocoque*, en chaînettes plus ou moins longues, prenant le Gram, anaérobie facultatif, poussant sur gélose en colonies faibles, coagulant le lait, fermentant l'amidon.

L'hémoculture n'est pas toujours facile à interprêter. Souvent elle ne donne de résultats qu'au bout de plusieurs jours. Souvent elle doit être renouvelée avant de se montrer positive. Parfois elle montre un germe atypique, méconnaissable qu'on hésite à identifier au streptocoque.

Dès longtemps Widal et Bezançon ont fait justice des subtilités tendant à distinguer plusieurs races de streptocoques d'après leur caractère long ou court, leur action sur la fermentation des sucres, leur attitude vis-à-vis des agglutinines et des sensibilisatrices.

Mais l'étude de la maladie d'Osler a permis d'entrer plus avant dans l'étude des streptocoques. En effet, à côté du streptocoque pyogène présentant les caractères classiques du germe hémolytique poussant rapidement, et pathogène pour l'animal, Schothmüller a pu décrire le *streptocoque viridans* qui pousse lentement en deux à quatre jours, ne crée pas l'hémolyse, verdit sur milieu, à l'agar, n'est pas pathogène expérimentalement ni exaltable dans sa virulence par cultures ou par passages.

Ce germe serait celui de la maladie d'Osler et se retrouverait par ailleurs à l'état saprophyte dans la gorge des sujets sains.

Il est bien certain que cette distinction est vraie dans l'ensemble et que les hémocultures faites au cours des infections aiguës montrent habituellement le germe hémolytique alors que celles pratiquées dans l'endocardite lente trouvent presque toujours le viridans.

Mais s'agit-il de germes différents ? Le fait est beaucoup moins sûr.

En effet, dès 1908, Lenhartz trouvait le streptocoque viridans dans deux septicémies puerpérales ; Jacob et Louet, Cade et Ravaut le retrouvaient dans des endocardites aiguës. D'autres observateurs trouvent inversement les streptocoque pyogène au cours d'endocardites lentes, ou constatent au cours de celle-ci *la transformation du viridans enpyogène dans des hémocultures successives.*

Kuczinski, Gottschlich, Morgenrotter, Rother, Rosenow ont pu par passages successifs sur l'animal transmuer le viridans en pyogène et inversement.

Cliniquement enfin les affections que provoquent ces deux germes ont un air de famille (Widal) et il existe tous les intermédiaires entre les formes aiguës, subaiguës ou chroniques des septicémies streptococciques.

Il ne semble donc pas qu'il y ait entre les deux germes de différences aussi tranchées.

Ce qui à notre sens crée cette dualité est le fait suivant : il existe incontestablement des streptocoques de différentes virulences. Le pyogène hémolytique, toujours prêt à être pathogène est capable à lui seul de déterminer la grande infection septicémique à condition d'être lancé en circulation en quantités suffisantes. Le viridans, innocent saprophyte des cavités naturelles, doit lui aussi passer souvent en circulation, mais il ne saurait s'y perpétuer et serait rapidement lysé s'il ne trouvait sur une valvule malade, un port d'attache, nécessaire à sa pérennité.

C'est ce qui fait de lui le germe habituel des endocardites lentes qui ont nécessairement besoin pour se développer de trouver le terrain préparé d'une valvulite ancienne.

Ainsi, de ces deux germes apparemment différents, l'un est toujours prêt à créer la septicémie, l'autre, normalement inoffensif n'y parvient que dans des conditions absolument spéciales et ne saurait se suffire à lui-même. Et cependant il s'agit d'un même microbe auquel seules ses conditions de vie impriment ses qualités d'aspect et de virulence. C'est là un des points les plus intéressants qui se dégage de l'étude des septicémies à streptocoques, et un des faits les plus curieux de la pathologie infectieuse.

***

C'est l'hémoculture qui reste la base du diagnostic des septicémies à streptocoques. Sans elle il est impossible d'affirmer l'infection sanguine.

Cependant l'allure de la courbe fébrile, la qualité de la porte d'entrée, certaines localisations telles que l'endoveine ou l'endocarde sont des signes de présomption de première valeur pour deviner l'intervention du streptocoque.

En leur absence le diagnostic hésite, peut croire à une fièvre typhoïde, à une granulie. Au lendemain de l'accouchement certaines pyélites hyperfébriles ont souvent fait trop viteparler de streptococcie.

D'ailleurs, il est parfois difficile au cours d'une septicémie confirmée d'affirmer l'existence d'un souffle d'endocardite, les souffles extra-cardiaques étant d'une extrême fréquence au cours des grandes infections.

Dans les formes lentes le diagnostic clinique est souvent difficile. On croit au rhumatisme cardiaque évolutif, à la fièvre de Malte, à la tuberculose jusqu'à ce que l'hémoculture vienne lever les doutes et fixer à la fois le diagnostic et le pronostic.

***

Celui-ci est sans doute parfois amélioré par un traitement actif. La gravité du mal autorise toutes les tentatives thérapeutiques, mais nous devons rester modestes et souvent sceptiques devant leur apparent succès car nous avons tous vu des septicémies streptococciques d'allure grave guérir spontanément sans traitement spécial, alors qu'une thérapeutique active eût satisfait notre amour-propre sans modifier l'évolution de la maladie.

Il faut cependant se garder de tout excès de scepticisme et l'on doit tout tenter qui peut être utile.

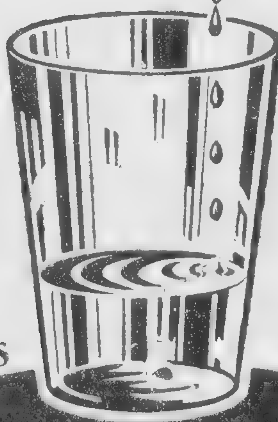
Le traitement du point de départ de la septicémie est souvent capital.

Nous avons vu l'importance de sa qualité dans l'évolution des septicémies et l'on doit autant qu'il est possible le guérir ou le supprimer, exciser ou amputer le foyer injecté, lier et isoler, s'il s'agit d'une otite, la jugulaire ou le sinus trombosés. Les résultats ont paru moins heureux en obstétrique ou les hystérectomies faites en pleines infection septicémique ne donnent guère de succès.

Parfois a-t-on eu intérêt à créer un point de localisation, un abcès de fixation.

Mais les tentatives les plus nombreuses se sont surtout adressées au germe causal et se sont efforcées d'être spécifiques. On s'est, ici comme ailleurs, adressé d'abord au sérum. Mais il ne s'agit plus comme dans la diphtérie de neutraliser des toxines par un certain nombre d'unité d'antitoxines.

C'est le germe lui-même qui est en cause et qu'il faut s'efforcer de détruire.



Les sérums de Charrier et Gley, de Paltauf, de Mormorek, d'Arousohn, de Courmont, Denis, Cantacuzène ont tous eu leurs succès vivement exaltés, et leurs échecs qui sont restés plus discrets.

Le dernier en date est celui du sérum de Vincent qui procède de chevaux hautement immunisés par des streptocoques de races très diverses et qui doit être injecté à doses très élevées et longtemps renouvelées.

Lœderich, Huber, ont rapporté récemment des cas heureux. Mais il semble qu'on puisse difficilement parler d'une action spécifique. Le sérum agit-il par protéinothérapie ou par choc ? C'est possible. Il faut en tout cas se garder de l'injecter par voie intra-veineuse capable de chocs mortels.

Les vaccins, auto ou stock vaccin, lipo-vaccin de Lemaire et Sézary, les filtrats de cultures streptococciques ont aussi leurs défenseurs et leurs détracteurs. Leurs succès laissent sceptiques quand on pense qu'ils n'ont même pas de valeur préventive et qu'on a vu des septicémies éclater en plein traitement vaccinal.

Le plus efficace nous a paru être le moins spécifique. celui de Delbet, qui crée un choc violent parfois suivi d'améliorations immédiates.

La chimiothérapie par les colorations tels que mercurochrome ou trypaflavine à eu grande vogue en Amérique.

L'injection de trypaflavine nous a parfois donné d'immédiates chutes thermiques, non toujours malheureusement synonymes de guérison.

La méthode des chocs thérapeutiques par injection de peptone ou de métaux colloïdaux, compte à son actif des succès impressionnants et aussi beaucoup d'échecs. Il semble qu'il faille attacher une grande importance au *moment* où agit le choc dans l'évolution de la septicémie.

Il semble qu'à certains moments de la maladie il suffise d'un léger changement dans l'équilibre des humeurs pour modifier le cours du mal. Mais ce moment est difficile à saisir et impossible à définir.

Enfin il faut se rappeler que les chocs véritables ne sont pas sans fatiguer le cœur et qu'ils ne doivent être employés qu'à bon escient et avec prudence.

La thérapeutique à laquelle nous avons pour notre part toujours donné la préférence est celle des *transfusions sanguines*.

Elles ont l'avantage certain de ne pas nuire et d'apporter à l'organisme un regain d'activité que le malade constate lui-même. Parfois (choc ? ou apport d'éléments de défense ?) la défervescence s'ensuit, parfois passagère, parfois durable, et nous avons observé des cas où la méthode a été sûrement utile.

La pratique des *immuno-transfusions* très séduisante en théorie ne nous a pas pour notre part, paru donner des résultats supérieurs à celle de la transfusion simple. Laubry et Tzanck ont proposé d'immuno-transfuser préventivement les porteurs de lésions valvulaires pour les engarder contre les greffes secondaires du streptocoque.

Il va sans dire que les soins quotidiens donnés au malade, les tonicardiaques, l'huile camphrée, le sérum sous-cutané sont les meilleurs adjuvants de ces cures étiologiques.

Le nombre même de celles-ci, dit assez bien qu'aucune d'elles n'est spécifique ni sûrement efficace dans l'ignorance où nous sommes de lois d'immunité qui nous échappent encore.

A la vérité, une septicémie streptococcique peut toujours guérir quand elle n'est pas liée à un point de relai inaccessible et quand l'endocarde n'est pas touché. Une endocardite à streptocoques est *toujours mortelle* et son pronostic est plus inexorable que celui d'un cancer.

* *
*

Voici donc, brièvement exposés les faits essentiels qui se dégagent de l'étude des septicémies à streptocoques.

Elles doivent rester pour vous le type le plus complet des septicémies humaines.

Leur étude a soulevé les plus intéressantes questions de bactériologie et d'immunologie et leur notion a marqué une étape dans l'histoire de la connaissance des maladies.

CHRONIQUE

Modifications histologiques de la muqueuse cervicale pendant la grossesse. — Les traités classiques d'obstétrique ne décrivent aucune modification histologique de la muqueuse endo-cervicale pendant la grossesse. Tout au plus signalent-ils l'hypertrophie des glandes. Aussi devons-nous signaler un important mémoire de HOFBAUER (1) sur ce sujet.

Le but de ce travail a été d'attirer l'attention sur la production non encore décrite d'une hyperplasie épithéliale au cours de la gestation. Ces formations épithéliales, observées au cours d'une investigation systématique dans la structure et l'histologie de l'utérus gravide, sont intéressantes aux points de vue morphologique et du diagnostic histologique ; mais aussi elles contribuent à la solution de la question fort controversée d'une relation étiologique entre le cancer du col et les grossesses antérieures.

La première figure du mémoire montre le premier degré de cette prolifération épithéliale, par dédoublement. Il s'agissait d'un utérus gravide au quatrième mois, enlevé pour décompensation cardiaque. Entre les cellules cylindriques normales et la basale, on voit une seconde couche de cellules cylindriques peu élevées dont les noyaux sont fortement colorés par l'hématoxyline. Cette couche forme des aires discrètement disséminées dans l'épithélium normal environnant. Parfois, sous l'épithélium cylindrique, on rencontre une nouvelle couche de cellules polygonales semblables aux cellules basales de l'épithélium de la surface vaginale du col.

Une autre pièce obtenue également au quatrième mois, montre les modifications gravidiques de l'épithélium cervical à un stade avancé : zone compacte de petits éléments épithéliaux disposés en cinq ou six couches. Cette néoformation cellulaire se dessine fortement par sa coloration sombre due à la grande affinité des colorants pour les noyaux, lesquels occupent la plus grande partie du contenu cellulaire, tandis que le protoplasma est plutôt rare. Une nette (même si elle est légère) différence de dimension et de forme des éléments cellulaires est perceptible sans hésitation

En outre, l'enfoncement de ces éléments dans le tissu conjonctif sous-jacent peut, à première vue, donner l'impression d'un commencement de formation de tumeur à presque la limite de malignité. Néanmoins on peut démontrer que la basale reste intacte par l'emploi de divers colorants. Un autre trait caractéristique des modifications, qu'imprime la gestation du col, consiste dans la formation de nombreuses vacuoles interstielles dans le néo-épithélium. A l'intérieur de ces vastes vacuoles, se voient des polynucléaires et, parfois aussi, des lymphocytes ; plusieurs vacuoles contiguës peuvent fusionner et constituer des espaces clairs emplis de mucine.

Les détails de ces formations à couches multiples sont clairement montrés par la troisième figure qui représente une coupe, provenant du col d'un utérus de cinq mois, vue à un fort grossissement. On est frappé par le fait que des cellules types de l'épithélium cervical sont seulement visibles dans la rangée supérieure, tandis que plusieurs couches de cellules transitoires se sont développées au-dessous. Par places, ces dernières montent et, éventuellement, se substituent aux cellules cylindriques. De nombreuses cellules plasmatiques disposées en cordons sont visibles dans le fond des plis de la muqueuse cervicale.

(1) HOFBAUER. — Epithelial proliferation in the cervix uteri during pregnancy, and its clinical Implication. (Prolifération épithéliale dans le col utérin durant la gestation et sa signification clinique). *Am. Journal of obstetrics and gynecology*, n° 6, vol. XXV, juin 1933, p. 779.

◆◆◆

Une autre coupe, provenant de la même pièce, démontre la marche des néo-formations dans les deux côtés d'un pli de la muqueuse cervicale, tandis que le fond du pli a conservé son aspect original et, dans cette coupe à droite, la membrane basale manque sous l'hyperplasie cellulaire, tandis qu'ailleurs la membrane, contenant des cellules plates, allongées avec des mitoses occasionnelles, se distingue nettement : la possibilité de confondre semblable structure avec une formation maligne est encore augmentée par la présence des néo-couches de figures mitosiques.

Semblable prolifération épithéliale survient dans l'épithélium stratifié de la portion vaginale et à l'intérieur des glandes cervicales.

Ces cellules néo-formées ont une activité envahissante ; la sixième figure représente l'évolution dans la glande cervicale d'un utérus enlevé au septième mois de la gestation : en différents points, de minces excroissances polypoïdes font saillies dans le canal glandulaire, tandis qu'au-dessous de l'épithélium cylindrique se voit une prolifération massive de petites cellules, cubiques, à contours imprécis, avec çà et là des mitoses. La glande apparaît enchâssée par un copieux agrégat de plusieurs couches de cellules plongeant dans les espaces du tissu conjonctif, la membrane basale restant toutefois intacte. L'invasion massive du stroma cervical par ces flèches de jeunes cellules dérivées de l'épithélium cervical se voit dans plusieurs coupes. Nul infiltrat de cellules rondes du tissu conjonctif en réponse, et nulle défense mécanique contre cette invasion de cellules épithéliales n'ont été remarquées. De plus, l'existence de larges vacuoles dans ces agrégats cellulaires était un trait constant. De grand intérêt sont la présence de cellules de simili-décidua, dans les couches du tissu conjonctif contiguës à l'épithélium cervical proliférant et, aussi, celle fortuite de figures mitosiques dans le stroma.

A terme, l'infiltration de l'épithélium cervical proliférant dans le tissu conjonctif sous-jacent détermine assez souvent la formation d'alvéoles compacts. L'entassement des cellules transitoires, renfermant de gros noyaux surcolorés, s'accentue à la périphérie de ces nids cellulaires, tandis que leurs centres montrent de la tendance à se vacuoliser. Leurs frontières sont marquées par une basale bien nette, la huitième figure en est un exemple. Aucune accumulation de lymphocytes ni de cellules rondes ne se voit dans le voisinage immédiat de ces structures, l'hyperplasie de l'épithélium évoluant sans aucun signe de réaction inflammatoire.

La suractivité épithéliale persiste après l'accouchement pendant un temps encore mal fixé : sa persistance a été notée jusqu'à la quatrième semaine et la figure 9 représente l'état d'un col enlevé dix mois après l'accouchement. Il est très intéressant d'y constater que les cellules, qui ont pénétré très au-dessous du niveau de la surface de l'épithélium cylindrique environnant, ont conservé leurs caractéristiques ; on n'y perçoit aucun signe de régression, les cellules paraissent en pleine vitalité.

Les données, fournies par l'examen systématique de vingt-neuf pièces décèlent une frappante différence de degré dans les altérations épithéliales : si, toujours il y a activité épithéliale, duplication des couches cellulaires, formation de vacuoles, polymorphisme des noyaux ; cette activité est beaucoup plus manifeste dans huit cas sur les vingt-neuf : prolifération épithéliale avec stratification, mitoses dans l'épithélium proliférant, flèches épithéliales dans le tissu conjonctif sous-muqueux, métaplasie indirecte, cellules en calice.

Dans la plupart des coupes, le changement le plus notable consiste en apparition de deux ou trois nids de nouvelles couches épithéliales ; tantôt la transition est abrupte, d'autres fois elle a lieu par graduation. En certains points, il semble évident que les nids d'épithélium basal squameux, qui sont demeurés au-dessous des cellules cylindriques du col, se sont surexcités et ont produit des éléments polygonaux « cellules infra-épithéliales » qui minent et soulèvent les cylindres de limitement.

Lorsque la stratification épithéliale se produit et que cinq couches ou plus deviennent distinctes l'épithélium se transforme en cellules cuboïdes dont les noyaux, relativement gros, montrent une grande affinité pour les colorants. L'épithélium en prolifération et la formation de plusieurs nids peut parfois simuler une transformation squameuse. Des figures mitosiques peuvent exprimer, dans tous les mois de la gestation, la multiplication plus ou moins rapide des cellules. La formation de plusieurs stratifications cellulaires souligne fréquemment le caractère envahissant de l'épithélium. Parfois la quantité de ses extensions dans le stroma est excessive. Et alors, cet aspect peut suggérer la pensée d'une lésion maligne. Il se distingue nettement du cancer : il existe seulement un léger polymorphisme dans la dimension et le type des cellules ; ce qui est plus important, les mitoses sont régulières et la membrane basale, bien que fort délicate, peut toujours être reconnue par des procédés appropriés, tel l'hématoxylimolyoden. Cette reconnaissance est d'importance diagnostique, étant donnée l'affirmation de CULLEN sur la présence de mitose « Elle est presque la première preuve du cancer ».

L'apparition au cours de la gestation de multiples nids de cellules par proliférations de l'épithélium cervical peut être justement désignée hyperplasie épithéliale, présentant certains traits de « métaplasie ».

Le rôle étiologique de cette prolifération a été d'abord attribué à un déficit de vitamine. Les travaux de WOLBACH et HOWE, GOLDBLATT et BENISCHEK, GREEN et MELLANBY ont établi que la privation de vitamines A et D peut produire une métaplasie squameuse de l'épithélium cylindrique des voies respiratoires et des voies génito-urinaires : certains vont jusqu'à soutenir que l'avitaminose A a un rapport étiologique avec le développement du cancer. D'autre part, l'existence dans le sang des femmes enceintes d'hormone préhypophysaire et l'action de celle-ci sur la production de prolifération et métaplasie de l'épithélium cervical qu'ont démontrée HOFBAUER et ALLEN reste l'idée directrice de HOFBAUER. Toutefois, on peut se demander pourquoi, dans certains cas, la prolifération est à peine marquée tandis que, dans d'autres, elle est fortement accusée.

Il est également intéressant de noter l'activité croissante des tissus contigus à la néoplasie épithéliale : les mitoses dans le tissu conjonctif sous-muqueux sont une indication claire de l'évolution dont tout le col est le siège.

Maintenant se pose la question fondamentale de savoir quelle est la signification pratique de cette néoformation épithéliale dans la muqueuse cervicale de la femme. La prolifération offre de la ressemblance avec la néoplasie épithéliale observée dans les canaux des acini en cas de mastite kystique, laquelle peut se muer en carcinome de la mamelle. Des altérations morphologiques de l'épithélium de la vésicule biliaire, très analogues ont été décrites récemment par KING, qui leur assigne un rôle dans le cancer vésiculaire. Les travaux importants de SCHMIEDEN, EWING et autres ont fait voir qu'en cas de polypose du côlon, dans environ moitié des cas, la lésion qui n'offre pas d'abord de signe de malignité peut, par divers stades d'hyperplasie, dégénérer. Le rôle exact de toutes ces suractivités épithéliales dans l'éclosion de la malignité reste, il est vrai, un mystère ; la nature de l'agent causal de l'accroissement des cellules restant hypothétique.

Le cancer est toujours le résultat final des changements tissulaires antérieurs, lesquels, parfois, conservent le caractère de pure régénération (hyperplasie) et, d'autres fois, sont suivis de la création de nouvelles espèces de cellules atypiques.

HOFBAUER se défend d'entreprendre une étude complète des changements anatomiques et histologiques déterminant le cancer du col utérin.

Les lacérations, les éversions, les érosions, les inflammations du col consécutives à des irritations persistantes ont été considérées comme causes déterminantes. La plupart des cancers du col ont été précédés d'une ou plusieurs gestations. Quelle est leur influence étiologique ? Il n'est pas

BIBLIOGRAPHIE

Les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Etude médico-chirurgicales*, par Louis TIXIER et Charles CLAVEL. Un volume de 240 pages avec 56 figures dont 16 en hors texte. Prix : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Etudiant les cas de grandes hémorragies gastro-duodénales dont les observations complètes sont rapportées dans la littérature ainsi que l'analyse des échecs, les auteurs ont acquis cette conviction que les causes d'insuccès proviennent d'erreur d'indication, d'erreur de technique dans le choix de l'opération. Mais la complication hémorragique doit demeurer au niveau de l'estomac, comme pour bien des organes, une impérieuse indication chirurgicale. Seulement il faudra distinguer les cas. C'est là précisément le but de ce livre. Vouloir opérer systématiquement tous les malades qui présentent de grandes gastrorragies, c'est courir à de graves déboires : il faut choisir, parmi eux, ceux qui ont dans l'estomac ou le duodénum une lésion précise, cliniquement diagnosticable, donnant lieu à l'hémorragie par un mécanisme connu et auquel on pourra opposer une thérapeutique logique.

Utilisant leurs observations personnelles ainsi que les observations publiées, en cas d'échec, etc., les auteurs arrivent à déterminer des groupes anatomo-cliniques de gastrorragies qui auront chacun leurs indications thérapeutiques médicales ou chirurgicales bien précises. Ils proposent une classification anatomo-clinique, ils en indiquent les bases. Chaque catégorie donne lieu à une étude très complète (pronostique, clinique et thérapeutique) ; l'ouvrage est complété par un exposé des techniques. Chaque chapitre est suivi d'une bibliographie.

Les arthrodèses dans la coxalgie. *Indications, techniques, résultats éloignés*, par Paul BURNOIR. Un volume de 110 pages avec 9 planches hors texte. Prix : 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre en même temps qu'il constitue une mise au point très complète de la question telle qu'elle peut être actuellement envisagée, permet de voir si la méthode a été efficace dans ses résultats, qu'il s'agisse de coxalgies anciennes ou en évolution et si nous avons en main une méthode de traitement de la coxalgie donnant des résultats au moins analogues à ceux de l'ostéosynthèse dans le mal de Pott.

Cette étude porte sur 75 résultats anciens d'arthrodèse de la hanche. Ces arthrodèses ont été faites depuis plus de deux ans sur des indications et avec des techniques différentes suivant le but que l'on se proposait (coxalgies anciennes ou en évolution) sur des adultes et des enfants.

Dans une première partie l'auteur donne les observations d'arthrodèse pour *coxalgie en évolution* : il indique les conditions nécessaires pour l'opération, les contre-indications de l'intervention, la technique à employer et les incidents possibles.

Dans une deuxième partie il donne des observations d'arthrodèse pour *coxalgies anciennes*. Les indications et les résultats en sont moins discutables étant mieux connus, il indique les techniques et les incidents possibles, insistant sur quelques points mis en évidence par ses observations personnelles.

Les arachnoïdites spinales adhésives, par Dem. PAULIAN et D. TURNESCO. Un volume de 96 pages avec 8 planches hors texte. Prix : 24 frs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard St Germain, Paris.

On désigne sous le nom *d'arachnoïdite spinale* un syndrome nerveux complexe, en même temps radiculaire et médullaire, dont le caractère clinique essentiel paraît être une grande variabilité des symptômes non seulement d'un malade à l'autre mais encore d'un moment à l'autre de son évolution chez le même malade. Sa marche traînante, toujours longue, traduit l'existence d'une lésion inflammatoire, en général atténuée mais progressive, des méninges molles rachidiennes, aboutissant au blocage partiel ou total de l'espace sous-arachnoïdien.

Si le mécanisme intime de cette étrange localisation infectieuse sur les méninges échappe encore en grande partie, si, pour l'expliquer, nous sommes réduits à des hypothèses, son individualité clinique, par contre n'en existe pas moins et elle se précise chaque jour davantage à mesure que, mieux connue, les cas publiés se multiplient.

Nettement définie par ses manifestations cliniques, bien moins, certes, par sa pathogénie obscure et ses lésions anatomiques encore à l'étude, l'arachnoïdite commence à trouver sa place dans les affections des méninges.

Cette monographie basée sur un certain nombre de cas étudiés par les auteurs est très complète. Elle comprend une étude étiologique et pathogénique, un chapitre d'anatomie pathologique, une partie importante est consacrée aux formes cliniques, au diagnostic très difficile parce que ne reposant le plus souvent que sur des nuances, enfin au traitement médical (agents physiques, diathermie, rayons X, injections de lipiodol) et au traitement chirurgical.

Manuel de curiethérapie, par Léon IMBERT et Raymond IMBERT. Un volume de 216 pages avec 21 figures. 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Actuellement, nombre de médecins procèdent à des applications de radium en dehors des centres. Le but de ce livre est d'exposer à leur intention l'état actuel de la curiethérapie. — Les notions générales ont été réduites au strict nécessaire, par contre on trouvera des développements suffisants et pratiques sur : le radium et ses propriétés, la technique générale de la curiethérapie, les applications cliniques, et les traitements curiethérapiques qui forment les trois grandes divisions de l'ouvrage.

de réponse satisfaisante. La plupart des auteurs pensent que les cicatrices laissées par les naissances fausses couches ou interventions font le lit du cancer du col. Pourtant il n'existe aucune preuve indiscutable que le cancer débute sur une ancienne cicatrice.

Il y a dans tout ce problème beaucoup de confusion et de contradiction.

En ce qui concerne les modifications histologiques vues par HOFBAUER, il manque la constatation d'une série évolutive continue de cette hyperplasie aboutissant à un cancer véritable. En raisonnant par analogie, cependant, sur des productions analogues dans la vésicule biliaire, le sein, le canal alimentaire, il se risque à suggérer que la prolifération gravidique des cellules épithéliales peut représenter un anneau important dans la chaîne étiologique du développement ultérieur de la malignité, tout en laissant non résolue la question de l'influence, sur ces modifications épithéliales, d'un état inflammatoire prolongé. L'enseignement pratique, à tirer de ces considérations est qu'au point de vue prophylactique, dans les cliniques post-natales, on doit porter une attention particulière et immédiate à toute aire vascularisée ou à toute aire granuleuse du col.

* * *

Eclampsisme. — Pour K.-A. HOFFSTRÖM (1), l'éclampsisme est due à une insuffisance parathyroïdienne et à l'hypocalcémie consécutive. Partant de cette idée, il saigne les patientes, leur donne de l'extrait parathyroïdien, de la vitamine D et du calcium ; il les fait jeûner deux jours avec ingestion de petites quantités d'eau.

* * *

Prolapsus génital. — ERWIN VON GRAFF (2) vient de consacrer à l'étiologie du prolapsus un important mémoire.

Les déchirures des parties molles, la distension des muscles, fascia et ligaments périvaginaux et périutérins sont communément considérées comme l'agent principal de la descente de l'utérus et du prolapsus. En outre, on a accordé une grande importance à la rétroversion.

Des travaux approfondis ont été entrepris sur la matière : MARTIN, de Berlin a insisté sur le rôle des moyens de suspension, fascia et ligaments, tandis que TANDLER et HALBAN plaidaient pour l'importance prépondérante du plancher pelvien. WERTHEIM s'est consacré, plus de vingt ans, à perfectionner le traitement opératoire et a admis que sont d'égale importance le plancher musculaire et le tissu conjonctif. Ses travaux, comme ceux de WATKINS, ont épuisé la question anatomique et suscité divers procédés opératoires avantageux ; mais ils n'ont pas tranché la question étiologique.

Le plus souvent, sinon toujours, les femmes à prolapsus ont eu, au moins, un enfant ; mais depuis des années, VON GRAFF est convaincu que la maternité n'est pas l'unique cause déterminante. Deux femmes qui, frêles et menues jeunes filles, ont vécu et grandi dans le même milieu, deviennent enceintes et accouchent normalement : l'une s'épanouit après la parturition et devient une mère et une femme vigoureuse ; l'autre reste faible, résistant mal au surmenage de l'enfantement et, rapidement, fait de l'entéroptose et du prolapsus. Différence inhérente à la constitution, déterminée en somme pour chaque individu dès la fusion des germes procréateurs.

Que l'accouchement agisse simplement comme cause fortuite de l'abaissement utérin, ceci est prouvé par ces nombreuses femmes qui ne présentent pas le moindre dérangement après dix maternités ou plus, tandis qu'à l'autre extrémité des nullipares, des vierges même peuvent se plaindre de varices, de pesanteur, de certains degrés de prolapsus.

Que le prolapsus se produise ou non, il est avant tout sous la dépendance de la puissance ou de la faiblesse des tissus d'origine mésodermique, les femmes présentant ce dernier attribut constituent le groupe des asthénico-ptosiques de STILLER et P. MATHES. On les peut reconnaître à première ; épaules tombantes, poitrine plate, articulations costaux-vertébrales à angles aigus, parois abdominales flasques, propulsées au-dessous de l'ombilic, incapables de soutenir la pression des viscères. L'expression du visage est timide, anxieuse, triste et l'état d'âme est caractérisé par le manque d'entrain, par la faiblesse du self-control et de la sociabilité, par des changements d'humeur allant d'une vivacité inaccoutumée à la mélancolie. En dehors de ce prototype, il existe toute une série d'asthénico-ptosiques plus ou moins accusées et parfois d'apparence trompeuse ; mais que font reconnaître l'entéroptose, la rétroflexion, les varices, etc... Comme exemple du changement de conception de la beauté de la femme, l'auteur rappelle le type idéal des Primitifs si semblable à l'asthénico-ptosique. A côté de celui-ci, il faut ranger la femme-garçon, mince et frêle et l'acromégalique, femme masculine, peu aptes à satisfaire sans dommage, aux besoins de la reproduction. On peut mentionner, comme troisième facteur, encore qu'insuffisamment interprétés, les troubles endocriniens constitutionnels. Finalement une diminution de la puissance musculaire du plancher du bassin, jointe à un *spina bifida* caché, doit être envisagée dans tout prolapsus de nullipares.

La femme picnique a toute chance de supporter un grand nombre de gravidités sans suite fâcheuse.

Si la production du prolapsus dépend de la constitution individuelle, il faut distinguer, selon les différentes résistances des tissus et organes d'origine mésodermique :

1° les vierges et nullipares atteintes de *spina bifida* méconnu, de varices, d'entéroptoses, de rétroflexion mobile de l'utérus, d'aspect asthénique ou intersexuel virile, d'obésité endocrinienne ;

2° les femmes dont la première maternité a été suivie, dans un bref délai, de prolapsus peuvent présenter les mêmes stigmates ; ces deux groupes comprennent les sujets à tissu connectif définitivement impotent et constitutionnellement inférieurs pour la reproduction ;

3° les femmes chez lesquelles le prolapsus est apparu longtemps après la dernière parturition, à l'âge de la ménopause ; toutes sont affectées d'une certaine faiblesse des tissus qui se manifeste seulement par une perte additionnelle d'élasticité du tissu conjonctif synchrone à l'involution sénile de l'utérus ;

4° les femmes, relativement nombreuses, dont le prolapsus est survenu après la ménopause ; ayant été peu troublées pendant leur période climatérique, leurs tissus peuvent être considérés comme presque normaux.

Pour étayer ce concept par la statistique, 800 femmes, mères au moins une fois, ont été examinées ; et vingt-six nullipares atteintes de distension plus ou moins accusée et de prolapsus.

I. *Prolapsus des nullipares*. L'âge de ces vingt-six sujets varie de 17 à 69 ans, plus de la moitié ayant dépassé 36 ans. On trouve là une preuve qu'à un médiocre tonus constitutionnel du tissu connectif, s'ajoute avec l'âge un relâchement physiologique, favorable à la production du prolapsus sans rapport avec la maternité.

La plupart ne présentaient pas de symptômes subjectifs, la distension a été reconnue incidemment. Toutefois huit étaient venues consulter pour une sensation de pesanteur, une sensation de corps étranger, des douleurs de reins. Sept furent opérées ; chez quatre, on pensa au *spina bifida* : deux fois, il fut décelé par les rayons X, un cas fut douteux, et un autre négatif.

OBSERVATION. I. — 24 ans, mariées depuis six ans, pas de grossesse, aurait été opérée peu après sa naissance d'atrésie

(1) K.-A. HOFFSTRÖM. — Pathogénie et traitement de l'éclampsisme. *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, 1933, t. LXXV, p. 360.

(2) VON GRAFF ERWIN. — Etiology of prolapse. (Etiologie du prolapsus). *Am. Journal of Obstetrics and Gynecology*, n° 6 vol. XXV, juin 1933, page 800.

anale. Réglée normalement. A 16 ans, constipation opiniâtre, sensation de pesanteur, fréquence de miction. L'examen fait voir un prolapsus presque complet du vagin et une énorme élongation du col. Raccourcissement opératoire des ligaments sacro-utérins et fixation vaginale. Récidive l'année suivante. Hauteur de la taille 146 cm. ; distribution des poils normale, seins normaux ; larges épaules horizontales, hanches relativement étroites. Les cuisses ne se touchent pas sur la ligne médiane ; elles manquent de la rondeur féminine ; voix masculine. La radioscopie montre une défectuosité dans l'arc de la première vertèbre sacrée, méconnaissable à la palpation. Colpopérinéorrhaphie complète et oblitération de la profonde poche du DOUGLAS distendu. On nota une énorme dilation du côlon transverse et une descente incomplète des ovaires, restés au-dessus de la ligne innominée. Deux ans plus tard, la malade revient pour obstruction intestinale remontant à quatre semaines. Pas de récidive du prolapsus ; abdomen distendu par une tumeur molle occupant toute sa cavité, qui disparut en un septenaire après exonération de cinquante livres de matières fécales.

OBSERVATION II. — 36 ans, seize ans de mariage sans grossesse ; prolapsus du vagin survenu il y a quinze ans et aggravé au cours de la dernière année. Aspect féminin normal mais exceptionnellement robuste ; cystocèle du volume d'une orange. Radioscopie ; indique un sacrum normal. Opération : interposition vésico-vaginale de l'utérus (procédé de WERTHEIM).

OBSERVATION III. — 37 ans, quatorze ans de mariage sans enfant. Réglée à 15 ans, tous les vingt-huit jours, durant de trois à onze jours. Se plaint de douleurs hypogastriques depuis des années ; obèse, paraissant plus âgée qu'elle ne l'est ; taille 157.5 cm. , poids 64 kgr. Salpingite chronique, fibromes, large béance de l'hymen. Sous l'influence d'un effort, les parois postérieure et antérieure se prolabent à la vulve et le col s'abaisse jusqu'à 2 ou 3 cm. de l'ouverture. Les rayons X font voir une défectuosité de l'arc de la première vertèbre sacrée.

OBSERVATION IV. — 25 ans, mariée depuis deux ans, sans gestation. Réglée à 18 ans, se plaint que depuis dix ans, de temps à autre le col s'est prolabé parfois à la vulve. Pendant ces phases : céphalées, lassitude et sensation de pesanteur. Est obèse, taille 156 cm. 2 Poids 70 kgr., distribution des poils normale. Très large ouverture de l'hymen, non déchiré qui laisse, sous un effort, se prolaber les parois antérieure et postérieure du vagin. Utérus hypoplastique, très antéfléchi, qui peut aisément être abaissé jusqu'à la vulve. La radioscopie montre un *spina-bifida* très large entre la dernière lombaire et la première sacrée. Colpopérinéorrhaphie

A ces intéressantes observations, vient s'en ajouter une autre de *spina bifida* sans prolapsus.

OBSERVATION V. — Nullipare de 19 ans. Irrégulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans : pertes jaunâtres et douleurs hypogastriques. Courte, trapue, plutôt robuste, épaules larges, masculines, complexion mate. L'hypogastre, tout le périnée et les cuisses sont recouverts de poils noirs. Utérus petit en antéflexion, trompes grosses et sensibles. Radioscopie : *spina bifida* méconnu du sacrum.

Il est à prévoir que cette fille fera un prolapsus après sa première maternité.

II. *Prolapsus des femmes mères.* — Un tableau dressé par l'auteur montre que l'appareil génital externe est normal chez 483 femmes sur les 800 qui ont été examinées. Comme 119 d'elles ont accouché de quatre à dix-huit fois, il est clair que la femme bien portante de constitution saine est apte à parer sans dommage, à une importante vie de reproduction.

Les patientes atteintes d'une légère descente vaginale, ne nécessitant pas de traitement, sont réunies dans la quatrième colonne du tableau, bien qu'elles puissent être considérées comme normales. Il faut observer un relâchement qui ne doit pas les faire ranger comme « constituées inférieurement » parce que, pour la plupart, la protrusion vaginale était due à la rétraction cicatricielle de lésions du périné. 28 de ces 215 femmes ont souffert de quelques vagues symptômes subjectifs attribuables au relâchement. Le diagnostic de prolapsus a été justifié seulement 147 fois, soit chez 18.4 % des 800 femmes.

Le pourcentage de prolapsus s'élève avec le nombre d'accouchements ; ce qui n'infirme pas l'importance étiologique de la constitution personnelle. Toutefois cette communication n'entend pas faire table rase de l'influence de l'accouchement.

Un argument pour le concept étiologique est que les stigmates de constitution asthénique existaient dans plus de la moitié des femmes de la cinquième colonne.

Celle-ci englobe 22 femmes chez lesquelles le prolapsus survint immédiatement après la fin du *puerperium* bien qu'à l'exception d'un seul cas de forceps, leur accouchement ait été normal. La plupart étaient âgées de 20 à 28 ans, avec seulement trois primipares âgées (31, 36 et 36 ans). En considérant la relation entre l'apparition du prolapsus et l'âge des femmes, on trouve une moyenne à 29 ans. Ces femmes sont en infériorité constitutionnelle et auraient fait du prolapsus hors toute maternité.

Le chiffre le plus élevé de prolapsus se trouve de 45 à 55 ans. L'élasticité des tissus pelviens de ces femmes a été suffisant à éviter la survenue du prolapsus, jusqu'à ce que la déchéance physique causée par les années ait aidé leur légère infériorité de constitution.

Après cette période, la fréquence diminue rapidement parce que les femmes qui, sans encombre ont franchi la ménopause peuvent être dites « normales » et sans prédisposition au prolapsus. Dans la grande majorité des cas rencontrés après la ménopause, on trouvera qu'ils existaient à l'état latent depuis des années.

Le but de ces recherches est à la fois scientifique et pratique : la constitution du sujet peut à l'occasion être de plus grande valeur étiologique et pronostique qu'un très soigneux examen physique ou de laboratoire. La considération des différences constitutionnelles des femmes avant et après la maternité, permet de discerner d'avance celles que la gestation et l'accouchement peuvent mettre en péril et qui réclament plus d'attention que les soins ordinaires.

ERWIN VON GRAFF conclut que :

(1) l'étiologie du prolapsus est essentiellement une question de constitution ;

(2) la maternité agit simplement comme facteur provocateur de sa production ;

(3) plus de 50 % des femmes saines, bien constituées, ne font pas de prolapsus quel que soit le nombre de leurs maternités ;

(4) le prolapsus se produit le plus généralement durant la période climatérique, alors que diminue la résistance des tissus de l'organisme ; de telle sorte qu'un léger degré d'infériorité de constitution préexistant peut devenir manifeste ;

(5) l'apparition précoce d'un prolapsus peu après une première maternité souligne l'infériorité de constitution de la mère ;

(6) la rétroversion de l'utérus ne favorise pas par elle-même la production du prolapsus mais peut signifier l'infériorité de constitution. Donc il n'est pas justifiable d'opérer des patientes à retroflexion mobilisables sous prétexte de prophylaxie.

* * *

Psychoses gravidiques. — Les psychiatres ont établi que les psychoses gravidiques, comme toutes les autres, reconnaissent des causes multiples, que la gestation et l'accouchement ne peuvent déterminer des psychoses purement fonctionnelles et qu'il n'existe pas de psychoses qui soient définitivement et exclusivement liées aux phénomènes de reproduction. Les trois principales variétés des auteurs sont : 1) les toxi-infections, 2) la psychose maniaque dépressive, 3) la schizophrénie. Quelques auteurs ont ajouté des cas de paralysie générale et des psychonévroses à symptômes psychosiques. Dans un intéressant travail, MAC GOOGAN (1) s'est attaché aux psychoses par toxi-infec-

(1) MC GOOGAN (Léon S.) — The Toxi Psychoses of pregnancy and

tions. Il a recuilli cinq observations durant la grossesse ; les quatre premières ayant fait l'objet d'une communication au Congrès de 1932 de la Central Assoc. of Obs. and Gyn. à Memphis.

Le cinquième cas est celui d'une femme de 29 ans, admise le 31 octobre 1927. Bruits intra-craniens et hallucinations auditives. A rempli, de façon satisfaisante, des emplois de secrétaire, de fille de salle, de caissière et autres. Poursuivie par les assiduités d'un nègre, la police l'autorisa à porter une arme à feu. Peu avant le début de sa maladie, un ami lui ayant dit que ce nègre était dans la ville où elle vivait alors avec son mari, elle eut des hallucinations de l'ouïe : coups de feu, accusations d'être amoureuse d'un nègre. Ménage très uni, deux grossesses en huit ans, la dernière deux ans avant son admission. Très sociable, pas d'auto-dépression, pas d'idée de persécution. Pas d'antécédents personnels ni familiaux d'alcoolisme ni de folie. En décembre 1926, scarlatine grave, délire pendant quatre jours : depuis lors hallucinations auditives ; en mai 1927, fausse couche de trois mois et nouvelle conception en juillet. Durant l'été et jusqu'à son admission, hallucinations, insomnie, fatigue, bourdonnements, diminution de 25 livres de son poids. Accouchement provoqué d'un fœtus mort depuis quelque temps Amélioration. Exeat le 17 décembre 1927. En avril 1928, rechute ; enceinte de trois mois, hysterectomie et double salpingotomie guérison de son délire chopzhénique.

Huit autres observations ont été recueillies durant le puerperium.

Première observation : Psychose de Korsakoff survenue après avortement provoqué pour cause de vomissements incoercibles. (Déjà publiée.)

Deuxième observation : Femme, 26 ans, employée dans le bureau d'un médecin ; à 22 ans, elle a la douleur de perdre de mort subite son jeune fiancé ; mariée à 25 ans, ménage heureux ; elle est très sociable. Gestation et accouchement normaux. Le soir du septième jour du puerperium, le mari d'une voisine de lit étant venu à l'hôpital, elle rêve la nuit que cet homme a volé son enfant ; le jour suivant elle est délirante, puis agitée ; hallucinations sensorielles : durant plus d'un an. A son entrée à l'hôpital, l'examen de l'état général avait été négatif. Diagnostic : réaction maniaque, hallucinée à forme délirante.

Troisième observation : A 33 ans, accouche d'un sixième enfant : le troisième jour après, douleurs hygogastriques et céphalalgies : utérus sensible, fièvre, pouls à 140, leucocytes 14.800, polynucléaires 88 %. Au huitième jour, elle expulse un gros caillot : le lendemain caillots et fragments de membranes, frissons et délire, légère quantité d'albumine, nombreux cylindres hyalins, leucocytes et quelques globules rouges dans l'urine. Durant les deux semaines suivantes persistent frissons et fièvre, confusion et désorientation mentales. Involution utérine lente et forte pyurie. Rétablissement long, mais complet. Diagnostic : grossesse, subinvolution, pyélite, psychose toxique.

Quatrième observation : Une tertipare, de 27 ans, six jours avant d'accoucher prématurément d'une fille mort-née de 7 mois, se plaint de gêne dans la déglutition, de pesanteur épigastrique, n'accepte que du lait ; nausées et vomissements contenant quelques globules rouges vifs ; surexcitation cérébrale durant la parturition. Après l'accouchement, difficulté de déglutition, nausées et vomissements et, le troisième jour, elle perd la raison et a des hallucinations auditives et visuelles ; fièvre, pouls à 130, leucocytes 13.000. La confusion mentale disparaît et la température retombe au bout de quatre jours. Durant la période des accidents sensibilité de l'utérus à la palpation profonde ; lochies rares et fétides. Rétablissement rapide. Diagnostic : accouchement prématuré avec mort-né, saprémie, psychose toxique.

Cinquième observation : Secondipare de 29 ans dont la grand'mère et une tante maternelle ont fait de la psychose puerpérale. Puerperium sans histoire jusqu'au quatrième jour où s'installent surexcitation psychomotrice, hallucinations de l'ouïe et de la vue. Le fond de l'utérus est à mi-chemin de l'ombilic, pertes rouges foncées, fétides. Température normale, pouls 88 ; leucocytes 14.000, cellules polynucléaires 85 %. L'infection utérine diminua lentement et, graduellement, les troubles mentaux disparurent. Diagnostic : infection utérine, psychose toxique.

the Puerpuerium (Psychoses toxiques de la gravidité et puerperium). *Amer. Jour. of Obstetrics and Gynecology*, N° 6 vol. XXV, Juin 1933, page 792.

Sixième observation : Une primipare, de 19 ans, a ses dernières règles le 7 mai 1930 ; le 5 février, convulsion généralisée suivie d'un œdème considérable des mains, de la face et des pieds ; elle fait quatre autre convulsions et entre à l'hôpital en demi-coma ; œdème périphérique accusé ; tension 16/10 ; deux grammes et demi d'albumine par litre d'urine. Césarienne classique ; fille vivante. Amélioration, abaissement de la tension, la torpeur cérébrale disparaît, mais l'œdème persiste. Le 11 février, la température rectale s'élève un peu et la raison s'égare, erreur des sens et hallucinations. Lochies fétides ; cicatrice abdominale en bonne voie. La température monte le 17 février et on compte 12.800 leucocytes. Abcès de la glande vulvo-vaginale droite, ouvert spontanément le 22. La température tombe lentement, les troubles mentaux disparaissent et la patiente quitte l'hôpital le 7 mars en bonnes conditions. Diagnostic ; éclampsie, saprémie, abcès vulvovaginal, psychose toxique.

Septième observation : Tertipare de 28 ans : le 11 décembre 1931 accouchement à terme, provoqué par ocytocique et rupture des membranes, d'un enfant normal. Le lendemain, température, utérus sensible. Le 15 décembre, hallucinations de l'ouïe et de la vue, avec idée de persécution. Hémoglobine 80 % (Sahli) globules rouges 5.400·000, leucocytes 13.000, polymorphonucléaires 75 % ; la température baisse lentement et remonte le 21 décembre ; le lendemain 24.400 leucocytes et polynucléaires 90 % ; subinvolution de l'utérus qui reste sensible ; lochies abondantes et fétides. Le 27 janvier la patiente semble rétablie ; on pratique une périnéorrhaphie et une double salpingotomie. Vingt-quatre heures après l'intervention rechute mentale, mais atténuée. Rétablissement rapide. Diagnostic : saprémie, psychose toxique avec rechute post-opératoire.

Huitième observation : Secondipare de 28 ans, légèrement alcoolique, a conçu son second enfant peu après son premier accouchement et sans avoir été réglée entre temps. Peu après l'imprégnation, son mari pour la troisième fois, est condamné à la prison pour vol. Elle cache le fait à sa famille et vit avec sa belle-famille à laquelle elle ne parut ni morose ni désespérée contrairement au dire de la direction du dispensaire. Durant l'accouchement, elle ne s'aide pas. Le puerperium évolua sans incident jusqu'au septième jour, où elle accuse les infirmières d'avoir brûlé son enfant et de la maltraiter. Le lendemain, température normale et pouls 102, le surlendemain leucocytes 9.800 et 58 % de polynucléaires, légère sensibilité de l'utérus en faible, subinvolution. La température descendit lentement, les lochies prirent une mauvaise odeur et le désordre mental cessa dans la huitaine. Diagnostic : infection intra-utérine, psychose toxique.

Etiologie. — (A) *Hérédité* : Dans un seul cas, hérédité familiale. Ellery a insisté sur la difficulté d'être éclairé sur ce point par les familles.

(B) *Santé avant, pendant et après la gestation* : dans tous les genres de psychoses, l'état général joue un rôle important. Les maladies infectieuses, anémies, troubles menstruels, gestations rapprochées ou toxémies peuvent être des causes déterminantes. Cinq patientes avaient été atteintes de vomissements incoercibles. Un cas d'avortement provoqué, suivi de deux gestations rapprochées. Sept infections, une pyélite, cinq infections intra-utérine, une éclampsie avec Bartholinite suppurée.

L'adaption mentale à l'ambiance sociale et économique de la gestante est aussi importante que sa santé somatique. Appréhensions et chagrins sont le lot de la mauvaise santé et des aberrations mentales.

(C) *La constitution individuelle* : un sujet bien équilibré ne délirera pas au cours d'une toxémie fébrile tandis qu'une prédisposée atteinte du même mal, fera de la psychose toxique.

(D) *Gravidités* : Les multipares sont plus sujettes aux psychoses que les primipares : 4 contre 9 sur les 13 observations. Les gestations répétées peuvent parfois avoir une infinence prépondérante, comme dans l'observation cinq.

Fréquence : La statistique de Zilborg fournit, sur 10.000 cas, 8, 7 % de psychoses gravidiques. Divers comptes rendus d'instituts de psychiatrie ont montré que le groupe de psychose par infections toxiques atteint 32, 36, 34, 48 % : la similitude des chiffres garantit leur authenticité. D'autre part, ils ne répresentent pas le chiffre réel parce que beaucoup de cas de courte durée ne leur sont pas envoyés.

Période d'incubation : La soudaineté des crises et la résistance du cerveau à leur éclosion rend difficile la fixation de la durée de l'incubation. La moyenne de Strecker, du moment de l'accouchement au début de la crise est de vingt-deux jours, celle de l'auteur de neuf.

Symptomes et diagnostic : Des troubles dans le sensorium sont caractéristiques du délire toxique. Dans les cas produits par infection, l'élévation de la température, la leucocytose et autres signes d'infection aident au diagnostic, pendant que dans les toxémies vraies les signes physiques de laboratoires sont des guides. On doit naturellement exclure les autres types de psychoses et le diagnostic différentiel a été bien établi par Strecker et Zilborg.

Traitement : Avant l'accouchement la conduite à tenir est dictée par les symptômes physiques. Dans chaque cas particulier on jugera si le contenu de l'utérus doit être évacué ou non. On admet généralement que dans les hyperémésies ces gestantes, qui font de la névrite périphérique et de la psychose, l'avortement médical n'est d'aucun profit. Dans les cas où le fœtus est mort la question d'opportunité ne se pose pas.

Pendant la grossesse et le puerperium le repos absolu, la tranquillité, faciliter l'élimination, l'emploi de sédatifs doux, l'éloignement et le traitement de la cause constituent le traitement des psychoses.

L'aliéniste, dit Higgins, ne voit guère la patiente que lorsque le mal est établi, aussi incombe-t-il à l'accoucheur de porter toute son attention sur l'hérédité, les antécédents, les réactions gravidiques des gestantes: les premiers signes de perturbations mentales. Strecker a insisté sur l'utilité de l'action préventive. L'insomnie, l'état anxieux, la fatigue physique ou mentale, les modifications dans le caractère doivent faire redouter l'éclosion d'une psychose et dictent la conduite thérapeutique.

Aux femmes qui ont eu un premier accès il faut déconseiller les gravidités ultérieures, tout comme à celles à bassins rétrécis, ou atteintes de maladies constitutionnelles.

Pronostic : L'évolution varie de peu de jours à plusieurs semaines, mois où à la démence définitive. Dans la maladie de Korsakoff avec hyperemésies, le pronostic est sombre : 80 % des patientes de l'auteur décédèrent. Dans les autres cas, toutes guérirent. Stecker relate 76 % de rétablissements et Ellery 49 % ; et. 18 et 33 % respectivement de leurs patientes restèrent définitivement démentes et le surplus périt.

Henri Vignes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1933

M. Mouchet, président, prononce l'éloge de M. E. Quénu. La séance levée en signe de deuil, est reprise à 15 h. 45.

M. Mouchet fait part du décès de M. Kummer de (Genève) et de Don S. Recasens, doyen de la Faculté de Madrid.

A propos des rectites proliférantes et sténosantes. — *M. Sénèque* insiste sur la difficulte du diagnostic étiologique. Il rappelle les acquisitions récentes sur la maladie de Nicolas-Favre. L'existence d'une réaction de Frei positive ne suffit pas à incriminer cette étiologie : l'inoculation au cobaye doit systématiquement la confirmer. Pour M. Sénèque, un traitement précoce et énergique est susceptible d'ameliorer grandement les lésions.

Opération de Hay-Groves. — *M. Sorrel* rapporte une observation de M. Barret (d'Angoulême). Chez un malade présentant un signe de tiroir très net, l'arthrotomie du genou transrotulienne montre l'intégrité des ligaments croisés. L'auteur fait néanmoins une opération de Hay-Groves. Excellent résultat.

M. Alglave estime que les ligaments latéraux sont tout, que leur réparation s'impose et suffit.

Surrénalectomie. — *M. Proust* rapporte cette observation de M. Ody (de Genève). Chez une hypertendue, présentant par ailleurs un aspect radiologique de tumeur supra-rénale, l'ablation d'une énorme surrénale droite, par voie postérieure amène en quelques heures la disparition de l'hypertension.

Syndrome péritonéal d'origine rhumatismale. — *M. J. Quénu* rapporte deux observations de M. Stoinovitch (de Belgrade). Dans la première observation, le diagnostic d'appendicite est posé ; les parents refusent l'intervention et le lendemain l'apparition de douleurs articulaires infirme le diagnostic d'appendicite. L'auteur insiste sur les quelques nuances qui peuvent faire penser à un syndrome péritonéal d'origine rhumatismale et rappelle les observations déjà publiées.

M. Sauvé estime que le diagnostic est parfois extrêmement difficile à poser et que la médication salicylée peut rendre des services. Il cite un cas où une fausse appendicite marqua le début d'une endocardite mortelle.

M. Leveuf pense que l'examen de sang peut parfois aider au diagnostic.

Biloculation gastrique. — *M. H. Hartmann* a opéré 47 cas d'estomac biloculaire avec cinq morts. Dans sa dernière série (1921-1932) la mortalité est tombée à 5,2 %. L'auteur étudie les résultats des diverses techniques (résection médio-gastrique, gastro-entérostomie sur la poche supérieure, gastro-entérostomie double, gastrectomie) et conclut que ces diverses interventions ont chacune leurs indications propres et donnent toutes des résultats éloignés excellents, lorsque l'indication a été bien posée.

M. Soupault insiste sur la fréquence de la biloculation dans le sexe féminin et l'oppose à la fréquence de la perforation chez l'homme.

Opération d'Ody. — *M. de Fourmestraux* (de Chartres) a réalisé une fois le drainage sous-occipital avec un plein succès. Dans un autre cas, l'auteur a eu le plus grand mal à parvenir à l'arc postérieur de l'atlas. Le coma ne disparut nullement et le blessé mourut dans les quarante-huit heures.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 octobre 1933

Effets favorables de l'Uréa Stibamine dans le traitement des formes stibio-résistantes du Kala-Azar. — *MM. d'Œlsnitz* et *Carcopino* (Nice) rapportent des faits soulignant l'action remarquable de l'Urea Stibamine dans le traitement du Kala-Azar autochtone de l'adulte et de l'enfant. Les auteurs montrent que dans des cas où les sels minéraux et même certains composés organiques généralement actifs, ont été mal tolérés, ou insuffisants à provoquer la guérison, la mise en œuvre du traitement par l'Uréa Stibamine en injections intraveineuses avec une posologie qu'ils précisent, provoque une amélioration rapide évoluant vers une guérison stable. Ils estiment qu'à l'heure actuelle il est indiqué d'utiliser plus fréquemment ce produit et particulièrement quand on constate une stibio intolérance ou une stibio résistance aux composés stibiés premièrement employés.

Spirochétose ictéro-hémorragique. Bacillémie concomitante à paratyphique B. — *MM. E. Ledoux* et *Ratel* (Besançon).

Un cas d'angor aigu coronarien fébrile avec pouls alternant. — *MM. A. Portocalis* et *D. Sarantos* rapportent un cas d'angor aigu coronarien ; à la suite de la crise qui dura cinq jours apparut un pouls alternant avec fièvre à 39°. Les auteurs pensent que les signes observés, pris isolément, n'ont aucune valeur alors qu'envisagés dans leur ensemble, ils constituent un syndrome : l'angor aigu coronarien fébrile.

Bacillémie tuberculeuse muette seconde au cours d'une septicémie à staphylocoques. — *M. René S. Mach* et *Mme Evelyn Mach* (de Genève) apportent une observation

d'endocardite mitrale avec septicémie et abcès du cerveau. Les hémocultures sur bouillon ont donné du staphylocoque doré et du bacille de Pfeiffer. Une hémoculture au laboratoire du Professeur Lœwenstein a mis en évidence du bacille de Koch pathogène pour le cobaye, et sans action sur la poule et le lapin. Les bacilles de Koch ont été retrouvés par culture du sang du cadavre. Le tableau clinique et anatomo-pathologique de cette malade est celui d'une septicémie à staphylocoques. Le bacille de Koch n'a joué aucun rôle pathogène et c'est comporté comme un saprophyte inerte. Les auteurs proposent d'appeler ces migrations bacillaires non pathogènes des « *bacillémies tuberculeuses muettes secondes* ».

Sarcome du poumon avec grandes cavités contenant un liquide hématique qui simulait une pleurésie hémorragique. — MM. *J. C. Mussio-Fournier, A Bertolini* et *J.-M. Cervino y. A. F. Roca* (Montevideo).

Agranulocytose post-stovarsolique. — MM. *Ed. Benhamou, P. Temim* et *R. Lofrani* rapportent l'observation d'un homme de 49 ans, tabétique et paralytique général, qui présenta une agranulocytose associée à un purpura hémorragique, au cours d'un traitement par le stovarsol sodique.

L'agranulocytose, relativement fréquente après l'emploi des arsenicaux trivalents, des arsénobenzènes, est exceptionnelle avec les arsenicaux pentavalents, et en particulier n'a pas encore été signalée après les injections de stovarsol sodique. L'existence de grandes hématémèses, sans ulcus avéré, dans les antécédents du malade était peut-être déjà en rapport avec un « sol hématique » anormal, sans parler du rôle si souvent discuté de la syphilis même dans la pathogénie de ces syndromes agranulocytaires. La conclusion pratique qui découle de cette observation, c'est qu'il faut systématiquement s'assurer, comme pour les arsénobenzènes, de la formule sanguine au cours du traitement par le stovarsol, surtout quand les malades présentent une asthénie progressive, une angine, ou une tendance aux hémorragies spontanées.

Syndrome rétro-olivaire avec grands troubles de la déglutition chez un syphilitique. Guérison. — MM. *Bacaloglu* et *Vasilesio* (Bucarest).

Un cas de forme cutanée ulcéreuse de lymphogranulomatose maligne. — MM. *Etienne, Drouet, Florentin* et *Louyot* (Nancy).

Polyarthrite chronique. Isolement d'un bacille paratuberculeux au niveau des lésions articulaires. — MM. *F. Coste, A. Saenz* et *L. Costil* presentent une femme atteinte d'une polyarthrite chronique remontant à vingt ans et ayant entraîné de considérables lésions térébrantes de certaines extrémités articulaires. L'étiologie demeurait inconnue et la malade a été très ameliorée par la chrysothérapie. La biopsie d'une petite nodosité développée sur une articulation phalangineuse y a montré de très nombreux bacilles acido et alcoolo-résistants, que leurs caractères de cultures et leur absence de pouvoir pathogène pour les animaux de laboratoire permettent de considérer comme des bacilles para-tuberculeux. Les auteurs insistent sur la nécessité de poursuivre l'identification complète des germes ainsi découverts au niveau de formations pathologiques diverses, car une étude trop hâtive risquerait de les faire prendre pour des bacilles tuberculeux vrais. Ils font toutes réserves sur la signification de ces bacilles paratuberculeux qui ne sont souvent que des saprophytes.

Lithiase et adipose du pancréas. — MM. *Pasteur Vallery-Radot, A. Miget* et *Mlle Gauthier-Villars* rapportent un cas de lithiase et adipose du pancréas associées.

Le diagnostic ne put être fait pendant la vie. A l'autopsie on constata que le pancréas était entièrement transformé en une masse adipeuse, au milieu de laquelle on percevait à la palpation des concrétions extrêmement dures. Il s'agissait de nombreux calculs qui oblitéraient presque en totalité les canaux excréteurs anormalement dilatés. L'examen histologique montra que le fragment pancréatique prelevé était en majeure partie formé de tissu graisseux homogène, parcouru de quelques travées fibreuses grêles et dépourvu presque entièrement d'éléments pancréatiques reconnaissables. Ce cas vient s'ajouter aux observations exceptionnelles, jusqu'ici relatées, de lithiase et adipose du pancréas associées.

Un cas de septicémie à « micrococcus catarrhalis », rhinopharyngite, néphrite aiguë, méningite. — MM. *Chr. Zœller, G. Andrieu, R. Crosnier* et *J. Passa* rapportent l'observation d'un malade ayant présenté une méningite cérébro-spinale associée à une néphrite aiguë hémorragique : le germe en cause décelé dans le liquide céphalo-rachidien, les urines, le mucus rhino-pharyngé était un « micrococcus catarrhalis ».

Fait assez rare au cours des méningites à pseudo-méningocoques, leur malade a guéri. Ils insistent sur la nécessité d'une identification minutieuse des germes isolés au cours des méningites cérébro-spinales.

Syndrome agranulocytaire à forme typhoïde d'emblée avec anémie et syndrome hémorragique. — MM. *G. Andrieu, C. Jaulmes* et *J. Passa* relatent l'observation d'un adulte qui présenta un syndrome agranulocytaire à forme typhoïde d'emblée avec anémie et syndrome hémorragique. En raison du chiffre élevé des cellules monocytaires atypiques du type « cellules de Rieder » leur observation est difficilement classable. Elle établit peut-être le trait d'union entre les formes d'insuffisance totale de la moelle osseuse et l'hyperplasie leucémique.

Enchondrome isolé de l'humérus chez un adulte. — MM. *Duvoir* et *Pollet* ont observé chez un adulte un enchondrome isolé de l'humérus, en voie d'ossification, développé à la faveur d'une dyschondroplasie du cartilage conjugal de l'extrémité supérieure. Ils pensent que chez cet homme qui présente un raccourcissement de l'humérus atteint, datant de l'adolescence, la tumeur a débuté pendant la croissance, puis est restée stationnaire jusqu'au jour où, une trentaine d'années plus tard, elle s'est développée assez rapidement vraisemblablement sous une influence traumatique.

Pneumonie à rechutes avec séquelles radiologiques persistantes et développement rapide d'une sclérose pulmonaire. — MM. *Duvoir, Pollet* et *Couder* rapportent l'observation d'un sujet qui présenta une pneumopathie ayant l'allure clinique parfaite d'une pneumonie aiguë. Mais ce sujet, dont l'état général était très déficient, avait déjà présenté pendant les mois précédents deux épisodes pulmonaires analogues, mais assez traînants pour qu'on ait songé à la tuberculose. La radiographie révélait un aspect pommelé diffus strictement unilatéral occupant la presque totalité du champ pulmonaire droit. Cet aspect radiologique persistait encore deux mois plus tard, simplement atténué, mais avec adjonction d'une sclérose rétractile rapidement progressive. Il s'agit là d'un de ces cas de pneumonie simulant la tuberculose pulmonaire dont des exemples ont été rapportés récemment par MM. Léon Bernard, Rist, Caussade.

Anémie chronique à évolution prolongée chez une myxœdémateuse. — MM. *Pr. Merklen, H. Gounelle* et *L. Israel* rapportent l'observation d'une femme de 41 ans atteinte de myxœdème avec anémie chronique de type hypochrome. Le traitement vraiment efficace a été l'association fer-thyroïde amenant des taux sanguins durables et normaux avec amélioration concomitante des signes d'hypothyroïdie. Rapprochant cette malade de deux faits précédents d'anémie hypochrome chronique essentielle, les auteurs discutent l'origine thyroïdienne de l'anémie qu'ils considèrent en ce cas comme secondaire au myxœdème.

La bronchectasie avec condensation pulmonaire rétractile des tuberculeux. — MM. *Ameulle* et *Perreau* ont observé assez fréquemment chez les tuberculeux l'apparition rapide de condensations pulmonaires rétractiles qui auraient pu être interprétées comme des poussées d'infiltration évolutives, ou des symphyses pleurales épaisses, ou de l'atélectasie massive par oblitération bronchique. Ils ont fait systématiquement la bronchographie lipiodolée et ont trouvé, dans six cas, des dilatations bronchiques.

Ils attirent l'attention sur cette triade symptomatique : condensation pulmonaire avec opacité radiologique, rétraction de la zone condensée et dilatation bronchique.

Ils pensent que dans ces cas, et peut-être dans bien d'autres cas de dilatation bronchique, le rôle principal est joué par une oblitération de l'artère bronchique qui, dans un cas observé par Ameuille et Mézard, était due elle-même au voisinage d'un ganglion tuberculeux. Dans un grand nombre de cas au moins, il se pourrait que la bronchectasie fût l'expression d'un trouble grave de la circulation dans l'artère bronchique. Le rétablissement de la circulation par l'artère pulmonaire à l'aide des anastomoses qui existent entre son système et celui de l'artère bronchique même, expliquerait l'état angiomateux observé dans celle-ci au cours d'un grand nombre de

bronchectasies et les hémoptysies qu'il provoque. Elle expliquerait aussi, par le court-circuit qu'elle établit entre la grande et la petite circulations, l'hippocratisme digital observé si constamment au cours des bronchectasies.

Sur un cas de rhumatisme de Chauffard-Still associé à une polynévrite extenso-progressive. — *MM. E. Sergent* et *H. Mamou* rapportent le cas d'une femme de 51 ans atteinte de rhumatisme de Chauffard-Still associé à une polynévrite extenso-progressive et à d'importants troubles trophiques portant sur les phanères. Bien que des recherches faites pour déterminer l'étiologie de ce syndrome n'aient mené qu'à des constatations négatives, les auteurs tendent à incriminer dans leur cas l'étiologie tuberculeuse.

Ictère et obstruction cholédocienne. — *MM. Garnier, Costedoat* et *Gatellier* rapportent un cas d'ictère « dit catarrhal » dans lequel le diagnostic de stase cholédocienne fut confirmé par l'intervention. Celle-ci montra un ganglion volumineux comprimant la voie biliaire principale. L'opération fut suivie de guérison.

M. Brûlé croit que, dans ce cas, il s'agit en réalité d'un ictère infectieux, bénin, dont la durée a été anormalement prolongée par l'obstacle sur le cholédoque qui ne peut, à lui seul, expliquer l'ictère.

M. Chabrol est du même avis que M. Brûlé.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 octobre 1933

Traitement des colibacilloses par les bactériophages. — *M. P. Labignette* estime que les colibacilloses et les pyélonéphrites gravidiques, en particulier, sont susceptibles d'être guéries ou améliorées considérablement par l'emploi des bactériophages polyvalents de d'Hérelle. Il indique les différentes modalités de la technique un peu spéciale employée par lui dans l'application de ce traitement. Les résultats thérapeutiques constatés sont excellents et le contrôle bactériologique confirme absolument la guérison clinique.

Colloïdes et micelloïdes. — *M. G. Rosenthal* présente ce livre d'*Auguste Lumière* soutenant que la floculation, c'est-à-dire la précipitation des colloïdes, explique la pathogénie tant de l'anaphylaxie que d'un grand nombre de maladies. La théorie de la floculation est une théorie physique qui vient s'ajouter aux théories chimique et infectieuse, et même nous donner l'explication de la vie, de la maladie et de la mort. La vie est liée à l'état colloïdal, la maladie à l'altération de l'état colloïdal, la mort à la suppression de l'état colloïdal par la floculation.

Le formulaire de l'injection intrapulmonaire transthoracique. — *M. G. Rosenthal* soutient qu'est injectable dans le tissu pulmonaire par ponction directe toute solution aqueuse isotonique que la pratique a montré pouvoir être tolérée en injection intraveineuse et intramusculaire. Cette méthode permet la vaccination à la Besredka, la sérothérapie directe et dans le traitement du tuberculeux de début l'usage des injections directes d'allochrysine ou de sels d'or en solution aqueuse isotonique.

Alimentation et crises d'épilepsie. — *M. Hartenberg* est d'avis que l'alimentation exerce une influence, bonne ou mauvaise, sur les accidents épileptiques par divers facteurs : Composition chimique des aliments, toxicité, digestibilité, mode de préparation, consistance solide ou liquide, volume des repas, mastication, état du tube digestif, simple absorption d'aliments. En tenant compte de ces divers facteurs, sont utiles ou simplement inoffensifs : les viandes rôties ou grillées, le poisson bouilli, les légumes verts à l'eau, le beurre cru, les fruits cuits sans sucre.

Comment déterminer la valeur fonctionnelle du ventricule gauche. (Epreuve de Govaerts modifiée). — *M. A. Pruche* (de Brest) montre qu'une épreuve fonctionnelle ventriculaire gauche doit être une épreuve de debit, car les variations tensionnelles après exercice sont inaptes à renseigner sur la valeur du ventricule gauche. L'épreuve doit être pratiquée, aussitôt après un exercice unité, en décubitus et consiste à rechercher les perturbations circulatoires causées par l'exercice dans des territoires vasculaires autres que ceux irriguant les muscles qui ont travaillé. Les perturbations recherchées sont celles concernant les variations de vitesse et de débit.

On utilise, en l'appliquant au membre supérieur droit, l'épreuve de la réplétion veineuse de Govaerts, épreuve rendue clinique par un dispositif permettant l'enregistrement pléthysmographique non sanglant. On obtient par cette épreuve le temps de la réplétion veineuse. Il faut de plus, faire intervenir la valeur, variable, de la capacité à remplir et tenir compte aussi et surtout de la valeur actuelle des résistances périphériques sur lesquelles le myocarde travaille.

L'indice dynamique ventriculaire gauche, normalement égal à 1, basé sur la connaissance de ces divers éléments, permet d'apprécier cliniquement et à coup sûr la valeur fonctionnelle du cœur gauche, de suivre l'évolution d'une cardiopathie, et d'objectiver biométriquement un effet thérapeutique.

Gonocoques et pseudo-gonocoques. — *M. Grimberg* expose que : 1° Le gonocoque est une race microbienne bien déterminée, mais le pseudo-gonocoque ne l'est pas. Ce dernier comprend, dans sa définition, les erreurs de technique et de diagnostic que l'on peut commettre dans la recherche du gonocoque. 2° Il n'est nullement démontré bactériologiquement que les staphylocoques et les colibacilles puissent prendre la forme exacte du gonocoque. 3° Après une phase de virulence, le gonocoque peut devenir plus ou moins avirulent, cette phase n'excluant pas la possibilité de réveils. 4° Les gonocoques avirulents ne peuvent donner lieu à aucune réaction sérique.

LUQUET.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Douleur et chaleur humide

Certains nerfs semblent avoir été placés par la nature comme sentinelles, pour avertir de l'imminence d'un danger. Doués d'une plus grande susceptibilité aux manifestations inflammatoires, ces nerfs ou groupes de nerfs font entendre un cri de souffrance dès que les microbes envahissent les organes.

On sait que les recherches ont démontré que les affections réagissent favorablement à l'application d'une chaleur humide, constante, prolongée. Sous son influence, on constate :

a) un lavage des tissus ;
b) une accélération de la résorption ;
c) une amélioration de la nutrition cellulaire ;
d) une régression de l'infiltration.

Grâce aux propriétés absorbantes de ses composants, l'Antiphlogistine agit énergiquement sur la muqueuse, pour assurer l'élimination des produits de déchet, rendant ainsi au sang un maximum de vitalité réparatrice par un développement accentué de ses éléments propres : vitamines, oxygène, leucocytes, anticorps, etc.

Dans le traitement des cas d'urgence journaliers, tenant compte des avantages et désavantages de tout autre procédé thérapeutique, les cliniciens de réputation internationale trouvent que, dans le but de prévenir ou de traiter le processus inflammatoire local et d'éviter la suppuration, l'Antiphlogistine recouverte d'un taffetas imperméable, se montrera d'une particulière activité.

« On parle souvent de la réforme des études médicales : c'est à mon sens par la réforme de la matière enseignée que l'on devrait débuter.

Il est indispensable de signaler dès le début à l'étudiant ce qui est certitude et ce qui n'est que probable, ce qui est essentiel et ce qui n'est qu'accessoire. En un mot, le classement, l'ordre, font complètement défaut, peut-être même en raison d'une révolution véritable dans nos idées, qui se précise chaque jour davantage, mais n'est soupçonnée que par bien peu d'auteurs. Quelles que soient les causes du malaise, peu importe ! Notre génération doit à celle qui la suit un grand effort vers la clarté. » (Arnault TZANCK. — Les doctrines médicales. Introduction à l'étude de l'immunologie moderne. *La Presse médicale*, 20 septembre 1933.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le docteur J.-F. Terme (1791-1847), maire de Lyon — *De M. Jean Vermorel, dans le* LYON RÉPUBLICAIN.

Jean-François Terme, maire de Lyon, né le 11 juillet 1791, fut reçu docteur en médecine à Paris.

Venu s'étaglir dans sa ville natale, il ne tarda pas à donner son concours à toutes les organisations sociales de son temps. La révolution de juillet le trouva prêt à soutenir le nouveau régime. Il devint très vite l'homme le plus influent de Lyon dans le parti libéral. Conseiller municipal, adjoint au maire à l'âge de trente-neuf ans, Terme connut pendant près de vingt ans la plus légitime des popularités.

C'est l'Hôtel-Dieu qui dut le plus à M. Terme. Grâce à lui, nos hospices furent pourvus de créations utiles, de sérieuses et indispensables améliorations. Il aménagea tout particulièrement l'hospice de la Charité et il fit accroître les budgets hospitaliers.

Nul n'ignore l'établissement des « tours » de la Charité, destinées à recueillir les enfants abandonnés. Dans ses écrits, comme dans ses discours, Terme se montra l'adversaire de ces tours et il demanda énergiquement leur suppression. Il les considérait comme « une provocation incessante » à l'abandon des enfants, un « encouragement permanent à l'immoralité ».

Il estimait que les enfants illégitimes « devaient être déclarés à bureaux ouverts, comme les enfants légitimes », et que les soins qui leur étaient donnés, dès le berceau, ne pouvaient, en aucun cas, incomber à leurs mères, qu'elles fussent mariées ou non.

C'est par ordonnance royale du 3 novembre 1840, que — succédant à Christophe Martin, maire de 1835 à 1840, — le docteur Terme fut nommé maire de Lyon. Cette ordonnance fut renouvelée le 3 septembre 1843.

Le programme d'édilité qu'il prépara fut en grande partie exécuté. Il créa des rues nouvelles, transforma l'ancien quartier de la Boucherie des Terreaux, ouvrit la rue Bourbon, élargit la rue Centrale et la rue des Bouquetiers. C'est à Terme qu'est due la création du quai Fulchiron. C'est sous son intelligence administration que l'on reconstruisit le pont du Change, auquel fut donné le nom de pont de Nemours et que furent élargis les quais Villeroy et Saint-Antoine. La lumière fut donnée plus largement par l'éclairage au gaz et les trottoirs, qui n'étaient alors qu'en très petit nombre, bordèrent les chaussées dans les rues et sur les places.

Une des grandes préoccupations du docteur Terme fut la question de l'alimentation de Lyon et il fit agrandir d'une façon convenable les abattoirs.

C'est pendant son mandat que Lyon connut le dur moment des inondations de 1840. Au cours de ces événements, son attitude fut digne d'éloges.

Sous son impulsion généreuse, la pitié des Lyonnais trouva plus d'une occasion de secourir les victimes des désastres. A Paris eut lieu un élan charitable que provoqua d'ailleurs M. Terme qui avait, dans la capitale, de solides et célèbres relations.

Mme Récamier, attendrie, contribua au soulagement des infortunes lyonnaises. Elle organisa, par souscription, une soirée au bénéfice des inondés. On se disputa l'honneur de placer les billets. Le prix fixé à vingt francs fut toujours dépassé.

M. Edouard Herriot a conté ainsi cette belle fête de charité, donnée pour les Lyonnais malheureux : « Dans l'hiver de 1840 à 1841, le Rhône et la Saône ayant inondé Lyon, Mme Récamier organisa au profit de ses compatriotes une soirée par souscription. Lady Byron paya cent francs son billet et profita de la circonstance pour faire deux visites à l'Abbaye. Le duc de Noailles organisa un buffet. Chateaubriand fit les honneurs. Rachel récita une parodie d'*Esther*. » Chateaubriand, nous dit M. Herriot, était au déclin de sa vie : « Emu, mais ralenti par l'âge, M. de Chateaubriand se souleva sur ses genoux tremblants, et, s'approchant de l'admirable artiste : « Quel chagrin, lui dit-il, d'une voix affaiblie, de voir naître une si belle chose quand on va mourir ! » — Mais, Monsieur le vicomte, lui répondit Rachel, d'un ton animé et pénétrant, comme si elle continuait la prière il y a des hommes qui ne meurent pas ! » (1).

Le docteur Terme fut élu député du Rhône et le demeura de 1843 à 1847. Il rendit à notre cité de grands services, à la Chambre où il était écouté avec un respect et une attention que méritaient la droiture de son esprit et la précision de ses interventions à la tribune.

Lyon aima le docteur Terme pour la simplicité avec laquelle il se mêlait à toutes les classes de la société.

Lorsque le duc d'Aumale vint à Lyon, sur le passage du cortège, Terme fut l'objet d'une manifestation chaleureuse. Le prince sentit, sans dépit d'ailleurs, que les acclamations allaient plus au maire qu'à lui-même.

Jean-François Terme mourut subitement le 8 décembre 1847, à l'Hôtel de Ville, âgé de cinquante-cinq ans.

Lorsque, le lendemain, la maison commune prit sa parure de deuil, toute la population y accourut pour voir, une dernière fois, le fier visage du maire qui, au cours d'un mandat trop tôt expiré, avait donné à Lyon toutes les qualités de son esprit et de son cœur.

(1) Edouard Herriot « Madame Récamier » et ses amis (tome II). Paris 1905.

Varia. *Assurances sociales. Le Docteur L. Bruel écrit dans* l'INFORMATEUR MÉDICAL (*Lettre d'un médecin de province*) :

Le médecin n'avait pas assez de responsabilités, les Assurances sociales viennent, avec l'assentiment des dirigeants des médecins de créer des délits nouveaux :

Abus de prescriptions pharmaceutiques.
Abus de prestations médicales.
Erreur de dates sur les certificats.

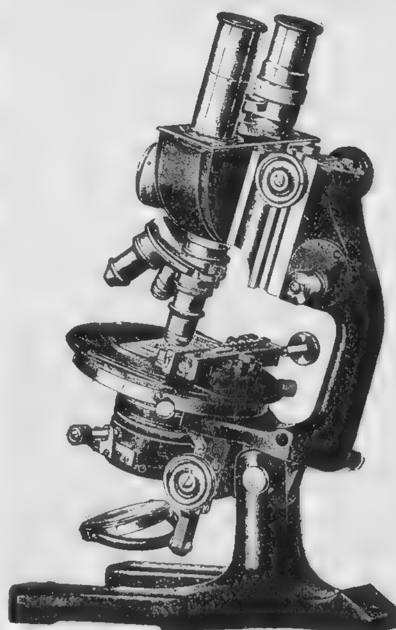
Ces délits ne sont pas passibles de la peine de mort, c'est vrai, mais ils entraînent l'inculpation, devant « un conseil de famille », la condamnation à la privation du droit de soigner les assurés sociaux pendant un mois, trois mois, six mois ou plus. Cette condamnation, comme en matière de police des chemins de fer, doit être affichée dans les locaux où exerce le médecin.

Pauvre médecin ! Molière, le terrible ennemi n'avait pas prévu semblable supplice.

Pauvre bougre qui a peiné jusqu'à 17 ans pour devenir bachelier, jusqu'à 25 ans pour gagner son diplôme, jusqu'à 30 ans pour travailler « au pair ».


L'
Zn O2
EKTOGAN


HÉMOPAUSINE
TROUBLES de la CIRCULATION DU SANG
DU DOCTEUR BARRIER
HÉMORROÏDES
PHLÉBITES



Haro contre le médecin ! Il a prescrit trop de médicaments. Il a fait trop de visites. Dans un moment de grande hâte il a confondu 9e mois avec novembre.

A un malade, à qui il avait prescrit un litre d'huile de foie de morue, il prescrit sans se souvenir de la prescription précédente, gardée par le caissier des Assurances sociales, un deuxième litre du même liquide. Ah ! le scélérat, le complice, l'indigne diplômé !

Seulement, pour se défendre, il y a les Syndicats...

Le jour où le réseau de l'Etat veut sanctionner un mécanicien pour avoir usé trop d'huile de graissage ou trop de charbon sur un trajet et le punir pour son abus de consommation, que fait le Syndicat des mécaniciens ?

Le Syndicat des mécaniciens soutient son syndiqué. Si on veut priver celui-ci de ces faveurs que sont les primes, il proteste.

Que fait le Syndicat des médecins ?

Il réunit le « Conseil de famille » qui juge le misérable et lui applique de justes et nécessaires sanctions.

Oh ! Courteline, comme ton ombre doit tressaillir devant toute cette stupidité.

Ou le médecin qui prescrit des tonnes de médicaments ou d'objets de pansements est un fou, et il relève de l'Asile.

Ou le médecin qui combina des prescriptions dolosives est un escroc, et il y a pour lui la correctionnelle, et la prison.

Le rôle des syndicats n'est pas d'arracher à l'Asile ou à la prison leurs clients. Il n'est pas de créer des uridictions exceptionnelles.

On me répondra : « N'exagérez pas » : le « Conseil de famille » c'est la question litigieuse traitée familialement. Pas de décisions violentes, par de violences policières, on prendra une décision à l'eau bénite. On y ajoutera, pour éviter tout heurt, un peu d'huile de graissage. Vous serez exclu du service des Assurances sociales pour un mois, trois mois, six mois. Vous afficherez dans votre salon et votre salle d'attente cette décision aimable. Mais cela ne nuira guère à votre considération.

La bonne blague ! Voyez-vous le malheureux confrère, le pauvre diplômé qu'une plainte injustifiée a mené en accusé devant le « Conseil de famille » sur la plainte d'un rond de cuir des Assurances sociales.

« Il paraît qu'il est poursuivi... c'est grave », dit la rumeur publique. S'il est condamné, car c'est le terme qu'emploient les Conseils de famille, la conversation se poursuit : « Il est condamné. Songez, ma bonne dame, qu'en deux mois il avait prescrit à un constipé de ses amis trois litres d'huile de paraffine spécialisée ! Quelle honte, si c'est permis des médecins comme cela. »

S'il est acquitté, car c'est encore là le terme syndical, le procès se poursuit dans l'opinion publique. Il avait des relations, mais elles n'ont pu l'empêcher d'être poursuivi. On n'a pas osé le condamner, mais qu'avait-il pu faire pour qu'on ose le poursuivre ?

Je répète ma comparaison : Voyez-vous le Conseil de famille du Syndicat des fonctionnaires, privant de fonctions pendant trois mois, un de ses syndiqués pour avoir trop usé d'encre à stylo ! ....

FONDÉ EN 1873. — N° 45 LE NUMÉRO : 50 Centimes 11 NOVEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
C. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecin

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 30 octobre. — M. Mirbeau. Etude de la diphtérie chez le nouveau-né. — M. Boizard. Relations entre les traumatismes et les tumeurs malignes. — M. Fayet. Sur l'action thérapeutique des extraits placentaires et orchitiques.

31 octobre. — M. Fabre. L'intradermo-réaction de Frei dans la maladie de Nicolas-Favre. — M. Herscovici. De l'influence médicale française en Roumanie.

31 octobre (Thèses vétérinaires). — M. Avelange. Etude comparative des qualités de la laine suivant les régions corporelles du mouton. — M. Grador. La race ovine limousine, son élevage, son amélioration dans le département de la Corrèze.

— Par 53 voix sur 54 votant l'assemblée de la Faculté de médecine de Paris a élu M. le Professeur Tiffeneau, délégué de la Faculté, au Conseil de l'Université de Paris, en remplacement de M. le Professeur Roussy, devenu membre de droit dudit Conseil en raison de sa nomination au décanat.

Hôpitaux de province. — Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Galy, Leclercq, Mlle Flotard, MM. Jandot, Mollinger, Hutinel, Gallavardin, Mme Martin, MM. Policard, Duverne, Bardonnet (Louis), Garnier, Kohler, Gariel, Stéphant, Jacquis, Monnet, Genoud, Thory, Mitaine, Gousse, Mlle Pey, MM. Roux, Mougenot, Accart, Gallet, Caillard, Devant, Guinet, Delaigue, Lemaire, Fontbonne, Dury Mercier, Vialaron, Picard, Mlle Tribouillet, MM. Darroze, Bressot, Eyraud, Brachet, Rico, Goursolle, Forestier, Deregnaucourte, Morel, Baylon, Métral, Lanier, Mlle Gressier, MM. Tabusse, Ribollet, Eyssautier, Pellanda, Brochier, Bardonnet (Joseph), Durand, Magdinier, Berthezène, Lacoste, Causse, Nogier, Gaubens, Papillon, Chavanne, Rabat, Collet, Jarsaillon, Michallon, David, Déchavanne, Marache, Méchin, Tiguel, Niel, Musy, Vidil, Raynal, Authon, Martin (Pierre).

Externes provisoires : MM. Rosan, Longet, Gibert, Haddad, Sarroug, Mlle Nicolas, MM. Quisefit, Fabre (Pierrer), Aubert, Thillard, Saint-Dizier, Collin, Barnola, Dronot, Verrier.

Institut de statistique de l'Université de Paris. — Un cours sur la législation de l'hygiène, de la médecine et de l'assistance sociales est fait par G. Ichok, les jeudis, à 17 h. 30, à la Faculté des sciences, à la Sorbonne, amphithéâtre Le Verrier. Six leçons, dont la première, le jeudi, 9 novembre, à 17 h. 30.

Ecole d'anthropologie (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Le Docteur Briand commencera le 7 novembre 1933 une série de conférences sur l'hérédité et la génétique (les problèmes de la sexualité et les notions récentes sur l'hérédité en général). Il les continuera à l'Ecole d'anthropologie les mardis suivants à la même heure.

Les prix de la Société Médicale des hôpitaux de Paris. — 1° Prix Gingeot (1.500 francs), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « *Les œdèmes et le métabolisme de l'eau dans les affections du foie* ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, oivent être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° Prix Paul Le Gendre (3.000 francs), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « *L'enseignement de la déontologie au lit du malade. Comment apprendre aux étudiants à résoudre les problèmes sociaux, psychologiques et légaux de la pratique professionnelle* ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Caducée Normand. — Comprenant médecins, pharmaciens et dentistes exerçant en Normandie ou d'origine normande, il se réunira le 25 novembre, chez Giroix, 16, rue du Château-d'Eau, pour son dîner d'automne. Les collègues qui désireraient se joindre à eux seront les bienvenus. Prière d'écrire au président Docteur Robert Sorel, 1, rue d'Orléans, à Neuilly, ou au secrétaire général Robert Colas, pharmacien, 133, rue Lecourbe, Paris.

La XIXe Croisière médicale franco-belge (Pâques 1934) — La XIXe Croisière médicale franco-belge s'effectuera à Pâques prochain en Méditerranée et en Mer Noire, à bord du luxueux paquebot *Léopoldville* (longueur : 152 mètres, déplacement : 15.000 tonnes) de la Compagnie maritime belge.

Grâce à la grande vitesse de ce navire, il sera possible d'accomplir en seize jours un fort long périple offrant toute l'attraction de la nouveauté.

Le départ s'effectuera de Marseille le 24 mars à midi et le retour dans le même port, le 10 avril aux premières heures de la matinée. L'itinéraire, qui comporte des escales à Malte, au Pirée (Athènes) et à Stamboul (Constantinople), prévoit un arrêt de près de quatre jours à Constanza (Roumanie), de façon à permettre aux touristes de se rendre non seulement à Bucarest, mais même au cœur des Carpathes, au delà de Sinaïa. De Roumanie, le paquebot remontera jusqu'à Odessa, belle ville et grand port de l'Ukraine Soviétique.

Les horaires seront cadencés de façon à effectuer, une fois de jour, l'autre fois de nuit, la traversée des détroits.

Pour les médecins et leurs familles, il y aura des places à bord à partir de 3.900 francs belges, ce qui représente environ 2.765 francs français, en admettant que le cours du change se maintienne à 141 francs belges pour 100 francs français.

Les personnes étrangères au Corps médical sont admises à prendre part à la croisière, sur recommandation écrite de leur médecin de famille et à un tarif légèrement supérieur.

Le régime adopté à bord sera celui de la *classe unique*.

Des excursions, facultatives, seront organisées dans les escales.

Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de se faire connaître, dès que possible, sans engagement de leur part, en écrivant à la *Section des voyages de Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Un plan du navire, ainsi qu'une brochure détaillée, actuellement en préparation, seront envoyés gratuitement à toute personne qui en fera la demande.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin. — Lundi 13 novembre, à 9 heures, M. PATEY : Séméiologie des maladies infectieuses. — Mardi 14 novembre, à 9 heures, M. PATEY, Séméiologie des maladies infectieuses. — Mercredi 15 novembre à 9 heures, M. HOROWITZ : Séméiologie du système nerveux: neurone périphérique. — Jeudi 16 novembre, à 9 heures, M. HOROWITZ : Séméiologie du système nerveux : neurone central. — Vendredi 17 novembre, à 9 heures, M. PAUL : Séméiologie de l'appareil digestif. — Samedi 18 novembre, à 10 h. 30, M. le Professeur ACHARD : Infantilisme et cardiopathie.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE commencera son cours le lundi 13 novembre 1933 à seize heures au petit amphithéâtre dela Faculté de médecine et continuera ce cours les lundis suivants à la même heure.

PROGRAMME DU COURS : *Histoire résumée de la médecine française des origines à Laënnec.*

HORAIRE DES LEÇONS. — 13 novembre 1933 : Introduction à l'histoire médicale française. — 20 novembre 1933 : De la magie curatrice à l'épanouissement gallo-romain. — 27 novembre 1933 : Débuts de la médecine française : enseignement scolastique. — 4 décembre 1933 : La pratique médicale au Moyen Age. — 11 décembre 1933 : Les Facultés : Paris. — 18 décembre 1933 : Montpellier, Toulouse. — 8 janvier 1934 : Lyon, Bordeaux, Strasbourg. — 15 janvier 1934 : Les autres centres d'enseignement. — 22 janvier 1934 : La Renaissance. — 29 janvier 1934 : Ambroise Paré. — 5 février 1934 : Le XVII[e] siècle. — 19 février 1934 : Le XVIII[e] siècle. — 26 février 1934 : Les médecins dans les origines intellectuelles de la Révolution.

Hôpital Beaujon — *Négativation électrique : théorie, premiers résultats cliniques.* — Le mercredi 15 novembre et les mercredis suivants, à 11 heures, au Laboratoire central d'électro-radiologie, MM. P. AUBOURG, électroradiologiste de l'hôpital Beaujon ; P. GORET, chef de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort ; C. LAVILLE, ingénieur E. S. E. ; P. LEGO, interne des Asiles de la Seine ; J. PIOUX, licencié ès sciences ; E. STROHL, assistant à la chaire d'orthopédie (hôpital Cochin) ; J. THIBAUD, docteur ès-sciences, directeur de l'École pratique des Hautes-Etudes, feront une seconde série de conférences théoriques et pratiques sur la *négativation électrique* (électrothérapie à doses infinitésimales et modulées).

15 novembre, J. THIBAUD : Les petites charges électriques en physique : l'électron, l'atome. — 22 novembre, C. LAVILLE : La modulation en électrothérapie. — 29 noembre, P. GORET : Cinq années de pratique de la négativation chez les animaux. — 6 décembre, P. LE GO : Applications paravertébrales de la négativation. — 13 décembre, E. STROHL : Traitement des contractures musculaires par la négativation. — 20 décembre, J. PIOUX : Modifications de l'état humoral par la négativation. — 27 décembre, P. AUBOURG : Douze premiers cas de glycosurie disparus ou notablement diminués après négativation.

A 11 h. 45, chaque mercredi, présentatian de malades traités.

L'assistance à ces conférences et démonstrations ne comporte aucun droit d'inscription.

Nécrologie. — Docteur BONNET, de Nice. — Docteur Charles BUCCHINI, de Zicavo (Corse). — Docteur CALMETTE, sous-directeur de l'Institut-Pasteur, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, grand'croix de la Légion d'honneur, décédé dans sa 70e année. — Docteur François DELAVALLE, de Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais). — Docteur DUVAU, de Paris, 16, rue Phalsbourg (XVII[e]). — Docteur GAUTIER, de Bordeaux. — Docteur GAUJON, de Carcassonne. — Docteur GRANCHER, de Jargeau (Loiret). — Docteur HAQUIN, de Quaragnon. — Docteur LEBEDINSKY, de Paris, stomatologiste des hôpitaux. — Docteur LECONTE, de Crécy-en-Ponthieu

(Somme). — Docteur Lowitz, d'Alger, chef de laboratoire à l'hôpital Mustapha. — Professeur Joseph Lignières, membre correspondant de l'Académie de médecine (5ᵉ division), directeur du laboratoire de bactériologie de Buenos-Aires. — Docteur Joseph Milhac, de Labastide-Rouairoux (Tarn). — Docteur Priolo, de Brive (Corrèze). — Docteur Henri Rochier, maire de Nyons (Drôme) et conseiller général, décédé dans sa 61ᵉ année. — Docteur Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, décédé dans sa 81ᵉ année. — Docteur Uhl, de Mulhouse. — Professeur Tomaso Casoni (Italie). — Docteur Egidio Welponer, de Trieste, professeur d'obstétrique à la maternité de cette ville. — Docteur Carlos de Melo, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Lisbonne. — Docteur Juan Freixas y Freixas, de Madrid. — Professeur Embden, de Francfort. — Docteur James Carmichael, d'Edimbourg, pédiatre, décédé à l'âge de 90 ans. — Docteur R. B. Mac Causland, ancien chirurgien en chef du Steevens hospital à Dublin. Il avait épousé la fille de Brown-Séquard. — Docteur Cestan, professeur à la Faculté de Toulouse, correspondant de l'Académie de médecine.

BIBLIOGRAPHIE

« Ce qu'il faut connaître de l'Homme d'après sa main », par H. Mangin-Balthazard. Un volume petit in-8, broché, couverture en couleurs. Prix : 8 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, VIᵉ.

Ce petit volume, initie le lecteur aux mystères de l'interprétation des formes manuelles et des lignes palmaires. Il condense une somme de connaissances qui représentent le fruit d'un labeur long et patient poursuivi par l'auteur dans les dispensaires, hôpitaux, cliniques, asiles d'aliénés, écoles, etc...

D'une lecture facile et attrayante, il ouvre quantité d'horizons curieux : il fait réfléchir.

Les enseignements qu'il contient sont d'une application pratique, immédiate. Les lecteurs pourront contrôler les indications du texte en jugeant de suite *sur leur entourage* du caractère, de la santé, des aptitudes et de l'orientation générale de la vie.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Montaigne.

Edouard Quénu (1852-1933). — *Extrait de la notice nécrologique lue à l'Académie de médecine (30 octobre 1933) par M le Professeur Cunéo.*

..... Pour venir à bout d'une telle tâche, il fallait à Quénu une résistance peu commune. Cependant de prime abord il ne donnait pas l'impression d'un homme extrêmement vigoureux. De taille plutôt petite, le dos un peu voûté, il avait, par contre, une carrure assez large. Son visage assez fortement coloré était encadré d'une moustache et d'une barbe qu'il raccourcit peu à peu et qui, comme ses cheveux, devinrent blanches d'assez bonne heure. Assez myope, il portait à la ville un lorgnon qui laissait passer le regard vif et perçant, parfois un peu moqueur, de ses yeux bleus.

Quénu était certainement d'un abord un peu froid et avait la réputation d'un homme assez rude. J'ai cependant conservé de mes rapports avec lui le souvenir d'une courtoisie parfaite. Peut-être en était il ainsi parce qu'il me connaissait peu et qu'il réservait sa sévérité pour ceux qu'il avait la tâche d'éduquer. Je crois en effet que si Quénu inspirait quelque crainte à ses élèves, c'est qu'il était persuadé qu'une autorité un peu distante est la condition indispensable du maintien de la discipline. Tous ceux qui l'ont bien connu s'accordent, en effet, à dire qu'il était d'une grande bonté. J'ai parlé de lui avec certains de ses élèves. Tous avaient gardé de leur chirurgien le souvenir d'un homme très doux et très compatissant.

Quénu, il est vrai, avait un caractère très entier. Il défendait ce qu'il croyait être la vérité, sans s'inquiéter des conséquences

de son attitude. Il le montra bien pendant la guerre. Je crois qu'il n'avait pas non plus une grande indulgence pour certaines défaillances morales que l'on pardonne peut-être trop volontiers aujourd'hui. Une longue existence de probité et d'honneur lui en donnait après tout le droit.

J'ai peu connu Quénu, et il m'est difficile de le montrer hors de sa vie officielle, dans l'intimité de sa famille. C'est à la piété d'un de ses élèves qu'il appartiendra de peindre de traits plus personnels la figure de cet homme qui fut un grand caractère et qui cachait, sous sa rudesse apparente, un fond de très grande bonté.

Quénu avait épousé une des filles d'Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Il perdit l'aîné de ses fils qui lui fut enlevé à l'âge de douze ans ; l'autre est notre jeune collègue des hôpitaux, Jean Quénu, qui promet de marcher sur les traces de son père. L'une de ses filles est devenue la femme de notre distingué collègue Mocquot. Pendant la guerre, la plus jeune qui n'était pas encore mariée, fut pour Quénu la plus dévouée des collaboratrices. Sa mère et elle se transformèrent en infirmières, suivant Quénu au Val-de-Grâce comme à Cochin, l'aidant de leur mieux à soigner les blessés.

Quénu aimait la vie de famille. Il allait peu dans le monde et se plaisait au contraire dans l'intimité. Il était plus particulièrement lié avec Gérard-Marchant, Nélaton, Segond et Jalaguier, ainsi qu'avec Albert Mathieu, Hutinel et Chauffard. C'est avec un vif chagrin qu'il les vit disparaître les uns après les autres. L'été, il aimait aller se retremper dans le pays natal, il passait ses vacances à Audresselles, localité située aux bords de la Manche, un peu au sud du cap Gris-Nez. Il aimait ce pays un peu rude, souvent balayé par le vent du large qui pousse rapidement les nuages, dans un ciel tourmenté.

Depuis sa retraite, Quénu avait cessé de s'intéresser activement à la chirurgie. Il occupait ses loisirs par la lecture et plus spécialement celle d'ouvrages scientifiques ou philosophiques.

Il avait tenu à garder le contact avec ses collègues en assistant régulièrement aux séances de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences.

A l'Académie de médecine, s'il ne prenait pas la parole sur des questions techniques, il aimait à intervenir dans les questions d'enseignement et d'organisation professionnelle. On se rappelle son intervention en faveur de la création d'un doctorat en chirurgie.

Il aimait tout particulièrement assister aux séances de l'Académie des sciences, où il prenait contact avec des savants d'une discipline intellectuelle autre que la sienne. Il s'intéressait ainsi aux autres sciences, apprenait à les connaître et trouvait plaisir à étendre ainsi les limites de sa connaissance.

Jusqu'à ces derniers temps, Quénu avait joui d'une bonne santé. Il avait cependant souffert à plusieurs reprises de crises de lithiase hépatique et rénale. Certaines de ses crises avaient même été violentes.

C'est encore un accident d'ordre lithiasique qui devait déchaîner les complications qui entraînèrent la mort de Quénu. Celle-ci fut malheureusemnet précédée de plusieurs mois de dure souffrance qu'il supporta avec la patience et le stoïcisme qu'on était en droit d'attendre de lui.

Il laisse le souvenir d'un grand chirurgien, d'un grand savant, d'un grand honnête homme. Son nom marquera dans l'histoire de la chirurgie.

Sur la revision des traités. — M. le Professeur Jean-Louis Faure vient de consacrer à la question (*Revue hebdomadaire*, 28 octobre 1933) un article appelé à un grand retentissement. En voici les conclusions :

« Les événements se précipitent. Le moment est venu de prendre de grandes résolutions et d'abandonner des méthodes qui nous ont conduits où nous en sommes !

Reprenons notre indépendance vis-à-vis de l'Angleterre, qui ne se gêne nullement pour prendre la sienne vis-à-vis de nous ! Soyons les médiateurs entre nos amis yougoslaves et nos frères d'Italie. Faisons comprendre à Belgrade que nous voulons la paix sur les frontières de l'Istrie où chacun peut vivre chez soi ; aux Polonais qu'ils doivent à la France d'accepter noblement un sacrifice qui leur épargnera sans doute d'irréparables catastrophes. Que nos amis de Bruxelles, de Prague et de Bucarest nous aident de leur influence dans ces conversations amicales.

Que la France soit pour l'Italie une amie sincère, active et généreuse ; et quand ces deux grands pays marcheront la main dans la main, et présideront ensemble à la revision des traités dans des conditions raisonnables, acceptables pour tous, (mais que les Allemands devront considérer comme définitives), alors la paix reviendra pour longtemps sur les terres ensanglantées de la vieille et malheureuse Europe.

Mais si nous continuons à fermer les yeux à l'évidence, si nous nous obstinons dans une opposition aveugle à la revision de traités qui s'effrondrent de toutes parts et qui seront revisés *contre nous*, s'ils ne le sont pas *avec nous*, puisqu'il est manifestement trop tard qu'ils le soient *par nous*.... eh bien ! le sang coulera de nouveau sur la terre de France — et la bataille de la Marne ne se gagne pas tous les jours !... »

La chirurgie esthétique et les magistrats. *Extrait du discours prononcé par M. le professeur J.-L. Faure au Premier Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique* (Paris 13 et 14 octobre 1933) :

..... Ils (*les magistrats*) s'arrogent le droit de condamner nos erreurs ! Qui donc condamnera les erreurs judiciaires ?

Et puis, après tout, ce n'est pas au moment où on nous donne le spectacle d'instructions judiciaires qui devraient être secrètes et qui se font dans les couloirs du Palais de Justice comme sur la place publique, avec accompagnement d'interviews et de photographies publiées dans tous les journaux. Ce n'est pas au moment où nous voyons s'étaler partout, sous les yeux de nos enfants, toutes les turpitudes des procès en cours, en contribuant ainsi à la démoralisation générale, que des hommes qui tolèrent, dans leur propre maison, des mœurs de décadence, nous paraissent bien qualifiés pour s'ériger en juges vis-à-vis de nous.

Il y a quelques années, lorsque j'avais l'honneur de présider le Congrès de chirurgie, j'avais développé quelques idées analogues à celles que j expose aujourd'hui devant vous. J'avais pris comme thème l'exemple symbolique de la compresse perdue dans le ventre, qui revient à chaque instant devant les Tribunaux, montrant que cet accident est un malheur opératoire et non pas une faute — encore moins une faute lourde — et ne saurait, en conséquence, entraîner ces poursuites absurdes et malfaisantes qui se renouvellent sans cesse.

J'ai l'honneur d'avoir pour ami un des plus éminents magistrats de France, et des plus haut placés. Je lui avais envoyé mon discours.

« Il m'a beaucoup intéresssé, me dit-il, quelques jours après. Mais vous ne me ferez pas admettre l'histoire de la compresse — et que ce ne soit pas une faute grave que d'en laisser une dans le ventre à la fin d'une opération. »

« Avez-vous jamais assisté à une opération », lui dis-je ?

« Non, me répondit-il.

— Eh bien, voudriez-vous en voir une ? »

« Très volontiers », me dit-il, et je lui donnai rendez-vous dans mon service de Broca.

Au jour dit, il était là. Je lui avais préparé deux ou trois hystérectomies, qu'à dire vrai, je n'avais pas choisies parmi les plus simples. Il s'agissait de grosses tumeurs pelviennes chez des femmes plus ou moins obèses ; de ces opérations qui nécessitent des manœuvres dans ces bassins profonds, où il peut être difficile de faire une hémostase préventive et d'enlever la tumeur sans perdre une goutte de sang — et où il est nécessaire d'éponger, parfois de tamponner et d'employer un assez grand nombre de compresses.

Lorsque tout fut fini, comme je le raccompagnais chez lui :

« Mon cher ami, me dit-il, vos opérations m'ont beaucoup intéressé — mais je me demande comment vous faites pour ne pas laisser de compresses dans le ventre après toutes les opérations ! »

Telle est la moralité de cette histoire ! Que les juges qui nous condamnent suivent l'exemple de ce haut magistrat, qui, jusqu'au jour où il a vu de ses propres yeux ce que c'est que notre travail, aurait jugé comme ils jugent eux-mêmes ! Qu'ils réfléchissent avant de conclure ! Qu'ils s'instruisent eux-mêmes avant de condamner......

« Les diplômes, s'ils corrigent la femme de certains de ses défauts intellectuels, âme capricieuse, absence d'esprit de suite, caractère fantasque, n'ont aucune prise sur les mouvements de sa sensibilité. Les orages du cœur ne sont nullement évités et le paratonnerre des diplômes n'empêche pas la folie des actes. »

(*Journal des Praticiens*. — Le toupet des jeunes filles.)

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ostéomyélite du péroné

Par M. J. P. TOURNEUX
Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

L'infection ostéomyélitique peut atteindre le péroné dans deux conditions bien différentes : tantôt, il s'agit d'une affection primitive de cet os qui se trouve lésé isolément sans aucune atteinte tibiale, tantôt au contraire, elle est secondaire, succédant à une lésion du tibia qui a été frappé le premier par le processus infectieux.

Comme on peut aisément le comprendre, il s'agit là de deux formes complètement différentes l'une de l'autre et par leurs caractères cliniques et par leur évolution. La forme secondaire présente très rarement une modalité bien aiguë, et ne se traduit généralement que par de la simple réaction hyperostosique : elle ne constitue guère par conséquent qu'un élément très accessoire au sein des manifestations de l'ostéomyélite tibiale. La forme primitive est au contraire beaucoup plus importante, et mérite que l'on s'y arrête davantage : elle possède en effet, une individualité propre et une physionomie particulière, comme en témoigne le cas du jeune malade que nous avons eu l'occasion d'observer il y a deux ans dans notre service hospitalier.

Au début du mois de mai 1931, se présentait à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu un jeune homme de 17 ans, qui présentait au niveau de la face externe de la jambe droite deux petites orifices donnant issue à quelques gouttes de pus.

Quatre mois auparavant, il avait ressenti, quelques jours après un traumatisme assez violent ayant porté sur la partie inférieure de la jambe droite, une vive douleur dans la région sus-malléolaire externe, à laquelle avait bientôt fait suite un gonflement assez marqué. Puis rapidement la douleur s'était étendue à tout le cou de pied, interdissant toute espèce de marche, pendant que la peau prenait une coloration rougeâtre. La tuméfaction et la douleur augmentant les jours suivants, on appela un médecin qui, pensant à un hématome infecté, conseilla l'application de pansements humides et chauds. Sous cette médication, les téguments ne tardèrent pas à prendre un aspect luisant et tendu, et deux jours après, ils se perforèrent en deux endroits laissant échapper au dehors un pus jaune et épais.

A partir de ce moment, les phénomènes douloureux ne tardèrent pas à s'amender puis à disparaître complètement, la tuméfaction se résorba peu à peu, la marche redevint possible, seuls les deux orifices, en dépit des divers traitements essayés persistèrent, ne cessant de donner issue à un écoulement purulent.

En examinant ce malade, on constatait à la partie inféro-externe de la jambe droite l'existence d'une zone rougeâtre, de quelques centimètres d'étendue, recouverte en partie de croûtelles, où se voyaient deux orifices fistuleux répondant l'un à la malléole et l'autre à la partie diaphysaire inférieure du péroné. La palpation, tout à fait indolore, montrait que l'os était notablement augmenté de volume et l'exploration au stylet des trajets fistuleux indiqua qu'ils conduisaient au sein d'un tissu osseux friable et raréfié.

Les mouvements des articulations du cou de pied et du genou ne présentaient rien d'anormal, la marche n'était pas douloureuse ; il n'y avait rien à signaler du côté des divers appareils de l'économie, pas de fièvre, ni de réaction générale.

Etant donné l'anamnèse et l'aspect clinique des lésions, un seul diagnostic était possible, celui d'ostéomyélite fistulisée du péroné, dont la suppuration devait vraisemblablement être entretenue par l'existence d'un séquestre diaphysaire ; aussi fut-il conseillé à ce jeune malade d'entrer à l'Hôtel-Dieu, en vue d'une intervention chirurgicale, seule thérapeutique possible à notre avis en pareil cas.

Mais avant d'opérer, et cela afin de bien préciser le degré d'extension des lésions, on fit procéder à un examen radiographique, qui montra que toute la partie inférieure de la diaphyse péronière, réduite à l'état de séquestre, était englobée dans un très volumineux os périostique : la malléole externe était également très épaissie et très nettement augmentée de volume. Il n'y avait pas d'altération osseuses au niveau du tibia et de l'arrière-pied.

L'intervention chirurgicale eut lieu quelques jours plus tard sous anesthésie générale, à l'éther : après incision longitudinale des téguments de la face externe de la jambe étendue depuis la région moyenne jusqu'à la pointe de la malléole, on arriva sur un os diaphysaire périostique qui fut assez facilement trépané, et dont l'ouverture permit de faire l'ablation d'un séquestre invaginé mesurant près de huit centimètres de long. On procéda ensuite au curettage de la malléole qui n'était plus guère représentée que par une coque osseuse assez résistante renfermant une matière friable pleine de fongosités.

La plaie laissée largement ouverte fut pansée avec de la gaze imbibée de bouillons-vaccins : la cicatrisation marcha assez rapidement et quand le jeune malade quitta le service, il était complètement guéri.

L'ostéomyélite du péroné, dont il vient d'être rapporté une observation tout à fait caractéristique, ne paraît guère avoir beaucoup sollicité l'attention médicale, car en dehors de la thèse de Pouliquen (1906) et de deux mémoires assez récents dus à Jean Piquet (1927) et à Santi (1933), on ne trouve que des observations assez éparses dont les plus anciennes paraissent être celles de Le Fort (1873), de Lannelongue et Comby (1879), de Trélat (1885) de Régnier (1887) de Polaillon et de Roy (1888).

Il s'agit là d'une lésion que l'on ne rencontre qu'assez rarement en clinique, moins souvent encore qu'au niveau du radius et du cubitus, où on ne les observe pas déjà très fréquemment ; en ce qui nous concerne, c'est la première fois qu'il nous a été donné de relever cette localisation de l'ostéomyélite. Pour expliquer les raisons de cette rareté, la majorité des auteurs invoque la petite quantité de tissu spongieux contenue dans le péroné, n'offrant par suite qu'un terrain défavorable pour l'évolution microbienne, sa faible vascularisation ainsi que son peu d'action physiologique.

Piquet se demande cependant si l'ostéomyélite du péroné est bien aussi rare qu'on le prétend, et pense qu'elle doit être beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit et surtout qu'on ne l'écrit, car personnellement, en l'espace de quelques années, il a eu l'occasion d'en observer dix-neuf cas, dont huit se rapportaient à une localisation primitive.

Ce fait assez surprenant au premier abord, doit vraisemblablement tenir à ce fait que l'ostéomyélite du péroné

ne s'accompagnant pas généralement de symptômes bien graves et revêtant pendant un temps assez long le masque d'affections plus banales, on n'est guère porté à y songer. Comme le dit très justement Piquet, chez presque tout les malades qu'il a observés à la période de chronicité, on avait pensé au moment des accidents aigus à un simple phlegmon des parties molles, et on avait pratiqué des incisions portant uniquement sur les plans superficiels, sans que l'existence du foyer sous-jacent ait été soupçonné. Plus tard, le début souvent insidieux, l'évolution subaiguë, l'existence d'une suppuration interminable et torpide évoluant sans atteinte grave de l'état général font penser, quand l'origine osseuse est reconnue. à une lésion bacillaire, et seule la radiographie permet de reconnaître la nature exacte des lésions grâce à la forte réaction périostique qui se manifeste toujours en pareils cas.

L'ostéomyélite aiguë, qu'elle atteigne les os longs, les os courts ou les os plats, apparaît presque toujours pendant la période de développement du squelette, c'est-à-dire pendant l'enfance et l'adolescence. Elle se rencontre surtout chez les garçons plus turbulents et par suite plus exposés aux traumatismes, et c'est probablement pour des raisons de même ordre que le péroné droit est plus fréquemment atteint que le péroné gauche. Toutefois, bien que l'immense majorité des observations se rapportant à cette localisation ostéomyélitique se voit de 2 à 19 ans, il ne faut cependant pas oublier que l'on a rapporté un certain nombre de cas survenus chez l'adulte.

Au point de vue étiologique, on trouve assez souvent comme causes prédisposantes de l'ostéomyélite un mauvait état général, ou encore une affection aiguë, grippe, rhumatisme, variole, scarlatine, rougeole, varicelle, qui ont mis l'organisme en état de moindre résistance et par conséquent en état de réceptivité. A ce sujet, il convient encore de mentionner l'influence du traumatisme, signalé dans plusieurs observations, et dans la nôtre en particulier, et qui aurait pour résultat de localiser au niveau du péroné les agents microbiens pénétrés dans l'organisme.

Quant aux portes d'entrée de ces germes virulents, les plus fréquentes sont des érosions cutanées, panaris, impétigo, engelures, furoncles, gersures des lèvres, ulcérations de la bouche, lésions de grattage des formes nasales, etc. ; dans quelques cas, comme dans le nôtre, malgré toute les recherches, cette porte d'entrée reste inconnue.

En ce qui concerne le microbe en question, il s'agit le plus souvent de staphylocoque doré, plus rarement de staphylocoque blanc, de streptocoque ou de pneumocoque. Il ne semble pas que l'on ait pu relever au niveau du péroné la présence d'autres microbes, colibacille, entérocoque ou bacille d'Eberth, signalés si fréquemment au cours des ostéites évoluant au niveau des autres os longs.

On sait que l'ostéomyélite prend toujours naissance au niveau de ce que l'on désigne du nom de bulbe osseux, qui est la région diaphysaire contiguë au cartilage de conjugaison, et comme le péroné ne fait pas exception à cette règle, c'est donc au voisinage de ces zones d'accroissement que siègent les lésions.

En dehors du point diaphysaire primitif qui donne la plus grande partie de l'os, le péroné se développe encore par deux points complémentaires, le point épiphysaire inférieur, qui se montre à l'âge de 2 ans, pour s'unir à la diaphyse de 18 à 19 ans, et le point épiphysaire supérieur qui apparaît à l'âge de 4 ans, et se soude à la diaphyse de 19 à 22 ans ; ce qui donne donc la possibilité de deux foyers ostéomyélitiques, l'un au niveau de la malléole externe et l'autre à la hauteur de la tête du péroné.

Mais contrairement à la loi d'Ollier, d'après laquelle la fréquence des atteintes osseuses est en raison directe de leur fertilité, et au membre inférieur les apophyses fertiles sont celles qui avoisinent le genou, le siège de l'infection osseuse se trouve presque constamment à l'extrémité inférieure de l'os. L'ostéomyélite primitive de l'extrémité supérieure est en effet presque exceptionnelle, et même lorsque la péroné, touché en totalité, réalise le type de l'ostéomyélite bipolaire, les lésions prédominent toujours au niveau de l'extrémité inférieure de l'os et diminuent d'intensité à mesure que l'on se rapproche de l'extrémité supérieure.

Quant à la cause de cette localisation péronière, qui s'oppose en quelque sorte à celle des autres os longs, certains auteurs ont cru la voir dans un traumatisme ayant réalisé l'entorse juxta-épiphysaire chère à Ollier. Le rôle du traumatisme est indéniable dans un certain nombre d'observations, et chez notre malade, il est tout à fait probant ; mais il est par contre beaucoup de cas dans lesquels il a été impossible de relever la moindre action vulnérante, et alors on est bien obligé de reconnaître que la raison de la fréquence échappe d'une manière complète.

L'infection du péroné, déterminant des lésions en tous points semblables à celles qu'elle produit sur les os longs, et évoluant selon les trois stades classiques de congestion, de suppuration, et de nécrose, débute comme toujours au niveau du bulbe juxta-épiphysaire, et dans l'immence majorité de ces cas à l'extrémité inférieure : de ce point, elle s'étend très rapidement vers la diaphyse et vers l'épiphyse.

Ce qui frappe particulièrement dans l'évolution de ces ostéomyélites, c'est leur tendance à envahir la totalité de l'os d'une extrémité à l'autre, réalisant ainsi, suivant le mot de Piquet non seulement une pandiaphysite, mais une diaphyso-épiphysite. Bien que l'ostéomyélite du péroné réalise souvent le type d'une ostéomyélite bipolaire, il ne s'agit pas ici d'une double ostéite juxta-épiphysaire par infection indépendante et simultanée des deux extrémités, la partie diaphysaire restant plus ou moins intacte, mais d'une propagation de l'infection d'un bulbe osseux à l'autre le long de la diaphyse.

La rapidité avec laquelle se fait cette extension est variable, dépendant de la virulence de l'infection causale, de la résistance du sujet, ainsi que de la précocité du traitement. Quoique l'on ait signalé des cas où elle s'était réalisée en quelques jours, il faut généralement plusieurs semaines et parfois plusieurs mois pour que la diaphyse soit totalement intéressée. Quant à la raison même de la rapidité de cet envahissement, elle ne présente pas actuellement d'explication satisfaisante.

Dans sa propagation du côté de la diaphyse, l'infection ne tarde pas à causer sa nécrose, et la séquestration est une chose habituelle pour peu que l'intervention ait été un peu tardive : on trouve alors au centre d'un os périostique de dimensions assez considérables une diaphyse séquestrée en plus ou moins totalité. En l'absence de tout traitement chirurgical, le séquestre pourra être en partie rongé et partiellement détruit, mais cette résorption spontanée est toujours extrêmement lente et demande de longs mois.

Au niveau de l'épiphyse, contrairement à ce que l'on observe ordinairement au sujet des os longs, où le cartilage de conjugaison oppose une barrière efficace au passage du pus, l'infection se propage vers la malléole à

travers le cartilage pour déterminer une nécrose plus ou moins étendue avec production de séquestres qui s'accompagne d'ailleurs, comme au niveau de la diaphyse d'un processus très accusé d'hyperostose périostique.

Cette marche du processus infectieux vers l'épiphyse inférieure peut entraîner des complications du côté de la malléole externe, ainsi que du côté de l'articulation tibio-tarsienne.

Le décollement aigu de la malléole, signalé par Broca, par Le Fort, par Gérard-Marchant, et qui se complique toujours d'infection de l'articulation du cou de pied, est un accident possible mais assez rare de l'ostéomyélite péronière, et son peu de fréquence doit vraisemblablement tenir à la faible résistance du cartilage de conjugaison, qui, se laissant aisément traverser par la suppuration, ne permet pas l'accumulation du pus au-dessus de lui.

L'infection de l'articulation tibio-tarsienne est, elle aussi extrêmement rare, ce qui au premier abord peut paraître un peu anormal, étant donnés les rapports étroits de contiguïté existant entre le bulbe juxta-épiphysaire, le cartilage de conjugaison, la malléole et l'articulation du cou de pied : cependant si l'on se rappelle que la face externe de la malléole se trouve complètement en dehors de l'articulation, bien isolée de la synoviale par les ligaments qui viennent s'insérer sur son pourtour, et que sa face interne est bien recouverte par un cartilage en continuité directe avec le surtout périostique, on comprend aisément qu'il existe là des moyens de protection suffisants pour empêcher toute propagation tibio-tarsienne.

Bien qu'elles soient théoriquement possibles, l'atteinte secondaire du tibia et la prise de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, n'ont jamais été signalées Quant à l'infection du genou à la suite de l'évolution d'un foyer ostéomyélitique au niveau de la tête du péroné, elle est tout à fait exceptionnelle, et l'on n'en cite que quelques cas, dont le plus important est celui relaté par Lougnon et dans lequel la propagation avait dû s'effectuer par l'intermédiaire d'un prolongement synovial.

Cliniquement, l'ostéomyélite du péroné se manifeste au début par une douleur plus ou moins vive : dans certains cas, elle est très minime se traduisant par une simple sensation d'endolorissement, dans d'autres au contraire, elle est assez intense pour forcer le malade à garder le lit.

Siégeant ordinairement au niveau de la cheville, mais pouvant encore être ressentie plus haut dans la région du mollet, cette douleur est presque toujours bien fixée restant localisée au point où elle s'est manifestée pour la première fois : plus rarement elle tend à s'irradier vers la racine du membre, vers le creux poplité ou vers le pied. Elle se montre généralement sous une forme continue d'emblée sans rémissions, mais peut parfois évoluer sous la forme de crises augmentant d'intensité et parvenant à empêcher tout repos.

Quant aux phénomènes généraux par lesquels débute ordinairement toute ostéomyélite, ils manquent presque complètement pendant les premiers jours : l'état général n'est nullement altéré et tout se borne à une très légère élévation de température. Ce n'est que plusieurs jours après le début des accidents qu'ils font leur apparition, tout en restant très modérés : il y a quelques vagues malaises, de l'inappétence, un peu de céphalée, de l'abattement, la fièvre en général peu élevée atteint rarement 39.

Au bout de quelques jours, dans la région où les phénomènes douloureux s'étaient manifestés, apparaît une tuméfaction de caractère inflammatoire qui gagne progressivement tout le côté externe de la partie inférieure de la jambe empiétant un peu sur la région du cou de pied. La peau qui la recouvre est normale au début, mais rapidement elle présente de l'augmentation de la circulation veineuse, de la rougeur et de l'œdème. On note alors l'existence d'une masse allongée de volume variable, assez profondément adhérente et sensible à la pression qui peut rester stationnaire pendant un temps plus ou moins long ; puis à un moment donné, soit spontanément, soit à la suite d'une irritation quelconque, il se produit une ouverture cutanée et le pus s'écoule à l'extérieur. Il en résulte une fistule conduisant sur le péroné et qui ne présente aucune tendance spontanée à la fermeture, jusqu'à ce que le séquestre ait été enlevé chirurgicalement, car le fragment osseux est trop volumineux pour s'éliminer spontanément : après l'intervention, la guérison s'obtient assez rapidement.

L'inflammation osseuse peut se manifester sous diverses modalités : elle peut évoluer sous la forme aiguë, qui vient d'être décrite mais elle peut également présenter une autre allure, suraiguë, subaiguë ou chronique d'emblée.

Il est des cas d'ostéomyélite du péroné extrêmement rares heureusement, où les phénomènes septicémiques sont si marqués qu'ils emportent le malade en quelques jours, avant toute intervention sur le foyer dans les cas particulièrement graves ou malgré un traitement chirurgical très précoce. C'est ce qui advint au malade de Braquehaye qui fut emporté le sixième jour de la maladie, à celui d'Evans qui mourut en huit jours de temps, et à un des opérés de Sulzer qui succomba quatre jours après une trépanation très précoce de l'os. Cette forme suraiguë se caractérise essentiellement par une douleur spontanée très vive dans la région tibio-tarsienne, et par l'apparition rapide de symptômes locaux : les téguments sont rouges, tendus, luisants, largement empâtés et très douloureux à la pression. Quant aux symptômes généraux, ils sont très graves, le facies est profondément altérée, d'aspect typhique, la fièvre oscille entre 39 et 40°, le pouls est rapide autour de 120, l'anorexie est complète, s'accompagnant de vomissements et de diarrhée.

Dans les formes subaiguës au contraire, la fièvre reste modérée et peut même manquer totalement : la symptomatologie se réduit par suite à l'existence d'une douleur et d'une tuméfaction phlegmoneuse qui s'ouvre spontanément, quand une incision n'a pas été pratiquée.

En outre l'ostéomyélite du péroné peut encore présenter une allure chronique d'emblée, hyperostosante : le début est lent comme dans la périostite légère, l'os se déforme peu à peu et se tuméfie en un point, mais alors, il marche ultérieurement vers l'abcédation au lieu de tendre vers la résolution spontanée.

L'évolution de ces diverses formes d'ostéomyélite peut être marquée par l'apparition de diverses complications, soit d'ordre général, soit d'ordre local.

Les premières, analogues à toutes celles que l'on voit au cours des grandes infections, revêtent l'allure des manifestations viscérales de la septico-pyohémie : ce sont les séreuses qui sont atteintes ainsi que le rein qui est frappé de néphrite aiguë. Ces complications qui s'observent très rarement n'apparaissent que dans les formes suraiguës.

Parmi les secondes il convient de mentionner tout d'abord l'arthrite tibio-tarsienne qui est extrêmement rare : l'infection osseuse est en effet presque toujours de virulence assez modérée et il est tout à fait exceptionnel que l'on

observe un décollement aigu de l'épiphyse ayant pour conséquence l'irruption du pus dans l'articulation et l'apparition d'une arthrite.

Ce que l'on remarque par contre assez souvent, au dire des auteurs, pendant toute l'évolution de la période aiguë, c'est un certain degré de réaction articulaire de la tibio-tarsienne se traduisant par une limitation des mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe, qui disparaît assez rapidement.

Quant aux autres complications possibles, on ne les observe pour ainsi dire jamais : l'arthrite du genou est tout à fait exceptionnelle et il en est de même de l'infection de la gaine des péroniers. Quant à une déviation ultérieure du pied en valgus ou en varus suivant un hyper ou un hypo-accroissement du péroné, que l'on devrait rencontrer dans tous les cas de lésions du cartilage de conjugaison, on n'en connaît qu'un petit nombre de cas.

Bien que chez un sujet en période de croissance, on doit toujours penser à l'ostéomyélite du péroné lorsqu'une collection se développe sur la face externe de la jambe, le diagnostic, en raison sans doute du peu de fréquence de l'affection, a été rarement porté.

A la période de début, lorsque l'attention est uniquement attirée par des phénomènes généraux, on est forcément amené à penser à tout autre chose qu'à une ostéomyélite péronière, car une maladie grave, typhoïde, rougeole, scarlatine, etc., peut commencer par de semblables symptômes. C'est là un diagnostic banal, qui se retrouve dans tous les cas d'ostéomyélite, quelqu'en soit le siège et sur lequel il est inutile d'insister.

Après l'apparition de phénomènes douloureux, on pourra songer au rhumatisme articulaire, mais bien vite l'intensité anormale de l'élément douleur, l'absence de déterminations cardiaques, l'inefficacité du salicylate de soude feront abandonner cette hypothèse.

Quand l'œdème du membre et la rougeur du membre apparaîtront, ou pensera peut-être tout d'abord à une lymphangite ou à une synovite aiguë des gaines péronières. La recherche infructueuse d'une plaie du pied, l'absence d'adénite, la constatation d'une douleur vive, paroxystique, exagérée par la pression, mettront vite sur la voie du diagnostic que viendra confirmer, après incision et évacuation de la collection purulente, la constatation au stylet d'un point du péroné dénudé.

A la période de chronicité la radiographie montrera l'existence d'un os périostique toujours très considérable, dont les dimensions varieront avec l'ancienneté de la suppuration. Dans cet os périostique se trouvera encastré un séquestre constitué par une portion plus ou moins grande de la diaphyse péronière, plus ou moins rongée par les bourgeons charnus. L'aspect radiologique sera tellement typique qu'il ne pourra laisser place au moindre doute.

La tuberculose peut parfois donner lieu à une réaction périostée, mais cette dernière reste toujours discrète, limitée, les séquestres sont moins volumineux, en outre, une lésion tuberculeuse de l'extrémité inférieure du péroné s'accompagne rapidement d'une tumeur blanche du cou de pied.

Quant à la syphilis héréditaire, qui se localise rarement au péroné, les douleurs très vives et la tuméfaction qui l'accompagnent pourront peut-être faire penser à une périostite spécifique, mais en dehors des stigmates et des réactions sérologiques, on fera facilement le diagnostic par l'aspect radiologique qui montre un épaississement diffus de l'os sans séquestre invaginé.

C'est aussi par cet aspect très particulier, qui montre dans l'ostéomyélite du péroné une diaphyse séquestrée entourée par de l'os de nouvelle formation que l'on pourra encore reconnaître l'ostéo-sarcome, dont les localisations péronières ne sont pas exceptionnelles.

Au point de vue du traitement, étant donné que dans l'ostéomyélite péronière, il existe des lésions osseuses plus ou moins étendues, et un séquestre plus ou moins volumineux, la vaccinothérapie ainsi que les ponctions suivies de lavages antiseptiques sont totalement insuffisantes : tous les auteurs ont reconnu que la seule thérapeutique qui puisse convenir en pareil cas était le traitement chirurgical. Il faut donc aller au foyer osseux, inciser le périoste pour donner issue au pus, et pratiquer l'extraction de la diaphyse séquestrée : les avis diffèrent seulement sur le moment opportun de réaliser la réaction diaphysaire.

La grande majorité des chirurgiens conseille de la faire d'emblée, en pleine période aiguë, dès que le diagnostic a été porté : en agissant ainsi, on évite l'intoxication de l'organisme en supprimant le foyer ostéomyélitique, et on limite également les progrès de l'infection qui n'a que trop de tendances à s'étendre au reste de l'os. C'est ainsi qu'ont procédé Ollier, Bergmann, Sulzer, Leveuf et Bichat, Muller et plus récemment Hamilton Bailey (1930), qui après une diaphysectomie très étendue, n'a pas craint de réaliser une suture primitive.

J. Piquet n'est pas de cet avis, car les avantages allégués en faveur d'une résection précoce lui paraissent plus théoriques que réels. Etant donnée la rareté des formes graves et par suite du peu de retentissement sur l'état général, l'ignorance où l'on est de l'étendue du processus de nécrose, les dangers que peut faire courir à l'articulation tibio-tarsienne une résection effectuée en pleine période aiguë, avant toute organisation de défense locale, ainsi que les absences de reconstitution du péroné, signalées à la suite de plusieurs interventions, par Holmes, par Polaillon et par Nové-Josserand, il estime plus prudent d'intervenir en deux étapes successives.

Il conseille donc de n'effectuer dans un premier temps que l'incision périostique qui suffit pour entraîner la disparition des phénomènes inflammatoires locaux et des phénomènes généraux. La trépanation de l'os ne lui paraît pas nécessaire étant donné que la cavité médullaire du péroné peut être considérée comme pratiquement négligeable : ce n'est que lorsque la séquestration se sera effectuée que l'on devra pratiquer l'ablation de la diaphyse dans une deuxième intervention.

En ce qui nous concerne, bien que les arguments donnés par Piquet paraissent des plus séduisants, nous ne croyons pas devoir y souscrire, car en dehors de l'inconvénient de deux opérations successives, il nous paraît toujours dangereux de laisser au contact de l'organisme, un foyer osseux en voie de nécrose et de suppuration. Aussi, conseillerons-nous, toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un cas d'ostéomyélite péronière aiguë, de pratiquer d'emblée la résection diaphysaire ; car les brillants résultats obtenus jusqu'ici légitiment complètement à notre avis cette ligne de conduite.

En ce qui concerne les cas d'ostéomyélite chronique, il est bien évident que nulle discussion ou hésitation ne saurait avoir lieu ; la seule chose à faire c'est de trépaner largement le péroné et d'en extirper le séquestre.

« Quand on avance dans la vie, il reste bien peu de jours pour beaucoup de chagrins et de douleurs, et cependant on se résigne à vivre, comme ces gens qui ont de l'anorexie et qui continuent à manger par habitude. » (J. Cloquet. Cité par les *Biographies Médicales*.)

CONTIENT LES MINÉRAUX ESSENTIELS
SODIUM
POTASSIUM
PHOSPHORE
CALCIUM
FER
MANGANÈSE

PENDANT LA GROSSESSE ET PENDANT LE POST-PARTUM UN TRAITEMENT RECONSTITUANT EST ESSENTIEL

Le Sirop Fellows est le tonique le plus logiquement préparé que le médecin trouve à sa disposition.

Il contient tous les éléments minéraux nécessaires en proportions correctes, et sous une forme facilement assimilable. Parmi ces éléments figurent du manganèse et du fer pour renouveler la masse sanguine diminuée par des pertes continues, du calcium pour remplacer celui qui a été utilisé et qui manque ; du potassium, du sodium et du phosphore pour surmonter la dépression nerveuse, de la strychnine qui tonifie le métabolisme cellulaire et de la quinine qui représente un stimulant gastrique.

Il n'est pas de meilleur tonique pour l'accouchée que le Sirop Fellows. Pendant cette période pénible, on conseille la dose d'une cuillère à soupe trois fois par jour, bien mélangée avec de l'eau.

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., INC.
26 CHRISTOPHER STREET, NEW YORK, N.Y.

SIROP FELLOWS
AUX HYPOPHOSPHITES

GRANULÉ

FLUOBYL

FLUIDIFIANT ET EXCITANT DE LA SÉCRÉTION BILIAIRE

LACTOSÉRUM
CITRATE DE MAGNÉSIE
PEPTONE

Lab. L. CARDY - 38, Bd Bourdon Neuilly

ACTUALITÉS

La Pyrétothérapie au Congrès international de Thérapeutique

par Ch. RICHET fils

De doctes analyses disséqueront dans ce journal chaque communication sur la pyrétothérapie.

Du détail de chacune d'entre elles, nous ne parlerons donc pas. Mais il nous a semblé que des rapports et des faits cliniques présentés, plusieurs idées générales se dégagent.

Tout d'abord cette première remarque. Jadis on essayait de faire tomber la fièvre, maintenant on essaye de la provoquer. Nous voici revenus aux temps héroïques où l'on parlait de la fièvre salutaire ! Curieuse évolution dans l'art de guérir identique à celle qui caractérise l'histoire de la transfusion ou celle de la saignée.

Trois idées ou plus exactement trois faits ont dominé cette question.

1) Depuis longtemps nous faisions de la pyrétothérapie sans le savoir. Lorsque Wright vers 1900 réalisait la vaccinothérapie non spécifique, lorsque Bory en 1907 introduisait le premier en thérapeutique l'huile soufrée, lorsque Tzanck et Chabrol préconisaient l'injection sous-cutanée de sang laqué et que chacun de ces savants guérissait, qui les infections locales, qui certaines dermatoses, qui les infections générales, ils provoquaient tous une pyrexie plus ou moins forte et on peut se demander si cette pyrexie n'était pas l'élément thérapeutique important, plus important que n'était l'introduction simple de la protéine microbienne, du soufre ou de l'hémoglobine.

Second fait. Par des procédés pyrétogènes très variables on détermine des améliorations, nous ne disons pas identiques, mais comparables.

Knud Schrœder de Copenhague, ou Crouzon, Mollaret et Michaux, en utilisant l'huile soufrée, ou Auclair et Halphen par l'électropyrexie, ou Claude, Coste et Dublineau par divers procédés, obtiennent des résultats analogues à peu près à ceux observés avec la malariathérapie dans les cas de paralysie générale ou dans la démence précoce.

De même Auclair et Halphen par les procédés physiques, nos élèves et nous-même par le Dmelcos avons au cours de certaines infections des résultats analogues. Ceux de Bory et de Sézary qui soignent par l'huile soufrée un certain nombre de dermatoses sont comparables.

Evidemment il y a des différences. Elles nous paraissent être dues, plus à l'intensité et à la durée de la fièvre, qu'à la nature de l'agent pyrétogène.

Chauffer un malade pour que sa température s'élève audessus de 40 pendant 45 minutes, injecter du Dmelcos qui provoque une pyrexie de 39° pendant quatre heures, ou de l'huile soufrée dont l'action plus lente à apparaître se poursuit 12 à 24 heures, sont trois méthodes qui provoquent des réactions d'intensité et de durée différentes, mais dont la nature nous paraît bien comparable.

Le troisième fait est le suivant.

Les indications sont beaucoup plus étendues qu'on ne le croyait.

De la paralysie générale la pyrétothérapie a rayonné. Elle s'est étendue aux maladies infectieuses, à peu près toutes même la tuberculose (!). Elle a atteint les syndromes articulaires. C'est maintenant une des grandes thérapeutiques neurologiques, la plus grande peut-être après la syphilithérapie, si bien qu'à l'heure actuelle on ignore encore toutes les indications de cette méthode.

Nul doute qu'elles augmenteront.

Nul doute aussi qu'elles diminueront car si nous prenons tel ou tel syndrome, le syndrome articulaire chronique par exemple, dans lequel cette méthode donne de nombreux échecs et quelques succès, l'épreuve clinique permettra de ventiler les formes justiciables ou non de cette thérapie.

L'indication de l'agent pyrétogène se précisera également. A l'heure actuelle il serait prématuré de la poser.

Enfin ceux qui ont assisté à la discussion doivent se demander quel est l'avenir de cette méthode.

Ne péchons pas par excès, mais ne restons pas trop sceptiques, car si les enthousiastes se trompent souvent, l'esprit négateur par contre neutralise toute activité.

Rapporteurs et auteurs des communications ont eu le bon esprit d'éviter toute discussion dans le domaine de la pathologie générale, tant les faits sont multiples et épars. Sans doute ont-ils eu raison. Mais dût-elle être prématurée et partiellement inexacte, il sera nécessaire bientôt d'établir une pathogénie, ce baptême du fait scientifique.

FAITS CLINIQUES

A propos de quelques cas de rupture tubaire

Par Marcel AUBBERT

(de Villefranche-de-Rouergue).

J'ai eu l'occasion d'observer récemment trois cas de rupture tubaire qui m'ont semblé présenter quelque intérêt clinique et thérapeutique.

Première observation. — Mme D..., 28 ans, tertipare. Au troisième mois, elle ressent brusquement une violente douleur au saut du lit, un matin ; syncope, puis douleur rapidement irradiée dans le ventre d'abord et ensuite dans la région scapulaire droite ; pouls non perçu ; shock intense, besoins fréquents de miction ou de défécation ; issue de sang poisseux en petite quantité par le vagin.

Sérum intraveineux, huile camphrée, pantopon, ligature des membres.

Mort à la treizième heure. Le pouls n'a jamais été perçu que de façon fugace et faiblement à la neuvième heure.

Deuxième observation. — Mme M..., 29 ans. Primipare. Au début du troisième mois, douleur vive, syncopale, pelvienne droite, survenue en époussetant la cheminée de sa chambre. La douleur se généralise, puis cesse. Le shock se dissipe vite. Trois heures après, l'état général est presque normal. Un peu de pâleur subsiste ; le pouls est à 90. Toucher : masse latérale droite, sang poisseux vaginal. Abdomen un peu douloureux, en défense à droite.

Intervention refusée par le mari que l'état de sa femme, redevenu normal n'inquiète plus, malgré nos angoisses personnelles sur un retour offensif. Un confrère consulté, affermit cette fausse sécurité. Six jours après, à 8 heures du matin, douleur brusque, shock assez istense. Opération immédiate chez la malade même. Inondation péritonéale. Fœtus dans les anses intestinales. Trompe droite éclatée. Résection de la trompe seulement. Suites opératoires normales.

Troisième observation. — Mme C..., 30 ans. En descendant du train, dans une gare, douleur brusque, violente, syncopale. Transportée sans connaissance dans un hôtel. Douleurs vite généralisées, violentes. Shock intense. Cul-de-sac empâté. Pertes de sang noir en petite quantité. Température 39°. Aurait eu de la métrite et une salpingite. Etat général grave ; pouls filiforme. Expectative. Sérum, huile camphrée, glace. Le lende-

◆◆◆

main, état général meilleur, pouls bien perceptible quoique rapide et mou : 110 pulsations.

Transport très rapproché. Opération. Trompe gauche rompue, inondation péritonéale. Œuf dans le Douglas. Ablation de la trompe éclatée près de la corne utérine. Ligature soigneuse. Drainage avec un gros drain. Fermeture en trois plans. Liquide hématique pendant deux jours, aspiré par le drain, louche le troisième jour, purulent le cinquième. Gangrène de la paroi, désunion, pansement à plat à l'immunizol les jours suivants. Cicatrisation complète au 45e jour.

Ces trois observations présentent un intérêt au point de vue de leur symptomatologie et de leur diagnostic, de leur évolution et de la décision opératoire.

Dans les trois cas, la *symptomatologie clinique* a suffi à imposer le diagnostic. Le symptôme douleur est d'importance capitale. Ses caractères sont : la violence, la soudaineté. Elle est brusque, violente et syncopale. Elle diffuse assez vite à tout l'abdomen. Lorsque, comme il arrive parfois elle s'irradie jusqu'à la région scapulaire, comme dans les cas cités, elle prend une valeur pronostique fatale. La douleur phrénique, dont le cheminement anatomique est aujourd'hui bien connu, revêt donc une valeur double : diagnostique et pronostique. L'analyse de la douleur abdominale suffit au diagnostic dans la pratique et dans la majorité des cas. Les épreuves de laboratoires restent des procédés de diagnostic d'exception. Les autres symptômes et signes complètent le diagnostic déjà orienté. Ce sont le palper abdominal, joint au toucher, montrant l'empâtement d'un cul-de-sac, un écoulement vaginal peu abondant de sang, des besoins de miction ou de défécation fréquents et douloureux, de la défense abdominale plus rarement. Enfin le shock d'acuité véritable, a une valeur diagnostique et doit être soigneusement suivi dans ses phases et évalué dans ses manifestations immédiates, car à lui seul il commande la décision opératoire et son moment. Le shock dépend plus de la douleur que de l'importance de l'hémorragie. C'est ce qui résulte des observations précédentes et des nombreuses observations publiées. Il y a, pour expliquer cette disproportion, une part importante attribuée à l'hyperréflectivité individuelle de chaque malade. C'est un point qui s'éclaire à mesure que se découvre le champ d'action du système vago-sympathique.

L'hyperthermie appelle quelques réflexions. Dans l'observation III on a noté une élévation de température notable (39°). Dans le dépouillement de nombreux cas publiés, elle peut exprimer une réaction thermique analogue à celle qui suit les shocks anaphylactiques, analogue à la réaction thermique de la protéinothérapie ou de l'auto-hémothérapie. Dans ces cas, elle ne suscite aucune déduction technique comme le drainage. L'élévation de température, comme dans notre troisième observation, peut attirer l'attention sur une infection ancienne, qui explique à la fois peut-être la nidation anormale de l'œuf avec ses conséquences, la rupture tubaire et la menace de complications graves. Le drainage s'impose, dans des cas.

Quant à la décision opératoire, il faut être éclectique ; elle peut être immédiatement, dans certains cas ; elle peut être, aussi, différée. A ce moment, tous les éléments du diagnostic doivent être soigneusement revisés et pesés. Il faut souligner l'intérêt primordial qui s'attache à l'immobilisation absolue de la malade et à l'atténuation de la douleur. On peut différer, dans certains cas, l'opération pour attendre un transport possible ou facile. Dans d'autres, il convient d'opérer sur place, si le transport est difficile ou périlleux. Il n'est pas possible d'admettre, dans ces cas, de formule absolue.

En résumé, *la rupture tubaire est de diagnostic le plus souvent aisé, par le seul examen clinique*. La décision opératoire, le moment de l'intervention, le lieu de l'opération ne doivent être inspirés que par l'analyse de *tous* les symptômes cliniques. Toute formule absolue peut conduire à une erreur thérapeutique. Il y aura toujours des cas qui seront au-dessus de nos possibilités thérapeutiques.

NÉCROLOGIE

A. CALMETTE

Le Professeur A. Calmette, poursuivant jusqu'au terme de sa vie, son œuvre féconde, s'est éteint, après une courte maladie, à l'aube du 29 octobre.

La mort brise en pleine course le cycle de ses travaux.

Depuis le jour où Pasteur, le distinguant parmi ses élèves l'envoya, au début de l'année 1891, organiser à Saïgon un centre de lutte antivariolique, il accumula sans arrêt, suivant un rythme rapide, une série de découvertes mémorables. La nature en effet, l'avait merveilleusement doté, mettant au service de ses qualités de cœur et d'intelligence, une énergie, une ténacité inlassables. Aussi ce grand caractère ne s'est-il jamais contenté des seules joies spéculatives du chercheur ; animé par la passion du bien il entrevoyait au delà d'une découverte, l'utilité de ses applications.

Il avait l'idée féconde qui prélude aux recherches, la volonté tenace qui conduit à la découverte et le talent qui permet de divulguer et d'appliquer les données du laboratoire. Pour cette raison, sa renommée s'étendit de bonne heure au delà des sociétés savantes. Elle gagna la foule qui avait le sentiment de l'activité bienfaisante de ce grand homme. Il sut vaincre des difficultés qui naissaient d'enthousiasmes trop prompts ou de déceptions hâtives, il sut triompher du trouble que jetèrent dans les esprits des polémiques scientifiques qui agitèrent le monde. Tenace, persévérant, affrontant les contradicteurs avec un courage tranquille, il cherchait la vérité et quand il était sûr de l'atteindre il n'hésitait point à la faire connaître avec l'art d'un vulgarisateur.

***

Durant son séjour en Indochine de 1891 à 1893, il se préoccupe d'abord d'abord d'atteindre le but de sa mission. Il doit organiser sur place un centre vaccinogène car les préparations de lymphe vaccinale sont trop fragiles à cette époque pour être expédiées de France. Il n'est point question qu'il utilise une lymphe humaine. La vaccination de bras à bras dans ce pays infecté de syphilis et de lèpre est trop souvent désastreuse ; le transport des sujets à vacciner le long des rivières ou des sentiers est très difficile. Il n'est point question non plus qu'il utilise les génisses qui, dans ce pays, sont peu nombreuses et peu sensibles au cow-pox. Il lui vient alors l'idée d'inoculer sur place des bufflons de 6 à 12 mois. Ses efforts sont couronnés de succès : les récoltes de lymphe sont abondantes et de bonne qualité.

Depuis 1910, l'Institut Pasteur de Saïgon prépare du vaccin de bufflon en quantités suffisantes pour alimenter non seulement l'Indochine, le Siam, Singapour, mais la Chine septentrionale et même le Japon.

La lutte contre la variole n'absorbe pas toute son activité.

Il s'intéresse sur place à la *dysenterie*, aux *abcès du foie*, au *choléra*, à la *fermentation de l'opium*, et surtout il recueille des faits qui lui serviront à ses recherches ultérieures sur la *sérothérapie antivenimeuse* et la *fermentation alcoolique* du riz par les Mucédinées indigènes.

Des reptiles venimeux appartenant à l'espèce cobra-capel, capturés en Basse-Cochinchine, lui servirent à ses premières *recherches sur les venins*. Celles-ci l'occupèrent de 1891, au lendemain des découvertes de E. Roux et de Yersin sur les toxines microbiennes et de Berhing sur les antitoxines, à 1914. Il étudie tour à tour la composition des venins, leur action sur les tissus, les organes,

le sang des espèces sensibles ; il décrit le phénomène d'hémolyse. Il se préoccupe ensuite de la protection antivenimeuse. Il observe les caractères de l'immunité naturelle de certains animaux, de l'immunité acquise de certains autres ; il analyse le mécanisme de la neutralisation du venin par l'antitoxine spécifique, les réactions du mélange venin-antivenin. Ainsi il édifie les bases scientifiques de la sérothérapie antivenimeuse, couramment utilisée depuis lors dans toutes les régions infestées de reptiles dangereux pour l'homme et pour les animaux. Des laboratoires édifiés en vue de la préparation de ce sérum ont été installés à Bombay, à Kasauli, à Melbourne, à Sao-Paulo.

Les conséquences pratiques de ses *recherches sur les fermentations* ont été aussi fructueuses. Il remarque, à Saïgon, que les Chinois et les Annamites préparent les alcools de riz parfumés à l'aide d'un procédé différent de celui qu'utilisent les Japonais pour préparer le saké. Il étudie cette levure spéciale et reconnaît qu'il s'agit d'une mucédinée inconnue qu'il nomme *amylomyces Rouxii*. Cette mucédinée, quand elle se développe sur les grains de riz, produit tout d'abord une amylase très active, puis la saccharification de l'amidon achevée, elle se segmente et transforme en alcool le sucre auparavant formé. Ce procédé permet ainsi de réaliser successivement la saccharification et la fermentation. Des essais sont effectués à partir de 1897 dans la région du Nord. Ils sont assez heureux pour inciter de nombreux pays producteurs d'alcools de matières amylacées, à préférer ce nouveau procédé à l'ancien, car il diminue les frais, il améliore le rendement et donne des alcools de meilleure qualité.


PHOTO H. MANUEL
Le Professeur CALMETTE en 1931

Au début de l'année 1895, les industriels et les agriculteurs du Nord forment un comité en vue d'organiser à Lille un centre de Sérothérapie et de Bactériologie. Pasteur et Roux confient à Calmette le soin de fonder cette *filiale*. Il se met à l'œuvre et pendant 25 ans, il va se consacrer à cette tâche, l'alimenter de sa générosité, la servir avec sa science exaltée par son altruisme.

Il procure aux départements du Nord les bienfaits des découvertes pastoriennes, puis élargissant encore le champ de son activité, il crée des services nouveaux qui étudieront les applications des découvertes bactériologiques à l'hygiène, à la médecine vétérinaire, à l'agriculture et à l'industrie

A cette époque, avec C. Guérin, il reprend ses premiers travaux sur *la vaccination antivariolique*.

Il met au point des techniques nouvelles destinées à débarrasser la lymphe vaccinale des germes adventices, à doser son activité.

Il fait paraître un important mémoire sur la vaccine expérimentale dans lequel il étudie la vaccine généralisée et il démontre, entre autres faits nouveaux, que le virus peut être décelé dans le sang pendant une durée très courte.

De 1904 à 1914, grâce à la générosité de la Caisse nationale des recherches scientifiques, il se livre à de multiples travaux sur *l'épuration biologique des eaux résiduaires* des villes et des industries agricoles. Il avait suivi en 1900 les expériences de Dibbin en Angleterre sur la filtration intermittente des eaux d'égouts. Frappé de la valeur des résultats obtenus, il développe ces travaux, en tire des conclusions pratiques qui permettent actuellement à toute agglomération urbaine ou industrielle d'épurer à peu de frais leurs eaux résiduaires.

Son activité, son besoin de répandre le bien sont inlassables. En 1898, il est nommé Professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de Lille. En 1899, une épidémie de peste bubonique ayant éclaté à Porto, l'Institut Pasteur lui confie la direction d'une mission à laquelle il était préparé par ses travaux antérieurs sur le cocobacille de la peste isolé par Yersin. Avec la collaborationde Taurelli Salimbeni, il précise la technique de *la vaccination et de la sérothérapie antipesteuses*.

En 1903, il conduit dans les charbonnages du Nord de la France, de la Belgique et de la Westphalie, une enquête sur l'*ankylostomiase*. Il conseille aux compagnies houillères intéressées de créer de véritables dispensaires d'hygiène sociale en vue de dépister les malades et de les traiter.

En 1910, il organise dans Alger une filiale de l'Institut Pasteur de Paris.

Le hasard qui m'avait fait le condisciple d'un de ses fils, me donna l'occasion de rencontrer pour la première fois le Professeur Calmette en 1908. Notre école installée au cœur de l'Ile-de-France utilisait les vestiges de la propriété du Duc de La Rochefoucauld-Liancourt. Et l'imagination se plaisait à rapprocher ces deux grands hommes, l'un qui s'employa si activement au retour de l'émigration en faveur de la vaccination antivariolique, l'autre Pastorien par le cœur et l'esprit qui devait consacrer la plus grande partie de sa vie à la lutte antituberculeuse.

En 1921, les premiers essais de vaccination humaine par le BCG, entrepris sur l'initiative de mon maître Weill-Hallé, dont j'étais l'interne, m'amenèrent à collaborer avec le Professeur Calmette : il se plut alors à diverses reprises à rappeler ce passé, évoquant les images disparues, s'inquiétant du sort de ce groupement dispersé ou détruit par la tourmente de 1914. Lui-même, demeuré à Lille au moment de l'invasion allemande, il eut à souffrir de l'occupation.

Il s'efforça pendant toute la durée de celle-ci, en dépit d'angoisses légitimées par le sort des siens, de servir ses concitoyens.

Le Conseil d'administration et l'Assemblée de l'Institut Pasteur de Paris, en 1907, après la mort de Metchnikoff, le nomment sous-directeur de cet établissement. Il entre en fonction en 1919, quelques mois après l'évacuation de Lille.

Il s'absente encore pour répondre au désir du Gouver-

nement hellénique qui veut fonder à Athènes un Institut Pasteur dont la direction est confiée à Georges Blanc, puis il regagne à Paris la Maison des Pastoriens qu'il retrouve après une absence de vingt-cinq ans ; il ne la quittera qu'avec la vie.

***

Son but est plus haut encore. Il lui faut une tâche à la mesure de ses moyens. Il va s'attaquer à la maladie qui pèse le plus lourdement sur nos villes et sur nos campagnes, *à la tuberculose*.

Certes, il s'est familiarisé depuis longtemps avec les données de ce problème. Il a groupé, il a sélectionné les faits cliniques et expérimentaux dégagés par ses devanciers. Il a médité sur toutes ces observations qui lui serviront à écrire les éditions successives de son *ouvrage sur l'infection bacillaire et la tuberculose*.

L'étude critique des faits l'a convaincu que le mal était surtout sensible aux mesures de prophylaxie. Ici, plus que dans n'importe quelle autre de ses œuvres, il donne la preuve de sa clairvoyance et la mesure de son activité. Sa conception de la prophylaxie antituberculeuse procède de deux idées : l'isolement et la vaccination. Ainsi il cherche à la fois son inspiration dans l'œuvre de Grancher et dans l'œuvre de Pasteur.

Les mesures de préservation de l'enfance préconisées par Grancher ont fait la preuve de leur valeur, mais il importe pour les compléter de créer un organisme capable de dépister les malades, de recueillir et de protéger les sujets exposés. Il imagine alors *le Dispensaire antituberculeux*, et bien modeste à l'origine, le Dispensaire Emile Roux prend naissance dans une annexe des locaux de l'Institut Pasteur de Lille. Un appel fait à la générosité publique est entendu ; il va permettre de développer ce premier organisme et d'en créer de nouveaux. Lille, Douai, Valenciennes, Cambrai avaient en 1914 leur dispensaire. Depuis la guerre, l'essor des mesures d'assistance et de prophylaxie sociale a consacré en France et à l'étranger cette organisation imaginée par le Professeur Calmette ; on connaît l'étendue de sa diffusion.

Le tuberculeux dépisté par le dispensaire doit être isolé et soigné. Calmette est partisan du principe sanatorial, mais il redoute pour le malade séparé des siens, le désarroi moral, les « passions tristes » de Laënnec. Sa bonté préfère au sanatorium d'inspiration germanique, la conception plus humaine du *village de tuberculeux* et le premier de ces villages est organisé à Montigny-en-Ostreven.

Ces œuvres sociales antituberculeuses de la région lilloise sont groupées et dirigées par la *Ligue du Nord contre la tuberculose* qu'il contribue à fonder en 1903. Bientôt cet organisme crée une filiale de l'œuvre Grancher et publie un bulletin de propagande. Aussi, lorsque les Pouvoirs publics fondèrent en France le Comité National de Défense contre la Tuberculose présidé par M. le sénateur André Honnorat, le Professeur Calmette fut désigné pour l'une des vice-présidences.

Mais cette activité médico-sociale n'est qu'une partie de la tâche qu'il s'est fixée. Son but, son véritable but est la vaccination de la maladie : *la prémunition antituberculeuse*.

Sans se détourner des œuvres sociales qu'il vient de créer, il cherche patiemment, dans le silence du laboratoire, avec son dévoué collaborateur Guérin un vaccin antituberculeux qui satisfasse aux conditions qu'il juge indispensables. Il avait su tirer profit des travaux des cliniciens et des échecs de ses devanciers. Les travaux de Marfan lui avait appris qu'une première atteinte de tuberculose curable protège dans une certaine mesure contre les retours de ce mal. Les essais de vaccination qui précédèrent ses travaux lui avaient appris qu'une prémunition antituberculeuse pour avoir quelque chance de succès devait employer un bacille vivant, ayant conservé ses qualités antigènes mais ayant perdu la propriété de provoquer des lésions réinoculables.

Or ses études sur la migration du bacille tuberculeux aux travers de la paroi intestinale l'avaient amené, pour mieux émulsionner ses cultures, à mêler celles-ci à de la bile. Il ne fut pas long à reconnaître que les milieux ainsi préparés atténuaient la virulence du germe, modifiaient ses qualités physico-chimiques et l'aspect de ses cultures. Les repiquages successifs, pendant treize années successives d'une souche originelle de bacilles bovins virulents lui permirent d'obtenir des bacilles vivants, aptes à sécréter de la tuberculine, bons antigènes, mais ayant perdu, en dépit d'artifices de laboratoire connus, la propriété de provoquer chez un animal sensible des lésions réinoculables en série : il nomme cette souche « vaccin bilié Calmette-Guérin » (BCG).

Dès lors, l'étude de l'innocuité et des qualités immunisantes du BCG va susciter dans son laboratoire, puis hors de l'Institut Pasteur et au delà de nos frontières un nombre prodigieux de travaux. En l'espace de quatorze années, l'étude de cette vaccination antituberculeuse a pris l'allure d'une gigantesque expérience mondiale.

Avec ses collaborateurs de la première heure, Guérin, Weill-Hallé, Nègre, Boquet, Wilbert, Marcel Léger, nous-même, bientôt entourés de nouveaux élèves français ou étrangers attirés par la renommée du Maître, il approfondit ses recherches, il multiplie les preuves, il contrôle, il réfute ; quand les preuves expérimentales sont suffisantes, il se décide à appliquer sa découverte aux nourrissons. On sait avec quelle prudence les premiers essais furent conduits de 1921 à 1924. Encouragé par les résultats obtenus, il étend le champ de ses applications. Il se heurte à de nombreuses objections : avec patience il les élude. Il triomphe d'erreurs qui à Lubeck prirent l'allure d'une catastrophe. Il groupe les résultats et veut que d'autres les jugent. Une commission nommée en 1931 par l'Académie de médecine conclut, par la voix de son rapporteur, mon maître Ed. Lesné, qu'il n'est pas d'exemple probant que le BCG introduit dans l'organisme infantile par voie buccale ou souscutanée s'y soit transformé et ait déterminé des lésions tuberculeuses virulentes.

Peu à peu, les résultats de la vaccination humaine affluent à l'Institut Pasteur. Calmette a l'immense joie de constater les effets du vaccin sur la décroissance de la mortalité tuberculeuse et de la mortalité globale des enfants du premier âge.

L'essor de cette méthode de prémunition humaine et animale décide le Conseil et l'Assemblée de l'Institut Pasteur à édifier un nouveau bâtiment pour y grouper tous les services de la tuberculose, les services du BCG étant placés à l'abri, bien entendu, de toutes souillures provenant des services de recherches. Dans ces nouveaux locaux, Calmette dirige les recherches de ses nouveaux élèves Valtis, puis Saenz, sur les éléments filtrables du virus tuberculeux ; il étudie avec la collaboration du Professeur Couvelaire et de Lacomme la tuberculose transplacentaire.

***

Ces nouvelles occupations ne le détournèrent pas de son but. Par ses écrits, par ses conférences, avec tous ses talents de vulgarisateur, il faisait connaître les résultats progressifs de la vaccination par le B C G.

Souvent, il fut prié d'exposer en public l'essentiel de ses travaux. On le voyait alors d'un pas alerte, la tête légèrement inclinée sur le côté, gagner avec simplicité la place qui lui était réservée. L'attention de l'auditeur d'abord un peu surprise par un léger défaut d'élocution, était vite gagnée par son éloquence persuasive, par la clarté de son exposé, par l'aisance qu'il apportait à traiter les sujets les plus arides. Sans une note, sans un geste, sans une défaillance, il faisait succéder les périodes aux périodes, les faits aux faits, il mettait en lumière les arguments qui emportent la conviction.

Digne élève de Pasteur, il prend place aux côtés du Maître parmi les plus grands bactériologistes ; son œuvre

BIBLIOGRAPHIE

Biochimie avec applications à la pathologie et au diagnostic (BIOCHIMICA CON APPLICAZIONI ALLA PATOLOGIA DE ALLA DIAGNOSTICA), par le Professeur Piétro RONDONI, de Milan, 3e édition. Un vol. in-8° de 1.906 p. avec une planche en couleurs et 30 fig. dans le texte (Unione typografico editrice torinese, 1933.)

Le succès de cet ouvrage, qui en est à sa troisième édition depuis huit ans, apparaît des plus mérités si l'on considère l'intérêt du sujet et la façon dont il est traité.

La chimie biologique a pris, en effet, de tels développements qu'elle est devenue la base la plus solide de nos connaissances en physiologie pathologique. Mais en même temps, à mesure que se multipliaient les faits nouveaux qu'elle introduisait dans la pathologie, il devenait de plus en plus difficile de les exposer clairement. Or, c'est à quoi l'auteur a pleinement réussi, grâce à la netteté du plan qu'il s'est tracé, ainsi qu'à son esprit critique qui a su mettre à leur rang les faits les plus importants en indiquant seulement les détails accessoires.

Une première partie est consacrée à la composition chimique de l'organisme normal : eau, combinaisons du carbone, hydrates de carbone, lipides, protéines et dérivés, enzymes et ferments.

Dans une seconde partie sont exposées les fonctions chimiques de l'organisme normal et pathologique : alimentation et régimes, digestion, chimie du protoplasma et composition des milieux internes, échanges de matière et d'énergie en ce qui concerne les oxydations et le métabolisme des hydrates de carbone, des lipides et des protides ; enfin fonctions rénales.

Dans une dernière partie sont réunies les techniques d'analyses les plus communes et particulièrement les microméthodes.

Par l'abondance de sa documentation, ce livre rendra de grands services non seulement au travailleur de laboratoire qui y trouvera l'indication de tous les faits essentiels de la chimie pathologique, mais aussi au clinicien à qui il fournira de nombreux éléments de diagnostic et d'interprétation pathogénique.

Ch. ACHARD.

Chimie appliquée à l'Art dentaire. *Généralités, métalloïdes, chimie organique et chimie biologique*, par M. Marcel BOLL et M. P.-A. CANIVET. 2e édition. Un volume in-16 de 416 pages : 28 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Cet exposé est profondément pénétré des idées modernes, les auteurs y ont fait une place suffisante, non seulement aux atomes et aux molécules, mais encore aux ions et aux électrons, à la radio-activité, dont les applications commencent à peine ; ils ont insisté sur les transformations de l'énergie chimique, sur l'affinité, la vitesse de réaction et la catalyse.

Dans la description des divers corps purs, les auteurs se sont appesantis sur ceux qui présentent un intérêt pratique et ils ont tenu à donner en détail leurs réactions analytiques, quitte à moins développer les méthodes de préparation. Enfin, ils ont longuement décrit les phénomènes de la chimie biologique.

Champignons de couche et autres espèces cultivables, par J. LACHAUME. Neuvième édition, entièrement remise au point, par Georges BELLAIR. Un ouvrage 12 × 18 de 148 pages et 39 gravures et une couverture en couleurs. Franco 8 fr. 80. Librairie agricole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris, 6e.

La culture du champignon de couches est l'objet d'une industrie bien connue, mais elle peut-être aussi domestique ou familiale pour peu que l'on suive exactement la bonne méthode. L'ouvrage aujourd'hui classique de Lachaume, qui vient d'être remis au point dans cette nouvelle et neuvième édition par Bellair, donne avec une grande clarté et une grande précision toutes les indications pour que chacun puisse mener à bien ces deux cultures.

P. L. M. — *Paris-Lyon en 5 h. 25*

Le P. L. M., qui avait été jusqu'ici moins soucieux de grandes vitesses que d'autres Réseaux, paraît aujourd'hui chercher à rattraper le temps perdu.

Il met en marche, depuis le 8 octobre, un train rapide Pullmann qui abat les 512 km. séparant Paris de Lyon, en 5 h. 25, soit à une vitesse commerciale de 95 km. à l'heure.

L'an dernier, le train le plus rapide mettait encore 5 h. 58 pour effectuer ce trajet.

Ce nouveau rapide constitue l'amorce du *Côte d'Azur Pullmann* qui circulera, à partir du 15 décembre, entre Paris et Menton, comme précédemment. Mais le trajet Paris-Nice sera parcouru en 12h. 25 au lieu de 13 h. 30 l'an dernier.

La vitesse commerciale sera ainsi portée à 88 km.-heure, résultat très remarquable sur un trajet de 1.085 km., dont le tracé est hérissé de nombreuses difficultés.

le classera parmi les plus grands esprits scientifiques de notre temps, et ceux qui l'ont approché n'oublieront jamais le regard empreint de douceur de cet homme qui consacra sa vie et son génie à soulager la souffrance humaine et qui se plaisait à répéter la devise de Pasteur « qu'en fait de bien à répandre, le devoir ne cesse que là où le pouvoir manque ».

R. TURPIN.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Chirurgie

Les lésions des ménisques du genou sont actuellement bien connues.

Une observation de Paul Roger, de l'hôpital Laval de Québec, met bien en évidence la confusion possible entre les lésions traumatiques et la tumeur blanche du genou.

Un fait à noter est la durée exceptionnellement longue du blocage articulaire ; les cas, qui dépassent trois mois, ne sont pas très communs dans la littérature médicale ; habituellement le blocage est fruste et la plupart des malades y mettent fin d'eux-mêmes, en exécutant certains mouvements et surtout des mouvements de flexion.

(Paul Roger. A propos des lésions des ménisques du genou. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, juin 1933).

Oto-rhino-laryngologie

Chez l'adulte la mastoïdite reste souvent latente ; elle ne se manifeste par aucun signe physique appréciable, mais se complique assez souvent de lésions intracraniennes toujours très graves.

Le malade de Pichette a fait, six mois avant son entrée à l'Hôpital du Saint-Sacrement de Québec, une otite aiguë d'origine grippale ; une mastoïdite a évolué sournoisement pendant plusieurs mois jusqu'au jour où elle a touché les méninges, donnant lieu à une méningite à streptocoques et plus tard à un abcès extradural de la fosse cérébrale postérieure. Intervention et guérison.

Ce cas nous rappelle une fois de plus que le diagnostic est trop souvent porté à une période tardive.

(H. Pichette. Mastoïdite latente. Méningite et abcès extradural de la fosse postérieure. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, juillet 1933).

Rayons X

La vésicule biliaire est parfois visible d'une façon nette, sans tétraiode, au cours des examens du carrefour sous-hépatique ; dans ces conditions aucune erreur ne peut être commise avec un autre organe plus ou moins opaque.

Cette visibilité, de signification pathologique parce qu'anormale, est généralement due à une des causes suivantes :

1° Epaississement de la paroi vésiculaire, hyperplasie inflammatoire et parfois surcharge calcaire.

2° Teneur en sels opaques du contenu.

3° Concentration anormale du liquide en sels calcaires ou en produits organiques.

4° Augmentation anormale du volume de la vésicule.

(Georges Brohee, de Bruxelles. Visibilité de la vésicule biliaire aux rayons X, sans tétraiode. *Journal belge de gastro-entérologie*, juin 1933).

Thérapeutique

Les injections intraveineuses de sulfate d'atropine sont susceptibles de faire disparaître les manifestations douloureuses de tabes dorsal.

On pratique une série de dix à douze injections, d'abord tous les jours puis tous les deux jours, à des doses allant d'un demi-milligramme à deux milligrammes.

Les résultats se manifestent dès la première ou la seconde injection ; ils ne sont pas dus à l'action temporaire du médicament, mais ils persistent encore après sa complète élimination.

Les inconvénients sont légers : un peu de sécheresse de la gorge ou des troubles visuels transitoires.

Sur vingt et un cas personnels, G. Roasenda et S. Garetto, de Turin, ont obtenu deux tiers de succès et un tiers d'améliorations En voici un cas :

B. Lazzaro, 50 ans. Tabes classique ; depuis six ans douleurs lancinantes diffuses, de durée variable, qui se sont intensifiées dans ces derniers temps, au point de résister aux calmants courants.

On pratique douze injections intraveineuses de sulfate neutre d'atropine, une par jour pendant sept jours, puis une tous les deux jours. On commence à un demi-milligramme et on atteint un milligramme et demi sans le moindre inconvénient. Les douleurs diminuent dès la première injection et cessent complètement à partir de la quatrième. Le malade, revu deux mois après la fin du traitement, n'a plus ressenti de douleurs.

(G. Roasenda et S. Garetto. Le iniezioni endovenose di atropina contro i dolori tabici. *Minerva Medica*, 21 juillet 1933.)

L'aurothérapie est utile dans certaines formes de tuberculose pulmonaire : fibro-caséeuse chronique, exsudative récente, exsudative-productive interstitielle subaiguë circonscrite.

L'aurothérapie est inutile dans la forme chronique apyrétique à poussées évolutives ou à marche lente.

L'aurothérapie est dangereuse dans les formes étendues, miliaires et compliquées.

Telles sont les conclusions de l'étude faite par Paolo Stanganelli au sanatorium S. Maria della Vita de Naples.

Il faut éviter les réactions dans un organisme débilité ; la réaction focale est absolument inutile ; la réaction thermique, inoffensive, est à peu près inévitable. Entre l'une et l'autre il n'y a qu'une différence de degré.

Les discussions sur les indications sont à peu près terminées, du fait que l'entente s'est réalisée sur la réduction des doses ; on diminue ainsi les contre-indications ; la meilleure indication est la forme initiale à marche lente.

Les préparations d'or ont passé par deux phases, l'une d'enthousiasme, l'autre de scepticisme ; elles figurent aujourd'hui au nombre assez réduit des remèdes rationnels de la tuberculose pulmonaire : c'est une arme précieuse et délicate qui nécessite d'un côté un diagnostic précoce, de l'autre une adaptation individuelle.

L'expérimentation clinique de l'auteur s'est limitée aux bons cas et à la forme chronique apyrétique.

F. fibro-caséeuse chronique : vingt-deux cas ; une guérison, onze améliorations, huit sans changement, une aggravation, un décès.

F. exsudative récente : vingt cas ; dix améliorations ; sept sans changement, trois aggravations.

F. exsudative-productive : quinze cas ; une guérison, onze améliorations, un sans changement, deux aggravations.

F. productive interstitielle subaiguë circonscrite : vingt cas ; deux guérisons, dix ameliorations, trois sans changement, quatre aggravations, un décès.

On en peut conclure que l'aurothérapie est efficace chez les malades qui présentent une certaine résistance.

Les produits utilisés ont été les suivants : sanocrysine, crisalbine, allochrysine, néochrysol, phosphochrysol.

(P. Stanganelli. La crisoterapia nella tuberculosi pulmonare. *Lotta contro la tuberculosi*, avril 1933).

J. LAFONT.

« Dans le passé, beaucoup de bons esprits et de plus nombreux cerveaux moyens se sont tournés vers la médecine parce que privés du « sens mathématique » ou, si l'on préfère, parce qu'ayant une incompréhension totale de l'algèbre, de la géométrie, du calcul différentiel, des fonctions exponentielles et autres, du calcul intégral et de l'intégration des fonctions, etc. Faute de pouvoir envisager Polytechnique, ou Centrale, ou l'enseignement des mathématiques, ils se sont dirigés vers la carrière médicale.

Dans l'avenir, ce sera chose impossible parce qu'il faudra apprendre et comprendre les douze leçons ci-dessus énumérées. (*Leçons de mathématiques*) ». (Dr L. M., *Index Médical*, octobre 1933.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Fièvres éruptives

La rougeole est rare chez les sujets de 30 à 40 ans ; elle est exceptionnelle au-dessus de cet âge ; M. Audouin, de Thouars, en a cependant rencontré un cas sporadique. dont les principales particularités sont :

1° L'éclosion isolée, loin de tout contage, à une saison déjà avancée (fin juin).

2° L'âge du sujet (60 ans passés).

3° L'intensité de l'éruption, coïncidant avec l'absence de tout symptôme grave.

(M. Audouin. La rougeole à 60 ans passés. *Archives médicales d'Angers*, juillet 1933).

Appareil digestif

La douleur est le symptôme majeur de l'ulcus et suffit à elle seule pour affirmer le diagnostic, car elle revêt des caractères nettement tranchés ; elle est tardive et périodique.

Tardive, elle apparaît un certain temps après le repas, laissant un intervalle libre entre l'ingestion alimentaire et son apparition ; cet intervalle est en général de deux à trois heures jamais inférieur à une demi-heure, jamais supérieur à cinq heures. L'horaire est assez constant, la douleur *donne l'heure*; un horaire fréquemment rencontré est 11 heures, 15 heures et minuit.

L'évolution par périodes successives appartient en propre à la douleur ulcéreuse et lui donne son cachet. Pendant un certain nombre de jours la douleur revient chaque jour. Cette période dure trois semaines, rarement moins, souvent plus, jusqu'à six semaines, parfois même trois mois, puis cesse du jour au lendemain. Les périodes se succèdent à intervalles plus ou moins réguliers ; le type le plus fréquent est bisannuel (printemps et automne) ; l'intervalle peut être plus petit ou plus grand, atteignant une ou même plusieurs années. En tout cas la durée des rémissions est toujours, du moins au début, nettement plus longue que la période douloureuse.

Ces caractères de la douleur ulcéreuse ne durent qu'un temps ; l'évolution de l'ulcère vers la périgastrite et la sténose la modifient dans un sens qu'il importe de connaître, car c'est souvent à cette période tardive que les malades se présentent à la consultation.

Quand la *sténose* s'installe, les périodes douloureuses se rapprochent, la durée de la douleur est plus longue, le malade a la sensation que « çà ne passe pas ».

Dans la *périgastrite* la douleur devient continue, elle ne quitte plus le malade ; sur ce fond continu se greffent des paroxysmes rythmés par les repas.

Les douleurs du type ulcéreux sont malgré tout facilement méconnues, faute d'un interrogatoire patient et minutieux. Il est banal, par exemple, d'obtenir la réponse suivante à une question sur l'horaire : « Je souffre aussi bien à jeun qu'après avoir mangé ». Or cela signifiait à 11 heures (à jeun) et à 15 heures (après avoir mangé), car un ulcéreux ne souffre jamais à jeun. Parfois un malade affirme qu'il souffre pour la première fois, alors qu'il a pris jadis du bicarbonate de soude pour calmer des brûlures. Le médecin pense aussi être en présence d'un nerveux, etc...

Même si l'interrogatoire et l'examen sont bien conduits, deux causes d'erreur peuvent se présenter : la *douleur anormale* et la *douleur surajoutée*.

Une des anomalies les plus fréquentes est celle de siège et d'irradiation. Si, en principe, la douleur siège à l'épigastre, il n'en est pas de même dans la pratique. Les localisations sont entièrement variables : douleur en ceinture, barre transversale abdominale, douleur dans l'hypochondre droit ou gauche, douleur haute (rétroxiphoïdienne, rétrosternale, rétrocostale) ou basse (fosse iliaque droite, région sus-pubienne). Les anomalies d'horaire sont rares et sont le fait d'une complication (périgastrite) ou d'un élément surajouté (biloculation). Les anomalies d'évolution sont relativement fréquentes ; les crises solaires se caractérisent par la soudaineté, l'intensité des douleurs et l'intolérance gastrique complète ; elle durent quelques heures ou quelques jours, entre ou pendant les périodes.

La douleur ulcéreuse peut être plus ou moins masquée par des douleurs surajoutées, d'allure purement fonctionnelle, dont l'aérophagie ou la dislocation verticale de l'estomac sont indiscutablement responsables ; on rencontre même une véritable intrication de syndromes douloureux (crises de cholécystite alternant avec des périodes ulcéreuses).

(Ch. Garin et P. Bernay. La douleur chez les ulcéreux. *Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1933.)

Syphilis

Parmi les syndromes que la syphilis peut produire en se localisant au niveau de la base de l'encéphale, il en est un nettement individualisé, le syndrome infundibulo-tubérien qui est réalisé par l'atteinte de la région diencéphalo-hypophysaire et qui est essentiellement constitué par des troubles végétatifs divers : diabète insipide, syndrome adiposo-génital, narcolepsie : à ces syndromes végétatifs peuvent s'associer des symptômes d'un autre ordre, en particulier une atteinte de la voie optique ; la lésion chiasmatique peut être réalisée isolément, comme dans le cas suivant.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, qui présente depuis deux mois des crises d'épilepsie, qui se rapprochent de plus en plus malgré le traitement gardénalique et chez qui l'on constate d'autre part un œdème péripapillaire bilatéral avec baisse de l'acuité visuelle et une hémianopsie bitemporale. L'existence de ce dernier symptôme, traduisant une atteinte chiasmatique évoque immédiatement l'idée d'une lésion de la région hypophysaire.

Cependant, d'une part, les modifications de la selle turcique sont de l'ordre des variations physiologiques possibles ; d'autre part on ne trouve chez la malade aucun symptôme traduisant l'atteinte des centres végétatifs : elle ne présente ni polyurie, ni glycosurie, ni troubles du sommeil, ni troubles de la régulation thermique.

En définitive un sujet épileptique présente un syndrome chiasmatique d'origine imprécise. En l'absence de signes nets de tumeur cérébrale, de tumeur de l'hypophyse, on n'ose pas pratiquer d'emblée un traitement radiothérapique.

On tente l'épreuve du traitement antisyphilitique: cinq injections de cyanure de mercure, qui furent mal supportées, 3 gr. 75 de novarsenobenzol et douze piqûres de quinby.

Le résultat fut remarquable, le traitement ayant agi à la fois sur l'épilepsie et sur le syndrome oculaire.

Après les injections de cyanure les crises passent de huit à deux par jour, avec 0 gr. 30 de gardénal ; puis elles ne surviennent plus qu'une ou deux fois par semaine ; après la troisième injection de quinby et la quatrième de novarsénobenzol (0 gr. 60), il ne se produit plus qu'une seule crise ; cependant la dose de gardénal avait été réduite, puis supprimée.

Parallèlement le syndrome oculaire s'améliorait ; l'acuité visuelle passait de 2/10 à 4/10 à droite, de 4/10 à 6/10 à gauche ; l'œdème papillaire diminuait.

Le rétrécissement du champ visuel céda plus lentement.

L'efficacité de la thérapeutique permet d'affirmer l'origine syphilitique des phénomènes morbides.

(Richon, Kissel et Marchal. Epilepsie et syndrome chiasmatique d'origine syphilitique. *Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1933.)

Dermatologie

S'il est classique de rapporter la pathogénie des purpuras à des modifications du sang, il est des cas où un autre facteur, le système nerveux, vient à jouer un rôle important et peut-être à l'exclusion de toute modification vasculo-sanguine.

Les formes hémorragiques de la fièvre de Malte se divisent en deux types qui semblent distincts.

Le premier, survenant au cours d'une fièvre grave dès le début, est constitué par des taches purpuriques, grosses comme des têtes d'épingles, localisées le plus souvent à l'abdomen et aux cuisses.

Le second, survenant à la période d'état, est constitué par un purpura qui s'accompagne d'hémorragies des divers appareils.

L'observation d'un marin de 24 ans présente trois éruptions purpuriques aux 37e, 46e, et 57e jours de la maladie.

(C. Spezzafumo. Les purpuras d'origine nerveuse. A propos d'un cas de purpura à topographie radiculaire au cours d'une fièvre de Malte. *Tunisie Médicale* février 1933.)

Pathologie coloniale

L'Indochine ne connait que de très rares cas de spirochétose ictéro-hémorragique ou maladie de Weil, causée par le spirochète d'Inada et Ido. Le cas suivant serait le troisième publié.

Le 28 novembre 1932, entre à l'hôpital de Cochinchine le nommé N..., âgé de 29 ans, habitant à Gia-dinh, boy à Cholon.

Durant les quinze jours qui ont précédé son admission à l'hôpital, ce boy aurait eu une fièvre continue, élevée, accompagnée de céphalée avec courbature généralisée.

A son entrée ce malade nous frappe par la rougeur et l'injection des conjonctives ne s'accompagnant pas de photophobie. Interrogé il nous déclare souffrir d'un mal de tête violent, accompagné d'une rachialgie intense exagérée par les mouvements de torsion du tronc et de douleurs musculaires de tous les groupes de muscles mais particulièrement vives au niveau des biceps brachiaux et des gastrocnémiens.

A l'examen des divers organes on ne constate rien d'anormal, pas de subictère en particulier. Mais la recherche d'une raie cutanée montre après le frottement du doigt l'apparition immédiate d'une raie rouge vif à teinte égale tout le long de la partie frottée et sans caractère urticarien. Les urines sont très légèrement albumineuses, le pouls bat à raison de 84 pulsations à la minute, la température très élevée à l'entrée 39°5 (dix heures du matin) nous incite à pratiquer une recherche de l'hématozoaire qui se révèle négative. Ce syndrome nous fait penser... à une maladie soit du groupe tropical, soit du groupe des spirochétoses.

C'est pourquoi nous pratiquons les différents examens de laboratoire...

Le lendemain le malade s'évade de l'hôpital de très bonne heure le matin, avant que nous puissions l'examiner de nouveau.

Nous avons cependant pu apprendre par la suite que ce malade avait bien supporté son affection puisque le 20 décembre il était occupé à la récolte du riz.

Le laboratoire et surtout l'inoculation du sang du malade au cobaye ont permis d'affirmer le diagnostic. Les cas bénins et frustes de spirochétose doivent être beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose.

(Ragiot et Delbove. Spirochétose ictéro-hémorragique bénigne. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, janvier-février 1933.)

Au Maroc la vaccination antirabique préventive du chien donne d'excellents résultats, sans le moindre accident.

Le nombre total des chiens vaccinés à l'aide du virus-éther de l'Institut Pasteur de Tanger de 1928 à 1932 atteint 3.142. Le dixième environ de ces animaux a été traité après contamination. Il est certes difficile d'établir, dans ce groupe de 310 chiens traités à titre curatif, la proportion de ceux qui avaient été mordus par des animaux vraiment atteints de rage. Beaucoup de mordeurs en effet demeurent inconnus, d'autres s'échappent ; parfois l'agresseur peut être observé et le diagnostic de rage posé, d'après les constatations histologiques ou les inoculations au lapin. Parmi les 310 chiens mordus, tous ceux, qui avaient été vaccinés préventivement depuis moins d'un an et qui ont été soumis à une nouvelle vaccination aussitôt après la morsure, ont échappé à la rage.

Il est même arrivé, par suite de circonstances particulières, que quelques chiens ont été traités curativement sans avoir au préalable subi la vaccination préventive, opération dont une expérience déjà longue a cependant démontré l'absolue nécessité dans la pratique.

En France la vaccination antirabique préventive du chien se heurte à l'indifférence des pouvoirs publics.

(P. Remlinger et J. Bailly. La vaccination antirabique des animaux au Maroc. *Maroc Médical*, 15 mai 1933.)

Chirurgie

Une laminectomie tardive a permis d'obtenir la guérison d'une paraplégie datant de trois ans et due à une arachnoïdite.

Pendant sept ans la malade avait été traitée pour un mal de Pott, par immobilisation au lit d'abord, par un corset plâtré ensuite.

Un beau diagnostic et un beau résultat.

(Daniel Ferey, de Saint-Malo. Paraplégie complète datant de trois ans, due à une arachnoïdite. Intervention. Guérison. *Gazette médicale du Sud Ouest*, 1er juillet 1933.)

Oto-rhino laryngologie

Le procédé d'amygdalectomie de Sluder n'enthousiasme point Dutheillet de Lamothe.

Dussent m'anéantir les foudres lancées d'Amérique et de Belgique, je ne partage pas l'admiration universelle pour ce procédé d'outre Atlantique.

Arracher une amygdale (car c'est au fond ce que l'on fait), après l'avoir de force introduite dans un forceps guillotine, sans souci des adhérences qu'elle peut présenter avec les organes voisins, me paraît aveugle et brutal, antichirurgical au premier chef.

Pour éclairer ma religion je me suis mis au Sluder, j'en ai exécuté plus de deux cents et en possède maintenant la technique, eh bien ! je le déclare ici tout net, sauf peut-être pour quelques amygdales tout à fait pédiculées, je ne l'emploierai plus.

Je ne reconnais à ce procédé qu'un avantage et un seul, son extrême rapidité. Il est certain qu'entre les mains exercées les deux amygdales sont dans le plateau avant que l'opéré ait pu se rendre compte de ce qui lui arrivait...

Ceci peut avoir de l'intérêt quand on opère en série et sans anesthésie ainsi que cela se pratique fréquemment dans les services d'enfants. Comme pour ma part, je ne fais jamais aucune opération, si légère soit-elle, sans endormir ou insensibiliser le malade, cet argument perd beaucoup de sa valeur.

L'auteur pratiquait jadis l'amygdalectomie à l'anse froide avec l'aide des ciseaux ; actuellement il la pratique aux ciseaux avec l'aide de l'anse froide. Il est arrivé à cette modification parce que moins les tissus péri-amygdaliens subissent d'écrasement, moins la cicatrice est vicieuse.

(Dutheillet de Lamothe. Amygdalectomie totale par le procédé dit des ciseaux. *Gazette médicale limousine*, juillet 1933.)

Thérapeutique

Il semble bien que les arsenicaux pentavalents soient actifs dans la cure de certaines diarrhees persistantes ou chroniques, en l'absence de tout parasitisme intestinal décelable par les procedés habituels.

Deux observations ont trait à des colites sévères remarquablement améliorees par le stovarsol.

Dans la première il s'agit d'une colite hémorragique grave, résistant à tout traitement depuis dix-huit mois et dont l'origine parasitaire n'a pu être affirmée, les quelques spirilles décelés ne paraissant pas pouvoir être rendus responsables d'accidents aussi sevères. L'administration du stovarsol à la dose de 0,50 centigr. par jour en deux séries de dix jours, avec un intervalle de repos de six jours, a amené une amélioration considérable avec disparition de la diarrhée et du sang, engraissement de quatre kilogrammes et transformation absolument remarquable de l'état général. Depuis cette époque les accidents réapparaissent de temps à autre et sont toujours nettement jugulés par le traitement. Des cures discontinues sont nécessaires et permettent à la malade de mener une existence normale et de travailler.

La deuxième observation a trait à une colite dysentériforme ancienne (deux ans) sans parasitisme décelable et ayant determine un amaigrissement de 10 kilogrammes. En huit jours l'administration de 0,50 centigr. par jour de stovarsol fait disparaître le sang des selles, en même temps que le nombre de celles-ci tombe à deux ou trois par jour. Des accidents cutanés obligent d'interrompre la cure. La malade est alors mise au traitement émétinien à raison d'une injection quotidienne de 0,04 centigr. de chlorhydrate d'émétine pendant onze jours. Ce traitement prolonge l'action favorable du stovarsol et il n'y a plus que deux selles par jour sans hémorragie. La malade a engraissé de 4 kilogrammes, mais on est à nouveau obligé de cesser la médication à cause de l'apparition d'une éruption.

Il est donc indiqué de recourir à un traitement d'essai par le stovarsol dans les colites avec diarrhée qui durent et résistent aux traitements usuels, et cela malgré la négativité de l'analyse des selles au point de vue parasitologique. Les colites, même sévères, peuvent être ainsi considérablement améliorées et en tout cas beaucoup mieux que par les autres thérapeutiques habituelles. En ce qui concerne la posologie, les faibles doses sont à conseiller (0,50 centigr. en moyenne, pendant dix jours).

Souvent les effets du traitement ne sont pas définitifs et après un laps de temps, d'ailleurs variable, il deviendra nécessaire d'en reprendre l'usage. Il est même toujours indiqué de refaire une et même deux cures supplémentaires à six semaines d'intervalle.

Dans les cas où on n'obtient aucun résultat, il est inutile d'augmenter la dose ou de poursuivre la cure.

(A. Cade et M. Milhaud. Colites chroniques cryptogénétiques et leur traitement par le stovarsol. *Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1933.)

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1933

Infection transplacentaire due à l'ultravirus tuberculeux chez un nouveau-né ayant présenté le syndrome de dénutrition progressive. — *MM. L. Devraigne, J. Valtis et F. Van Deinse* relaient le cas d'un enfant issu d'une mère tuberculeuse, qui est mort le 8e jour après la naissance, présentant le syndrome classique de dénutrition progressive.

Les organes de cet enfant ont été filtrés sur bougie Chamberland 12, et le filtrat ainsi obtenu fut inoculé sous la peau des cobayes qui, par la suite, reçurent des injections bi-hebdomadaires de l'extrait acétonique du bacille de Koch.

Par l'ensemencement sur milieu de Löwenstein des organes des cobayes ainsi traités, les auteurs ont obtenu le développement d'une culture de bacilles tuberculeux d'aspect lisse et crémeuse rappelant les cultures du bacille tuberculeux du type aviaire. Ils pensent que la culture ainsi obtenue, comme d'ailleurs le prouvent les expériences antérieures, représente le premier stade cultivable de l'ultravirus tuberculeux.

Il s'agit donc dans cette observation d'un enfant issu de mère tuberculeuse, qui a été infecté *in utero* par le passage transplacentaire de l'ultravirus tuberculeux, qui a déterminé chez lui le syndrome de dénutrition progressive.

Cette observation confirme donc l'hypothèse émise par MM. Calmette, Couvelaire, Valtis et Lacomme sur le rôle probable de l'ultravirus tuberculeux dans la genèse du syndrome de la dénutrition progressive chez les enfants issus de mères tuberculeuses.

A propos de la mort des rongeurs exposés aux soleil. — *M. Auguste Lumière.* — Dans la séance de l'Académie du 27 décembre 1932, MM. Remlinger et Bailly ont présenté une étude sur la mort rapide des rongeurs : souris, rats, cobayes, lapins, par l'insolation. Cette rapidité varie suivant l'espèce. Dire que ces animaux fouisseurs, n'étant pas habitués à vivre au grand jour sont ainsi plus sensibles aux rayons solaires que chien, chat etc., n'est pas une explication suffisante. Ces auteurs le reconnaissent d'ailleurs.

M. Auguste Lumière a repris les expériences de MM. Remlinger et Bailly et a voulu répondre, suivant une méthode scientifique rigoureuse, aux questions qui se posent à propos du phénomène mortel constaté.

1º La nocivité de l'irradiation solaire doit-elle être attribuée aux rayons colorifiques ou au rayons lumineux ?

2º Pourquoi certaines espèces animales sont-elles beaucoup plus sensibles que d'autres à l'insolation ?

3º Par quel mécanisme biologique la mort par exposition au soleil survient-elle ?

Les multiples expériences instituées par Lumière prouvent péremptoirement que ce sont les rayons calorifiques seuls qui occasionnent la mort.

Il ne manque pas de rappeler que M. Charles Richet fils, il y a plus de dix ans, dans une communication à la Société de Biologie (1921), a démontré péremptoirement les effets du « coup de chaleur » sur les animaux et, en particulier, sur les rongeurs.

« Ce qui tue, dans la mort par insolation, avait-il conclu, ce ne sont pas les rayons lumineux, ce sont les rayons thermiques ».

Mais quelle est la pathogénie du « coup de chaleur »? Abordant la question sur le terrain de la théorie colloïdale, M. Lumière poursuit ses études en vue d'une solution explicative définivement probante.

L'asynergie fonctionnelle hépatique à l'état normal et pathologique. — *M. Noël Fiessinger.* — Dans les multiples fonctions du foie, dont les principales sont la régulation du métabolisme des sucres et de l'urée, la formation de la bile et le rejet des substances hétérogènes, il existe en physiologie comme en pathologie une synergie régulière. Mais encore faut il comparer l'être parfaitement normal au repos et à une alimentation régulière à l'être en pleine altération massive du foie. Entre ces deux extrêmes s'échelonnent des faits où les explorations fonctionnelles d'une part, l'observation clinique de l'autre font assister à une déficience fonctionnelle plus ou moins limitée, ne touchant qu'une ou deux fonctions et épargnant les autres, ce sont les asynergies fonctionnelles.

En pathologie courante, qu'il s'agisse de cirrhoses au début, d'ictère commun, d'hépatites infectieuses des toxiques, pendant de longues périodes, on voit les déficiences fonctionnelles évoluer sans aucun parallélisme. L'évolution favorable vers la guérison est anoncée par un tassement lent des anomalies, mais pendant un certain temps, on observe une trace fonctionnelle de l'atteinte morbide. Durant l'évolution pathologique, c'est plus la diffusion de l'atteinte fonctionnelle que l'intensité d'une atteinte qui traduisait l'aggravation pronostique.

Il peut paraître paradoxal de parler d'asynergie fonctionnelle à l'état normal, mais le sujet normal n'est pas toujours dans des conditions régulières. Ce sont les réactions fonctionnelles de ces conditions anormales qu'il est intéressant de passer en revue.

En observant des sujets jeunes et bien portants, à la suite de surmenages intellectuels, digestifs ou physiques, d'intoxication ou d'infections légères, on est étonné d'observer le lendemain ou les jours suivants du subictère avec élévation de la bilirubinémie, de l'urobilinurie, une traversée anormale des sucres, élévation du triangle glycémique de Marcel Labbé, augmentation du taux et de la concentration de la galactosurie parfois même une anomalie de l'élimination du rose bengale et des rapports sanguins ou urinaires d'imperfection uréogénique. Le retour rapide à l'équilibre fonctionnel est la signature de l'état normal.

Cette pathologie fonctionnelle inapparente fait comprendre la lente édification des altérations chroniques, elle traduit les atteintes parenchymateuses successives dont la cicatrisation d'une part et l'irritation de l'autre apparaissent à l'origine de la sclérose localisée ou diffuse des cirrhoses.

Dix ans de fonctionnement d'un service d'observation et de triage neuropsychiatrique à la Salpêtrière (1923-1933). — *M. O. Crouzon* expose les conditions dans lesquelles a été organisé à la Salpêtrière le service d'observation neuro psychiatrique qu'il dirige depuis le début de l'année 1923. Ce service répond aux deux indications suivantes : tout d'abord assurer l'isolement des malades agités, délirants fébriles, délirants alcooliques, etc... dans un centre hospitalier qui comprend 4.000 lits environ, ensuite d'observer et de traiter sous le régime hospitalier, c'est-à-dire dans un service ouvert, les psychopathes venus de la consultation externe.

Sur 3.456 malades observés, 2.428 ont pu rentrer à leur domicile ou partir en convalescence c'est donc dans une proportion de 75 pour 100 environ que l'on a pu éviter à ces malades l'internement dans un asile d'aliénés.

Les affections traitées ont été diverses et répondent à tous les types cliniques de névropathies, psychopathies ou d'aliénation mentale. Les progrès du traitement de la paralysie générale ont cependant augmenté la proportion de cette catégorie de malades, et un centre de malariathérapie y a été institué : les résultats ont été, suivant les années, de 30 à 45 pour 100 environ de succès thérapeutiques. Le fonctionnement de ce service a démontré l'utilité des services d'isolement dans les hôpitaux et l'utilité des services ouverts pour psychopathes, que ces services soient placés dans les hôpitaux ou qu'ils soient juxtaposés aux asiles d'aliénés.

Essais de vaccination humaine contre le typhus exanthématique avec un vaccin vivant. — *MM. Blanc, Noury, Baltbazard et Barhéoud.*

Election — M. Jules Renault est élu à l'unanimité, trésorier de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1933

Hypochlorémie et hypochlorurie au cours de brûlures graves. — *M. Robineau* analyse un travail de *MM. Baur* et *Boron* (de l'Armée) prouvant ces faits et démontrant la fixation du chlore dans les tissus. M. Robineau insiste sur la généralité et l'importance thérapeutique de ces faits.

Amputation parcellaire de l'épiploon par torsion. — *M. Basset* en rapporte deux observations. L'une de *M. Guibal* (Nancy), où l'on pose le diagnostic d'appendicite, comme dans le second de *MM. Redon* et *Mialaret*. Guérison.

Deux cas de résection secondaire précoce pour ostéomyélite. — *M. Leveuf* analyse ces deux observations de *MM. Barbilian* et *Baculescu*. Dans le premier cas la guérison fut complète malgré la coexistence d'une arthrite du genou et avec un raccourcissement de 3 centimètres seulement.

Fracture transcotyloïdienne avec luxation intrapelvienne de la tête fémorale. — *M. Leveuf* présente les très belles radiographies de cette observation communiquée par *MM. Dupont* et *Godard*.

Echinococcose costale. — *M. Picot* analyse cette observation de *M. Bressot* (Constantine). Résection partielle de la côte, formolage de nombreux diverticules. Guérison complète pendant cinq mois, puis une fistule apparaît et le malade meurt après deux ans de suppuration.

Echinococcose humérale. — *M. Gernez* a pratiqué une ablation totale de l'humérus et a guéri sa malade.

M. Moure a opéré une tumeur du sternum prise pour un kyste hydatique et qui était en réalité une tumeur maligne.

M. Grégoire a réalisé chez le chien le remplacement de l'humérus par un humérus en vulcanite qui fut parfaitement toléré.

M. Delbet, jadis avait utilisé de telles pièces prothétiques.

M. Robineau utilisa également des prothèses métalliques enrobées d'ébonite.

Un cas de chondrome costal à développement intrathoracique. — *M. Sorrel*, en son nom et au nom de *M. Oberthur* communique cette intéressante observation. Guérison très simple après ablation. L'auteur fait toute réserve sur l'évolution ultérieure de cette tumeur.

Cholédocotomie et dissolution des calculs biliaires par injection d'éther. — *M. Pribram* (Berlin) expose sa technique. Après cholédocotomie, l'auteur injecte quelques centimètres cubes d'éther par le drain cholédocien. Il dissout ainsi les calculs et rend ainsi inutile le second temps opératoire chez les malades fébriles et en très mauvais état général. L'auteur présente plusieurs belles radiographies qui rendent compte des beaux succès obtenus, et de la réalité du spasme du sphincter d'Odi.

M. Procq insiste sur l'importance du spasme du sphincter d'Odi.

G. Menegaux.

SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobre 1933

La splénomégalie hémolytique familiale. — *MM. Noël Fiessinger, H. R. Olivier* et *Frédéric Ramadier* publient l'histoire d'une famille où, sur 3 générations, ils observèrent une splénomégalie mais avec une symptomatologie clinique variable tandis que la symptomatologie hématique était presque toujours la même : diminution de la résistance globulaire, anémie globulaire rouge, légère réticulocytose. Ces faits prouvent qu'en dehors de la syphilis dont il ne pouvait être question dans ces faits, il peut exister une hérédité de splénomégalie hémolysante ; celle-ci forme le centre de la maladie dont l'expression clinique peut varier suivant les générations.

Comparaison de la sécrétion gastrique provoquée par la révulsion sinapisée et l'ionisation à l'histamine. — *MM. Noël Fiessinger* et *Alfred Gajdos*, à l'occasion de recherches biologiques sur l'ionisation à l'histamine, font remarquer qu'elle produit une hypersécrétion acide gastrique analogue, bien que moins marquée et moins abondante, à celle que détermine l'injection sous-cutanée, tandis que le cataplasme sinapisé, dont la manifestation cutanée est la même, détermine une sécrétion gastrique immédiate beaucoup moins acide et qui pourrait être employée pour la stimulation de l'appétit dans les états gastriques où la sécrétion psychique fait défaut. Ces constatations prouvent que l'ionisation à l'histamine fait passer dans le milieu circulant de l'histamine bien que la formule sanguine ne subisse aucune altération.

Ictère grave dû à une intoxication cinchophénique. — *MM. Noël Fiessinger* et *M. Albeaux Ferret*. — L'emploi de plus en plus fréquent des médicaments de la série de l'acide phénylquinoléine carboxylique nécessite une étude minutieuse des cas connus. Les auteurs, après avoir résumé les derniers travaux parus, rapportent une observation d'une femme de 64 ans qui, pour des douleurs lombaires, prit pendant près de 3 mois chaque jour de 0 gr. 50 à 1 gr. d'atophan. Elle fit brusquement une ictère intense sans fièvre compliqué d'un érythème ortié diffus suivi rapidement de torpeur, puis de signes méningés toxiques et de coma. En 4 semaines, la mort survint ; il existait à la fin, en plus de l'ictère grave, des signes de néphrite avec albuminurie, œdème et azotémie de 3 gr. 20, puis de 6 gr. 50. Les auteurs étudient à cette occasion les signes de défaillance fonctionnelle du foie. L'étude anatomique fit observer des lésions dégénératrices considérables du foie et des reins. Les auteurs, en s'appuyant sur les observations publiées antérieurement, affirment catégoriquement la nature cinchophénique de cet ictère et mettent en garde les médecins qui prescrivent cette excellente série médicamenteuse contre le danger de l'emploi de cure prolongée. L'atophan doit être prescrit pas séries courtes avec espacements intercalaires.

Un cas de maladie de Chauffard-Still. Les rapports avec la tuberculose. — *M. Laederich* rapporte un cas de maladie de Chauffard-Still chez un femme de 52 ans présentant des signes de rhumatisme chronique depuis 15 ans. Les inoculations au cobaye permirent de déceler la nature tuberculeuse des manifestations pathologiques observées. L'auteur insiste sur la longue période préallergique (3 mois 1/2), l'absence de chancre d'inoculation, et l'évolution très lente de la bacillose de type Villemin présentée par les cobayes sacrifiés, l'un au bout de 5 mois, l'autre au bout de 8 mois. Il n'est pas douteux cependant que les lésions ont été produites dans ce cas par des bacilles de Koch, peu nombreux mais virulents.

Pleurésie séro fibrineuse et arthrite aiguë non tuberculeuse consécutives à une méningite lymphocytaire curable. — *MM. A. Cain. Cl. Gautier* et *A. Meyer* ont observé chez une femme de 23 ans, une méningite lymphocytaire curable à laquelle succédèrent, un an et demi plus tard, une pleurésie sére-fibrineuse et une arthrite aiguë. L'évolution, les données chimiques et cytologiques rendent presque évident le diagnostic de tuberculose, mais les recherches bactériologiques longtemps poursuivies ne permettent pas de déceler le bacille de Koch, tant dans sa forme typique que dans ses formes atypiques. L'inefficacité des hautes doses de salicylate de soude plaide contre le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Il faut donc admettre qu'une infection de nature inconnue a pu déterminer successivement une réaction méningée, un épisode pleural curable, une arthrite aiguë, toutes manifestations qui ont emprunté l'expression clinique de la tuberculose.

Les images radiographiques de la lithiase pancréatique. — *M. Gutmann* montre, sur une série de radiographies, les images que peut donner la lithiase pancréatique ; les calculs sont nettement visibles ; il en est de même de l'hypertrophie de la glande qui se manifeste par une distension et un arrondissement du cadre duodénal, la présence de plis radiés de la région pylorique traduisant un début de compression de l'antre ; ces signes sont la traduction d'une pancréatite chronique. Les tumeurs malignes du pancréas donnent lieu à des images caractérisées par la déformation et l'infiltration du duodénum. L'auteur souligne l'intérêt de pouvoir préciser par l'examen radiographique la nature des lésions quand la tumeur n'est pas nettement perceptible.

Tétanos généralisé à porte d'entrée probablement vésicale. Guérison. Continuation de la grossesse. — *MM. Duvoir, Pollet* et *Couder* rapportent l'observation d'une femme qui, dans un but abortif, s'introduisit par erreur une sonde molle dans la vessie. Il se produisit d'abord une cystite infectieuse banale, puis quelques jours après, apparurent les symptômes d'un tétanos généralisé grave. Sous l'action de la sérothérapie intensive par voie veineuse et musculaire, associée au début à l'anesthésie générale, la guérison survint, sans que se soit produit d'avortement ; puis la grossesse continua et la malade accoucha ultérieurement d'un enfant à terme parfaitement normal.

Manifestations articulaires aiguës de type inflammatoire, phénomènes d'intolérance. — *M. Tzanck* rapporte deux cas de manifestations articulaires aiguës d'allure inflammatoire consécutives, les unes à des injections de muthanol, les autres à des injections de sulfarsénol.

Dans les deux cas, les poussées fluxionnaires survinrent quelques heures après les injections.

Il s'agit probablement de phénomènes d'intolérance articulaire que l'on peut ranger à côté d'autres manifestations d'intolérance.

Un cas d'intoxication barbiturique grave guérie par les injections de strychnine à doses massives. — *Mme Bertrand Fontaine* rapporte le cas d'une femme de 25 ans présentant les signes d'un coma toxique grave avec hyperthermie, consécutif à l'ingestion de 17 grammes de véronal. Le traitement préconisé par Ide fut mis en œuvre : la malade reçut, par voie veineuse, 33 centigrammes de strychnine, par doses fractionnées de un centigramme renouvelées pendant soixante-dix heures. A aucun moment n'apparurent des signes d'intoxication strychninique. La malade resta en résolution musculaire complète jusqu'à la soixante-dixième heure ; à ce moment survint le réveil qui fut suivi de guérison complète.

Au cours de l'évolution, on nota l'existence de signes de condensation pulmonaire de la base droite rappelant en tous points ceux d'une pneumonie, signes qui disparurent brusquement dès le réveil de la malade.

L'auteur insiste sur le fait que les premières injections de strychnine ne furent suivies d'aucune modification du coma ; ce n'est qu'à partir du début du troisième jour que la malade fit quelques mouvements involontaires après chaque nouvelle injection, comme s'il existait un seuil d'action du médicament. L'effet de la strychnine sur l'état général fut nul. Il fallut y adjoindre les tonicardiaques pour observer un ralentissement du pouls et un relèvement de la tension artérielle.

L'observation de ce cas permet de souligner la tolérance étonnante des intoxiqués par les barbituriques à la strychnine et le rôle antitoxique incontestable de ce médicament dans ces cas.

M. Flandin note la fréquence des signes de condensation pulmonaire au cours des intoxications par les barbituriques et chez les asphyxiés par l'oxyde de carbone. Il pense qu'il ne s'agit pas de pneumonie vraie, mais d'atélectasie pulmonaire qui disparaît très rapidement.

M. Tzanck s'étonne d'autant plus du remarquable résultat obtenu par Mme Bertrand-Fontaine qu'il n'a jamais vu guérir un intoxiqué par les barbituriques lorsque la fièvre persistait à 40° pendant quarante-huit heures.

L'hyperthermie reste toujours de très mauvais pronostic.

Sur le traitement des intoxications barbituriques par la strychnine. — *MM. P. Harvier* et *J. Antonelli* rapportent quatre observations d'intoxication grave traitées par la strychnine : un cas d'intoxication par le gardénal, guéri après dix-sept injections d'un centigramme en trois jours ; et trois cas d'intoxication par le véronal qui ont résisté à dix centigrammes, seize centigrammes et dix-sept centigrammes. Il est possible que ces échecs tiennent aux doses insuffisantes de strychnine, car les expériences sur l'animal montrent qu'il faut le double de la dose mortelle de strychnine pour neutraliser une seule dose mortelle de gardénal.

M. Pagniez, tout en reconnaissant les remarquables effets du traitement par la strychnine, croit qu'il ne faut pas systématiquement abandonner les lavages d'estomac qui restent utiles, même lorsqu'ils sont faits plusieurs heures après le début de l'intoxication.

Séance du 3 novembre 1933

Le fonctionnement rénal des syphilitiques secondaires. — *MM. Sézary* et *Lenègre* ont étudié le fonctionnement rénal de 50 syphilitiques secondaires indemnes de tout signe avéré de néphrite. Ils n'ont jamais trouvé d'albuminurie, ni d'hyperazotémie. Le chiffre de la constante d'Ambard et l'épreuve de la phénolsulfone-phtaléine se sont montrés sensiblement normaux, sauf dans de rares cas où leurs modifications légères et passagères, peuvent être attribuées aussi à des facteurs extra-rénaux.

L'action du traitement d'attaque sur le fonctionnement rénal des syphilitiques secondaires. — *MM. Sézary* et *Lenègre* ont étudié les modifications du fonctionnement rénal de trente-deux syphilitiques secondaires soumis aux traitements d'attaque par des médications isolées ou conjuguées (le plus souvent arséno-bismuthique). Jamais ils n'ont trouvé d'albuminurie, ni d'hyperazotémie. Les épreuves fonctionnelles présentent des variations que les auteurs ont retrouvées chez des sujets sains, ne recevant aucun traitement. Les urines contiennent fréquemment des cylindres hyalins. Dans quatre cas, il existait des cylindres granuleux, en coïncidence deux fois seulement avec de légères anomalies des épreuves fonctionnelles. Mais dans deux de ces cas qu'ils ont pu suivre pendant un an et demi, la cylindrurie et les autres anomalies ont disparu par la suite, bien qu'on ait continué le traitement. La conclusion pratique est que, dans le traitement d'attaque de la syphilis qui doit être nécessairement intensif, nous ne devons pas être arrêtés dans notre posologie par la crainte d'une complication rénale.

L'action des traitements antisyphilitiques prolongés sur le fonctionnement rénal. — *MM. Sézary* et *Lenègre* ont étudié le fonctionnement rénal de 61 syphilitiques traités depuis plusieurs années (de 1 an et demi à 16 ans). Aucun de ces sujets n'avait d'albuminurie. Mais en général le chiffre de l'urée du sang, sans être franchement pathologique, atteignait assez souvent le maximum considéré comme normal, même chez les sujets jeunes. A cette première anomalie s'ajoute une fréquence insolite de cylindres hyalins dans les urines. Ces résultats, s'ils ne révèlent pas de graves lésions rénales, montrent cependant que chez des syphilitiques longuement traités le fonctionnement rénal est souvent moins bon que chez des sujets traités depuis peu. La conclusion pratique, c'est que, si nous devons soigner nos malades d'une façon assez suivie pour tenter de les guérir, il n'est peut-être pas sans danger de prolonger le traitement indéfiniment, les troubles observés ne pouvant que devenir plus nombreux et plus graves si l'on continue trop longtemps les injections.

M. Lemierre a remarqué, lui aussi la fréquence des petites azotémies chez les syphilitiques soumis au traitement, surtout bismuthique et mercuriel. Il est considéré qu'il est essentiel de pratiquer systématiquement un dosage de l'urée sanguine avant d'instituer le traitement qu'il n'y a pas intérêt à trop prolonger.

Septicémie entérococcique à forme pleurale. — *MM. F. Trémolières* et *J.-E. Thiéry* relatent l'observation d'une femme qui, à l'occasion d'une poussée aiguë de colite, fut atteinte d'une septicémie entérococcique dont la principale localisation, une pleurésie purulente, caractérise la forme clinique. Ils insistent sur la localisation pleurale de cette septicémie, annoncée par des poussées de pleurite répétées depuis de longues années ; sur l'origine intestinale de la septicémie qui, même quand elle n'est pas apparente, doit être constante ; sur l'absence de symptômes constants permettant le diagnostic clinique ; sur les difficultés du diagnostic bactériologique, sur l'efficacité de la transfusion sanguine et surtout de la vaccinothérapie ; enfin sur la nécessité de compléter le traitement de la septicémie entérococcique par celui des causes et effets des troubles intestinaux qui l'ont provoquée et en perpétueraient les récidives.

Abcès pulmonaires au cours d'une septicémie à entérocoques. Guérison. — *MM. Costedoat, Germain* et *Aujalen* rapportent le cas d'un enfant qui, à la suite d'une amygdalectomie fit une otite compliquée de mastoïdite et de septicémie à entérocoques. Cette dernière détermina l'apparition d'abcès multiples et en particulier d'un abcès pulmonaire. L'enfant guérit, peut-être à la faveur d'un pneumothorax apparu le lendemain d'une ponction pleurale. Les observations d'abcès pulmonaires à entérocoques sont très rares. Les cas publiés se sont tous terminés par la guérison.

Splénomégalie chronique transformée au bout de dix ans en leucémie myélogène à polynucléaires neutrophiles. — *M. P. Emile Weil* rapporte un cas de splénomégalie chronique reconnue depuis dix ans, bien toléré quoiqu'accompagnée d'un état hémorragique intermittent. Le malade qui vient de faire une crise prolongée d'hématurie sans lésions rénales, présente une rate énorme avec hépatomégalie légère et une leucocytose de 57.000 globules blancs avec 85 % de polynucléaires neutrophiles sans myélocytose ni hématies nucléées. Il s'agit toutefois bien de leucémie myélogène, car la ponction de la rate montre une myélocytose bigarrée de 17 % avec prédominance neutrophile et une réaction normo et mégaloblastique. La radiothérapie s'avéra efficace, faisant diminuer la rate, et faisant tomber la leucocytose à 16.000 globules blancs, cependant que le malade retrouvait la santé et reprenait dix kilogr. Cette observation prouve l'existence actuellement démontrée de la leucémie myélogène à polynucléaires et la transformation possible des splénomégalies inflammatoires en rates tumorales.

Les néphropathies graves de la transfusion sanguine. *MM. A. Tzanck, R. Moline* et *A. Paris* rapportent, sur


PARLAX



plusieurs milliers de transfusion, 17 cas de néphropathie. Un seul cas fut grave : il était dû à une erreur manifeste. 16 cas se terminèrent par la guérison : ils tenaient à des intolérances individuelles sans incompatibilité sanguine. A cette occasion, ils analysent les observations graves colligées dans une thèse récente ; ils montrent qu'en dehors de deux observations inutilisables en raison de renseignements imprécis, les 12 cas graves tiennent, les uns, à des fautes d'examen commises et non point à des changements de groupes, les autres, à la fausse sécurité de l'épreuve directe de compatibilité sanguine.

Les prétendus changements de groupe des donneurs de sang. — ***MM. A. Tzanck, R. Moline*** et ***A. Paris***, analysant les observations de prétendus changements de groupe, montrent qu'en réalité : tantôt, la preuve de ce changement n'est point donnée, tantôt, il s'agit manifestement d'erreurs d'examen tantôt, il s'agit de sérums tests infidèles. Ils montrent qu'eux-mêmes ont été témoins d'une pseudo-épidémie de « changements de groupe », tenant à la mise en circulation, en 1931, d'un sérum défectueux. Ils insistent sur la nécessité absolue de contrôles suffisants et notamment sur la nécessité d'examens simultanés dans plusieurs laboratoires comme la chose se pratique actuellement au centre de transfusion des hôpitaux, contrôle qui, depuis, a fait disparaître tout « changement de groupe ». L'existence de pareilles constatations doit avant tout mettre en doute la valeur des examens effectués.

Danger des épreuves directes pour l'étude des compatibilités sanguines. — ***MM. A. Tzanck, R. Moline*** et ***A. Paris*** ont systématiquement pratiqué les épreuves directes sur le sang de sujets incompatibles et constaté l'infidélité de ces épreuves qui pouvaient faire croire à une compatibilité. Ils en concluent que ces épreuves ne donnent aucune sécurité et ils tiennent à mettre en garde contre ces épreuves infidèles, qui ne doivent jamais dispenser des épreuves classiques de compatibilité sanguine.

Thrombose tuberculeuse du canal thoracique. — ***MM. Ameuille*** et ***Perreau*** ont observé chez un jeune adolescent successivement une petite poussée fugace d'ascite, deux poussées successives de pleurésie gauche (avec épanchement séro-fibrineux), une granulie pulmonaire discrète avec œdème pulmonaire terminal, une hémorragie pie-mérienne des derniers jours. L'autopsie leur a révélé l'existence d'une thrombose tuberculeuse du canal thoracique. Ils en discutent les rapports avec la tuberculose généralisée, et avec les syndromes cliniques observés. Ils pensent que de pareilles thromboses, quand elles existent, échappent le plus souvent parce qu'on ne songe pas à les rechercher.

Un cas de syndrome agranulocytaire aurique fruste. — ***MM. Chabaud, Ginsbourg*** et ***Langlet*** rapportent l'histoire d'une jeune fille de 22 ans qui, au cours d'un traitement aurique institué pour tuberculose pulmonaire, fait une élévation thermique à 40° qui dure dix jours. L'examen du sang fait à ce moment montre une diminution des globules blancs (4.000) et des polynucléaires (48 %). La guérison de la poussée « agranulocytaire » est obtenue rapidement et complètement, et l'évolution de la tuberculose est favorable.

M. Ameuille met en doute l'authenticité du syndrome agranulocytaire dans ce cas.

Traitement de l'angine de poitrine par la d'Arsonvalisation à ondes courtes. — ***MM. Laubry, Jean Meyer*** et ***Walser*** emploient les ondes courtes depuis 1931 ; ils confirment les résultats favorables que l'un d'eux a publiés en novembre 1932.

Les ondes courtes, réglées sur le médiastin supérieur, ont dans l'angine de poitrine une action sédative marquée, de même ordre mais bien plus efficace que celle de la diathermie ondes amorties. Les séances doivent être faites avec des précautions minutieuses, en contrôlant à plusieurs reprises la tension artérielle maxima, dont les variations commandent l'intensité du courant et la durée de son application.

Leur nombre est en moyenne de 6 à 15 espacées de deux ou trois jours.

Les meilleurs résultats s'observent dans l'angine d'effort dont les petites crises répétées limitent étroitement l'activité physique du malade. Les grandes crises espacées sont peu influencées. L'insuffisance cardiaque ne constitue une contre-indication qu'en cas d'effondrement de la tension. Il semble que les ondes courtes doivent leur efficacité, non pas à leur effet diathermique, mais à l'action du champ électromagnétique sur le système sympathique.

Kyste hydatique calcifié du foie. Extirpation. — ***MM. M. Labbé, R. Boulin*** et ***Gilbert Dreyfus*** présentent la pièce d'un kyste hydatique calcifié du foie du volume d'un œuf d'autruche, qui fut facilement énucléable et extirpé. Les signes biologiques faisaient défaut (réaction de Weinberg et de Casoni négatives). Seule existait une éosinophilie sanguine à 7 %.

Leucémie aiguë à forme leucopénique, et à évolution ondulante. — ***MM. Charles Laubry, Georges Marchal*** et ***H. Dany*** relatent l'observation d'une malade atteinte de leucémie aiguë, à évolution prolongée (trois mois et demi) avec leucopénie et ventropénie.

Malgré l'abaissement des chiffres leucocytaires (de 2.400 à 4.000 par mmc) et la chute des polynucléaires (à 50 %), il ne s'agissait pas d'un syndrome agranulocytaire. Le diagnostic de leucémie aiguë leucopénique s'impose au triple point de vue : clinique, hématologique et anatomique.

Cliniquement, tous les symptômes de la leucémie aiguë ont eu le temps d'acquérir un développement inusité : syndrome hémogénique persistant, grande anémie du type plastique (jusqu'à 800.000 hématies par mmc.), splénomégalie considérable, polyadénopathies superficielles et profondes.

Ces dernières manifestations se sont accentuées au cours des poussées fébriles, qui se sont succédées sous forme de 6 ondes régulières.

Les examens sanguins ont décelé un taux variable de cellules souches (10 à 65 %), dont les décharges allaient de pair avec les ondes thermiques ; un grand nombre d'éléments cellulaires étaient déformés. Enfin une biopsie ganglionnaire a signé le diagnostic de leucémie aiguë par l'importance de la prolifération leucoblastique.

M. Grenet souligne la fréquence actuelle des leucémies avec monocytose qui sont probablement d'origine infectieuse.

M. Marchal fait remarquer qu'il s'agissait bien dans son cas de leucémie aiguë typique à cellules souches.

Ascite chyleuse par occlusion du canal thoracique. — ***MM. F. Trémolières*** et ***A. Hurez*** rapportent l'observation d'un homme de 40 ans, sans aucun antécédent de tuberculose ou d'alcoolisme, sans cirrhose hépatique, vraisemblablement atteint d'un cancer gastrique, chez lequel se développent une ascite lactescente, devenue hémorragique au dernier stade de la maladie et un ictère par retention. A l'autopsie, l'on trouve un cancer de la région pylorique, non sténosant, mais accompagné d'une masse adénopathique considérable soudant en un bloc estomac, duodénum, foie, pancréas, rate et rein droit, et étranglant la citerne de Pecquet et le canal thoracique, ainsi que les voies biliaires extra-hépatiques. Cette ascite est d'une extrême richesse en lipides : 19 gr. 60 par litre à la première ponction, 10 gr. 22 à la seconde, chiffres que ne mentionne aucune des autres observations ; elle est véritablement chyleuse. Elle ne contient qu'une très faible proportion de globules blancs, tous intacts, et le péritoine ne présente aucune lésion autre qu'une quinzaine de noyaux cancéreux secondaires, sans aucun signe de péritonite à fausses membranes. L'on ne peut donc attribuer cette ascite chyleuse qu'à l'occlusion hermétique du canal thoracique par la masse néoplasique et au déversement consécutif du chyle dans la cavité péritonéale.

M. Ameuille pense que l'on pourrait, en rapprochant l'observation de M. Trémolières de la sienne, distinguer deux sémiologies de l'obstruction du canal thoracique : celle de l'obstruction haute qui donnerait lieu à la formation d'épanchements pleuraux et péritonéaux non lactescents, et celle de l'obstruction basse qui serait caractérisée par l'ascite véritablement chyleuse.

Aleucie hémorragique d'apparition retardée observée au cours d'un traitement par la crisalbine. — ***MM. Ameuille, Kadelski*** et ***R. Joseph*** présentent l'observation d'un tuberculeux pulmonaire qui, après avoir bien supporté une première série de 10 grammes de crisalbine, a présenté, à la fin d'une deuxième série de 2 gr. 50, un syndrome hématologique rappelant les états d'aphasie sanguine totale ou d'aleucie hémorragique avec anémie à 1.000.000 du type aplastique, agranulocytose et hypoplaquettose à 50.000. Terminaison fatale malgré les traitements habituels, la transfusion sanguine et la radiothérapie. Les auteurs insistent sur la lenteur d'apparition du syndrome survenu plus de quatre mois après le début du traitement et sur la nécessité d'un examen clinique et hématologique avant et pendant le traitement par la crisalbine.

Intoxication barbiturique. — A propos du procès-verbal,

M. Hubert signale les bons effets de l'adrénaline à hautes doses dans le coma barbiturique, comme adjuvant de la strychnine.

M. Isaac-Georges apporte l'observation d'une femme gravement intoxiquée par le véronal, en état d'anurie complète et comateuse.

Une demi-heure après une injection de sérum glucosé hypertonique intraveineuse, la malade sortit du coma et guérit parfaitement.

M. Bariéty a observé un cas de guérison de coma barbiturique par la simple saignée suivie d'injection d'ouabaïne.

Michelle ZAZDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 octobre 1933

A propos de la luxation congénitale de la hanche. — *M. André Trèves* pense que, chez l'enfant jeune, il faut traumatiser le moins possible la hanche en réduisant la luxation pour éviter les déformations et les arthrites ultérieures. Chez les enfants âgés, après extension continue de 8 à 10 kgr. pendant vingt à trente jours, la réduction est presque toujours facile et ce qu'il faut craindre ultérieurement, ce n'est pas tant la reluxaton que la raideur articulaire. Celle-ci est atténuée beaucoup par la méthode de Le Damany avec l'appareil de celui-ci que M. Trèves a simplifié. A côté des arthrites tardives des luxations guéries, il existe des arthrites précoces de la convalescence, habituellement temporaires et sur lesquelles le traitement antisyphilitique a souvent une action remarquable.

Ostéosynthèse du col du fémur par vissage. — *M. Dupuy de Frenelle* préconise le vissage du col du fémur par trois vis plantées à travers le mur trochantérien dans les parois compactes du fragment profond. Pour guider le vissage, il utilise un calque radiographique métallique à l'extrémité supérieure du fémur, plaqué très exactement sur la peau en projection de cette extrémité et un guide-vis qui, par quatre aiguilles enfoncées profondément, encercle et repère les parois du col fémoral. Une simple incision de la peau suffit.

Guérison par une inoculation intra veineuse de bactériophage, d'une septicémie à staphylocoque compliquée d'une ostéomyélite vertébrale à deux foyers corporéal et lamellaire. Acte chirurgical réduit. Résultat éloigné de deux ans. — *M. André Raiga* communique cette observation qui comprend deux périodes : Septicémie et staphylocoque continuant à évoluer malgré l'incision chirurgicale de deux foyers purulents d'ostéomyélite vertébrale et qui avaient diffusé dans les masses lombaires droite et gauche. Une première injection intra-veineuse de bactériophage resta inefficace à cause d'anti-staphy-phages spécifiques. L'autohémothérapie permit à la deuxième injection intra-veineuse d'amener la guérison de la septicémie. 2° La colonne vertébrale présentait un double foyer d'ostéomyélite l'un, au niveau des corps de L. I. et L. II et l'autre, au niveau de la lame gauche de L. IV. Le tassement vertébral fut maintenu par une prothèse orthopédique. La malade reste guérie depuis deux ans et et les radiographies montrent l'ossification des foyers d'ostéite.

Traitement de certaines infections utérines. — *M. Jean Lanos* rappelle un traitement simple, ayant l'avantage de traumatiser au minimum l'utérus infesté : drainage de l'utérus par un drain métallique de Mouchotte. Il ajoute à ce drainage la vaccination locale en injectant dans l'utérus une ampoule de propidon. Pansements quotidiens en laissant un drain dans l'utérus aussi longtemps qu'il est nécessaire.

Deux cas de cholédocotomie pour angiocholite biliaire due à l'obstruction du cholédoque par compression. — *M. Peugniez* communique les observations de deux malades atteintes d'obstruction du cholédoque par des agents extérieurs à celui-ci : 1° l'une avait des calculs qui comprimaient le chplédoque ; 2° l'autre présentait un ganglion qui, par son volume, avait déterminé un aplatissement presque complet du canal. Les deux malades avaient fini par faire de l'angiocholite biliaire. Le drainage du cholédoque amena la guérisoa.

L'électro-coagulation, procédé de choix dans le traitement des épulis. — *M. Marcel Darcissac*, après avoir rappelé combien est toujours mutilante la cure chirurgicale des épulis, présente un malade qu'il a traité par électro-coagulation et chez lequel il a pu obtenir, très simplement, la disparition de la tumeur avec la conservation des dents voisines, qu'il aurait fallu nécessairement extraire au cours d'une cure chirurgicale. Par un traitement orthopédique approprié, et malgré l'âge du sujet (32 ans) l'auteur a corrigé le déplacement des dents voisines qui était apparu au cours du développement de la tumeur.

Deux malades traités pour prognathisme du maxillaire inférieur par double résection condylienne suivie d'un traitement orthopédique. — *MM. Dufourmentel et Marcel Darcissac* presentent ces deux cas de prognathisme dont un extrêmement accentué. Ils montrent la supériorité de la résection bi-condylienne dans la correction de cette malformation sur les différents procédés qui ont été proposés par ailleurs. Cette opération, dont la technique a été parfaitement réglée par Dufourmentel, ne laisse après elle aucune cicatrice visible et n'apporte aucun trouble dans l'articulé dentaire si un traitement orthopédique post-opératoire approprié complète l'acte chirurgical. L'examen des deux malades présentés montre l'excellence du résultat obtenu.

Coxalgie ancienne fistuleuse. Greffe extra-articulaire Ankylose. *M. André Trèves* présente ce malade âgé de 27 ans. La coxalgie a débuté à l'âge de 3 ans et demi, et, depuis, est restée fistuleuse ; raccourcissement de quatorze centimètres ; hanche ballante et marche impossible. L'auteur a fait une greffe extra-articulaire entre le trochanter fendu et l'os iliaque ; puis, une ostéotomie sous-trochantérienne. Ces interventions ont déterminé une ankylose parfaite et une diminution de cinq centimètres du raccourcissement ; la marche, avec une canne, est facile et indolore, malgré la persistance des fistules.

Gastrectomie pour cancer du pylore — *M. Jean Lanos* présente une pièce de gastrectomie faite à l'anesthésie locale, pour un gros cancer profondément ulcéré du pylore chez une malade qui avait été déclarée inopérable en avril ; opérée le 4 octobre la malade va aussi bien que possible et l'auteur insiste sur l'utilité des laparotomies exploratrices, à l'anesthésie locale, qui ne peuvent être nuisibles et peuvent permettre, au contraire des interventions utiles.

Instrumentation électrique pour chirurgie osseuse. — *M. Raphaël Massart* présente un ensemble moteur à gaine entièrement stérilisable qui permet le montage en prise directe sur l'arbre tournant des scies, des fraises et des forets.

Nouveau matériel d'ostéosynthèse. — *M. Masmonteil* présente ce nouveau matériel qui a plusieurs avantages : 1° il est inoxydable, d'où tolérance plus grande de la part de l'organisme ; 2° il est plus résistant, sans être plus encombrant ; 3° les diverses pièces présentent une adaptation réciproque parfaite ; 4° par suite de certaines modifications de forme, son adhérence à l'os est meilleure ; 5° il est standardisé et ramené à quelques types peu nombreux, mais suffisants pour les usages d'une pratique chirurgicale étendue.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement du lichen plan par l'or

M. Milian (*S. fr. de Derm. et de S.*, 6 juillet 1933) a traité douze cas de lichen plan par l'or ; il a obtenu un effet heureux dans tous les cas : sept améliorations et cinq guérisons. Mais il nota sept accidents : deux érythèmes roséoliformes ou morbilliformes du neuvième jour, une érythrodermie légère, une hydarthrose, une fois des phénomènes névritiques et deux fois de l'amaigrissement et de l'insomnie.

Anaphylaxie aux moustiques

MM. Gougerot et Carteaud (*S. fr. de Derm. et de S.*, 6 juillet 1933) ont observé une jeune fille de 16 ans qui, après avoir été piquée par des moustiques, présenta au début les lésions habituelles, et ultérieurement eut des placards urticariens géants et des lésions à type d'érythème polymorphe.


Blédine
JACQUEMAIRE



Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornif!ant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent ,non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La réforme des études médicales. *L'allègement des programmes. — De M. le Professeur Carnot, dans* PARIS MÉDICAL (28 octobre 1933) :

.... Par contre, d'autres réformes, auxquelles nous tenions beaucoup, ont été ajournées ou sont âprement discutées encore.

Tel est, notamment, l'*allègement considérable des programmes de doctorat* pour une série de branches scientifiques, d'une utilité restreinte pour le praticien et qui prennent la place et le temps d'autres études plus immédiatement indispensables.

Telle est aussi la question des *enseignements de spécialités*, sur lesquels on n'est pas encore arrivé à s'entendre, malgré l'urgence.

Telle est enfin la question du *synchronisme des études de doctoral et des concours d'externat ou d'internat* pour laquelle nous avons, inutilement jusqu'ici, cherché un terrain d'entente avec les médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Ce sont ces trois parties de notre programme, restées jusqu'ici « en panne », dont je voudrais parler ici : car, bien que tout le monde en discute, elles sont encore insuffisamment connues.

La première question est relative à l'*allègement indispensable de nos programmes scolaires*, quant à certaines branches scientifiques démesurément hypertrophiées. Je ne suis pas vieux Sorbonnard et vieux pilier de laboratoire, suspect d'hostilité vis-à-vis de sciences qui me semblent fondamentales pour l'éducation du médecin : plus la médecine aura de bases scientifiques et plus les malades seront rationnellement soignés.

Mais c'est une raison de plus pour ne pas vouloir infliger à de futurs praticiens les études scientifiques pour lesquelles ils n'ont pas de bases suffisantes et dont ils ne peuvent tirer que des profits restreints : à quoi bon, pour l'ensemble de nos étudiants, futurs omnipraticiens, ces 80 leçons de biochimie, ces 80 leçons de pathologie expérimentale, ces 80 leçons de parasitologie doublant 80 leçons de bactériologie ? N'y a-t-il pas disproportion évidente entre ce que les omnipraticiens ont besoin de savoir et ce qu'on leur rabâche dans ces 320 heures de cours, sans compter le temps des travaux pratiques ?

Ne vaudrait-il pas mieux donner sur ces matières, des notions courtes et précises et faire, à côté, pour les scientifiques et pour les spécialistes, des enseignements pratiques, beaucoup plus approfondis, devant un public moins nombreux mais qui pourrait les comprendre et les utiliser ?

L'exubérance de pareils enseignements ne s'explique-t-il pas surtout, par la nécessité d'utiliser le personnel, remarquable d'ailleurs, de certaines chaires ? La sévérité, souvent excessive, à certains examens de sciences aurait-elle, comme on le prétend, pour but de remplir les amphithéâtres de cours ?

Or le personnel, très savant, de ces chaires s'afflige tout le premier de n'être ni suivi ni compris de la masse, alors qu'il pourrait instruire utilement une élite.

En créant donc, à côté de l'enseignement des diverses branches scientifiques simplifié pour l'ensemble des étudiants, d'autres enseignements détaillés et pratiques pour ceux qui s'y intéressent vraiment, on rendrait service, à la fois, aux uns et aux autres et on utiliserait au mieux nos chaires scientifiques et nos laboratoires d'études...

Malheureusement la réforme des études reste muette sur ce point, qui me paraît fondamental : car, en supprimant le superflu, on aurait pu condenser l'indispensable dans les cinq années d'études actuelles, sans addition d'une sixième année, que, pour ma part, je trouve inutile et coûteuse (surtout si l'on prévoit dans l'avenir un enseignement, après le doctorat, pour les spécialistes !).....

*Le docteur Crinon écrit d'autre part dans l'*Informateur Médical (29 octobre 1933) :

La réforme des études médicales est à l'ordre du jour. Il y a fort longtemps d'ailleurs qu'elle préoccupe les esprits. Vingt fois sur le métier elle fut placée. Vingt fois l'œuvre achevée fut reconnue imparfaite.......

Il est à prévoir que des discussions ardentes et nombreuses seront encore menées autour de ce problème. Des commissions multiples, et de composition hétéroclite, s'occuperont à nouveau de cette réforme qu'on n'oserait pas dire indispensable, parce que telle est l'idée répandue, mais que personne ne sait au juste de quelle façon accomplir.

On connaît ma liberté d'esprit et de langage. Eh bien je vous dirai tout net que je ne comprends pas bien ce que les uns et les autres désirent et j'ai tendance à croire que si l'on n'arrive à rien c'est parce que tous ces réformateurs de toute grandeur ne savent pas très bien ce qu'ils veulent.

. . . .

Dans un récent numéro, M. le professeur Sergent disait qu'il fallait, dans les études médicales, faire deux catégories : les unes s'adressant aux futurs praticiens, les autres destinées aux chercheurs, aux futurs savants. C'est là le nœud de la question.

. . . .

Peu à peu la médecine s'est enrichie d'une foule de connaissances du plus vif intérêt pour son évolution. Mais ces acquisitions n'ont pas à être connues dans leur détail par les futurs praticiens à qui seuls importent les résultats dont ils auront à faire bénéficier les malades.

En conclusion, la seule réforme que commande l'état de choses actuel c'est l'élagage de nos programmes. Revenons à la clinique utilitaire. Quant à la science médicale elle doit être réservée à ceux qui se destinent aux recherches du laboratoire. Or, comme ceux-ci constituent une infime minorité ce serait une aberration que d'astreindre le plus grand nombre à acquérir les connaissances nécessaires à cette élite.

Et si nos jeunes médecins ne savent quelquefois pas grand'chose, c'est parce qu'on veut leur apprendre beaucoup trop.

Regard sur l'obstétricie. *Extrait du discours prononcé par M. le professeur Couvelaire à l'ouverture du Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française* (5 octobre 1933) :

L'un des devoirs essentiels de l'*obstétricie individuelle* me paraît être de fixer avec la plus scrupuleuse conscience les indications de nos interventions, les mineures aussi bien que les majeures.

A cet égard, aujourd'hui comme hier, deux tempéraments s'affrontent.

Les uns, par une patiente observation qui n'est d'ailleurs que le prolongement de l'observation des meilleurs de nos anciens, s'attachent à discerner les limites du normal et de l'anormal. Leur tendance est de respecter l'évolution naturelle des phénomènes tenus pour physiologiques et de n'agir activement que devant la menace ou l'apparition précise d'un état pathologique.

Et encore, dans cette éventualité leur action n'est-elle souvent qu'indirecte, s'efforçant de réaliser les conditions en quelque sorte *extérieures* dans lesquelles les phénomènes morbides peuvent reprendre un cours normal.

L'application de ces principes fait de nous, dans l'immense majorité des cas de la pratique journalière, de simples témoins attentifs et limite notre action à quelques gestes électifs, efficaces et justifiés.

Les autres, forts des brillants résultats immédiats obtenus dans des conditions particulièrement favorables de milieu, d'assistance et d'habileté personnelle, par nos techniques perfectionnées d'anesthésies, d'évacuation rapide de l'utérus, d'accouchement par hystérotomie, d'élevage artificiel du nouveau-

né, pour ne citer que celles-là, paraîtraient presque, aux yeux d'observateurs malveillants, regretter la fréquence des maternités heureuses dans leur terminaison naturelle. Ils recherchent avec une prédilection marquée les moindres apparences de ce qu'ils estiment anormal pour entreprendre d'y parer.

Ils sont plus ou moins consciemment conduits — toutes les fois que la nature leur en laisse le temps — à une action systématique dont ils sont disposés à donner des raisons sentimentales à défaut de raisons rigoureusement scientifiques.

Oserai-je vous dire que cette tendance, qui est loin d'être toujours et partout sans dangers, paraît s'être singulièrement accentuée au cours de ces dernières années.

Dans tous les domaines d'ailleurs, l'activité humaine marque un goût trop accentué à mon sens pour la standardisation des actes, les records de vitesse et la suppression de tout effort de patience.

L'évangéliste qui disait :

« Efforcez-vous d'entrer par la porte étroite » prêcherait aujourd'hui dans le désert.

Pour ma part je garde encore toute ma tendresse pour les femmes qui, pleines d'espérance et de sérénité joyeuse, attendent sans crainte l'heure des suprêmes douleurs et les acceptent avec la volonté parfois stoïque d'être les premières à entendre le premier cri de l'être qu'elles ont nourri de leur sang.

Ne laissons pas périmer cette source de joie profonde, gardons-nous de cultiver systématiquement le désir des solutions rapides, à heure fixe, dans le sommeil des anesthésies complètes. Ne faisons rien qui contribue à diminuer la beauté morale des mères de nos enfants.

Le docteur Calmette à Lille pendant l'occupation allemande : Dans PARIS MIDI M. Pierre Plessis raconte comment ce savant au grand cœur réussit à le faire évader au cours de l'hiver 1914 et comment aussi le docteur Calmette passa les quatre années de guerre.

Cette pâle Toussaint, cette pluie, ce vent d'automne déjà glacé, coulant sa suie aux pierres des rues, et sa tristesse aux carrefours, ne m'empêcheront pas de garder intact le souvenir de la lumière qui vivait dans ses yeux limpides, occupés toujours de détruire la mort, ou de la traquer.

Et ce ciel de désolation m'émeut davantage encore. Il est pareil à celui que je ne cessais d'entrevoir par une lucarne d'un grenier à l'Institut Pasteur de Lille, où, de novembre à décembre 1914 le docteur Calmette me tenait caché en calculant une possibilité d'évasion. J'avais pris, comme disait un artilleur la poudre d'escampette de la citadelle où nous avaient encerclés, les vainqueurs à la reddition de Lille.

Ce soir-là, dégringolé par les fossés et errant, blessé, une femme de cœur, la doctoresse G... m'avait, en m'hébergeant, sauvé la vie, et le lendemain, à la nuit tombante, nous décidâmes d'oser, à la barbe des sentinelles allemandes qui le surveillaient déjà, demander conseil au docteur.

Au loin, du côté des faubourgs de Seclin et de Wattignies, l'incendie agonisait. De temps à autre, les nuées se zébraient de grands spasmes rouges, qu'accompagnaient dans les rafales des rumeurs d'armées. Le docteur Calmette nous reçut affectueusement et il nous garda à dîner.

Ah ! ce fut un menu de guerre. Mais quelle ambiance ! La doctoresse avec son brassard d'infirmière, le docteur en calotte de velours, Mme Calmette avec sa coiffe de la Croix-Rouge, et moi coiffé et costumé en électricien avec des pantalons trop courts ! Une lampe à pétrole nous éclairant, mais le canon hurlant en sourdine, dans des nappes d'ombre, de l'autre côté des murailles.

« Eh voilà ! Si on nous prend, on nous fusille ! » dit Calmette. « La première chose à faire est que j'offre une bouteille ! Allons à la cave ! Quant à vous, mon petit, accompagnez-moi. Vous vous y connaissez, je pense, en bourgogne, mais nous allons, en même temps vous chercher un coin. On vous cachera. Un jour à la cave, un jour au grenier, parce qu'à la cave je me méfie : vous êtes Tourangeau ! Si les Allemands restent vous vous évaderez ; s'ils s'en vont, ça va tout seul.... Mais ni vous ni moi n'en savons rien ! Alors, mieux vaut y mettre de la prudence. Sommes-nous d'accord ? »

Je tendis ma main, fort ému. « Merci docteur ! » Et le disciple de Pasteur me donna l'accolade. Les jours passèrent.

Surveillé étroitement, le grand savant travaillait au laboratoire. Ou bien, en cachette, il visitait les malades, distribuait des secours, organisait des consultations sanitaires et des ambulances, mettant son dévouement et son cœur au service de tous. Mme Calmette soignait les blessés, les enfants, les vieillards.

Un matin, par la toiture, l'Institut Pasteur fut envahi et fouillé de fond en comble. On ne trouva rien. On ne me trouva pas. On ne trouva pas non plus le jeune André, fils du docteur, caché dans un pavillon (il avait quinze ans). Les policiers de la kommandatur s'en furent bredouilles, non sans avoir volé des ampoules, des vaccins et deux saucissons. Le soir, penché sous l'abat-jour, le docteur Calmette me dictait ma route de départ, la seule possible, par la Belgique et la Hollande.

Nous avions muré un coin de la cave et entassé quelques vieux crus dans un massif du jardin. L'occupation continua.

Puis, risquant le coup, je partis. Il m'accompagna jusqu'aux environs de Tourcoing, sous la neige. C'était en décembre Il m'avait donné des vêtements chauds et une fausse barbe. J'entendrai toujours sa voix confiante et claire : « Bonne chance, mon petit. Nous hélas ! nous devons rester. Mais ne nous plaignez pas... Il y a de la besogne... » Et comme il n'avait aucune nouvelle des siens : « Retrouvez-les-tous et dites-leur qu'on pense à eux ! Bonne chance..., bonne chance ! »

Prisonnier d'honneur, je le vis un peu voûté, retourner vers Lille. Continuant en sens inverse ma route hasardeuse, j'imaginai son retour : la pensée créatrice, le livre ouvert, le laboratoire éclairé jusqu'aux approches de l'aube. Et c'était vrai ! Car ainsi, chaque nuit, pendant quatre ans, recommença-t-il son labeur au service de l'humanité.

Les privations, les vexations, les injures, Mme Calmette déportée au fond de l'Allemagne et jetée dans un camp de concentration, le doute, les fausses nouvelles, les souffrances, rien n'altéra ni n'atteignit sa volonté.

Torturé dans son dévouement et dans sa tendresse, il redoubla de désintéressement et fortifia la confiance des autres. Se moquant de ses geôliers, il discutait et bataillait avec les plus forts. sauvait des vies, qu'il sauvait même à longue échéance dans la recherche de son vaccin contre la tuberculose.

Gringoire rappelle le tranquille héroïsme du professeur Calmette, lors de l'occupation de Lille par les Allemands :

Les rapports de Calmette avec les Allemands donnèrent lieu à des incidents vraiment dramatiques. Il s'en fallut de peu qu'il ne fût fusillé.

Il avait été dénoncé comme envoyant des communications par pigeons voyageurs.

— C'est faux, déclara-t-il aux officiers qui firent irruption chez lui.

On fouilla son laboratoire. On y trouva des pigeons qui lui avaient servi, au moment de l'arrivée des Allemands, à des expériences de transmission de la tuberculose.

Les Allemands acceptèrent d'autant moins cette explication que les pigeons portaient un anneau marqué d'un numéro et du nom de la ville d'Anvers.

Sous une garde impressionnante, qui proférait des menaces de mort, Calmette passa la nuit à rechercher ses cahiers d'expériences. Son ordre minutieux le sauva. Il retrouva, au petit jour, la facture d'achat effectué par son second, M. Raymond Letulle, des pigeons qui venaient précisément de Belgique. Les numéros correspondaient parfaitement.

Il n'était pas au bout de ses angoisses. L'autopsie d'un des pigeons fut pratiquée par un bactériologiste allemand, du nom de Taillefer, qui apporta à l'état-major les preuves de l'inoculation.

— C'était une chance, dit Calmette. Ce pigeon était le seul sur lequel l'inoculation eût réussi !

Anecdotes sur Boyer. — Boyer, mort voici cent ans le 25 novembre 1833, avait eu des débuts très difficiles et avait dû, comme beaucoup d'autres, faire des cours payants pour vivre et les avait continués par la suite.

« Comme tous ceux qui ont commencé par la misère, dit Pilastre, Boyer n'aurait pas perdu volontiers aucune source de profit. Et c'était une chose étrange, tout à fait en dehors de nos habitudes actuelles, de voir le professeur de clinique, en terminant sa leçon obligée, congédier son auditoire gratuit, et, après quelques instants de repos, rouvrir son amphithéâtre à l'auditoire plus restreint qui lui versait tous les mois la rétribution exigée.

Les contemporains l'ont souvent peint le premier de chaque mois, debout devant la table, les mains dans son tablier, attendant pour commencer la leçon que la recette fût complète ; ne faisant point d'appel, mais poursuivant d'un regard accusateur et même de paroles peu obligeantes ses débiteurs. On ajoute cependant qu'il savait faire exception pour les élèves trop pauvres ; il s'attachait à ne point les voir, et, si quelque officieux importun les lui faisait remarquer : « Ah ! disait-il, fermant les yeux, j'en faisais autant quand j'étais jeune. »

Et cependant il savait se contenter de peu et proportionner sa dépense à sa recette. Quand il apprit l'abdication de l'Empereur, il ne s'en montra pas autrement ému : « Je perds aujourd'hui, disait-il à un ami, ma dotation et ma place de premier chirurgien, j'ai cinq chevaux, j'en vendrai trois, je garderai la voiture qui ne me coûte rien, je lirai ce soir un chapitre de Senèque et je n'y penserai plus. »

Varia. — *Une anecdote sur Gaston Boissier.* Je suis partout :

..... Le même contemporain de Boissier nous conte à ce propos, l'amusante anecdote que voici. En 1852 lors du voyage triomphal de Louis-Napoléon dans les provinces du Midi, la municipalité de Nîmes, escomptant la visite du futur empereur, demanda au professeur de rhétorique du lycée des inscriptions latines pour les principaux monuments. A Nîmes, ville romaine, le latin s'impose et tout le monde y sait le latin. Vous me dispenserez donc de traduire l'inscription proposée par Gaston Boissier pour l'hôpital et que le prince-président put lire au fronton de cet édifice : *Ave Cæsar, morituri te salutant* ! Ce qui déchaîna les fureurs de tout le Corps médical et ce qui fut considéré par les bonapartistes presque comme un crime de lèse-majesté.

Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 46 LE NUMÉRO : 50 Centimes 18 NOVEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
C. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

LA TÉTRADE DIGESTIVE DU Dr ZIZINE



AGOCHOLINE

Agent de drainage biliaire

(1 à 3 cuillerées à café de granulé le matin à jeun)

En Argentine, en Uruguay, aux Etats-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

GASTROPANSEMENT

A base de Charbon ACTIF associé aux poudres inertes

(1 paquet le matin à jeun et au besoin le soir

PEPTODIASE

Eupeptique pour adultes et enfants

(Chlorure de Ca, Mg, et Na + amers de gentiane)

Adultes : 30 gouttes à chaque repas

Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)

Après les repas et au moment des douleurs :

Granulé : 1 cuillerée à café

Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

Laboratoires du Dr ZIZINE

24, Rue de Fécamp, PARIS (12e)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 7 novembre. — M. LUPU-BLAU : Freschi. Étude de psycho-pathologie historique. — M. COURTOIS : Rupture sous-péritonéale du duodénum, valeur de la tache verte.

9 novembre. — M. MAILLARD : Les mycoses du conduit auditif externe. — M. RAFFRAY : Le traitement des épithéliomas adamantins et des grands kystes multiloculaires du maxillaire inférieur. — Mlle PENICAUD : L'urètre des reins mobiles étudié par l'urétéro-pyélographie rétrograde. — M. DUBREUIL : Étude des manifestations bucco-faciales de l'œdème de Quincke. — M. BEAUFILS : Organisation de la lutte antituberculeuse sur un grand réseau de chemin de fer.

10 novembre. — M. COQUIN : Étude de l'infection puerpérale à entérocoque. — M. PÔTÉ : Étude du cholestérol au cours de l'état gravidique et puerpéral. — M. DOITEAU : Des hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne en dehors de la grossesse ectique.

7 novembre (Thèse vétérinaire). — M. PRIGENT : Production et conservation de la sardine.

Hôpitaux militaires. — Sont nommés assistants des hôpitaux militaires :

Section de médecine : MM. Henri, Guichené et Parnet (Val-de-Grâce), Raymond et Blan (Desgenettes).

Section de chirurgie : MM. Lacaux, Gorsse, Chappoux et Toulemonde (Val-de-Grâce), Ratte (Desgenettes).

Section d'électro-radiologie : MM. Sempé et Ferry (Val-de-Grâce).

Ecole d'application du Service de santé de la Marine. — Liste de classement de sortie :

MM. les médecins de 2e classe Cras, Merveille, Renon, Quero, Fauconnier, Bacquet, Mavic, Delanoue, Carre, Guillerm, Dantec, Guilbert, Secourieux, Bugard, Ollivier, Gautron, Michel, Rideau, Berre, Mollaret, Escolle, Estrade, Bellonne, Cueff, Sigoneau et Laudet.

Facultés de médecine. — Sont institués et nommés agrégés pour une période de neuf ans, à dater du 1er janvier 1934, près les facultés de médecine ci-après désignées :

Anatomie. — M. G. JAYLE (Aix-Marseille).
Histologie. — MM. Bulliard (Paris), Florentin (Nancy), Calvet (Toulouse).
Bactériologie. — M. Carrère (Montpellier).
Histoire naturelle et parasitologie. — M. Galliard (Paris).
Physiologie. — MM. Gayet (Paris), Malméjac (Lyon), P. Gley (Aix-Marseille), Merklen (Nancy).
Chimie médicale. — MM. Wolff (Nancy), Enselme (Lyon).
Physique médicale. — MM. Rimattei (Aix-Marseille), Wangermez (Bordeaux), Ponthus (Lyon).
Pharmacologie et matière médicale. — Mlle J. Lévy (Paris).
Pathologie expérimentale. — M. Lemaire (Paris).
Médecine générale. — MM. Boulin, Etienne Bernard, Turpin, Haguenau et Mouquin (Paris), Giraud, Berthier et Poinso (Aix-Marseille), Benhamou et Lacroix (Alger), de Grailly et Fontan (Bordeaux), Duthoit (Lille), Paupert-Ravault (Lyon), Baumel et Vidal (Montpellier), Morel (Toulouse).
Anatomie pathologique. — MM. Mosinger (Aix-Marseille), Poursines (Nancy), Montpellier (Alger).
Hygiène. — MM. Melnotte (Nancy), Sédaillan (Lyon).
Médecine légale. — M. Muller (Lille).
Chirurgie. — MM. Petit-Dutaillis, Sénèque et Wilmoth (Paris), Razemon et Ingelrans (Lille), Creyssel et de Rougemont (Lyon), Bourde, Moiroud et Carcassonne (Aix-Marseille), Guibal, Mourgue-Molines et Roux (Montpellier), Bodart et Chalnot (Nancy), Boularan (Toulouse).
Oto-rhino-laryngologie. — MM. Rebattu (Lyon), Despons (Bordeaux).
Obstétrique. — MM. Lacomme et Lantuéjoul (Paris), Pigeaud (Lyon), Paillez (Lille).
Histoire naturelle pharmaceutique. — MM. Revol (Lyon), Quintaret (Aix-Marseille).
Pharmacie. — MM. Lespagnol (Lille), Vignoli (Aix-Marseille). (*J. O.*, 3 novembre 1933.)

Le présent arrêté sera annulé de plein droit pour chacun des intéressés qui n'aura pas été reconnu, avant le 1er février 1934, indemne de toute affection tuberculeuse à la suite de l'examen phtisiologique institué par l'article 51 de la loi du 30 mars 1929.

Toutefois, les agrégés institués par le présent arrêté qui ont été antérieurement l'objet d'une nomination sans limite de temps dans un cadre de fonctionnaires seront dispensés de cet examen.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin. — Lundi 20 novembre, à 11 heures, M. PAUL : Sémiologie de l'appareil digestif. — Mardi 21 novembre, à 11 heures, M. BONNARD : Les examens courants du laboratoire. — Mercredi 22 novembre, à 11 heures, M. FLENDIN. — Jeudi 23 novembre, à 11 heures, M. BONNARD : Utilité et technique de l'autopsie. — Vendredi 24 novembre, à 11 heures, M. Sigismond BLOCH : La dyspnée des cardiaques. — Samedi 25 novembre, à 10 h. 30, M. le Professeur ACHARD : Tétanos.

Hôpital Saint-Louis (Service de M. le Docteur MILIAN.) — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau* du 8 janvier au 27 février 1934 par M. le Docteur MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de M. le Docteur GASTOU, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur LAFOURCADE, assistant de l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur L. PÉRIN, assistant de l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur E. RIVALIER, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Les cours auront lieu le lundi 8 janvier 1934, et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

PROGRAMME DES COURS (trente et une leçons). — 1re leçon. Biopsie. Indications. Instrumentation. Technique : Fixation, coupes et colorations (M. MILIAN). — 2e leçon. Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (M. MILIAN). — 3e leçon. Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongles, des poils (M. RIVALIER). — 4e leçon. Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Taches érythémato-squameuses. Parakératose. Hyperkératose (M. PÉRIN). — 5e leçon. Spongiose. Vésicules. Œdème intra-cellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. MILIAN). 6e leçon. Pustules. Bulles (M. MILIAN). — 7e leçon. Papules. Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. PÉRIN). — 8e leçon. Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénifications. (M. PÉRIN). — 9e leçon. Lésions inflammatoires aiguës. Erysipèle (M. MILIAN). — 10e 11e et 12e leçons. La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gommes. — La leucoplasie (M. MILIAN). 13e et 14e leçons. La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. MILIAN). — 15e leçon. Le chancre mou (M. MILIAN).

16e leçon. Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. Lafourcade) — 17e leçon. Le psoriasis (M. Lafourcade). — 18e leçon. Le lichen plan (M. Périn). — 19e leçon. Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthodes d'examen direct avec et sans coloration (M. Rivalier). — 20e leçon. Culture des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. Rivalier). — 21e leçon. Les teignes. Favus. Trichophytie. Microsporie (M. Rivalier). — 22e leçon. Les épidermophyties. Erythrasma. Pityriasis versicolor. Blastomycoses (M. Rivalier). — 23e leçon. Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes (M. Gastou). — 24e leçon. Pelade et alopécies en aires (M. Rivalier). — 25e et 26e leçons. Tumeurs de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibromes. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. Milian). — 27e leçon. Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nævi (M. Périn). — 28e leçon. Tumeurs épithéliales malignes. Maladie de Paget. Maladie de Bowen (M. Périn). — 29e leçon. Les épithéliomas. Epithélioma spino-cellulaire. Epithélioma baso-cellulaire. Nœvo-cancers (M. Périn). — 30e leçon. Le sang dans les dermatoses (M. Rivalier). — 31e leçon. La lèpre (M. Milian).

Le droit à verser est de 500 francs. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire le plus tôt possible.

S'inscrire au laboratoire de la salle Henri-IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Pour tous renseignements s'adresser à M. le Docteur Périn.

Clinique médicale propédeutique. (Professeur : M. Emile Sergent. Hôpital Broussais, 96, rue Didot.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 4 décembre au samedi 9 décembre 1933 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Koubilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques. — Lundi 4 décembre, 9 heures, M. le Professeur Sergent : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 5 décembre, 11 heures, M. le Docteur Mignot : Médiastin (tumeurs et kystes). — 15 heures, M. le Docteur Turpin : Diaphragme. — 17 h. 30, M. le Docteur Bordet : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 6 décembre, 11 heures, M. le Professeur Sergent : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 7 décembre, 11 heures, M. le Docteur Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur Pruvost : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur Koubilsky : Abcès du poumon. Gangrène pulmonaire.

Vendredi 8 décembre, 11 heures, M. le Docteur Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Docteur Durand : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 45 : M. le Docteur Durand : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 9 décembre, 11 heures, M. le Docteur Durand : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30,

M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 30 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur COUVREUX).

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 1), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Docteur Fillioux, un concours doit être ouvert chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Pour l'année 1933-1934, le concours sera ouvert le jeudi 1er mars 1934.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze heures à dix-sept heures, du 8 au 15 janvier 1934 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé le lundi 15 janvier, à dix-sept heures, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Association française des femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le mercredi 22 novembre, à 17 heures, 4, rue de Chevreuse (VIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mme Caussé, 81, rue des Saints-Pères (VIe).

« Si l'on fait de la médecine un commerce, elle deviendra bien vite le plus vil des commerces, et comme Shylock, nous serons des trafiquants de chair humaine. Mais elle doit rester une noble profession : nul n'est forcé de la choisir, il faut, si l'on y entre se plier à ses exigences morales. On peut être un honorable médecin ; mais on ne peut pas être à la fois l'un et l'autre. » (Ch. GRENET. Conférences cliniques de médecine infantile. Un volume 2e édition, Vigot, édit.).

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène de la grossesse, par L. CLEISZ. Collection « Hygiène et diététique ». Un vol. in-8º de 136 pages, 12 francs. Gaston Doin et Cie éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Suivant l'esprit de la Collection « Hygiène et Diététique », l'auteur s'adresse aussi bien au médecin qu'au public, en l'occasion aux futures mères. Rompant avec la tradition, il renonce à « bêtifier » pour se faire comprendre, considérant sans doute que les femmes de la génération actuelle ont assez de notions de toutes choses et de ces choses en particulier, pour qu'on ne soit pas obligé de s'adresser à elles comme à des enfants d'école primaire.

L'auteur répond aux questions que peut et doit se poser la femme désireuse de procréer ; et répond aussi et surtout aux questions que peut et doit se poser la femme enceinte ; il prévoit en outre les incidents qui peuvent se produire ; enfin il donne les conseils essentiels relatifs aux préparatifs de l'accouchement.

Ainsi l'auteur donne-t-il satisfaction et à la cliente qui trouve réponse à toutes ses curiosités, et à son accoucheur qui se trouve soulagé du soin d'avoir à répondre verbalement à un interrogatoire qui malgré sa longueur se trouve trop souvent incomplet, du fait qu'il est conduit sans méthode.

Les Hémorroïdes. Diagnostic et traitement, par Jean RACHET. Un vol. in-8º de 80 pages avec 18 figures dans le texte (*La Pratique Médicale illustrée*), 25 fr. G. Doin et Cie, édit., 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La fréquence des hémorroïdes en fait une affection que le médecin est appelé à diagnostiquer et à traiter chaque jour.

Si banal qu'il puisse paraître, ce diagnostic exige cependant une exploration endoscopique simple, que tout médecin non spécialisé doit savoir pratiquer : l'auteur expose la technique de cet examen qu'il illustre par des schémas et des figures, et les aspects endoscopiques des diverses variétés d'hémorroïdes auxquelles s'appliquent les traitements différents.

L'auteur consacre un long chapitre aux divers traitements des hémorroïdes, et, se basant sur une longue expérience personnelle, il discute les diverses méthodes proposées durant ces dernières années pour la cure d'un hémorroïdaire. Et marquant parmi celles-ci, sa préférence pour les traitements strictement ambulatoires, il illustre par des figures claires les techniques qu'il applique avec succès, et expose enfin, après une critique des méthodes qu'il rejette, une nouvelle application ambulatoire de la diathermie, qu'il a mise au point depuis plus d'un an et demi, et qui, combinée aux injections sclérosantes sus-hémorroïdaires, réalise le traitement applicable à presque toutes les variétés de varices ano-rectales.

C'est donc un livre de pratique, écrit par un spécialiste pour les médecins non spécialisés ; il leur permettra de se familiariser avec les méthodes endoscopiques et les divers modes de traitements que tout praticien peut appliquer lui-même.


THÉOSALVOSE

TRAVAUX ORIGINAUX

Comment, pourquoi et dans quelle mesure les asthmatiques peuvent-ils être guéris ?

par Auguste LUMIÈRE
Correspondant de l'Institut et de l'Académie de Médecine

1° *Les difficultés du problème de l'asthme. Son état actuel* :

Un certain nombre d'aphorismes concernant le problème de l'asthme ont été récemment rappelés par Corone, qui termine leur nomenclature en formulant la conclusion suivante : « En dépit de toutes les tentatives les plus modernes : « désensibilisation, radiothérapie de la rate et des champs pul- « monaires, en dépit des améliorations, persistantes parfois, « obtenues, quand on suit pendant quelques années des asth- « matiques, on arrive à cette conclusion un peu découra- « geante : « Lorsqu'on est asthmatique, c'est pour le restant de « sa vie. » (Rackemann) (1).

D'autre part, si des améliorations notables, et même quelquefois des guérisons temporaires sont constatées, chez certains asthmatiques, à la suite des applications des thérapeutiques classiques, il n'en reste pas moins vrai que ces moyens se montrent inefficaces dans le plus grand nombre des cas et que les malades atteints de ce décevant syndrome continuent à souffrir, les paroxysmes de leurs crises étant seulement et momentanément apaisés par la médication symptomatique (datura, adrénaline).

C'est à ces réfractaires, et ils sont légion, que nous nous adressons et auxquels nous appliquons avec succès, nos méthodes, basées sur des considérations tirées de notre « *Théorie colloïdale* ».

Ce sont les malades qui, depuis de longues années : dix, vingt, trente ans, se trouvent dans un état de continuelle angoisse, qui ont essayé tous les remèdes, consulté maintes personnalités médicales, fréquenté les stations hydrominérales et climatiques les plus réputées sans grand résultat, ce sont ces malades, disons-nous, auxquels nous procurons, la plupart du temps, un soulagement inespéré, que nous améliorons dans des proportions considérables et que nous guérissons même le plus souvent, tout au moins pour plusieurs années.

Nous ne prétendons nullement que ces guérisons seront définitives, car, ainsi que nous le verrons plus loin, l'asthme comporte un facteur lésionnel sur lequel il est, sinon impossible, du moins fort difficile d'intervenir ; cependant l'apparition de la crise exige le concours de causes déclenchantes, sur lesquelles, nous pouvons agir utilement, grâce à la connaissance du mécanisme de leur production.

La première difficulté à résoudre, dans cette question ardue, est précisément celle du processus pathogénique de l'asthme qui a fait jusqu'ici l'objet d'innombrables travaux ; la lecture des rapports et mémoires présentés en 1932, au Congrès national de l'asthme du Mont-Dore, nous en donne une idée. Trente-deux auteurs ont participé à la rédaction de ces communications dont plusieurs, fort remarquables, auraient pu se rapprocher davantage de la solution des problèmes envisagés si leurs auteurs avaient bien voulu tenir compte de nos recherches sur les colloïdes et la floculation.

Tous les rapporteurs paraissent justement d'accord sur cette notion que l'asthme est un syndrome dont la manifestation nécessite la réunion de plusieurs facteurs :

1° Une hypersensibilité locale, vraisemblablement lésionnelle, au niveau de l'appareil broncho-pulmonaire et constituant une sorte d'épine irritative.

2° Une cause provocatrice de l'accès, éminemment variable suivant les sujets.

3° La persistance des symptômes, après la cessation de la cause qui les a déclenchés correspond en outre à un processus que les auteurs ont cherché à découvrir.

Malgré les judicieuses considérations développées dans ces rapports, nous sommes bien obligé de constater que la thérapie du syndrome asthmatique n'a pas tiré grand profit des travaux du Congrès.

Les malheureux malades suffocants, continuent à subir leur triste sort, à demander trop souvent en vain, aux spécialistes, aux stations hydro-minérales, une guérison que les uns et les autres ne peuvent leur procurer et en sont réduits à réclamer des palliatifs une atténuation momentanée de leurs angoisses. Certains malades ont la peau criblée de piqûres d'adrénaline ou de préparations analogues ; nous en avons vus qui en étaient à leur dix millième, à leur quinze millième et même à leur vingt millième injection ! !

Au moment où nous écrivons ces lignes, parmi les asthmatiques qui sont en traitement au Dispensaire de nos Laboratoires, il s'en trouve deux dont l'un s'est piqué, en moyenne, quatre fois par jour depuis quinze ans et l'autre, cinq fois par jour depuis huit ans ; à eux seuls, ces deux malades ont consommé plus de trente-six mille ampoules de solution vasoconstrictive !

C'est surtout la pathogénie de l'asthme qui a retenu l'attention des éminentes personnalités ayant pris part au Congrès et, dans l'étude de la genèse des accès, il a été beaucoup question de la fausse colloïdoclasie de Widal, sans qu'il ait été fait mention de nos recherches autrement que par une unique allusion, si discrète qu'elle est restée sans portée.

Or, c'est précisément, non pas cette fausse colloïdoclasie, mais la véritable destruction de l'état colloïdal des humeurs, c'est-à-dire la floculation, qui doit être incriminée dans le déclenchement des crises et dont la prise en considération nous conduira seule à des déductions précieuses, en ce qui regarde la thérapeutique du syndrome.

Les remarques que nous avons maintes fois formulées, relativement à l'importance de l'imprégnation et de la désensibilisation bacillaires, chez les asthmatiques, auraient pu aussi être invoquées avec profit, mais le silence systématique, qui est de règle, dans la médecine officielle, lorsqu'il s'agit de nos travaux, n'a pas permis aux congressistes de sortir des anciens errements et leurs discussions académiques n'ont point fait avancer notablement les méthodes de traitement qui doivent être, en définitive, l'aboutissement des investigations dans le domaine médical, en général, et plus particulièrement dans le problème de l'asthme.

C'est cependant, la théorie colloïdale qui aurait pu orienter la thérapie dans des voies nouvelles et fécondes ; c'est elle qui nous fait réussir là où des techniciens orthodoxes échouent si fréquemment.

Et nous devons reconnaître que nos succès nous mettent dans le plus grand embarras.

En effet, lorsque des malades, atteints d'accidents asthmatiformes, souvent depuis de longues années, ayant épuisé, sans résultat, les ressources tirées des enseignements classiques, ont été guéris grâce aux méthodes mises en œuvre au Dispensaire de nos Laboratoires, ou à l'hôpital du Bon Abri, il leur arrive de signaler le succès de nos procédés aux asthmatiques qu'ils rencontrent et ces derniers s'empressent, à leur tour, de venir nous demander de leur procurer le soulagement qu'ils n'ont pas trouvé ailleurs.

Un recrutement intensif de malades s'opère ainsi, automatiquement et se développe en proportion géométrique, si bien que, non seulement il devient impossible de donner satisfaction à tous ceux qui s'adressent à nous, mais cette affluence vient, en outre, modifier le but des institutions que nous avons fondées, lesquelles sont des organisations d'étude et non des centres de traitement.

Il importe donc que des médecins autres que nos collaborateurs, soient en mesure d'obtenir les mêmes résultats et c'est

(1) CORONE (de Cauterets). — Quelques aphorismes sur l'asthme, *Le Médecin et les Lois sociales*, 1933, p. 419.

ce qui nous a engagé à faire connaître, par le détail, les moyens auxquels nous faisons appel.

Pour bien comprendre les raisons qui ont déterminé le choix des moyens que nous mettons en œuvre, pour en saisir la portée et le mécanisme, il nous paraît nécessaire d'exposer nos conceptions actuelles sur la pathogénie des accidents asthmatiformes.

2° *Définition et pathogénie du syndrome :*

Rappelons tout d'abord la théorie classique en citant la conclusion du magistral rapport du Professeur Besançon, au Congrès du Mont-Dore de 1932 :

« On n'oubliera pas que, dans le plus grand nombre des « cas, ne fait pas de l'asthme qui veut et que, pour une très « grande part, le fond de l'asthme, c'est l'état névropathique du sujet ; l'étude du caractère, du psychisme de l'asthmatique deviendra donc une des préoccupations les plus urgentes du clinicien. Il n'oubliera pas le rôle néfaste du surmenage, de la vie confinée, des préoccupations anxieuses et, « par suite, le bénéfice du repos, de la vie en plein air, en particulier de l'altitude, des exercices physiques méthodiques, etc...

« En résumé, que l'on considère l'asthme comme une maladie diathésique, comme l'ont fait les anciens cliniciens ou « comme un syndrome relevant de causes multiples, ce problème se ramène toujours, en dernier ressort, à rechercher « comment le malade en est arrivé à réagir, sous la forme « asthmatique, à une cause quelquefois spécifique, le plus « souvent à des causes extrêmement nombreuses, banales et « variables, autrement dit, comment il s'est sensibilisé et pourquoi il a pu se sensibiliser.

« La différence entre notre conception de l'asthme et la « théorie allergique, c'est qu'elle invoque la sensibilisation et « non plus l'allergie.

« En effet, comme le montre l'expérience de chaque jour, « ce n'est pas seulement aux protéines, mais à l'effort, au « froid, à l'émotion, aux influences barométriques les plus minimes, que l'asthmatique est devenu sensible ; c'est un instrument de précision, d'une sensibilité exquise, qui va traduire toutes les impressions périphériques ou centrales, de « quelque nature qu'elles soient.

« Si l'on veut enfin considérer l'asthme comme un syndrome « et non comme une maladie, reconnaître qu'il y a des asthmes multiples, on sera mieux armé pour faire l'analyse de « chaque cas et pour mener à bonne fin cette tâche ingrate « qu'est le traitement d'un asthmatique. »

Il eut été difficile de mieux conclure sans sortir des notions classiques et nous sommes bien forcé de reconnaître que l'épilogue du rapport que nous reproduisons ci-dessus, conforme d'ailleurs aux vues des Congressistes ne nous apporte pas de nouvelles clartés, en ce qui regarde la thérapeutique de l'asthme.

Les doctes spécialistes n'ont point fait apercevoir les horizons qu'on aurait pu espérer voir se découvrir à la suite de leurs savantes discussions.

Revenons donc sur le mécanisme du broncho-spasme asthmatique tel que nous le comprenons.

a) A la base des accidents caractérisant l'asthme dit essentiel, il existe une épine irritative locale, située au niveau de l'appareil broncho-pulmonaire ; il s'agit d'une épine lésionnelle, c'est-à-dire permanente, conférant à cet appareil une hypersensibilité particulière qui le fait réagir à des influences souvent extrêmement faibles.

Cette altération organique, comme toutes les lésions, n'est pas, en principe, susceptible d'être radicalement guérie par les traitements médicaux, quels qu'ils soient, et c'est pour cela que l'asthmatique est condamné à conserver durant toute sa vie, une prédisposition à subir les effets des causes déclenchant les crises.

Si la *restitutio ad integrum* des éléments lésés n'est pas réalisable, il est vraisemblablement possible cependant de modifier ces éléments dans une certaine mesure, tout au moins, et aussi d'atténuer la sensibilité du système nerveux qui intervient sans doute dans la production du phénomène paroxystique : les rayons X, par exemple, peuvent être des agents modificateurs qui agissent dans ce sens. La participation d'un facteur nerveux dans la manifestation des troubles asthmatiformes explique les résultats favorables de l'intervention chirurgicale portant sur le ganglion étoilé que le Professeur Leriche a pratiquée à maintes reprises avec un complet succès.

Pour la même raison, les médicaments sédatifs, analgésiques, antispasmodiques sont parfois doués d'une notable efficacité temporaire, mais ce n'est là qu'une médication symptomatique.

b) Autrement importante, du point de vue de la thérapeutique, est l'étude des causes qui provoquent les accès d'asthme.

Comme dans nombre de maladies chroniques, pour que des troubles pathologiques surgissent, il faut la réunion de deux conditions principales : un organisme récepteur suffisamment impressionnable et une force agissant sur cet appareil pour provoquer le dérèglement de ses fonctions.

Nous venons de voir que l'organe hypersensible, dans l'asthme, paraît siéger au niveau de la zone broncho-pulmonaire, quant à la force déclenchante, nous la trouvons dans la floculation ou la précipitation plasmatique qui prend naissance en maintes circonstances.

Tous les agents physiques ou chimiques, toutes les influences qui sont capables de provoquer la destruction de l'état colloïdal de certains matériaux du plasma sanguin, c'est-à-dire de les faire floculer, chez les sujets présentant l'épine irritative broncho-pulmonaire, déclenchent des crises asthmatiformes.

Toutes les réactions dans lesquelles des précipités sont susceptibles de se former, au sein des liquides humoraux circulants, conduisent aux mêmes effets.

Dans quelles conditions, ces floculations et ces précipitations peuvent-elles se former ? La connaissance de ces conditions nous indiquera les causes provocatrices du spasme broncho-pulmonaire, et, instruit de ces causes, nous serons armés pour les éviter et les combattre, c'est-à-dire pour instituer un traitement rationnel de l'asthme.

Nos travaux antérieurs sur la biocolloïdologie répondent précisément à notre question : l'état colloïdal est détruit et la floculation, qui en est la conséquence, apparaît principalement dans les infections, les intoxications, et auto-intoxications, les dysfonctions organiques et surtout hépatiques, les troubles endocriniens, la sensibilisation anaphylactique, les traumatismes, les stases, les émotions, etc.

Chez les sujets réceptifs, on pourra voir éclater l'accès d'asthme, non seulement dans tous ces cas, mais encore sous des influences multiples de moindre importance, parfois infimes, lorsqu'on aura affaire à des sujets dont les liquides humoraux se trouvant dans un état de grande instabilité. C'est ainsi que certains individus réagissent au trouble vaso-moteur le plus minime qu'entraîne, par exemple, un refroidissement, même s'il n'intéresse localement qu'une partie du corps, ou un exercice quelque peu violent ; les phénomènes d'osmose qui s'opèrent à la faveur de ces troubles vasculaires, réalisent le mélange des humeurs interstitielles et circulantes ayant pour conséquence la formation de floculations qui suffisent à déclencher le spasme.

Cette conception pathogénique de la crise d'asthme n'est pas une simple vue de l'esprit : nous avons maintes fois montré l'existence du floculat nocif, non seulement dans l'anaphylaxie et les infections, mais aussi dans les autres circonstances indiquées ci-dessus qui sont les causes déterminantes des crises (1). L'une des meilleures preuves de l'exactitude de nos vues, réside dans ce fait que les méthodes curatives instituées d'après ces notions sont d'une incontestable efficacité.

3° *Le traitement du syndrome :*

La grande difficulté que l'on rencontre dans le traitement des asthmatiques provient de ce que, indépendamment de l'existence d'une épine irritative broncho-pulmonaire contre laquelle on est à peu près désarmé, les causes du déclenchement de la crise ne sont pas univoques, varient d'un sujet à

(1) A. Lumière. — Colloïdes et micelloïdes. Norbert Maloine, édit. Paris, 1933.

l'autre et sont presque toujours multiples chez le même malade.

La plupart du temps, plusieurs facteurs concourent à l'éclatement de l'accès. C'est ainsi que l'asthme anaphylactique chez les imprégnés bacillaires, n'est presque jamais un asthme anaphylactique pur, tantôt une cause de floculation provenant d'une dysfonction hépatique ou endocrinienne, vient se joindre à la cause principale, tantôt c'est une stase ou une infection chronique qui compliquent la pathogénie de l'accès, et, presque toujours l'instabilité humorale, à des degrés divers, intervient pour conférer une hypersensibilité essentiellement variable, elle aussi, aux différents agents provocateurs des accidents. Il arrive également que des lésions cardiaques, des tumeurs, lorsqu'elles sont à la base des troubles dyspnéiques, rendent inopérant, ou moins efficace, le traitement humoral sur lequel nos méthodes sont principalement établies ; cependant ce traitement a presque toujours un heureux effet, car il est fort rare que, dans ces cas spéciaux, les troubles ne dépendent que d'une cardiopathie ou une néoformation.

En somme, étant donné que la pathogénie du syndrome est, chez un même malade, essentiellement complexe et qu'elle varie grandement d'un sujet à l'autre, on conçoit que si une médication unique peut souvent atténuer les symptômes morbides, elle ne les fasse pas disparaître complètement ; pour atteindre ce but, il faut *de toute nécessité recourir à une thérapeutique polyvalente et adaptée à chaque cas particulier.*

Pour s'y reconnaître dans un tel dédale et afin d'instituer les traitements appropriés, il est indispensable de procéder, avec la plus grande méthode, à un examen approfondi de l'asthmatique.

a) *Technique de la recherche des causes déterminantes :*

En arrivant au dispensaire, l'asthmatique passe d'abord dans les différentes sections de nos laboratoires, où des collaborateurs spécialisés procèdent aux examens et analyses qui fourniront une première documentation précieuse, permettant d'éviter les surprises et les erreurs ; l'un d'eux effectue les mesures spirométriques, un autre est chargé de l'hématologie, un troisième de la sérologie, les analyses des urines, des crachats, les inoculations au cobaye, s'il y a lieu, sont effectuées par un chimiste et un bactériologiste ; le malade est enfin radiographié et c'est muni de tous ces renseignements que l'on procède à un examen somatique, aussi méthodique que possible, du malade.

On recherche alors systématiquement tous les facteurs de floculation ; rappelons qu'elle peut avoir une origine anaphylactique, infectieuse, toxique, dysfonctionnelle, traumatique, émotionnelle, etc.

A loin près, c'est la floculation anaphylactique, ayant son point de départ dans l'imprégnation bacillaire qui entre en jeu le plus fréquemment dans la production du phénomène spasmodique : nous en administrons la preuve en enregistrant l'efficacité dans huit cas sur deux, environ, de la désensibilisation spécifique au moyen de la préparation dont il sera question plus loin.

L'interrogatoire sur les antécédents héréditaires et personnels du malade, la radiographie, l'auscultation permettront souvent de dépister cette origine.

La sensibilisation pollénique est assez facilement décelable par son caractère saisonnier et les conditions dans lesquelles les crises surviennent par temps sec, souvent après une sortie à la campagne.

Après avoir envisagé les autres circonstances dans lesquelles l'anaphylaxie peut intervenir, notamment, à l'occasion de l'ingestion de certains aliments, ce sont les infections chroniques qu'il s'agit de rechercher et notamment celles qui intéressent les voies respiratoires ou le tube digestif ; les germes qui végètent au niveau des foyers d'inflammation chronique peuvent manifester leurs effets par deux mécanismes différents, soit en créant un état anaphylactique, soit en répandant directement dans les humeurs leurs produits d'excrétion floculants.

Il n'est pas rare aussi de voir des intoxications et surtout des auto-intoxications par stase gastrique, intestinale, variqueuse, commander les accès. Plus fréquente est l'origine hépatique de la floculation et on la découvrira en général, assez facilement par les moyens connus. L'attention du clinicien doit ensuite se porter sur les dysfonctions des appareils endocriniens dont il relèvera les signes : frilosité, asthénie, acrocyanose, tendance au myxœdème, adipose, anomalie du système pileux, troubles de la menstruation et de la ménopause, etc...

Si cet examen demeure négatif, on dirigera les recherches du côté de l'instabilité humorale qui est extrêmement fréquente chez les asthmatiques.

On a souvent voulu trouver une cause de l'asthme dans le déséquilibre sympathique présenté par les malades, mais, ainsi que nous l'avons montré dans notre ouvrage sur les colloïdes, l'agent perturbateur des fonctions de la vie organo-végétative est le floculat.

La présence d'un précipité dans le torrent circulatoire occasionne la plupart des troubles qui caractérisent les maladies aiguës ou chroniques, depuis le prurit, l'urticaire et maintes dermatoses, la migraine, les vomissements, la diarrhée, jusqu'au dérèglement des grandes fonctions respiratoires, circulatoires, gastro-intestinales, aux troubles de l'équilibre, de la motilité et de la sensibilité.

Toutes ces perturbations fonctionnelles, sous la dépendance du sympathique, sont commandées par la floculation et peuvent être le fait de l'instabilité humorale, de la facilité avec laquelle, sous les moindres influences, des précipitations se produisent dans le sang.

Ce sont ces précipitations qui déclenchent les crises d'asthme et l'on voit toute l'importance de la fragilité humorale chez les asthmatiques et toute la valeur des méthodes qui ont pour objet de conférer aux humeurs une stabilité sans laquelle l'état du malade ne peut être amélioré, sans laquelle la guérison ne peut être obtenue.

Ces notions vont nous permettre d'instituer un traitement rationnel des asthmatiques, basé sur l'étude pathogénique de l'affection ; il pourra être causal, s'adresser à l'instabilité humorale ou être simplement symptomatique.

b) *Traitement causal :*

Ainsi que nous l'avons fait pressentir, le cas le plus fréquent est celui des asthmatiques qu'une imprégnation bacillaire plus ou moins latente a sensibilisés et auxquels nous appliquons la méthode de désensibilisation par scarifications, en utilisant une préparation constituée par une émulsion dans la glycérine, de bacilles de Koch privés de leur enveloppe ciro-adipeuse par un lavage à l'éther et à l'acétone.

Les scarifications sont pratiquées tous les huit jours, au niveau du deltoïde ou sur la face externe de la cuisse ; il importe que ces scarifications soient suffisamment étendues ; elles doivent comporter de vingt à trente traits d'incisions épidermiques, chacun de deux centimètres de longueur environ et occuper une surface totale de trois à quatre centimètres carrés environ.

Ces incisions doivent être très superficielles, ne pas saigner notablement ; la préparation désensibilisatrice est étalée sur les traits de scarifications et protégée par une petite compresse de gaze, maintenue en place pendant quelques heures au moyen d'un leucoplaste.

Il arrive parfois que le soulagement des malades se produise dès les heures qui suivent l'application ; nous avons même enregistré un cas où un malade atteint de crises quotidiennes et se trouvant dans un état dyspnéique constant depuis cinq ans, a été complètement guéri moins d'une heure après le traitement et il n'a plus eu aucun accident asthmatiforme depuis 1921.

Ce fait est exceptionnel et si l'amélioration s'accuse fréquemment dès le début du traitement, l'effet curatif cherché n'est réalisé qu'au bout de plusieurs semaines ; l'un de nos malades n'a été guéri qu'après la quinzième scarification.

Depuis plus de dix ans, cette technique est appliquée au Dispensaire de nos Laboratoires, à la suite des premiers essais qui en avaient été faits avant nous par Duquaire et par Bonnamour ; si elle a donné lieu maintes fois à de remarquables succès, il est aussi de nombreux cas, où chez les imprégnés bacillaires, elle améliore seulement l'état des malades sans les soulager complètement et cela se conçoit si l'on se reporte aux

explications que nous avons données plus haut. Très souvent ce n'est pas une cause unique qui intervient pour disloquer les colloïdes humoraux, ainsi que nous l'avons indiqué ; il en est d'autres qu'il faut combattre et, parmi celles-ci, l'instabilité humorale se présente au premier plan ; mais, avant d'aborder son traitement, il y a lieu de chercher à remédier aux autres causes spécifiques de floculation, si elles existent et si l'on a réussi à les déceler au cours de l'examen méthodique, tel qu'il doit être effectué.

Le fonctionnement défectueux du foie est l'une des plus habituelles et les moyens préconisés par Sédillot contre l'uricémie (1) pourront avantageusement être mis à profit ici. L'administration de l'hyposulfite de magnésium *per os* est particulièrement utile dans ces cas.

On appliquera les thérapeutiques bien connues pour combattre les autres dysfonctions organiques et endocriniennes ainsi que les stases, les infections locales et les intoxications.

c) *Traitement de l'instabilité humorale* :

Après avoir mis en œuvre, s'il y a lieu, ces thérapeutiques causales, on abordera la partie habituellement capitale du traitement, celle sans laquelle on n'aboutira, la plupart du temps, qu'à des demi-succès ; nous voulons parler de celle qui concerne l'instabilité humorale.

En quoi consiste l'instabilité humorale et comment y remédier ? Tel est le problème que nous ne cessons de nous poser et que nous étudions sans répit, persuadé que sa solution intégrale aurait une importance sans égale, en ce qui concerne le traitement de la plupart des maladies chroniques non lésionnelles.

En attendant des précisions en cette matière, nous en sommes réduit à opérer empiriquement, utilisant cette seule notion que les substances qui empêchent les chocs, celles qui modifient la forme des précipités plasmatiques ou qui les dissolvent sont vraisemblablement capables de rendre des services dans l'ordre d'idées qui nous occupe. Il faut aussi que ces substances ne soient pas nocives par elles-mêmes.

D'autre part, si nous trouvons des agents modificateurs et stabilisateurs de l'état humoral, nous continuons à ignorer l'essence des phénomènes et nous pouvons tout au plus formuler quelques hypothèses à leur sujet.

Il est probable qu'indépendamment de leurs propriétés dissolvantes des floculats ou de la propriété que possèdent ces agents de modifier la structure des précipités, certains de ces modificateurs humoraux peuvent agir en précipitant les colloïdes instables ; ils en débarrassent ainsi le plasma.

Parmi les moyens qui se sont montrés jusqu'ici les plus efficaces comme stabilisateurs humoraux, nous devons placer en première ligne les injections d'hyposulfite de magnésium (Emgé), soit qu'on l'administre en solutions à 10 %, par la voie sous-cutanée ou mieux qu'on l'introduise dans les veines au même titre ou à une concentration plus élevée atteignant jusqu'à 50 %. Les injections intraveineuses, surtout à haute concentration, doivent être pratiquées très lentement. Elles s'accompagnent d'une sensation de chaleur intense qui ne dure d'ailleurs que quelques minutes.

L'autohémothérapie est également un excellent moyen de réaliser la modification humorale cherchée. En général, ce sont ces deux procédés, employés successivement ou alternativement, auxquels nous nous adressons de préférence et qui suffisent, la plupart du temps, à conférer aux humeurs une solidité leur permettant de résister aux agents précipitants qui étaient susceptibles de les altérer avant ces traitements.

Il arrive aussi que ces moyens soient insuffisants et qu'il faille recourir à d'autres méthodes. Ces méthodes ne manquent pas, d'ailleurs, ainsi que l'on pourra s'en convaincre en prenant connaissance de la nomenclature suivante qui comprend les divers produits ou procédés capables d'apporter quelques changements heureux dans les humeurs : ce sont d'abord les substances anti-choc telles que les sels de sodium ou de magnésium, des thiodérivés organiques (thiopropanol, sulfonate de sodium, thiosalicylate de sodium), certains aminoacides (glycocolle, alanine), les ultrapeptones, le tartrate de triéthanolamine, l'histamine et nombre d'autres composés dont l'étude se poursuit.

On peut aussi recourir à des réactifs précipitants, comme le silicate de sodium, mais leur injection, qui doit emprunter nécessairement la voie intraveineuse, doit être effectuée avec les plus grandes précautions, afin d'éviter les chocs.

On peut encore faire appel à des moyens, en quelque sorte indirects, en provoquant l'hyperthermie ou la sudation. Les injections d'huile soufrée ou de pilocarpine agissent dans ce sens.

L'acidification des liquides humoraux empêche également la formation de précipités, grâce à la solubilité des floculats dans les acides. L'abaissement du pH humoral est réalisable pour quelques heures, soit par l'ingestion d'une abondante quantité de boissons acidulées, soit par l'injection intraveineuse d'une solution d'acide phosphorique à 4 ‰ (250 à 500 c. c.).

Nous manquons encore de directives pour déterminer les procédés qui peuvent être opérants et nous ne pouvons prévoir ceux qui seront efficaces dans chaque cas particulier, mais leur innocuité nous autorise, en cas d'échec de l'un d'eux, à recourir aux autres et il est bien rare qu'en fin de compte, on ne parvienne pas à réaliser la stabilisation désirée.

La thérapeutique humorale, basée sur notre théorie colloïdale en est à ses débuts, mais elle a déjà donné de brillants résultats et elle est en voie de transformer les méthodes de traitement des maladies chroniques non lésionnelles.

Inexistante avant nos travaux, elle est encore, pour ainsi dire à une phase empirique et des recherches nombreuses seront nécessaires pour lui donner un statut, sinon définitif du moins plus rationnel, et plus systématique. Nous ne cessons de nous y appliquer.

Quoi qu'il en soit, les cas rebelles d'asthme, de dermatoses et d'autres troubles chroniques qu'elle a déjà guéris sont extrêmement nombreux.

A priori, il semblerait, d'après l'exposé que nous venons de faire, que la détermination de la cause, ou des causes provoquant les crises d'asthme, soit fort compliquée et que le choix du traitement à opposer à chaque cas particulier, présente de grandes difficultés ; or, dans la pratique, le problème est généralement beaucoup plus simple, du moins pour la généralité des malades. Chez la plupart d'entre eux, en effet, parmi les nombreux facteurs de floculation incriminables, il en est deux qui jouent un rôle considérable : ce sont la sensibilisation bacillaire et l'instabilité humorale. Il suffira de s'attaquer à ces deux causes pour améliorer considérablement ou guérir, au moins pour un temps, les 9/10es des asthmatiques.

Ce but est atteint le plus souvent en pratiquant pendant quelques semaines, une scarification hebdomadaire et deux injections intra-veineuses d'hyposulfite de magnésium ou deux autohémothérapies ou une autohémothérapie et une injection hyposulfitique magnésienne.

Quand un traitement causal n'aura pu être institué et lorsque les crises auront résisté à ces médications, nous pratiquons un traitement cyclique quotidien qui comporte le premier jour une scarification, le deuxième, une injection intraveineuse d'hyposulfite, de magnésium, le troisième, une injection sous-cutanée de la même substance, le quatrième une autohémothérapie, le cinquième, une nouvelle injection intraveineuse d'hyposulfite, puis une autohémothérapie et nous reprenons la même série la semaine suivante. Il est bien rare qu'après deux ou trois cycles, le résultat cherché ne soit pas obtenu.

La plupart du temps, les bons effets se manifestent dès les premiers jours et souvent, à la fin de la première semaine, les malades sont apparemment guéris.

Pour certains sujets chez lesquels l'imprégnation bacillaire est particulièrement patente, nous ajoutons des injections d'Allochrysine à celles qui composent le cycle habituel.

Dans nombre de cas aussi, nous prescrivons l'hyposulfite de magnésium *per os* dont l'administration doit être pendant longtemps continuée ; ce produit est un adjuvant souvent précieux qui régularise les fonctions hépatiques ; son emploi est presque toujours utile ; il devient indispensable chez les constipés et chez les malades dont le foie est déficient.

(1) J. Sédillot. — L'asthme. Uricémie respiratoire spasmodique d'origine hépatique. Paris 1926. L. Arnette, édit.

d) *Traitement symptomatique* :

Nous ne nous arrêterons pas sur ce chapitre qui comprend les moyens classiques, c'est-à-dire qui concerne les palliatifs en tête desquels, il convient de placer l'adrénaline, l'éphédrine et le datura ; ces médicaments soulagent momentanément comme on le sait, mais ne guérissent point.

Les malades auxquels nous appliquons nos méthodes font encore usage de nos préparations les premiers jours de nos traitements et cessent bientôt de les employer.

IV *Quelques résultats cliniques de nos méthodes*.

Si nous voulions rapporter les observations de tous les malades traités suivant nos procédés depuis de longues années, nous ne pourrions le faire dans un simple mémoire ; un volumineux ouvrage y suffirait à peine. Nous devons nous contenter de donner ici un très petit nombre d'exemples résumés, pris parmi des centaines d'autres qui ne sont pas moins démonstratifs.

a) *Malades guéris par désensibilisation bacillaire.*

Obs. I. — Mme Pop..., 47 ans. Pas de précisions sur les antécédents héréditaires. Point pleurétique à la base droite en 1920, à la suite duquel apparaissent des crises asthmatiformes de faible intensité, puis qui, d'années en années, deviennent progressivement de plus en plus sévères. La malade a consulté plusieurs médecins depuis douze ans, sans avoir obtenu d'autre résultat que le soulagement momentané des accès par l'emploi de la poudre de datura ou des injections de préparations adrénalinées.

La malade vient au Dispensaire le 25 octobre 1932 ; elle présente une dyspnée continuelle avec des crises extrêmement violentes qui surviennent plusieurs fois par jour ; elles sont surtout nocturnes, durant parfois plusieurs heures ; elles sont accompagnées de quintes de toux et suivies d'expectoration muqueuse non bacillifère.

Elle prétend avoir eu une crise cardiaque en juillet 1932, mais l'auscultation ne révèle aucune lésion organique, ni aucun trouble fonctionnel du cœur. Tension artérielle : 10-15 ; pas d'œdème des membres inférieurs, ni de râles d'hypostase, ni d'albumine.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, on trouve des signes de bronchite diffuse généralisée avec sibilances et râles sonores ; la base droite est submate et un peu obscure sans diminution appréciable des vibrations.

La capacité pulmonaire est de 2 l.500 ; le débit respiratoire à l'inspiration et à l'expiration atteint 1 l.750 ; rythme : 24 ; pression aux deux temps : 1.

L'examen somatique est par ailleurs négatif ; numération globulaire, formule leucocytaire, formule d'Arneth sans anomalies ; l'éosinophilie sanguine habituelle des asthmatiques n'est pas appréciable dans ce cas (2 %). Sédimentation horaire : 3 %. Temps de saignement : 3'. Temps de coagulation : 18'. Wassermann, Kahn, Hecht négatifs. Déviation du complément (Besredka) très positive. Résorcine : 12.

On pratique une première scarification le 25 octobre 1932, à la suite de laquelle la malade éprouve un soulagement important. A la sixième scarification, la guérison semble complète. On ne trouve plus aucun râle à l'auscultation ; l'expiration est seulement un peu prolongée et soufflante.

Nous n'avons pas cessé de revoir cette malade depuis sa guérison qui reste complète, car elle est si satisfaite d'être débarrassée des suffocations, des crises et des angoisses dont elle a souffert pendant douze années qu'elle amène à chaque instant des malades au Dispensaire.

Obs. II. — Cl...d... (Pierre), 42 ans. Restaurateur. Pas de renseignement sur les antécédents héréditaires ou familiaux, cependant le père était bronchitique et le malade a une fille phtisique. Il s'enrhume constamment dit-il, depuis 1925 ; il tousse, l'expectoration est purulente, sans bacilles de Koch ; il n'a pas de fièvre, pas de sueurs profuses et n'a jamais eu d'hémoptysie.

Actuellement, et depuis cinq à six ans, il est constamment dyspnéique ; il est sujet à des accès violents qui surviennent à des intervalles de quelques semaines, qui sont de durée variable, mais persistent plusieurs jours.

Capacité pulmonaire : 4 l.,100 ; débit respiratoire : aux deux temps : 1 l.,300. Rythme : 20. Pression maximum à l'inspiration et à l'expiration : 5. Amplification thoracique : 92-96.

Submatité des deux sommets, avec abolition des vibrations. Expiration prolongée et soufflante, sibilances et râles ronflants dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires.

A l'examen de la radiographie, on remarque que les deux sommets sont opaques. Gros ganglions trachéo-bronchiques prédominants à droite.

La pointe du cœur bat dans le Ve espace à un centimètre en dedans de la ligne mamelonnaire ; les bruits cardiaques sont lointains, les silences purs. Tension artérielle : 8-13 1/2. Ongles ardoisés, sans autres signes périphériques, pas d'œdèmes, tendance à l'obésité ; peau glabre. Statut endocrinien, en somme. Rien a signaler du côté des autres appareils organiques, de la numération globulaire, de la formule leucocytaire, de la formule d'Arneth, sauf une éosinophilie à 5 %. Résorcine : 36. Déviation du complètement légèrement positive. Réactions sériques de la spécificité négatives. Urines normales. Le malade étant certainement un bacillaire fibreux floride, avec dysfonction des glandes à sécrétion interne, on associe le traitement désensibilisateur par scarification à la chrysothérapie et à l'opothérapie.

Début du traitement le 14 octobre 1932. Amélioration rapide. Le 20 décembre, la guérison semble complète, le malade n'a plus eu de crise depuis six semaines, sa dyspnée a totalement cessé et on ne constate plus qu'un peu d'emphysème à l'auscultation.

Obs. III. — Mad. Ros..., 50 ans. Comptable.

Père 77 ans, catarrheux ; mère 71 ans, dyspnéique.

Coqueluche à trois mois, ayant persisté pendant un an. Fièvre typhoïde à 14 ans ; bronchite tous les hivers à partir de cette affection. Grippe en 1918. Castration totale pour fibrome en 1924.

Depuis la grippe de 1918, la malade a des accès de dyspnée paroxystique qui surviennent principalement après des infections hivernales à répétition, du type bronchite aiguë ; les crises n'étant pas très violentes, étaient assez bien supportées jusqu'à fin juillet 1932, mais depuis cette époque et sans antécédent grippal, apparition d'accès d'asthme de plus en plus violents. Actuellement, deux à trois accès hebdomadaires sans horaire fixe. Après les crises, quintes de toux qui s'accompagnent d'expectoration séro-muqueuse sans bacille de Koch.

Respiration soufflante avec expiration prolongée, râles sibilants et ronflants dans toute l'aire pulmonaire.

Ampliation thoracique : 86-89 1/2.

Souffle diastolique léger au foyer aortique, se propageant vers l'appendice xiphoïde. Tension : 15 1/2-9.

Denture suffisante par prothèse, appétit assez satisfaisant ; sensation de pesanteur stomacale après les repas, avec tendance à la somnolence ; constipation du type spasmodique avec débacles diarrhéiques. Foie normal, rate non perçue, aucune douleur à la palpation abdominale. Rein droit en position légèrement ectopique. Impériosité des besoins d'uriner sans autres signes génito-urinaires.

Réflectivité normale. Instabilité vaso-motrice, érythème pudique thoracique. Pupilles égales qui tiennent mal l'accommodation photogénétique. Pupille droite un peu irrégulière.

Les examens hématologique et sérologique ne révèlent rien d'anormal, sauf une légère éosinophilie sanguine (4 %) et une résorcine à 38. Déviation du complément négative ; pH urinaire à 5,4. Coefficient de Maillard 5,3. Pas de sucre, ni d'albumine, ni de pigments biliaires. Signes habituels de bronchite diffuse généralisée. La radiographie montre un hile très chargé et une base gauche légèrement voilée.

En résumé ; asthme typique d'apparition progressive à la suite d'infections bronchitiques répétées, particulièrement net depuis deux mois avec dyspnée d'effort concomitante, chez une emphysémateuse légèrement hypertendue, présentant un degré appréciable d'insuffisance aortique.

On commence la désensibilisation par scarifications le 28 octobre 1932. L'amélioration est immédiate. Après quatre scarifications, la malade se considère comme guérie et cesse le traitement. En réalité, il subsiste un certain degré d'emphysème et de dyspnée d'effort. En raison de la castration et d'une acrocyanose légère, on avait complété la thérapeutique par l'administration d'extraits endocriniens et principalement d'opozones de corps jaunes.

Obs. IV. — M. Lac... (Henri), 42 ans. Employé de commerce. Père mort à 77 ans, tousseur, hémiplégique à 48 ans ; mère 77 ans, bronchitique. Une sœur morte phtisique à 37 ans.

Pas d'affection de l'enfance, affirme le malade. Fréquents troubles gastriques, avec vomissements vers trois heures du matin.

Emphysème avec accès d'asthme nocturne depuis deux ans environ. Les crises ont beaucoup augmenté d'intensité ces derniers mois ; elles ont un tel degré d'acuité, qu'au moment où le malade se présente au Dispensaire, il n'a pu s'étendre dans son lit depuis quinze jours ; la dyspnée est continuelle, avec des exacerbations multiples surgissant plusieurs fois par nictémaire, principalement la nuit ; elles s'accompagnent parfois de toux émétisante. Bacilloscopie négative. Pas de fièvre.

Le malade a consulté plusieurs médecins ; il a fait deux saisons au Mont-Dore sans obtenir de soulagement. Les palliatifs usuels qui lui ont été prescrits, ont bien produit l'effet habituel pendant quelques heures, mais n'ont aucunement modifié son état.

Submatité aux deux sommets avec respiration soufflante et expiration prolongée. Signes de bronchite diffuse généralisée. La radiographie confirme cet examen en montrant des sommets très opaques

◆◆◆

et permet de constater, en outre, la présence de volumineux ganglions hilaires bilatéraux.

L'examen somatique ne révèle rien de particulier, sauf l'abolition du réflexe rotulien gauche.

Sérologie négative. Résorcine 28.

Le 21 octobre 1930, le malade est soumis au traitement hebdomadaire par scarifications désensibilisantes et reçoit en outre, deux injections d'allochrysine à 0 gr. 10, par semaine.

Lorsqu'il revient à la visite pour la troisième fois, il n'a reçu que deux scarifications et la dyspnée, ainsi que les crises ont complètement disparu ; il a pu dormir paisiblement, dans son lit, depuis deux jours, sans se réveiller de toute la nuit ; il est émerveillé de l'effet obtenu. On continue néanmoins son traitement jusqu'à la fin de 1930. Le malade revient à la consultation le 19 mai 1931, pour une petite ulcération du creux poplité, mais il n'a plus eu une seule crise, malgré qu'il ait pris la grippe au début de l'année. Nous avons eu l'occasion de revoir ce malade en 1932 et 1933 ; il est resté complètement guéri.

Obs. V. — Mme Ber... (Marie), 52 ans. Concierge. Père mort à 70 ans, de congestion pulmonaire. Mère morte à 58 ans de bronchite chronique.

Ne se souvient pas d'avoir jamais été malade.

Début de la maladie en 1921, par bronchite, à la suite de laquelle des crises asthmatiformes se sont installées, accompagnées de quintes de toux et d'expectoration muco-purulente sans bacilles de Koch. Les crises sont quotidiennes, diurnes ou nocturnes, sans horaire fixe.

Après avoir consulté plusieurs praticiens sans obtenir de soulagement notable, elle a été envoyée au Mont-Dore en 1924, d'où elle est revenue très légèrement améliorée. Nouvelle saison l'année suivante après laquelle les accidents ont été plutôt aggravés.

L'examen somatique de la malade est entièrement négatif, sauf en ce qui concerne l'appareil respiratoire ; les deux sommets sont sub-mats, soufflants, des râles sibilants et des rhonchus occupent toute l'étendue des deux poumons. La radiographie montre des sommets voilés, un certain degré de tramite, quelques nodules calcifiés et des ganglions trachéo-bronchiques à droite ; la base gauche est également voilée.

Le traitement par scarifications est institué fin mai 1928 et, après six applications, la guérison semble parfaite. On ne trouve plus d'autres signes d'auscultation qu'une respiration un peu soufflante.

Après quatre années de guérison, la malade revient au Dispensaire, le 21 juin 1932, parce qu'elle a repris quelques crises nocturnes légères.

Deux nouvelles scarifications et deux auto-hémothérapies suffisent à faire disparaître tous les symptômes.

La malade a engraissé de 12 kilogr. en quatre ans.

Troubles de la ménopause. Traitement endocrinien.

Obs. VI. — Mme Chev... (Marie), 56 ans.

Père mort à 64 ans, asthmatique. Mère 80 ans, en bonne santé.

Coqueluche dans l'enfance : fréquentes bronchites depuis l'adolescence. Les crises d'asthme ont fait leur apparition vers 50 ans ; elles sont particulièrement violentes depuis six mois ; elles sont quotidiennes, durent plusieurs heures, accompagnées de quintes de toux et d'expectoration perlée. Dyspnée d'effort ; tachycardie sans lésions orificielles. Tension 10-17. Pas d'œdème malléolaire, quelques râles d'hypostase aux bases. Pas d'albumine.

Signes de bronchite diffuse généralisée et d'emphysème. Rien de particulier à signaler au cours de l'examen systématique des autres appareils organiques.

L'image radiographique montre des sommets un peu voilés, une dizaine de petits nodules calcifiés et quelques ganglions périhilaires.

Le 24 mai 1932 : scarifications et allochrysine. Dès la troisième séance de désensibilisation, la malade prétend n'avoir jamais respiré plus librement. Elle n'a plus eu de crise, mais la tachycardie et l'emphysème subsistent, bien que très notablement atténués.

Obs. VII. — Mme Chan... (Pierrette), 50 ans, commerçante.

Père mort à 66 ans d'ulcère de l'estomac.

Mère morte à 66 ans, bronchitique.

Un frère et deux sœurs rhumatisants et bronchitiques. Quatre enfants. Quatre fausses-couches. Fièvre typhoïde à 27 ans. Sclérose du tympan droit. Bronchite persistante à l'âge de 40 ans. Poussées de rhumatisme. Apparition des crises d'asthme, il y a deux ans, après la bronchite ; les accès étaient tout d'abord espacés de plusieurs mois, puis ils se sont progressivement rapprochés si bien que, depuis deux ans, ils sont devenus presque quotidiens et durent plusieurs heures, parfois même une journée entière ; ils débutent généralement la nuit : quintes de toux, expectoration muqueuse, avec cellules éosinophiles sans bacilles de Koch.

Pas de submatité, respiration soufflante et râles sibilants et ronflants généralisés à toute l'aire pulmonaire.

La radiographie fait apercevoir un léger voile apical bilatéral, avec nodules calcifiés périhilaires et ganglions à droite.

Cœur légèrement arythmique, sans signes orificiels, ni tachycardie. L'examen somatique ne révèle aucune anomalie.

Sérologie négative. Résorcine : 0.

Traitée uniquement par les scarifications spécifiques, le 2 août 1931. Dès le premier traitement, l'amélioration est manifeste : les crises cessent depuis la troisième scarification et à la sixième, la malade semble guérie.

Obs. VIII. — Mme Ch... (Eléonore), 50 ans.

Père mort à 82 ans de cause inconnue.

Mère morte à 59 ans, asthmatique, bronchitique.

N'a jamais été malade avant 1918 ; à cette époque, à la suite d'une promenade à la campagne, au moment de la fenaison, elle prend une crise d'asthme des foins caractéristique, avec coryza spasmodique, conjonctivite, accès dyspnéique. Au cours des années suivantes, des crises surviennent tout d'abord deux ou trois fois par an, puis leur fréquence augmente peu à peu ; elles sont devenues quotidiennes depuis trois ans et apparaissent à toute heure du jour ou de la nuit, sans qu'on puisse rattacher l'éclatement des phénomènes de suffocation à une cause quelconque.

Depuis plusieurs années, il n'y a plus aucune réaction du côté des muqueuses nasale et oculaire, les symptômes sont devenus purement broncho-pulmonaires, avec quintes de toux, dyspnée et expectoration muqueuse sans bacilles.

A l'auscultation pulmonaire : signes habituels de l'emphysème et de la bronchite diffuse, et la radiographie s'accorde avec ces signes en montrant de la tramite, de multiples nodules et un hile occupé par de gros ganglions prédominants à droite.

Rien au cœur. Tension artérielle : 13-8. Pas d'autres lésions, ni dysfonctions organiques. Sérologie négative. Résorcine 31.

La malade a consulté une dizaine de médecins ; elle a fait trois saisons au Mont-Dore, sans éprouver d'amélioration appréciable. Son état s'aggrave au contraire d'année en année.

Chrysothérapie et désensibilisation par scarification commencées le 13 octobre 1931. Le 15 janvier 1932, après douze injections d'allochrysine et six scarifications, la malade paraît complètement guérie.

Son poids a augmenté de 4 kgr. 200 pendant le traitement.

Nous pourrions multiplier ces exemples et citer plus de cent cas dans lesquels la désensibilisation par scarifications, au moyen de notre émulsion de bacilles de Koch a conduit à des résultats aussi satisfaisants, mais chez nombre d'autres malades, la floculation qui fait éclater les crises ne dépend pas d'un état anaphylactique bacillaire ; d'autres causes anaphylactisantes, toxiques, infectieuses, dysfonctionnelles organiques, endocriniennes, etc..., peuvent être l'origine de la dislocation colloïdale des humeurs. Cependant, il semble que, dans tous les cas, les causes n'acquièrent une importance pathologique qu'autant qu'elles interviennent chez des sujets dont l'état humoral est instable et c'est pour cette raison que les efforts du thérapeute doivent tendre à combattre cette fragilité humorale sans laquelle les accès ne se manifestent généralement pas.

Depuis que notre expérience, déjà bien longue, du traitement des asthmatiques nous a montré l'importance de cette notion, nous associons d'emblée la thérapeutique humorale stabilisante aux thérapeutiques causales spécifiques.

Les résultats sont ainsi plus rapidement acquis et l'emploi de cette méthode devient indispensable lorsque l'instabilité des humeurs est le facteur principal ou unique de la floculation déclenchante.

Nous nous contenterons de citer quelques observations concernant cette technique polyvalente à laquelle nous faisons appel maintenant dans presque tous les cas, avec laquelle les insuccès deviennent d'une grande rareté et qui n'est jamais complètement inopérante.

b) *Malades justiciables des thérapeutiques associées.*

Obs. 9. — Mme Rot... (Péroline), 36 ans.

Père hémiplégique.

Mère rhumatisante.

Un frère atteint aussi de rhumatisme.

Rougeole dans l'enfance ; réglée à 10 ans 1/2.

Bronchite à 29 ans, qui a persisé pendant un an environ avec dyspnée habituelle légère et quelques crises nocturnes. Pendant une grossesse et après l'accouchement les accès ont totalement disparu et la malade s'est très bien portée jusqu'en 1931, époque à laquelle elle a été atteinte de coliques hépatiques violentes, avec amaigrissement de 14 kilogr. en quelques semaines.

A la suite d'un régime sévère, la malade se rétablit, mais, au début de 1932, rechute de bronchite qui provoque le retour des accès d'asthme : les crises sont presque quotidiennes, irrégulières dans leur horaire leur intensité et leur durée ; elles surviennent cependant un peu plus fréquemment la nuit et s'accompagnent de quintes de toux et d'expectoration muqueuse, éosinophilique, non bacillifère.

A l'auscultation pulmonaire, on trouve les signes habituels d'emphysème et de bronchite généralisée diffuse ; de volumineux ganglions hilaires apparaissent sur la radiographie.

Capacité pulmonaire : 2 l. 170 ; débit inspiratoire : 0 l. 750 ; expiratoire : 1 l. Fréquence du rythme : 18. Pression maximum à l'inspiration et à l'expiration : 2.

Rien à signaler du point de vue hématologique, sauf une éosinophilie sanguine à 6 %. Temps de saignement et de coagulation particulièrement courts (respectivement 1'30 et 3'). Sédimentation horaire un peu trop élevée (4 %). Sérologie négative. Résorcine : 11. Déviation du complément légèrement positive.

Aucune anomalie dans l'excrétion urinaire — pH : 5, 4. Coefficient de Maillard : 3,1.

Examen somatique négatif.

Le traitement par scarification est commencé le 17 janvier 1933. Après trois scarifications, l'amélioration étant peu marquée, on pratique alternativement l'autohémothérapie et des injections intraveineuses d'hyposulfite de magnésium.

Au milieu du mois de mars, la malade n'a plus aucune crise, ni aucun trouble respiratoire.

Obs. 10. — Ram... (Rémi), 30 ans, négociant.

Père, 56 ans, rhumatisant.

Mère, 49 ans bien portante.

Apparition des crises d'asthme à l'âge de 11 ans, à la suite de la coqueluche. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 19 ans, le malade n'a pas cessé d'avoir des accès qui sont très violents et qui, généralement sont au nombre de 4 à 5 par vingt-quatre heures, sans périodicité horaire. A partir de 1919, l'intensité des crises a un peu diminé, tandis que leur durée s'est accrue.

Peu à peu, on note une tendance progressive à la persistance de l'état de crise, si bien qu'à l'heure présente les troubles dyspnéiques durent plusieurs jours et sont séparés par des périodes de repos très relatif pendant lesquelles l'essoufflement demeure continuel. Quintes de toux, surtout nocturnes au moment où les symptômes sont les plus aigus. Expectoration muco-purulente.

Bronchite, il y a trois ans, ayant duré pendant tout l'hiver avec hyperthermie à 38° le soir. Pendant cette période de bronchite, les crises ont cessé.

A l'auscultation, on constate que la respiration est très soufflante aux deux sommets, sibilances et râles ronflants généralisés. Pas de bacilles dans les crachats. Voile apical sur la radiographie avec gros ganglions trachéo-bronchiques. Cœur longiligne.

L'examen somatique ne révèle aucune particularité permettant de faire préciser un diagnostic causal.

Le malade aurait eu parfois quelques douleurs hépatiques et rénales, avec subictère et point vésiculaire douloureux, pendant lesquels les crises d'asthme auraient cessé.

Débit respiratoire : 3 l, 600. Fréquence : 16. Pression maximum : 1,25 à l'inspiration et 1 à l'expiration. Taux hémoglobinique un peu diminué (80 % Gower-Sahli) sans hypoglobulie. Ecosinophilie 4%. Les examens hématologique et sérologique ne conduisent à aucune remarque susceptible d'orienter le traitement ; cependant, le taux de la résorcine atteint 37 et la déviation du complément est légèrement positive.

Pas de sucre, ni d'albumine, ni de pigments biliaires ; coefficient de Maillard : 4,5.

Le malade venant du Midi de la France est désireux de séjourner le moins possible à Lyon ; on applique la méthode de traitement cyclique quotidienne : scarification, hyposulfite de magnésium sous-cutané, hyposulfite de magnésium intraveineux, allochrysine, autohémothérapie, puis on recommence la série des mêmes traitements.

Au bout de deux cycles, c'est-à-dire quinze jours après le début de la médication, le malade n'a plus eu aucune crise : sa guérison paraît complète après dix-neuf ans d'angoisses.

Il serait aussi fastidieux qu'inutile de multiplier les exemples du même genre, les résultats étant presque constants ; depuis que nous pratiquons cette méthode polyvalente intensive, nous n'avons, en effet, enregistré aucun échec complet. L'état de nos malades est invariablement amélioré, le plus souvent d'une façon considérable et, chez la plus grande majorité d'entre eux, la guérison, tout au moins temporaire, est incontestable.

Nous avons cru, cependant, à un moment donné, que notre technique se trouvait en défaut dans le cas suivant où son emploi ne nous a tout d'abord donné aucun résultat appréciable, n'ayant pas tout d'abord découvert la raison causale des troubles ; les examens de laboratoire avaient bien dépisté la spécificité chez notre malade réfractaire, mais, sur la foi des traités nous avions cru, à tort, qu'il n'y avait pas d'asthme d'origine syphilitique et nous avions appliqué inutilement nos moyens curatifs habituels. C'est seulement du jour où nous nous sommes adressé à la médication bismuthique que la guérison s'est affirmée.

Voici d'ailleurs cette instructive observation.

Obs. 11. — Mme Lau... (Thérèse), 32 ans, ouvrière d'usine.

Père mort à 38 ans, bronchitique.

Mère morte à 35 ans, de péritonite.

Une sœur bacillaire. Deux sœurs et un frère morts de tuberculose.

Bronchite chronique depuis 1921, avec des poussées plus ou moins prolongées, séparées par des arrêts variables de quelques mois.

Se présente au Dispensaire parce qu'elle tousse et qu'elle a des accès d'asthme, principalement la nuit. Pas de fièvre. Pas de sueurs profuses, n'a jamais eu d'hémoptysie.

Signes de bronchite emphysémateuse généralisée avec respiration très soufflante, expiration prolongée, sibilances, râles sonores, principalement à gauche.

Rien au cœur, pouls : 80. Tension 14-10. Examen somatique négatif. On ne remarque pas d'autre particularité hématologique qu'une éosinophilie à 6 %. Sédimentation horaire 1 1/2 %. Résorcine : 29. Wassermann positif ; Hecht et Kahn très positifs. Déviation du complément également très positive. Aucun autre signe de spécificité. Urines normales. Coefficient de Maillard, 4,6.

Après avoir soumis sans résultat, cette malade au traitement par scarifications désensibilisatrices qui, *a priori*, paraissait cependant tout indiqué, étant donnée l'imprégnation tuberculeuse familiale, nous avons envoyé cette asthmatique au Bon-Abri, en vue de pratiquer la médication quotidienne cyclique qui a totalement échoué à son tour.

C'est alors que nous avons eu recours au traitement spécifique par l'Allotriol (mélange des composés bismuthique, antimonique et hydrargyrique du thiopropanolsulfonate de sodium). Après douze injections, effectuées en six semaines, la guérison a été complète.

Quand la malade a quitté l'hôpital (16 juin 1933), la réaction de Wassermann était négative, celles de Hecht et Kahn étaient encore très légèrement positives.

Cette dernière observation nous semble bien démonstrative en ce sens qu'elle nous enseigne la nécessité de rechercher toujours la raison causale de la floculation, mais, en somme, en dehors des exceptions très rares de ce genre, nous devons nous souvenir que, pour atteindre le but que se propose la thérapie de l'asthme, il ne faut pas oublier que, presque toujours plusieurs facteurs concourent au déclenchement des accidents, et que, par conséquent, une médication univoque ne saurait atteindre le but proposé. Il faut associer les moyens qui sont dès maintenant à notre disposition, les procédés de stabilisation humorale, les méthodes de désensibilisation, et de thérapeutique causale.

***

Si nous avons résumé jusqu'ici le problème de l'asthme, du point de vue clinique et thérapeutique, nous avons laissé dans l'ombre certaines particularités de sa pathogénie sur lesquelles nous croyons maintenant devoir revenir.

Dans son fort beau rapport au Congrès de 1932, Daniélopolu fait justement remarquer que, pour que des facteurs absolument différents provoquent un syndrome absolument identique, il faut qu'une même substance prenne naissance dans l'organisme, dans tous les cas, substance capable de provoquer l'excitation sympathique qui va déclencher le spasme broncho-pulmonaire. Or, nous avons montré que cette substance est le floculat et que toutes les causes de dislocation colloïdale des humeurs étaient susceptibles de provoquer le phénomène d'excitation des nerfs gris.

Daniélopolu rappelle encore que « si nous avons la chance de « connaître le facteur qui détermine l'accès, nous pouvons « constater souvent que ce facteur n'agit que pendant quel- « ques moments, qu'il ne fait que déclencher un phénomène « qui se continue ensuite pour son propre compte pendant « des heures et journées, longtemps après que le facteur déter- « minant a cessé d'agir. »

L'auteur explique la persistance des accès après la cessation de la cause initiale provocatrice en invoquant le mécanisme d'un cercle vicieux réflexe à effet broncho-constricteur, dans lequel l'influx centripète augmente le tonus des centres broncho-constricteurs

« Le facteur qui déclenche l'accès, écrit-il, provoque un « broncho-spasme, lequel excite les terminaisons centripètes « des bronches qui sont déjà hyperexcitables par la lésion in- « flammatoire. A travers ces filets centripètes, se transmet le « réflexe broncho-constricteur, qui intensifie la broncho- « constriction, laquelle, à son tour, exagère l'excitation des « filets centripètes et ainsi de suite. »

Il est possible qu'une telle explication soit valable et qu'un tel processus intervienne effectivement pour assurer la persistance du syndrome, mais nous pouvons en proposer une autre, beaucoup plus simple, basée sur notre conception pathogénique de l'asthme.

Toutes les causes provoquant les accès sont celles dans lesquelles il y a formation de précipités, de floculations dans le plasma sanguin ; or, cette floculation, une fois formée, continue ses effets excitateurs aussi longtemps qu'elle est charriée par le torrent circulatoire et pour que son action irritative cesse, il faut que le précipité circulant soit dissout ou digéré par les ferments des cellules ou du plasma, ou qu'il soit éliminé par diapédèse ou enfin qu'il soit englobé par les cellules réticulo-endothéliales.

Ce processus s'accorde parfaitement avec l'efficacité des moyens thérapeutiques dirigés contre la floculation et contre les manifestations qu'elle engendre.

Nous pensons avoir jeté quelque clarté sur le problème de l'asthme, jusqu'ici fort controversé et bien obscur ; quoiqu'il en soit, nous apportons, du point de vue pratique des méthodes de traitement qui ont fait leurs preuves et que nous espérons voir bientôt appliquées par un grand nombre de médecins pour le plus grand bien des asthmatiques.

REVUE GÉNÉRALE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1932-33

par le D[r] **Paul BOYER**

Médecin du Dispensaire de St-Lazare
Assistant à la maternité

MODIFICATEURS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Anesthésiques généraux

Robert MONOD donne cette année (*Gaz. Hôp.*, 1933, CVI, 737) une mise au point particulièrement documentée sur les anesthésiques actuels, leurs avantages et leurs inconvénients réciproques, sur les adjuvants et les correcteurs de l'anesthésie (hypnotiques, modificateurs du système végétatif).

Comme les années précédentes les discussions entre les chirurgiens ont été nombreuses au sujet de l'anesthésique le meilleur en chirurgie, l'anesthésie générale par inhalation garde de nombreux partisans, mais la rachianesthésie est toujours préconisée par nombre d'autres. Signalons les travaux, à ce sujet, de AUVRAY (*Soc. Chir.*, 7 juin 1933), Louis BAZY (*Soc. Chir.*, 28 juin 1933), DELAGENIÈRE (*Soc. Chir.* 7 déc. 1932), LERICHE (*Soc. Chir. de Lyon*, 19 janvier 1932), RICHE, MOURGUE-MOLINES et LONJON (*Montpellier méd.*, 1932, LXXV, 502), ROUHIER (*Soc. Chir.*, 8 mars 1933), TANASESCO et BARBILIAN (*Soc. Chir.*, 22 mars 1933) et VILLARD (*Soc. de Chir. de Lyon*, 2 février 1933). YBANEZ (*Thèse Montpellier*, 1932) étudie l'anesthésie en oto-rhino-laryngologie et CHEVASSU (*Soc. Chir.*, 15 février 1933 et *Gaz. Hôp.*, 1933, CLV, 746) préconise l'anesthésie générale au balsoforme en chirurgie rénale ; en chirurgie vésicale, à part la cystectomie qui nécessite l'anesthésie générale, l'anesthésie locale pour la plupart des opérations vésicales ; pour la prostate, kélène ou balsoforme ; pour les explorations urologiques, CHEVASSU proscrit la butelline toxique et recommande la percaïne à condition d'empêcher la diffusion de l'anesthésique. VAUDESCAL (*L'Hôpital*, 1933, XXI, 280) étudie l'anesthésie obstétricale au pernoctone.

DESPLAS, LAUNOY et CHEVILLON (*Presse méd.*, 13 août 1932, n° 65, 1254) et SCHNEYDER (*Thèse Méd. Paris*, 1932) préconisent le sonéryl comme narcotique préparatoire aux anesthésies générales par l'éther. Le sonéryl sodé doit être donné par voie buccale en deux prises, la veille de l'opération 0 gr. 30 et une heure avant l'opération 0 gr. 40 ; dans ces conditions on observe une diminution considérable de la dose d'éther nécessaire ; dans 73 % des cas le malade est endormi ou somnolent avant l'intervention, d'où suppression de l'angoisse et de la crainte pré-opératoire, le réveil est rapide et les suites tout à fait normales.

PELLANDA (*Lyon méd.*, 1933, CLI, 653) étudie également le rôle adjuvant de la génésérine-morphine dans l'anesthésie générale, et PAUCHET et HIRCHBERG (*Acad. Méd.*, 21 mars 1933) insistent sur les avantages dans les opérations abdominales importantes (résections intestinales pour cancers) de la narcose intermittente au balsoforme, de l'injection calmante pré-opératoire, de l'anesthésie de la paroi et de l'emploi de l'ésérine et du gaz carbonique.

PASCALIS (*Progrès méd.*, 1933, n° 18, 814) confirme les bons résultats donnés dans l'anesthésie par l'injection d'ésérine aux sympathicotoniques et d'atropine aux vagotoniques.

LAMBERT et DRIESSENS (*Soc. Méd. du Nord*, janvier 1933) préconisent le carbogène dans l'anesthésie générale, dans ces conditions hyperventilation pulmonaire, grande facilité de la narcose, nécessité d'une faible quantité d'anesthésique, réveil facile et rapide, rareté des vomissements et surtout absence de cyanose, peu ou pas d'alertes et action immédiate sur la tendance à l'asphyxie ; l'administration de CO^2 joue le rôle d'« une pince à langue à demeure ». Si la respiration devient difficile, d'un seul geste l'ouverture du robinet à CO^2 la fait redevenir normale.

FIESSINGER (*Gaz. Hôp.*, 1933, CVI, 752) étudie les hépatites post-anesthésiques, ces hépatites se voient principalement après la chloroformisation, très rarement après éther ; le protoxyde d'azote, l'éthylène et l'anesthésie locale n'ont pas d'action toxique sur le foie. L'auteur fait l'exposé des études des différentes fonctions hépatiques qui permettent de se rendre compte de l'état du foie qui conditionne le choix de l'anesthésique.

BADEL (*Thèse Méd. Montpellier*, 1932) constate que les anesthésiques généraux par inhalation : éther et chloroforme, amènent une chute notable de la réserve alcaline ; cette chute est moindre dans la rachianesthésie et extrêmement minime avec l'avertine en lavements. Dans tous ces cas la réserve alcaline reste en général dans les limites physiologiques et la légère acidose notée est une acidose compensée qui n'a aucune influence sur le cours régulier des suites opératoires. Chez les sujets atteints d'affections urinaires ou pulmonaires, le retour à la normale se fait toutefois plus lentement. Il serait utile de rechercher systématiquement la réserve alcaline avant toute intervention car des acidoses latentes peuvent du fait de l'anesthésie se transformer en acidoses décompensées et demandent un anesthésique de choix.

BOURDE et GARY (*Arch. de Méd. gén. et coloniale*, 1932, I, n° 7) étudient les accidents nerveux post-anesthésiques à propos d'une paraplégie flasque qu'ils ont observée après anesthésie générale à l'éther ; ils insistent sur le fait qu'il ne faut pas accuser *a priori* la rachianesthésie de tous les méfaits qui lui succèdent.

BIBLIOGRAPHIE

La Science française Nouvelle édition entièrement refondue. Deux forts volumes in-8º, chaque volume broché, 28 francs ; relié toile, 38 francs. Librairie Larousse, 13-21, rue Montparnasse, Paris, 6e.

La première édition de cet ouvrage a paru en 1915, sous les auspices du ministère de l'Instruction publique. L'objet de *La Science française* était de présenter un large tableau de l'évolution des diverses sciences et de marquer, comme le disait Lucien Poincaré dans la préface, « la part essentielle que la France a apportée au progrès scientifique ». Mais nous venons de vivre des années d'une activité intense, et les découvertes, les conceptions neuves d'aujourd'hui nécessitaient une refonte totale de l'ouvrage, la mise à jour des anciens chapitres et l'introduction de nombreux éléments nouveaux. D'où la présente édition, qui compte cinquante-trois chapitres au lieu de trente-deux, mais qui s'inspire du même esprit que la première. Toutes les sciences y sont passées en revue : mathématiques, astronomie, sciences physiques et naturelles, sciences médicales sciences économiques, sciences juridiques, sciences historiques, lingustiques, philosophie, etc.

Dans le domaine scientifique, la France a été souvent une initiatrice, et elle a pu se montrer toujours originale : aussi, peu de lectures sont-elles plus propres à nous faire comprendre le génie hardi et clair de ce pays où se sont formés les Descartes, les Lavoisier, les Champollion, les Ampère, les Lamark, les Claude Bernard, les Pasteur, les Berthelot. Tous les chapitres de la *Science française* sont signés de savants éminents. Nous y avons trouvé des vues d'ensemble qui nous manquaient, de substantiels exposés des travaux et des progrès les plus récents, des bibliographies infiniment précieuses pour qui désire approfondir tel ou tel sujet ; enfin, nous y avons constaté à chaque page que la belle implicité française sait parfaitement s'allier à la puissance et la profondeur.

Précis des maladies infectieuses, par Joseph CHALIER. *Collection Testut*. 1 vol. in-16 de 700 pages avec 132 figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte, cartonné : 90 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Une connaissance précise et approfondie des maladies infectieuses est indispensable. Ici le temps presse et il convient de s'orienter immédiatement dans la bonne voie, car une thérapeutique vraiment efficace est souvent fonction de la rapidité du diagnostic.

Ce *Précis* vise à une description aussi claire que possible des maladies infectieuses, à la mise en lumière de la valeur primordiale de certains symptômes pour les dépister sans tarder, à l'exposé essentiellement clinique de la conduite du diagnostic, à une discussion raisonnée des indications thérapeutiques.

La division générale de l'ouvrage comporte l'étude successive des *fièvres éruptives*, des *maladies à virus filtrant*, des *maladies à germe inconnu*, des *maladies à germe connu* et enfin des *maladies parasitaires infectieuses*.

A côté des notions classiques et modernes, on trouvera dans ce livre le résumé de maintes recherches propres à l'auteur qui, notamment à propos de la thérapeutique, expose les résultats de son expérience personnelle.

L'ouvrage a été conçu non seulement pour l'étudiant, en vue de faciliter son instruction, mais aussi pour le médecin avec l'espoir de lui apporter une aide utile dans sa pratique de tous les jours.

Précis de thérapeutique appliquée, par Jacques CARLES. *Collection Testut*. 1 vol. in-16 de 1182 pages avec 231 figures dans le texte. Prix : 120 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

En pratique courante, diagnostic et thérapeutique sont étroitement liés ; l'un ne peut aller sans l'autre. Toute thérapeutique instituée sans un diagnostic aussi précis que complet devient de l'empirisme vain et parfois dangereux.

Pour marquer cette connexité étroite, l'exposé du traitement de chaque affection est toujours précédé dans ce livre du rappel concis de toutes les notions indispensables pour le diagnostic. De nombreuses figures aident à compléter à ce point de vue la documentation nécessaire au lecteur.

En douze chapitres, y sont successivement étudiées la thérapeutique des *maladies infectieuses*, des *affections parasitaires*, des *maladies de la nutrition* et des *glandes à sécrétion interne* ; des *maladies du sang*, du *cœur*, des *vaisseaux*, des *reins* ; des *affections gastro-intestinales*, *hépatiques*, *spléniques*, *broncho-pleuro-pulmonaires*, de la *tuberculose*, du *système nerveux* et de la *peau*, enfin le traitement des *empoisonnements*.

Le livre se termine par un chapitre d'application : *Comment rédiger une ordonnance ?*

Par intrication des notions essentielles de diagnostic et des applications thérapeutiques qui en découlent, cet ouvrage cherche à être aussi clinique, aussi vécu que possible.

Son but est d'apporter au médecin une aide immédiate pour ses difficultés journalières et à l'étudiant, des notions fondamentales pour sa pratique future.

Encyclopédie par l'image : La Terre, avec 95 illustrations. Texte d'Ernest GRANGER. Un volume in-8º, papier de luxe, couverture en quatre couleurs. Broché : 5 francs. Librairie Hachette.

Depuis qu'elle s'est détachée de la nébuleuse primitive, notre terre a subi de multiples et considérables transformations. On en trouvera la pittoresque histoire, la saisissante description en ce nouveau fascicule de l'« Encyclopédie par l'Image » au texte si clair et si attrayant, aux illustrations si fidèles et si vivantes.

Notre terre... Le cadre où évolue l'humanité... Qui ne se passionnerait pour son histoire ? Qui ne s'intéresserait à sa description ?

L'almanach Hachette 1934, plus utile, plus attrayant que jamais : 5 francs.

Vidal (*C. R. Soc. Biol.*,1933, CXII, 760) montre que le somnifène et le chloralose ne modifient guère le taux de la glycémie physiologique, mais que ces corps inhibent les effets de la piqûre diabétique du bulbe ; l'uréthane élève modérément la glycémie, mais n'entrave pas l'action de la piqûre bulbaire.

Signalons une étude générale des théories actuelles de la narcose d'Handowsky (*Presse méd.* 1932, n° 77, 1449).

Pagniez, Plichet et Koang (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 49) montrent que l'épilepsie de Brown-Séquard n'est modifiable que par les anesthésiques généraux donnés à doses suffisantes pour produire le sommeil complet, les hypnotiques étant inactifs à ce point de vue.

Busquet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII 268), montre qu'un grand nombre de substances fortement odorantes utilisées comme matières premières de parfumerie exercent sur les poissons des effets absolument identiques à ceux des hypnotiques vrais, tels que les barbituriques, et à doses encore plus faibles. L'ionone, l'anthranilate de méthyle, le méthylnonylacétaldéhyde anisique, le terpinéol, le cinnamate de méthyle, le salicylate de méthyle, le méthylisoeugénol, l'acétate d'éthyle sont actifs à la dose de II à IV gouttes par litre d'eau ordinaire. En plus de l'effet hypno-anesthésique, ces substances produisent des changements de coloration du poisson par étalement de ses pigments tégumentaires. Cependant cette action narcotique ne s'observe pas avec tous les parfums, elle manque pour l'acétate d'amyle, le salicylate d'amyle, l'hydroxycitronellal, la vanilline, l'acétate de benzyle, l'alcool benzylique et l'héliotropine. Les substances odorantes narcotiques chez le poisson sont inefficaces chez le lapin, le chien et l'homme. Il existe donc deux sortes d'hypno-anesthésiques, ceux dont l'activité est limitée aux animaux à sang froid et ceux qui agissent aussi bien chez les homœothermes que chez les poïkilothermes.

Chloroforme

Lindenberg (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1524) montre que le coefficient de partage du chloroforme pour le système huile-eau, quelle que soit l'huile employée, végétale ou animale, est une constante indépendante de la concentration, sa valeur à 20° est de 100.

Chauchard (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 136) constate que la narcose chloroformique augmente la chronaxie du nerf moteur dans la même proportion que la section des connectifs périœsophagiens chez les crustacés. La séparation par section du ganglion moteur abdominal d'avec les ganglions cérébroïdes n'entraîne aucune variation nouvelle de la chronaxie, le chloroforme détermine donc bien une abolition de l'influence du centre supérieur ; la section du nerf détermine une nouvelle augmentation de sa chronaxie. L'action du chloroforme porte seulement sur les ganglions cérébroïdes, le fait que la section du nerf provoque une nouvelle augmentation de la chronaxie indiquant que le centre abdominal n'a pas été touché d'une façon appréciable par l'anesthésique.

Ether

Chalier (*Presse méd.*, 1932, n° 55, 1069) et Hamant, Dodart et Chalnot (*Soc. Méd. Nancy*, nov.-déc. 1932 et *Rev. méd. de l'Est*, 15 janvier 1933) sont partisans de l'oléo-éthérisation rectale, sommeil calme, sans agitation, sans angoisse préliminaire.

Tourneux et Berges (*Soc. Méd. Chir. Pharm., Toulouse*, janv. 1933) préconisent la narcose éthéro-carbonique.

Chabanier, Lobo-Onell et Lelu (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1282) montrent que la phase d'excitation initiale dans l'éthérisation est caractérisée par une chute nette de la réserve alcaline, mais qui n'a pas la signification d'une acidose car elle est concomitante d'un abaissement du rapport chloré, d'où alcalose gazeuse. Au cours de la phase de sommeil, relèvement marqué de la réserve alcaline, acidose gazeuse, car redressement accentué du rapport chloré. Au début de la phase de réveil, comme à la phase d'excitation initiale, alcalose gazeuse. Mme Bardou-Grenu (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 632) montre que de même que dans l'anesthésie chloroformique, on observe une augmentation du potassium du plasma dans les heures qui suivent l'anesthésie à l'éther.

Avertine

Signalons une revue générale de Levent (*Gaz. Hôp.*, 1933, CVI 502) et un travail de Laporte (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1933, CX, 506) sur l'anesthésie rectale au tribromoéthanol.

Anesthésiques locaux

Rachianesthésie

Forgue (*Gaz. méd. du Sud-Ouest*, 1er oct. 1932) donne un exposé de la méthode de Pitkin qui permet de contrôler le niveau de l'anesthésie rachidienne en employant des solutions à viscosité augmentée par l'addition d'amyloprolamine à la novocaïne et des solutions hypobares par addition d'alcool éthylique en faible quantité donnant des solutions de poids spécifique inférieur à celui du liquide céphalo-rachidien, dans ces conditions on doit opérer en position de Trendelenburg qui empêche l'ascension de l'anesthésique plus léger que le liquide céphalo-rachidien et qui combat l'anémie cérébrale.

Paul Riche (*Soc. de Chir.*, 5 avril 1933) et Gruesco et Dragos (*Lyon Chir.*, 1933, XXX, 48) sont fidèles à la rachianesthésie pour les opérations abdominales.

Lartigau (*Thèse Méd. Bordeaux*, déc. 1932) étudie l'anesthésie segmentaire extra-durale ou épidurale haute, et Bernard (*Thèse méd. Alger*, 1933) la rachianesthésie basse.

Basset (*Presse méd.*, 8 avril 1932, n° 28, 563), Lambert (*Rev. de Chir.*, 1933, LII, 459) et Laduron (*Lyon chir.*, 1933, XXX, 37) étudient la rachianesthésie à la percaïne. Laduron est partisan de ce nouvel anesthésique, par contre Lagoutte et Rousselin (*Soc. Chir. de Lyon*, 22 déc. 1932) tout en reconnaissant les avantages de la percaïne en rachianesthésie, y ont renoncé à la suite d'un cas mortel et d'une syncope respiratoire grave avec rétablissement par l'adrénaline intracardiaque.

Vidal-Revel (*41e Congrès Ass. fr. Chir.*, Paris 3-8 oct. 1932) et Nicolas (*Thèse Méd. Montpellier*, 1933) sont partisans de la rachidelcaïnisation.

Sur les accidents de la rachianesthésie nous citerons les travaux de Martin et Halbron (*Paris méd.*, 1933, XXIII, 217), Domenech-Alsina (*J. de Chir.*, 1932, XL, n° 3) (Accidents graves immédiats de la rachianesthésie, leur traitement et leur pathogénie) et d'Angelesco, Buzoianu et Caramulesco (*Lyon Chir.*, 1932, XXIX, 521) (Pathogénie de la céphalée post-rachianesthésique). Enfin Riche, Mourgue-Moline et Lonjon (*Soc. Sc. méd. et biol., de Montpellier*, avril 1933) rapportent un cas de syncope respiratoire au cours d'une rachianesthésie avec rétablissement rapide par l'inhalation de CO^2.

Anesthésie locale

Hermann et Jourdan (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 792 et 796) étudient les effets de la cocaïne sur les réflexes vasomoteurs. On connait depuis Aducco l'intensité et la durée remarquables des effets hypertenseurs que déclenche l'excitation faradique centripète du vague au cou, chez le chien bivagotomisé auquel on vient d'injecter dans les veines 1 cgr. de chlorhydrate de cocaïne par kgr. Les auteurs pensent que dans ces conditions la cocaïne réalise au niveau des centres bulbaires une coupure fonctionnelle de l'arc réflexe hypotenseur, en amont du point où l'influx nerveux est « aiguillé » vers les centres constricteurs et dilatateurs. L'hypertension remarquable engendrée par l'excitation du bout central du vague est attribuable, au point de vue de sa brutalité, à l'hyperexcitabilité des centres vasoconstricteurs et au point de vue de sa prolongation à une décharge d'adrénaline dont la puissance et la durée sont exagérées par l'injection préalable de cocaïne. Chez le chien cocaïnisé l'excitation du nerf de Hering déclenche constamment de l'hypertension, par vasoconstriction nerveuse et adrénalinique, l'hypersécrétion de la médullo-surrénale. Les auteurs attribuent cette réaction paradoxale aux conditions anormales de l' « aiguillage » de

l'excitation dans les centres nerveux. Du fait de l'intoxication cocaïnique, celle-ci ne parvient plus aux centres vasodilatateur et vasoconstricteur pour les exciter et les inhiber. Cependant, en raison de sa nature extra-physiologique, elle atteint les constricteurs de façon inaccoutumée et les stimule, d'autant plus aisément qu'ils sont hyperexcitables.

Legrand et Herbaux (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 189) insistent sur le fait que l'anesthésie dans les heures qui précèdent les expériences pratiquées au niveau des centres bulbaires est susceptible de fausser complètement les résultats. Les centres restent en quelque sorte protégés contre les toxiques utilisés même après que la nacose a cessé. C'est ainsi que l'application de novocaïne cristallisée sur le centre respiratoire de l'animal non anesthésié détermine des mouvements respiratoires rapidement irreguliers, puis très vite une diminution de l'amplitude, leur ralentissement et leur arrêt, l'animal mourant 2 à 3 minutes après l'application du toxique. Chez l'animal anesthésié, que le sommeil dure encore au moment de l'application, ou qu'il ait déjà cessé depuis un certain temps, on observe un tableau tout différent : on constate d'abord une courte phase d'excitation traduite par un peu de polypnée, puis la respiration se ralentit notablement, parfois les mouvements diminuent un peu d'amplitude, mais la respiration reste régulière et l'animal survit.

Melissinos et Netto (*Soc. Méd. lég. de France*, 8 mai 1933) montrent que si la pantocaïne se rapproche de la novocaïne au point de vue de sa constitution chimique, elle est beaucoup plus active que cette dernière et ils préconisent son inscription au tableau B.

Regnier et Briolet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 877) ont observé que les grenouilles de printemps subissent avec les mêmes doses de cocaïne une plus grande diminution de la chronaxie du sciatique que les grenouilles d'hiver.

Raimbault (*Rev. de Stomatologie*, 1932, XXXIV, n° 12) rapporte un cas d'intoxication bulbaire grave à la suite de l'injection intragingivale de deux centigr. de novocaïne.

Chevassu (*Soc. d'Urol.*, 18 juillet 1932), à propos de trois observations communiquées par un de ses élèves, insiste sur les accidents d'intoxication à la butelline à 5 % en urologie.

Deruaz et Baumann (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 946) montrent que la percaïne détermine une inhibition totale du mouvement ciliaire des cellules ciliées épidermiques chez les larves de Batracien anoures ; l'effet dure quelques heures sans intoxication profonde de la cellule, car l'activité réapparaît ensuite, il s'agit ici d'un effet électif par discordance entre l'effet général et local. Citons enfin les travaux de J.-C. Bloch (*Soc. de Chir.*, 15 mars 1933) et de Foret (*Progrès méd.*, 1932, n° 48, 2030) sur la percaïne et ceux de Haye (*Thèse Méd. Paris*, 1933), de Hazard (*Gaz. Hôp.*, CVI, 756) et de Robert (*Thèse Méd. Paris* 1933) sur la pseudocaïne droite.

Schulmann et Benassy (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 7 avril 1933) présentent plusieurs malades atteints d'arthrite chronique avec limitation des mouvements, complètement guéris à la suite de l'injection aux points d'insertion des ligaments et des tendons périarticulaires d'une solution de novocaïne au centième. Pour expliquer ces résultats les auteurs font intervenir l'existence possible du réflexe axonique de Leriche, pseudo-réflexe court, dont la zone d'excitation est l'insertion ligamenteuse. Le procédé a évidemment d'autant plus de chances de succès que les troubles fonctionnels sont plus importants et les lésions articulaires plus discrètes. Il faut tenir compte encore des conditions anatomiques, la facilité d'abord de l'article permettant une meilleure anesthésie.

Syncopes anesthésiques

Wahib Nini (*Soc. de Chir.*, 5 avril 1933) rapporte trois cas d'arrêt du cœur au cours d'anesthésies, traités avec succès par l'injection intracardiaque (adrénaline 2 cas, atropine 1 cas), et Duncombe (*Soc. de Chir.*, 14 déc. 1932) rapporte un cas de syncope à la suite d'une rachianesthésie, dans lequel l'injection intracardiaque d'adrénaline a déterminé une réanimation rapidement suivie d'œdème aigu du poumon mortel.

Virenque (*Soc. Méd. Chir. et Pharm de Toulouse*, oct. 1932) rapporte un cas de syncope blanche anesthésique suivie de rétablissement après injection intracardiaque d'adrénaline et une heure et demie de respiration artificielle.

Ducros (*Thèse Méd. Montpellier*, 1933) étudie le traitement du choc de la rachianesthésie par l'éphédrine.

Descarpentries et Samsoen (*Soc. Méd. du Nord*, janv. 1933) préconisent l'injection intraveineuse d'huile camphrée dans les syncopes post-rachianesthésiques.

Hypnotiques

Obré (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 151 et 642) étudie l'action de la butyl-éthylmalonylurée sur l'excitabilité des centres nerveux chez la grenouille et les sélaciens. Chez la grenouille, sous l'action du sonéryl, l'inexcitabilité indirecte du gastrocnémien par le nerf sciatique suit l'inexcitabilité par les lobes optiques et la disparition des réflexes et précède l'inexcitabilité directe de ce muscle. Chez les sélaciens on observe successivement : 1° une diminution rapide de la chronaxie avec courte phase d'excitation et mouvements spontanés ; à ce moment le rapport entre la chronaxie modifiée par l'hypnotique et la chronaxie initiale est égal à 0.7 ; 2° une augmentation régulière de la chronaxie pendant laquelle l'animal s'assoupit, puis dort ; à ce moment le rapport des chronaxies est égal à 2,25 ; 3° une augmentation progressive de la rhéobase jusqu'au sommeil ; 4° une phase de désintoxication pendant laquelle la chronaxie diminue et revient sensiblement à sa valeur intiale. Si la durée de l'application est supérieure à 4 minutes, la 1re phase (diminution de la chronaxie) n'est pas visible, on observe immédiatement l'augmentation de chronaxie.

Paget, David, Desodt et Lesage (*J. Sc. méd. Lille*, 1932, L, 565 et 1933, LI, 53) étudient l'identification, l'élimination et les transformations *post mortem* des barbituriques.

Tixier (*Soc. Thér.*, 14 déc. 1932) préconise l'emploi des barbituriques en injection intraveineuse dans les états infectieux ataxoadynamiques et Micoud (*Gaz. Hôp.*, 1932, CV, 1957) donne le gardénal associé à la belladone dans de nombreux syndromes psychiâtriques, états dépressifs, grands psychasthéniques, en plus de l'épilepsie. On obtient ainsi une sédation idéatoire manifeste permettant de soulager le malade chaque fois que l'excitation intellectuelle est nuisible ou pénible, en particulier chez les anxieux, les obsédés et les déprimés.

Ide (*Gaz. méd. de France*, 1933, XXXVIII, 398) décrit l'antidotisme réciproque du gardénal et de la strychnine.

Sedallian et Chapuy (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 31 janv. et 27 juin 1933) insistent avec observations à l'appui sur les effets remarquables de la transfusion sanguine dans l'intoxication aiguë par le gardénal.

Flandin, Escalier, Joly, Carlotti et Macé de Lépinay (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 7 avril 1933) rapportent l'observation d'une femme intoxiquée par le somnifène et en état de mort apparente chez laquelle ils ont employé la respiration artificielle, les inhalations de carbogène, la transfusion, l'adrénaline et la caféine par voie intracardiaque et intraveineuse avec une survie de 18 heures.

Villaret, Bith et Desoille (*Paris méd.*, 1932, XXII, 340), Sainton (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 9 juin 1933), Coste et Bolgert (*Soc. méd Hôp. de Paris*, 2 juin 1933) et Broquin (*Thèse Méd. Paris*, 1933) rapportent des observations d'ulcérations cutanées dues aux barbituriques et discutent leur pathogénie.

Alcool

Varé (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 70) montre que l'ingestion d'alcool, même à doses faibles, agit sur les réactions psychomotrices et particulièrement sur les réactions de choix en allongeant leur durée et en accroissant leurs écarts, surtout si l'on envisage qu'au cours des premières prises de réactions, il se fait un apprentissage dont devraient bénéficier les mesures ultérieures. L'alcool agit en somme sur les deux processus parallèles et indissolubles, psychologique et physiologique

qui constituent les temps de réaction, en les ralentissant et en diminuant l'attention volontaire.

Dervieux, Szumlanski et Derobert (*Soc. Méd. lég. de France*, 12 juin 1933) étudient l'élimination des doses toxiques d'alcool. L'alcool se détruit dans l'organisme par un processus d'oxydation, il s'élimine surtout par la respiration et l'urine.

Strychnine

Mme Lapicque (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 957) montre que les doses de strychnine nécessaires pour produire le même effet sur l'excitabilité du nerf moteur sont environ 15 fois plus petites quand les centres supérieurs sont présents. Lorsqu'il y a raideur musculaire à la suite d'injection de doses faibles de poison à des grenouilles thalamiques, on constate une égalisation des chronaxies des muscles antagonistes.

Chambon et Salussola (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 808) constate que la brucine élève la chronaxie du muscle lisse du cloaque de la grenouille, alors que dans les mêmes conditions la strychnine est sans action sur cette chronaxie. Comme la strychnine, la brucine donne lieu à une excitation du système vagal intracardiaque de la grenouille, mais en plus avec un phénomène proprement musculaire et caractérisé par l'élévation de la chronaxie du ventricule. La dioxystrychnine et la génobrucine possèdent qualitativement les mêmes propriétés physiologiques que la brucine, la génobrucine est moins toxique ; la dioxystrychnine agit plus rapidement que la brucine, mais la grenouille se désintoxique très vite.

Auger et Fessard (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 645) étudient la propagation et la forme du potentiel d'action d'un nerf soumis à l'action de la stychnine. Nitzescu (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1220) étudie la suppression des accès d'épilepsie expérimentale et des convulsions strychniques par les injections intraveineuses de paraldéhyde.

Hypno-analgésiques

Les toxicomanies déterminées par ces corps ont été étudiées cette année par Laignel-Lavastine et d'Heucqueville (*Presse méd.*, 28 juin 1933, n° 51) (Opium et morphine), Buvat (*Gaz. Hôp.*, 1933, CV, 353), Koubetas et Scouras (*Progrès Méd.*, 16 juillet 1932, n° 29, 1257), Gueche (*Soc. méd. Hyg. trop.*, 26 janvier 1933) (Haschisch) et Deschamps (*Thèse méd. Paris*, 1932) (Ether, cocaïne, haschisch, peyotl et démence précoce).

Mlle Lévy et Cahen (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 167) montrent que, chez le cobaye accoutumé à la morphine, dans plus de 50 % des cas l'intestin isolé présente une accoutumance qui se traduit par l'inversion de l'effet habituel de cet alcaloïde sur l'intestin, à savoir par une augmentation du tonus. Lorsque l'intestin de cobaye accoutumé à la morphine est immergé dans une solution de morphine, il se produit une hausse du tonus dans le cas d'un animal privé de morphine depuis deux ou trois jours et une baisse du tonus pour un animal dont la période d'abstinence atteint une huitaine de jours. L'accoutumance *in vitro* par immersions répétées détermine également une hausse du tonus. Pour les auteurs l'action dépressive initiale de la morphine est la résultante d'effets à la fois dépresseurs et excitants et au cours des essais d'accoutumance l'action dépressive de la morphine s'atténue graduellement, laissant l'action excitante devenir prépondérante.

Borde (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1932, LIII, 627) insistent sur le fait que la morphine est très bien tolérée par les enfants à l'encontre de l'opinion classique.

Goris (*Acad. Méd.*, 5 juillet 1932) étudie les altérations spontanées des solutions de chlorhydrate d'héroïne.

Devic, Josserand et Mlle Lambert (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 7 mars 1933) constatent que l'harmine a une action irrégulière sur les symptômes parkinsoniens, mais par contre une efficacité très nette et presque constante sur les syndromes wilsoniens.

Antithermiques analgésiques et antithermiques spécifiques

Achard, Boutaric et Bouchard (*Acad. Sc.*, 12 juin 1933) étudiant les propriétés antioxygènes de certains alcaloïdes pensent que l'action antithermique de la plupart des antithermiques est due en partie tout au moins à l'atténuation de l'intensité des oxydations de l'économie qu'ils déterminent.

Carnot, Papaconstantinou et Simonnet (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1252) montrent que le salicylate de soude est résorbé par l'estomac du chien (pylore et cardia liés) quand la réaction du contenu stomacal est acide, par contre la résorption est nulle quand la réaction est neutre ou alcaline.

Beruard et Daniel (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 176) ont observé que la barrière hémo-méningée ne se laisse forcer qu'après un temps suffisant qui peut varier de 2 heures pour le salicylate de soude à 3 heures pour l'iodure de sodium.

Halbron, Bénard et Merklen (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 25 nov. 1932) rapportent une observation d'accidents d'acidocétose très alarmants causés par la médication salicylée au cours d'un rhumatisme articulaire aigu et qui cédèrent assez rapidement à la cessation du salicylate et à l'administration de bicarbonate de soude.

Wolf (*Réun. derm. de Strasbourg*, 12 mars 1933), décrivent un cas d'éruption nodulaire du type érythème noueux guérie par le salicylate de soude, et Lemierre et Mahoudeau-Campoyer (*Gaz. Hôp.*, 1932, CV, 1029) insistent sur l'efficacité des injections intraveineuses de salicylate de soude dans un cas de maladie de Chauffard-Still.

Hyperthermiques

Binet et Rubinstein (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 122) montrent que le chien splénectomisé réagit moins intensément que le chien normal à une dose modérée et hyperthermisante de dinitrophénol. L'étude de la réserve alcaline peut expliquer en partie les faits observés : la splénectomie, en effet, diminue la réserve alcaline et l'abaissement de celle-ci affaiblit l'action de certains agents hyperthermisants.

(*A suivre*)

NÉCROLOGIE

Emile ROUX (1853-1933)

Le Docteur Roux, le collaborateur de Pasteur, nous a quittés. Le mal qui le minait sourdement depuis de longues années, et l'avait éloigné du travail actif, s'était aggravé ces temps derniers, ne laissant guère d'espoir à ceux qui l'entouraient. Roux s'est éteint doucement le 3 novembre dernier à l'âge de 80 ans.

La disparition de cette grande figure met en deuil la France et l'humanité. Elle marque la fin de toute une époque, celle de l'épopée pastorienne. Préparateur et collaborateur de Pasteur, Roux avait vécu avec le grand savant les heures héroïques de l'avènement des microbes dans la pathologie infectieuse ; il avait été le témoin des luttes du maître, il avait vu son triomphe, assisté à sa gloire, et nourri de son enseignement, continué son œuvre.

***

La vie de Roux fut celle du savant modeste et honnête, vie de travail, d'abnégation, de dévouement à la science.

Né à Confolens, le 17 décembre 1853, il commença ses études de médecine à Clermont-Ferrand. Passionné de la

recherche de laboratoire, il devient d'abord le préparateur de Duclaux alors professeur à la Faculté des sciences de cette ville. Il le suit à Paris, mais presque aussitôt, dès 1870, il devient le préparateur de Pasteur, qu'il ne devait plus quitter. Ces deux hommes, attachés au même idéal, travailleurs infatigables, devaient sympathiser. Roux ne fut pas seulement le préparateur de Pasteur, mais son collaborateur précieux. Aussi Pasteur, estimant les profondes qualités de Roux, l'associe à ses travaux, à ses pensées. Il ne pouvait trouver meilleur confident. Roux est ainsi mêlé à presque toute l'œuvre du grand savant. Il est à peine besoin de rappeler la trame de cette œuvre. Pasteur, dès la nature des microbes établie dans l'infection, est hanté par les travaux de Jenner, l'action préventive de la vaccine vis-à-vis de la variole. L'atténuation des virus, la « vaccination » dans les autres maladies infectieuses deviennent sa principal préoccupation. Roux travaille avec le maître le choléra des poules ; et il est associé aux grandes découvertes qui suivirent cette étude : l'atténuation du microbe de cette maladie par le veillissement, puis l'atténuation de la bactéridie charbonneuse, enfin la vaccination anticharbonneuse des moutons couronnée par la célèbre expérience de Pouilly-le-Fort : Roux est associé à toute cette nouvelle orientation de la médecine.

Tous ces travaux aboutissent enfin à la vaccination antirabique. Ici encore, Roux participe aux géniales recherches de Pasteur sur le virus rabique, son atténuation, sa transformation en vaccin.

Malgré sa collaboration avec Pasteur, Roux trouvait encore le temps d'effectuer seul, ou avec d'autres, d'importantes recherches. En 1883, il avait été étudier, de concert avec Nocard, Straus et Thuillier, le choléra asiatique qui sévissait en Egypte. Puis il s'occupa de la tuberculose dont le bacille venait d'être découvert en 1882 par R. Koch. C'est à Roux, en collaboration avec Nocard, que l'on doit la notion de l'utilité, dans les cultures du bacille tuberculeux de la présence de la glycérine dans le milieu de culture. Il étudia encore, avec Nocard et Dujardin-Baumetz, la péripneumonie des bovidés, dont le microbe ne devait être connu que beaucoup plus tard.

Au commencement de ce siècle, peu avant la découverte du tréponème de la syphilis par Schaudinn, Roux entreprit avec Metchnikoff en 1903, une série d'expériences d'inoculation de cette maladie aux singes, et établit sur des bases solides les faits qu'avaient entrevus ses devanciers.

Mais le plus beau titre de la gloire de Roux, a trait à ses travaux sur les toxines solubles, toxine tétanique et toxine diphtérique, travaux faits en collaboration avec L. Martin, Yersin et Vaillard. On sait qu'ils ont abouti à l'application pratique de la sérothérapie dans la diphtérie.

Le Professeur Ch. Richet, par ses travaux avec Héricourt avait montré que chez un animal vacciné, le sérum renferme des substances neutralisantes vis-à-vis du virus actif. Guidé par son âme généreuse, Richet choisit malheureusement pour étudier la sérothérapie, dont il restera l'inventeur, la tuberculose, fléau plus général que la diphtérie, après avoir hésité entre les deux maladies.

D'autre part, Behring avait montré en 1891, la possibilité d'atténuer la toxine diphtérique par l'iode, et de l'utiliser ainsi comme vaccin chez les animaux. Il avait vu, à la faveur des vues de Richet, que le sérum des animaux ainsi préparés, acquiert un pouvoir neutralisant sur la toxine active.

Mais la découverte de Behring restait cantonnée au laboratoire. Roux eut le grand mérite de transporter dans le domaine de la thérapeutique pratique les conceptions de Richet et les expériences de Behring. Avec Nocard, L. Martin et Chaillou, il prépare une antitoxine active, aux dépens de cheval, et dans une communication retentissante au Congrès de médecine de Budapest, apporte les preuves de l'efficacité de la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie humaine.

Pour comprendre toute l'ampleur de cette découverte, il faut se rappeler que la diphtérie causait 80 % de mortalité, tandis qu'avec l'emploi du sérum antidiphtérique, la proportion se trouve au moins inversée. Grâce aux travaux de Roux, des milliers d'enfants ont été sauvés.

La sérothérapie a été il y a quelques années, injustement attaquée. Le *Progrès Médical* s'enorgueillit d'avoir eu le privilège de pouvoir insérer, le 28 mars 1931, un article du Docteur Roux lui-même, faisant justice des fausses accusations qui étaient portées contre le sérum.

Telle est l'œuvre magnifique de Roux, qui fut un des grands bienfaiteurs de l'humanité.

Roux avait succédé à Duclaux, dans la direction de l'Institut Pasteur. Cette fonction, jointe à sa grande compétence dans les domaines de la bactériologie et de l'hygiène, avait fait de lui une sorte de conseiller supérieur dans toutes les questions de cet ordre. Accaparé par ses occupations administratives, et d'autre part gêné par l'état précaire de sa santé, Roux avait abandonné la recherche personnelle depuis presque le début de ce siècle.

Roux laissera le souvenir d'un travailleur acharné, doué d'une haute conscience. Pour lui, la recherche, la découverte étaient le seul but. Plus encore, il pensait que la recherche reste vaine lorqu'elle n'aboutit point au soulagement d'une misère, à la guérison d'une maladie. Grâce à cette bonté supérieure, il a pu réaliser sa pensée. La sérothérapie antidiphtérique, qui arrache à la mort des milliers d'existences humaines est l'œuvre de Roux : c'est l'humanité tout entière qui lui en est reconnaissante.

A. PHILIBERT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1933

Classification des tumeurs neuro ectodermiques primitives de la moelle épinière. — *M. Lucien Cornil* (de Marseille). Les tumeurs intrarachidiennes peuvent se classer histogénetiquement en trois grands groupes qui correspondent respectivement aux tumeurs neuro-ectodermiques, mésenchymateuses, dysembryoplasiques.

Les tumeurs d'origine neuro-ectodermiques, seules étudiées ici, peuvent être distinguées topographiquement en trois types, dont la structure varie suivant qu'il s'agit de néoplasmes intramédullaires, radiculaires ou arachnoïdiens.

1° *Les tumeurs intramédullaires* peuvent être constituées soit par des eléments de la lignée épendymaire, soit par des éléments de la lignée gliale. Ces éléments peuvent exister à l'état pur ou associé présentant tantôt un aspect adulte, tantôt l'aspect différencié ou indifférencié rappelant la morphologie embryonnaire.

On peut ainsi distinguer : a) parmi les tumeurs de la lignée épendymaire : 1° les *épendymomes à épendymocytes* (différenciés ou *épendymocytomes* ; 2° les *épendymomes à épendymoblastes* (du type embryonnaire) ou *épendymoblastomes* ; 3° *les épendymogliomes* de Roussy, Lhermitte et Cornil, dans lesquels l'un des types précédents est associé à des formations néoplasiques gliales.

b) Parmi les tumeurs de la lignée gliale : celles constituées par des éléments adultes différenciés : *astrocytomes macrocellulaires* (multi-fibrillaires, pauci-fibrillaires ou afibrillaires), puis les *astrocytomes microcellulaires* et les *oligodendrocytomes* de Roussy et Oberling).

2° Les *tumeurs des racines* sont des *gliomes périphériques* développés aux dépens de la gaine de Schwann. Elles se différencient en trois types : nodulaire (avec nodules de Vérocay), fasciculé (avec ou sans dispositions palissadiques), réticulé (avec dégénérations variées).

3° Les *tumeurs arachnoïdiennes* (ou *méningoblastomes* d'Oberling) se présentent sous trois aspects, parfois d'ailleurs convergents : le type à cellules globuleuses, à disposition syn-

citiale massive, le type lobulé et le type à cellules fusiformes ou fasciculé.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde dans la marine marchande. — *MM. Adrien Loir* et *J. Bohec.* — Plusieurs cas de fièvre typhoïde viennent d'être constatés sur le personnel du bord des navires de la marine marchande. Les marins souffrants qui arrivent dans leur port d'attache, à moins d'être très malades, vont dans leur familles, sans attirer l'attention sur leur état. Les jours suivants, seulement, ils entrent à l'hôpital.

Pour éviter ces causes de contagion, il serait utile de rendre la vaccination contre la fièvre typhoïde obligatoire pour les marins qui embarquent au long-cours, allant dans des pays où ils peuvent prendre cette affection.

L'administration de l'Inscription maritime pourrait insister auprès des compagnies, qui exigeraient la vaccination des équipages, surtout si le ministère de la Santé publique mettait le vaccin nécessaire à leur disposition.

Les boissons acides et alcooliques dans la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — *M. André Kling* présente à l'Académie une importante étude, qu'il a effectuée, en collaboration avec *M. D. Florentin*, portant sur l'action infertilisante et bactéricide exercée sur les colibacilles et les bacilles typhiques par les divers acides et principes immédiats que renferment diverses matières alimentaires et, en particulier, les boissons hygiéniques.

Les auteurs montrent que la plupart de ces dernières constituent des milieux nettement nocifs pour ces bactéries et que, dans les conditions où, dans la pratique, se consomment les mélanges de ces boissons hygiéniques et d'eaux, les bacilles qui peuvent polluer ces dernières sont, soit tués lorsque des proportions moyennes de ces boissons interviennent dans les mélanges, soit considérablement affaiblis, en nombre et en vitalité, lorsque ces mélanges sont plus pauvres en ces boissons.

Ils déduisent de leurs expériences que les vins de consommation courante constituent de très précieux agents d'assainissement des eaux de boisson, et que le fait de mélanger à une eau, même très chargée en colibacilles ou en bacilles typhiques un tiers ou la moitié (suivant les cas), de son volume d'un vin ordinaire, aboutit en général, en moins d'un quart d'heure, à la destruction définitive de ces bactéries.

Les vins, disent les deux auteurs, méritent encore bien mieux qu'on ne le pense généralement le droit à l'appellation de boissons hygiéniques.

Le radio-vaporarium sulfuré de Luchon. — *M. Molinéry.*

Elections. — MM. Forssel (de Stockholm) et Nolf (de Liége) sont élus membres correspondants dans la IVe division (Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1933

M. Mouchet, président, prononce l'éloge de M. Mayo Robson, correspondant étranger.

Hypochlorémie chez les brûlés. — *M. Pierre Duval* rappelle le travail princeps de *Davidson* sur l'hypochlorémie chez les brûlés et signale l'hypochlorémie et l'hypochlorurie dans un cas personnel.

Spasme du sphincter d'Oddi. — *M. Soupault* rappelle l'action de l'atropine dans certains cas de spasme vatérien du sphincter d'Oddi.

Dislocation atloïdo-axoïdienne. — *M. Proust* rapporte deux observations de *M. Bonnet* (Val-de-Grâce) avec fracture de l'odontoïde : les cas ont été traités avec succès par la greffe osseuse.

Anévrysme artério veineux de l'artère humérale. — *M. Moure* analyse cette observation de *MM. Diamant-Berger* et *Durand*, essentiellement caractérisée par le retentissement cardiaque considérable de la lésion, et par le traitement opératoire qui consista en une endo-anévrysmoraphie reconstructrice.

Inclusion du ligament rond du foie dans la ligne blanche. — *M. Moure* rapporte cette observation de *MM. Brette* et *Belot*. Le ligament rond était pincé dans une hernie épigastrique ; et comme dans les observations déjà rapportée par M. Moure, les douleurs disparurent après résection du ligament.

Luxation traumatique de l'os iliaque gauche. — *M. Lance* rapporte cette observation de *M. Folliasson* (de Grenoble) qui guérit son malade par suture opératoire des pubis.

Suture primitive des tendons fléchisseurs. — *M. J.-C. Bloch* analyse un travail de *M. de la Marnière* (Brest) basé sur trois observations de suture primitive au niveau des doigts, l'extrémité des tendons ayant été fixée dans les parties molles avoisinantes.

Tumeur hémorragique de l'intestin grêle. — *M. d'Allaines* rapporte un travail de *MM. Lemonnier* (Roanne) et *Peycelon* : la tumeur était un schwannome du grêle. Guérison.

Ectopie de la rate prise pour un kyste de l'ovaire. — *M. Petridis* rapporte l'observation d'une jeune fille présentant une douleur abdominale et une tumeur qui fut prise pour une kyste de l'ovaire et opérée comme tel : à l'intervention on dut pratiquer l'ablation d'une rate ectopique et tordue.

Trouble de l'équilibre acido-basique dans l'organisme. — *M. Wolfromm* expose les étapes de la question, au point de vue chirurgical, et montre l'importance de ces dosages. L'auteur précise avec tableaux à l'appui les différents types d'acidose et d'alcalose, et en tire les conclusions thérapeutiques.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 octobre 1933

Glycosurie datant de 24 ans. Mal perforant plantaire. Négativation : Disparition du glucose urinaire. — *M. Aubourg* présente un malade qui, après 20 jours de séances d'électricité à doses infinitésimales et modulées, (méthode de C. Laville) sans insuline, sans régime spécial, ne présente plus trace de glycosurie, alors que depuis 24 ans, la quantité de sucre variait de 15 à 100 grammes par jour. L'auteur résume 12 premières observations de disparition ou de diminution notable de la glycosurie après traitement de négativation électrique chez des malades traités pour d'autres symptômes et en même temps glycosuriques.

Présentation d'instruments. — *M. Georges Pascalis* presente deux instruments nouveaux : l'un est destiné au prélèvement rapide des greffes osseuses sur les surfaces courbes ou engainées de masses charnues. L'autre est une pince revolver pour fixer sur la peau les champs opératoires. Elle apporte une sécurité nouvelle.

Oscillographe pour l'enregistrement de la pression intra-artérielle. Importance de cette nouvelle méthode d'exploration du système circulatoire. — *MM. René Giroux et G. Boulitte* presentent un appareil permettant de mesurer en valeur absolue et d'enregistrer à tous moments de la contraction cardiaque la pression dans les artères. Les auteurs insistent sur l'intérêt clinique des courbes de pression, non seulement pour l'étude du système circulatoire, mais aussi pour élucider certains points obscurs de l'oscillométrie et pour apprécier le pronostic et le traitement des affections cardiaques et vasculaires. Dans les arythmies, les courbes de pression fixent les chiffres de pression maxima, minima et moyenne, alors qu'il était difficile et souvent impossible de les mesurer par les methodes utilisées jusqu'à ce jour.

Description d'un nouvel appareillage destiné aux interventions diathermiques en dermatologie. Utilisation de la galvano d'Arsonvalisation. — *M. Scheikevitch*, après avoir présenté deux nouveaux appareils destinés à rendre plus aisées les interventions diathermiques, surtout au cours de l'emploi de la diathermo-coagulation sans fil,

décrit une méthode nouvelle qu'il appelle la *galvano-d'Arsonvalisation* qui allie la finesse élective de l'électrolyse à la puissance de l'électro-coagulation. Il fait part des excellents résultats qu'il en a obtenus dans les maladies de peau les plus diverses : tumeurs malignes de la peau ou des muqueuses, tumeurs bénignes, productions inesthétiques (papillomes, adénomes ou angiomes) désignées sous le vocable générique de grains de beauté, couperose et hypertrichose.

Du traitement bismuthé dans les affections nerveuses de spécificités non reconnues. — *M. Jean Beygasse*, partant de ce principe que la réaction de Bordet-Wassermann négative ne prouve rien, a de parti pris, traité successivement plusieurs cas présentant une réaction de Wassermann négative et qui ont été ou très améliorés ou même guéris sans récidive depuis plus d'un an. Il y a donc lieu de se demander si le bismuth n'agit pas dans ces affections comme désinfectant d'un microbe inconnu ou plus exactement, s'il n'existe pas comme dans la tuberculose, un virus filtrant syphilitique qui resterait à trouver. En tout cas, il conseillerait l'emploi de ce traitement lorsqu'on se trouve en présence d'une maladie du système nerveux d'un type quelconque, même lorsque la spécificité est inconnue ou supposée inexistante.

LUQUET

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Cicatrice chéloïdienne traitée par l'ionisation iodurée

M. Duhem a présenté à la Société de pédiatrie (20 juin 1933) un enfant chez lequel une brûlure du thorax avait laissé une vaste cicatrice chéloïdienne. L'ionisation iodurée, instituée pendant vingt-quatre séances, a donné un très bon résultat.

Les myosites syphilitiques sous-ulcéreuses

La thèse de H. Bonnard (1) est une excellente contribution à l'étude des myosites syphilitiques. L'auteur, rapportant huit observations recueillies dans le service du Professeur Favre, de Lyon, aboutit aux conclusions suivantes :

La syphilis musculaire est un sujet encore mal connu, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Si nous avons des notions assez précises sur certaines formes depuis longtemps signalées — formes isolées, autonomes —, mention n'est faite nulle part des *formes associées* aux lésions ulcéreuses de surface.

Chez certains malades, des lésions tégumentaires, souvent très importantes, consistant en syphilides tuberculo-ulcéreuses tertiaires, peuvent dominer la scène clinique et masquer les désordres anatomiques qui se sont installés dans la profondeur.

Il convient de savoir, avec soin, rechercher ces derniers et l'on pourra être surpris de constater que, plus souvent qu'on ne le suppose, les muscles, voire même le squelette, sont intéressés par le processus inflammatoire syphilitique dont les syphilides ulcéreuses cutanées ne sont ainsi que la traduction superficielle. C'est pourquoi, dit l'auteur nous avons cru légitime d'individualiser un nouveau type de syphilis musculaire sous le nom de *myosite ulcéreuse*, dont nous apportons dans notre étude une série d'observations.

L'intérêt de ces faits est certes essentiellement d'ordre théorique. Ils affirment la fréquence relative des déterminations musculaires de la syphilis et conduisent à en rechercher plus souvent l'existence derrière les manifestations cutanées qui retiennent parfois exclusivement l'attention.

Leur connaissance aura comme autre sanction pratique de soumettre de tels malades à des cures plus intenses pour éteindre complètement le processus inflammatoire qui pourrait insidieusement évoluer dans la profondeur et aboutir à de graves désordres anatomiques et fonctionnels.

(1) Dr Henri Bonnard : Contribution à l'étude des myosites syphilitiques. Les myosites syphilitiques sous ulcéreuses.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent ,non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La pharmacothérapie doit aborder le problème de la spécialité. — *De M. le Professeur Loeper dans la* PRESSE MÉDICALE (Les espoirs de la Pharmacothérapie, 1er novembre 1933) :

..... Il y a plus et je touche ici à un point singulièrement délicat qu'on m'excusera d'aborder.

La pharmacothérapie telle que je la comprends ne doit pas seulement étudier les corps chimiques dans ses cliniques ou ses laboratoires ; elle ne doit pas seulement en créer de nouveaux et apprendre à l'étudiant leurs combinaisons multiples, leurs antagonistes ou leurs synergies.

Elle ne doit pas seulement cultiver l'art de formuler, cette aristocratie de la thérapeutique qui, comme beaucoup d'aristocraties, est dans une décadence déplorable.

Elle doit encore aborder avec franchise, avec hardiesse, avec objectivité et bien en face le problème de plus en plus aigu, urgent, de la spécialité.

Depuis vingt ans par la faute du médecin qui y trouve une facilité, du malade qui y trouve un changement et un espoir, la spécialité a pris des proportions colossales, et elle apporte à son développement de l'ingéniosité, de la conscience et de la science. Nous sommes loin des grains de santé, de la médecine Leroy, des pilules de Lamothe. La spécialité conquiert peu à peu ses parchemins.

Certains glucosides, certains corps hypnotiques, surtout, certains sérums, certains vaccins, certains produits glandulaires, hormone ou vitamines, manqueraient à notre arsenal et par conséquent au malade si la Spécialité à grands renforts du temps que nous n'avons pas, de l'argent dont nous manquons, ne les avait conçus, étudiés, préparés.

Certes, il est des productions médiocres, faciles, sans valeur et par conséquent négligeables ou inutiles. Mais il en est d'excellentes. On doit séparer le bon grain de l'ivraie. Il faut faire son choix. Et ce choix ne peut résulter d'appréciations individuelles qui se font presque sous le manteau, toujours discrètes et presque anonymes dans la crainte d'être suspectes.

Je n'ignore pas que le contrôle des médicaments est très savamment fait à l'École de pharmacie, mais c'est le contrôle de leur composition avouée et non leur épreuve animale ; que l'expérimentation, l'étalonnage de certains autres, appartiennent à l'Académie de médecine, à l'Institut d'hygiène alimentaire, au Laboratoire de pharmacologie. Mais seulement pour quelques produits déterminés. Il y a lieu de féliciter MM. Lormant, Camus, Ch. Richet fils, Mme Randoin, M. Tiffeneau de leur consciencieux et admirable travail qui réalise à peu près ici ce que l'on fait à Londres ou à New-York. Mais on pourrait souhaiter qu'il s'étende et qu'il aille jusqu'à la vérification humaine, organisée, avouée, ouverte —, je ne dis pas obligatoire ni officielle, — et qui me paraît indispensable.

Les produits spécialisés nous sont distribués en abondance : ils nous submergent même, comme disait spirituellement dans un article récent notre collègue Roch. Mais ils sont abandonnés en vrac, un peu au hasard dans nos nombreux services ; ils sont administrés par un élève qui les oublie, laissés à l'inspiration d'une infirmière qui les distribue un peu au hasard et pour faire plaisir. Et c'est surtout cela qui ne peut durer plus encore que l'encombrement.

Ils valent plus ou moins que cela.

L'étude doit être faite au grand jour avec franchise et sans timidité. La santé des malades est un enjeu terrible ; la prescription, une prérogative trop noble pour qu'on y laisse intervenir jamais le hasard ou la fantaisie.

Aussi me permettrai-je d'exprimer le vœu qu'à cet organisme que je vois en rêve — qui ne rêve pas ? — s'ajoute l'étude pratique des spécialités. La clinique thérapeutique est toute

désignée pour cet office. C'est à cet organisme qu'appartiendrait la filtration. Ainsi se constituerait un centre complet de pharmacothérapie capable de les consacrer même, ou si ce mot effraie, de leur donner des bases solides, expérimentales et humaines. Il serait certainement indispensable, non seulement au médecin souvent mal informé mais au spécialiste souvent un peu partial.

Je voudrais que cette proposition trouvât plus d'approbations que de critiques, et que sa nouveauté, sa franchise suscitât au moins la discussion.

Si l'individualisme français, malgré tout son génie et sa spontanéité intuitive, s'écriait un jour un de nos plus distingués collègues, se refuse à s'organiser, il sera rapidement dépassé.

Pour que la science chimique française devienne grande, pour que les laboratoires de recherches de nos Facultés restent des centres de rayonnement, pour que nos services hospitaliers reprennent le goût de la thérapeutique, il faut abandonner les vieilles routines, vaincre de vieux préjugés, descendre de son piédestal, prendre contact avec le monde, aborder les réalités de front et s'organiser pour de nouveaux efforts.

Chacun dans sa sphère doit concourir au progrès de tous et se fondre dans l'intérêt général.

Emile Roux au lycée du Puy. — JOURNAL DES DÉBATS :

Emile Roux avait dix-sept ans quand il vint au Puy, à la suite de la nomination de son beau-frère, M. Momont, comme censeur du lycée de cette ville. Il entra le 1er mars 1870 en rhétorique et il y eut comme professeur M. E. Thomas et comme camarades Adrien Dupuy, frère de Charles, décédé inspecteur général de l'Instruction publique ; Joseph Martin, décédé conseiller à la Cour d'appel de Lyon ; Barthélemy, décédé colonel d'infanterie. Après la rhétorique, où il obtint le prix d'honneur de discours latin, le deuxième prix d'histoire, il passa dans la classe de mathématiques élémentaires et s'y distingua par ses aptitudes en physique et chimie ; il fut alors le condisciple d'Emile Fayolle, le futur maréchal de France.

Sorti du lycée le 15 novembre 1871, en même temps que M. Pierre de Nolhac qui venait de faire sa sixième, Roux prit ses inscriptions à l'Ecole de médecine de Clermont, fut remarqué par Duclaux qui l'emmena à Paris, où Vulpian le présenta à Pasteur.

Rue Dutot, le savant devait se rencontrer avec deux concitoyens du Puy ; Chantemesse, qui est décédé le 25 février 1919, après avoir travaillé à préserver l'humanité de la fièvre typhoïde ; Louis Martin, actuellement sous-directeur de l'Institut Pasteur, qui continuera l'œuvre de son maître.

Emile Roux n'avait pas oublié ses liens avec Le Puy. Il s'intéressait à la reconstruction de son hôpital ; il aimait s'en entretenir avec ses collaborateurs originaires du Velay et aussi avec Calmette, fils d'un ancien chef de division à la préfecture de la Haute-Loire. Prié d'accepter, en 1920, le titre de membre d'honneur de la Société académique de la Haute-Loire, il remerciait en termes charmants le secrétaire perpétuel : « Mon entrée dans votre Compagnie, écrivait-il, est de nature à m'attacher encore plus à ce beau pays où j'ai passé de si bonnes années et où je conserve des amis. » — U. R.

Les caves du Panthéon. — *De M. Lucien Descaves dans* LE JOURNAL :

... Je voulais revoir le tombeau de Victor Hugo qui regarde, sans aménité, celui d'Emile Zola. Je ne suis pas sûr qu'on ait eu raison de les confronter. Le voisinage n'a pas le même désagrément dans les cimetières qu'au Panthéon. La comparaison ne s'impose pas comme ici. La promiscuité est préférable à la solitude à deux. L'immortalité par reconnaissance nationale est une rude épreuve. La crypte est amère. On dirait un lieu de détention. On entre là-dedans comme à la Conciergerie. Une sépulture au cimetière n'y court pas le risque d'être profanée. Au Panthéon, les cendres ne sont sûres de rien. Un vent les apporta, un autre les disperse. Le cœur de Gambetta n'est pas exempt de palpitations.... Lui aussi serait plus tranquille ailleurs que là.

Mais c'est aujourd'hui de Victor Hugo qu'il s'agit.

A la veille des vacances dernières, l'éminent chirurgien Jean-Louis Faure a encore une fois poussé le cri d'alarme, d'accord, je pense, avec la famille du poète.

Il ne faut pas oublier que celui-ci avait exprimé le désir d'être inhumé au Père-Lachaise, à côté de ses parents et de ses enfants. C'était également le vœu de Michelet, vœu exaucé par bonheur pour cet autre grand homme.

Jeanne, la petite-fille que l'art d'être grand-père allaita, a vainement multiplié le démarches pour qu'un ascenseur — c'est une façon de parler — prît le poète dans sa crypte obscure et l'élevât au ras du sol, où la lumière, sans être éblouissante, a de quoi tout de même faire une auréole.

Et surtout pas de grilles, pas de barreaux, comme à une cage! Un monument à Victor Hugo est un bocage où ses vers chantent éternellement. Dans la crypte inférieure on n'en entend aucun pour la bonne raison qu'ils sont empaillés.

. . . .

Jean-Louis Faure est bien inspiré en demandant qu'on les restitue à la terre, si leur famille les réclame, ou bien qu'on les remonte à l'étage au-dessus en ayant bien soin surtout d'éclairer la plaque de marbre noir, ce qui permettra de voir leur nom aussi lisiblement tracé qu'il le serait sur une pierre tombale.

On ne dira pas, en tout cas, que le projet est onéreux pour les deniers publics et que la visite du Panthéon en présentera moins d'intérêt. Ne pas le confondre avec les Catacombes.......

Varia. — *Le docteur Queyrat et la Creuse* :

Si Paris l'avait gardé pour lui faire sa belle carrière, la Creuse conserva son cœur fidèle. Il l'aimait profondément et passait ses vacances dans sa propriété, du côté du Taurion.

Les vieux usages l'intéressaient beaucoup. Le patois le passionnait. Son rêve était de faire pour l'idiome creusois une grammaire et un vocabulaire ; il le réalisa en sa verte vieillesse, non pas par un travail au vaste sujet s'étendant à tout le département, mais par une contribution limitée à son petit coin de la Creuse. Il se conformait ainsi aux directions si compétentes que son ami intime, M. Antoine Thomas, avait tracées pour les recherches de ce genre.

Sous le titre *Contribution à l'étude du parler de la Creuse, Le patois de la région de Chavanat* paraissait en 1927, à la Librairie Lecante, à Guéret, la première partie ; en 1930, la deuxième partie, *Grammaire et Folklore, Vocabulaire patois français*. Ces deux gros volumes, l'un de 392, l'autre de 543 pages, portent la marque de l'intelligence, de la culture, de l'esprit aussi — certains récits en patois de la première partie sont charmants — qui faisaient du docteur Queyrat une personnalité remarquable. Ils passent de beaucoup, par ce qu'il a su y mettre, le cadre restreint qu'il avait choisi et resteront précieux pour nos études locales.

Le savant, le médecin étaient de ceux qui font autorité ; l'homme s'imposait à l'immédiate sympathie par sa bonté, sa simplicité et sa courtoisie. Tous ceux qui l'ont connu partagent la tristesse de sa famille et de ses amis.

(Louis Lacrocq. *Limousin de Paris.*)

Racine et les médecins. — Journal des Débats :

Le correspondant de la *Prager Presse* à Paris, M. Jean Stavnik, publie dans son journal une lettre de Racine, qu'il déclare inédite, et qui provient des archives du clergé vieux-catholique d'Utrecht. Cette lettre, qu'il date de 1687, est adressée à Mme de Fonpertuis, cousine d'Arnauld de Pomponne, la « mère » de l'Eglise janséniste :

A Verdun ce 29 May

Je vous suis extrémement obligé, Madame, de la bonté que vous avez eue de me mander des nouvelles de la Mere Prieure. J'aurais eû beaucoup a souffrir si j'avais appris son mal avant que d'apprendre sa guerison, si pourtant on peut appeler guerison, l'estat languissant où je vois bien qu'elle est encore. Je doute mesme qu'un corps aussi extenué que le sien puisse jamais se remettre de tant de maladies si violentes dont elle a esté attaquée coup sur coup et surtout des huit saignées que vous me mandez qu'on lui a faites tout nouvellement. J'ai reconnu aisément la méthode de Mr de Mersenne a cette horrible évacuation. Cela pouvoit peut-estre lui réussir autre fois sur des gens du monde dont la plupart des maladies ne viennent que de repletion et de trop manger. Mais n'est-ce point conscience de tirer tout le sang des veines de pauvres filles aussi extenuées par les austérités et mesme par des incommodités continuelles. Ce n'est pas que je ne respecte beaucoup ce bon et charitable médecin. J'ay regret qu'il soit hors d'estat de leur rendre service. Car au moins elles auroient la consolation qu'il n'y en a peut estre point de plus habile que lui a Paris et que bien assurément il n'y en a point de plus chrestien. Je vous

aurois mandé il y a longtemps des nouvelles de l'affaire que vous m'aviez recommandée, si on n'avoit fait une meilleure réponse que celle qu'on m'a faite. Je ne puis pas vous en dire tout le détail. Mais je ne croy pas que vous ayez rien a espérer. Les personnes a qui j'ay parlé ont parlé aussi de leur costé, mais n'ont pu réussir, et je ne croy pas mesme qu'elles s'exposent a faire d'autres tentatives sur cette mesme affaire. Je prends grand part, Madame, et aux peines de celui qui souffre, et au desplaisir que vous causent ses longues souffrances. Mais il y a longtemps que Dieu vous esprouve en la personne de vos amis, et je suis persuadé que c'est la plus rude espreuve où il puisse mettre vostre vertu. Je suis de mon cœur Madame

Vostre très humble et très obéissant serviteur

RACINE

Permettez moy d'assurer icy Madame Sachot de mes humbles respects et de saluer de tout mon coeur vostre illustre voisin.

A Madame
Madame de Fonpertuis
A Paris

Cette lettre jette un jour curieux sur les médications que l'on infligeait aux religieuses de Port-Royal. Elle soulève d'ailleurs de petits problèmes d'histoire sur lesquels nous reviendrons, écrit M. Albert MOUSSET.

Les stigmates de Thérèse Neumann. — *M. Clément Simon, dans un article* du BULLETIN MÉDICAL (21 octobre 1933) *intitulé* : LES STIGMATES CUTANÉS DES MYSTIQUES, *reproduit la description que donne Ewald* (1) *des stigmates de Thérèse Neumann de Konnersreuth* (*Haut-Palatinat*) :

« Au dos des mains et des pieds se trouvent ,à peu près au milieu, des formations larges comme une pièce de dix centimes actuelle, légèrement élevées, croûteuses et légèrement bossuées. Elles présentaient, bien que ne saignant plus depuis trois mois, le jour de l'examen — la veille de l'extase — un aspect assez frais, rouge foncé, brillant, mais elles ne sont point humides. Cette fraîcheur relative de la croûte surprit également notre collègue, le professeur de médecine légale d'Erlangen, le Dr Molitoris qui avait fait, quelques mois auparavant, à titre privé, une visite à Thérèse. Les croûtes ne tombent jamais. Elles seraient extrêmement sensibles au moindre attouchement. Cela ne me parut pas croyable. Je pus passer la main dessus même vigoureusement, en demandant à Thérèse : « Si je passe la main légèrement dessus cela ne vous fait pas mal ; cela ne fait mal qu'à la pression ? » Elle répondait oui. Mais je ne crois pas non plus que même à la pression il existe une sensibilité douloureuse notable. Font complètement défaut les phénomènes inflammatoires : il n'y a pas trace de suppuration. A la périphérie se trouve une zone de cicatrisation très étroite, à peine large d'un millimètre, de peau mince, radiée. Un jour Thérèse frappa de la main, par mégarde, la table de nuit : il en résulta une petite fissure dans la croûte. Le Docteur Seidl, à la loupe, put constater, de façon certaine, qu'il y avait sous la croûte une cuticule épithéliale extrêmement fine. Les stigmates ne pénètrent pas dans la profondeur et l'assertion de Thérèse qu'elle avait la sensation qu'il y eut communication entre les stigmates des surfaces de flexion et d'extension, inadmissible médicalement, se trouve n'être qu'une idée subjective qui n'a rien à faire avec la réalité. Aussi les parents ont-ils refusé de laisser radiographier ces stigmates.

Au reste les stigmates ne présentent l'aspect de croûtes fraîches que la veille de l'extase ; les autres jours ils apparaissent plus plats, plus foncés de couleur, ainsi que le Docteur Seidl a pu le constater. Cela fournit peut-être une indication relativement à la constitution du caractère particulier de ces formations : on peut se représenter qu'à l'époque de l'aspect frais, aux environs du moment de l'extase, une sécrétion légèrement séro-sanguinolente remonte constamment à travers la fine cuticule épithéliale, déterminant par là l'aspect frais et empêchant la chute de la croûte.

« Les stigmates des surfaces internes des mains et de la plante des pieds sont des formations plus petites, triangulaires, grandes comme la moitié d'une lentille, au reste de même nature que les stigmates du côté extenseur, sauf qu'on n'y voit pas de zone de cicatrisation. Le début de ces stigmates au côté fléchisseur a été observé par le Docteur Seidl. Déjà longtemps avant leur apparition, Thérèse signalait une sensibilité douloureuse aux points correspondants des paumes et des plantes ; cependant, on n'y put remarquer ni anémie, ni rougeur. Un jour, pendant une extase, ces points commencèrent à saigner et depuis ils continuent d'exister comme stigmates. On essaya une fois d'obtenir, par un pansement thérapeutique, la guérison de ces stigmates. Mais peu après l'application Thérèse disait avoir des douleurs si intolérables qu'on enleva le pansement, pour n'y plus revenir. Pour moi, je suis fermement convaincu que c'était là, de la part de Thérèse, une allégation purement hystérique, car il est absolument impossible qu'un simple pansement thérapeutique produise des effets semblables ; je ne veux pas affirmer par là que la guérison des plaies eût lieu aussi facilement, car c'est un fait connu que les plaies où des influences tropho-neurotiques sont en jeu, n'ont qu'une faible tendance à se guérir.

« La plaie, dite du cœur, se trouve au-dessus du quatrième

(1) EWALD (J.). — La stigmatisée de Konnesreuth, rapport médical sur ce cas. *Munchen. Med. Wochenschr.*, 1927. (Supplément au n° 46, pp. 1981-1992.)


HÉMOPAUSINE
TROUBLES de la CIRCULATION DU SANG
DU DOCTEUR BARRIER
HÉMORROÏDES
PHLÉBITES


VALENTINE'S PREPARATION
NUTRIO PERNIE
MEAT JUICE.

cartilage costal, tout à côté de l'os pectoral. Quand j'en fis la remarque, Thérèse protesta aussitôt, disant qu'elle se trouvait *entre deux côtes*. Il n'en est pas ainsi. Sa position est quelque peu oblique ; la croûte n'en est pas aussi élevée qu'aux mains, et présente la coloration brun foncé d'une vieille croûte. Elle me parut être moins disposée à saigner que les stigmates des mains, bien qu'elle saignât dès le lendemain, alors que les pieds et les mains ne participaient plus, depuis trois mois, aux hémorragies des jours d'extase. La croûte était fendillée à certains endroits, de sorte qu'elle s'était divisée en deux moitiés inégales. Entre les deux, on distinguait encore la cuticule épithéliale fine et mince que le Docteur Seidl avait déjà observée à la loupe à l'une des mains. Le début de l'hémorragie par la plaie, dite du cœur, a été une fois observé par le Docteur Seidl, d'une façon précise : A environ une largeur de doigt du bord thoracique gauche, à peu près à la hauteur de la quatrième côte, l'on vit une *bande*, longue d'environ trois centimètres, large comme le petit doigt, allant de droite à gauche et de haut en bas, présentant comme une *imbitition œdémateuse*, et qui dépassait quelque peu le niveau de la peau environnante ; elle apparaissait comme dégagée de la couche épidermique supérieure. A la loupe l'on voyait cette bande sécréter, comme par *gouttelettes de sueur*, un *liquide aqueux* qui, en s'écoulant, prenait une couleur de sang. La sécrétion de cette plaie fut examinée au microscope où l'on constata qu'elle renfermait vraiment du sang. Cette observation fournit une bonne base à mes vues ci-dessus, relativement aux variations de couleur et de consistance des stigmates des mains aux moments de l'extase.

« Au cuir chevelu, le Docteur Seidl et moi, nous ne pûmes découvrir la moindre altération aux points qui devaient saigner le lendemain et qui saignèrent en effet. Thérèse nous indiqua quelques points où une pression modérée lui causait un peu de douleur. Nous ne pûmes rien sentir ni voir. Les religieuses observatrices ont rapporté d'autre part, que l'on trouvait, le lendemain de l'extase, à ces points là, par ci, par là, des points hémorragiques, comme des piqûres d'aiguille. Nous n'entendons nullement dire par là qu'il s'agit de lésions simulées. »

Et plus loin, Ewald écrit : « L'on aura déjà vu par ce qui précède que les stigmatisations de Thérèse Neumann me paraissent être, avec la plus grande vraisemblance, authentiques. »

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies d'estomac. *Pratique journalière et vécue*, par le Docteur DE LA PRADE (de Nice). Un vol. in-8° de 524 pages avec 144 figures dans le texte et 19 planches hors texte (31 radiographies, 4 gastrophotographies), 100 fr. G. Doin et Cie, édit., 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Cet ouvrage est le travail consciencieux d'un médecin qui a beaucoup vu de gastriques, qui les a étudiés avec un sens clinique très averti, et avec les procédés les plus modernes d'examen, et qui les a suivis dans le temps. D'innombrables observations marquées au coin de la réalité, parfois tristes, parfois pleines d'humour, — de très nombreuses figures, des radiographies, des schémas, des dessins, des gastrophotographies, en rendent la lecture attrayante et éminemment profitable.

Les formes les plus banales de troubles gastriques — qui sont le nombre — y sont exposées avec le même souci d'utilisation pratique que les formes lésionnelles. L'auteur ayant une grande expérience personnelle de toutes les méthodes d'exploration gastrique : tubages, tous les procédés d'examen radiologique, gastroscopie, gastrophotographie, nous montre leur intérêt, la forme de leur utilisation et surtout — avec une impartialité extrême et fortement documentée — ce que l'on peut et doit demander à chacune d'elles... aucune d'elles n'étant suffisante, et toutes se complétant...

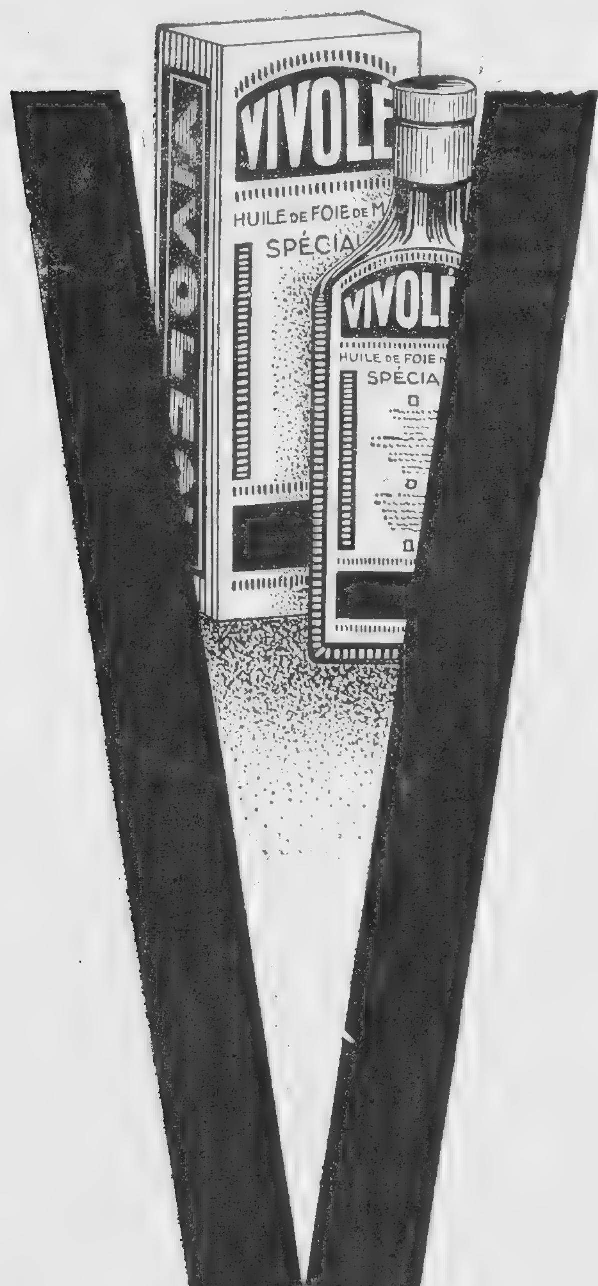
Ce souci de mise au point, où l'on sent la vérité d'une expérience personnelle prolongée et sincère, rendra les plus grands services au praticien en lui montrant sur quoi, il peut, ou ne peut pas compter pour faire un diagnostic, base indispensable de tout traitement efficace.

La gymnastique des tout petits, par Doris REICHMANN. Traduit de l'allemand, par le Docteur P. GAUTHIER-VILLARS. Un vol. in-4° de 57 p. 71 fig. : 20 francs. Librairie-imprimerie, Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

Il est opportun pour ceux qui s'occupent de gymnastique d'en étendre les bienfaits aux tout petits.

Le propre de la gymnastique est de donner par des exercices judicieux et réglés, tirés des mouvements naturels du corps, une éducation physique générale qui permette facilement au sujet une tenue correcte, une bonne utilisation de ses organes respiratoires, des mouvements libres et assurés.

Prendre comme point de départ les mouvements spontanés du corps tel est le but, le point essentiel du travail avec les nourrissons : la collaboration consciente de l'élève faisant ici complètement défaut, ce qui importe c'est, en premier lieu, de rendre ses mouvements spontanés tels qu'ils le fortifient et activent ses échanges, puis, par des mouvements contraires aux premiers, d'éveiller en lui la force d'opposition. C'est ainsi que le travail musculaire aura sa plus grande efficacité.



Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

FONDÉ EN 1873. — N° 47 LE NUMÉRO : 50 Centimes 25 NOVEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 14 novembre. — M. BUTAUD : Les métrorragies après la ménopause ; leur valeur symptomatique. — M. ROSENTHAL : La rétraction utérine pendant le travail. — M. LOLOUM : Etude de l'échinococcose alvéolaire du foie.

15 novembre. — M. WESTER : Insuffisance cardiaque dans l'aortite syphilitique.

17 novembre. — (Thèse vétérinaire). — M. MONET : Anatomie, pathologie, chirurgie des glandes anales du chien.

23 novembre. — M. DAVOUS : Traitement des arthrites infectieuses aiguës et subaiguës par la pyrétothérapie. — Mme ARAGER-OGUX : L'état génital chez les basedowiennes. — M. JACOB-ELIGABETH : Du rôle du sympathique dans la genèse de quelques troubles fonctionnels. Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de ces troubles en pathologie mentale. — M. LAROCHE : Traitement et indications des parotidites aiguës.

25 novembre. — M. DUQUESNE : Etude de la momectomie au cours de la grossesse. — M. LOBY : Etude du meilleur mode de drainage dans les appendicites aiguës. — M. RONGÈRE : Etude des troubles fonctionnels par hyperkinésie du bassinet. — Mlle LÉVY : Etude des rétentions placentaires. — M. ROLLIN : La circulation de la conjonctivite bulbaire, état normal pathologique.

Hôpitaux d'Angers. — *Concours d'internat.* — Ont été nommés : internes titulaires, MM. Buord, Girard, Boutin, Mlle Pertuy ; internes provisoires : MM. Goude, Tan, Grimault, Mlle Van Grœnendael.

Concours d'externat. — Ont été nommés externes : MM. Cady, Guilloux, Chaigneau, Poirier, Boumier, Vessière, Boucheron, Orvoën.

Faculté de Strasbourg. — Le Conseil de la Faculté a désigné M. André Forster, professeur d'anatomie, pour remplacer comme doyen le Professeur Prosper Merklen dont le décanat expire le 6 décembre.

Clinique des maladies mentales. — (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique.* (Année 1933-1934.) — 7 janvier, M. LÉVY-VALENSI : Généralités. Examen d'un psychopathe. — 14 janvier, M. CÉNAC : Obsessions. Perversions. — 21 janvier, M. BOREL : Hallucinations. — 28 janvier, M. BOREL : Idées délirantes.

4 février, M. LÉVY-VALENSI : Syndromes d'excitation. — 11 février, M. LÉVY-VALENSI : Syndromes de dépression. — 18 février, M. BARUK : Syndromes confusionnels (1re leçon). — 25 février, M. BARUK : Syndromes confusionnels (2e leçon).

4 mars, M. CODET : Syndromes démentiels (1re leçon). — 11 mars, M. CODET : Syndromes démentiels (2e leçon). — 18 mars, M. CEILLIER : Médecine légale psychiatrique (présentation de malades).

Ce cours facultatif, public et gratuit est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches à 10 heures, à l'Asile clinique (1, rue Cabanis), à partir du dimanche 7 janvier 1934.

Conférence radiophoniques. — Renouvelant son concours au cinquième cycle annuel de propagande pour l'hygiène individuelle, la Ligue internationale d'hygiène demande à MM. les spécialistes de la médecine, de l'hygiène et de l'art dentaire (toutes catégories) désireux de participer à des conférences par T. S. F. de s'inscrire sans retard par lettre (accompagnée d'un timbre) à son siège : 10, rue Bréa, Paris (VIe).

Dans le même sens, la Ligue recevra les inscriptions de MM. les praticiens de province qui voudraient faire des communications.

Salon des médecins et du Corps paramédical. — Le XIVe Salon des médecins, pharmaciens, dentistes, aura lieu courant février, avenue des Champs-Elysées.

Les exposants ont pu apprécier, l'année dernière, le gros effort accompli par le Comité pour faire de cette manifestation artistique la plus remarquée des expositions d'amateurs, et juger du succès de presse et de visiteurs, qui, après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique et M. le Maréchal Pétain, vinrent chaque jour très nombreux.

Cette année, une organisation plus étudiée a permis de retenir une luxueuse salle, parfaitement bien placée, et le Comité croit pouvoir assurer dès maintenant que l'inauguration sera honorée par M. le Président de la République.

Aussi faut-il que tous les confrères qui ont exposé plus ou moins régulièrement depuis la fondation du Salon répondent cette année à l'appel de la convocation qu'ils vont recevoir, et aident, ainsi à la lourde tâche que s'est fixée le Comité.

Pour tous renseignements et nouvelles inscriptions, écrire au Secrétaire organisateur, P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris-XVe.

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux les 20 et 21 décembre 1933.

S'inscrire, avant le 10 décembre prochain auprès du Directeur de l'inscription maritime à Bordeaux.

Comité National de l'enfance. — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 16 novembre 1933 à 16 heures, 5, rue Las-Cases (Musée social).

Association pour le développement des relations médicales A. D. R. M. — *Séance du 7 novembre* 1933. — A la demande de M Chevassu, il est décidé qu'en outre de la liste des opérations devant être pratiquées dans les hôpitaux, on enverrait le sujet des leçons qui seront faites à la Faculté dans le courant de chaque semaine.

Pour diminuer l'encombrement de la Faculté de Paris, il avait été décidé que les étudiants étrangers postulant le diplôme universitaire seraient envoyés dans des Facultés de province. Après entente avec M. le Doyen, il a été décidé qu'après enquête des étudiants ayant des motifs spéciaux de rester à Paris seraient autorisés, que de plus, ils pourraient, s'ils avaient obtenu de bonnes notes à leurs examens à venir terminer leurs études à Paris, ce qui leur permettrait d'être diplômés de la Faculté de médecine de Paris.

Un groupement d'étudiants hollandais devant venir à Paris du 10 au 17 décembre, M. Lemaître est chargé d'organiser le programme de leur séjour.

Communication du Professeur Milianitch au sujet de la création d'un hôpital franco-serbe à Belgrade et de celle d'une filiale yougoslave de l'A. D. R. M.

Des renseignements précis n'ont pas encore pu être obtenus de la Canadian Pacific au point de vue d'un voyage au Canada à l'occasion du Congrès de médecine.

Le président exprime les regrets du Conseil à propos de la mort de M. Sollier.

Elections : MM. Debat, Dognon, Jumon et Wahib Nini.

Amphithéâtre d'anatomie. — (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 4 décembre 1933, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — I. Les hernies inguinales et crurales. — II. Traitement de la rétroversion utérine : ligamentopexie ; ventrofixation isthmique. — III. L'hystérectomie subtotale et totale. — IV. Traitement du prolapsus génital : colporraphie antérieure ; colpo-périnéorraphie postérieure avec suture des releveurs. — V. Chirurgie du côlon droit : appendicectomie ; hémicolectomie droite. — VI. Chirurgie du côlon gauche : anus iliaque gauche ; résection du côlon sigmoïde. — VII. Chirurgie de la vésicule biliaire : cholécystostomie ; cholécystectomie. — VII. Gastro-entérostomie. — IX. Gastrectomie. — X. Amputation périnéale du rectum.

Collège de France. — Le Professeur Charles Nicolle, membre de l'Institut commencera son cours au Collège de France sur « l'expérimentation en médecine », le mercredi 6 décembre 1933 et le continuera les mercredi et vendredi à 6 heures, salle 8.

Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1932-1933. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivré par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1932-1933 est de 1.462 se décomposant comme suit :

Facultés	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Université (mention médecine)	Total
Alger	20	1	21
Beyrouth	28 (*a*)	»	28
Bordeaux	185 (*b*)	8	193
Lille	44	»	44
Lyon	209	20	229
Marseille	49 (*c*)	1	50
Montpellier	60	22	82
Nancy	40	23	63
Paris	556 (*d*)	75	631
Strasbourg	36	12	48
Toulouse	65	8	73
	1.292	170	1.462

(*a*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(*b*) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Obrenovitch, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(*c*) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Sigal, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(*d*) Dont 7 avec dispense de la thèse : Mme Clitandre, née Krukowska ; MM. Herzlich, Himmelsteib, Patjalan, Rosenfeld, Verdé et Widder, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

Total des thèses : 1.425 (Etat : 1.255 ; Université : 170).

(*La Vie Médicale*.)

Statistique des diplômes d'Etat de docteur en médecine. — Le nombre des diplômes d'Etat de docteur en méde-

cine délivrés par les Facultés françaises pendant les six dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 : 901 ; 1928-1929 : 965, soit 64 en plus ; 1929-1930, 1.052, soit 87 en plus ; 1930-1931 : 1.120, soit 68 en plus ; 1931-1932 : 1.123, soit 3 en plus ; 1932-1933 : 1.292, soit 169 en plus. (*La Vie Médicale*).

Les diplômes d'Université. Statistique générale. Les diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis 35 ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 2.616 répartis comme suit :

Alger : 12 ; Bordeaux : 146 ; Lille : 10 ; Lyon, : 350 ; Marseille : 2 ; Montpellier : 440 ; Nancy : 143 ; Paris : 1.293 ; Strasbourg : 105 ; Toulouse : 115.

165 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat. (*La Vie Médicale.*)

— **Nécrologie.** — Docteur Barin, de Sommières (Gard). — Docteur Xavier Baumann, père, de Mulhouse. — Docteur Etienne Chanay, de Tournus (Saône-et-Loire), décédé à Lyon. — Docteur Cheminat, décédé à Bordeaux. — Docteur Louis Daujat, ancien médecin de colonisation en Tunisie, décédé à Voiteur (Jura) dans sa 48e année. — Docteur Emile Diet, de Saint-Nazaire. — Docteur Flous, de Noaillan (Gironde). — Docteur Henry Fondet, de Lyon, décédé dans sa 62e année. — Docteur Maurice Giraud, décédé à Magagnosc (Grasse), dans sa 42e année. — Docteur Léopold Jagues, de Bordeaux. — Docteur Janicot, de Saint-Marc-à-Loubaud (Creuse). — Docteur Pesquerel, de Paris, 11, rue Michel-Ange (XVIe). — Docteur Georges Pontier, de Lumbres (Pas-de-Calais). — Docteur Rumeau, de Pamiers (Ariège). — Docteur Sassier, de Paris. — Docteur Adolphe Viaud, de Bordeaux. — Docteur Burci, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Florence. — Docteur Papinio Pennati, chirurgien chef de l'hôpital d'Udine (Vénétie), décédé à l'âge de 77 ans. — Professeur Giulio Luigi Sacconaghi, de Brescia. — Docteur M. Donald Armour, chirurgien neurologiste, mort subitement lors de la réunion de la Société médicale de Londres. — Docteur Francis Graham Crookhank, de Londres, décédé à l'âge de 60 ans. Il était membre de la Société française d'histoire de la médecine et de la Scioété de morphologie de Paris.

« L'installation des médecins civils libres aux Colonies n'est possible que dans de très grands centres : et ils y sont déjà. Les docteurs en médecine annamites reviennent et reviendront de France, de plus en plus nombreux. Il est donc bien entendu qu'il faut rejeter le double sophisme habituel : les Colonies offrent un débouché facile aux jeunes médecins ; pour dégager la métropole, allez aux Colonies. » (Lettre d'un médecin d'Indo-Chine au Concours Médical.)

BIBLIOGRAPHIE

La « Morte Vivante », par Henri Hauvette. Un vol. in-16 jésus. Prix : 15 francs. Bibliothèque de la Revue des Cours et Conférences. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris.

Le hasard plaça, un jour, sous les yeux de l'auteur — il y a de cela plus de trente ans — un récit d'inhumation prématurée, de sépulture qui restitue sa proie, enfin de procès entre le mari qui s'était cru veuf et l'heureux sauveteur : A qui la femme ? — Or cette histoire, parée à la mode du XVIIIe siècle, reproduisait, quant au fond, non pas une, mais plusieurs nouvelles italiennes des XVe-XVIe siècles, dont le thème initial remonte à des contes orientaux fort anciens, se retrouve dans la vieille poésie française d'origine bretonne, puis en Espagne, et enfin, dans les littératures modernes, notamment en Angleterre, où Shakespeare en a tiré un de ses premiers chefs d'œuvre, *Roméo et Juliette*.

Résultat de patientes recherches et de lectures étendues, ce volume expose et classe en onze chapitres les éléments primitifs de la légende, puis les développements successifs que lui donna l'art réfléchi d'une série d'auteurs inégaux, dont quelques-uns sont de premier ordre. Car ce thème de la « Morte vivante » ou de la « Vivante ensevelie », s'il a eu, sans aucun doute une origine populaire lointaine, est surtout un motif littéraire, où se sont essayés successivement des écrivains comme Marie de France, Chrétien de Troyes, Boccace, Masuccio de Salerne, Luigi da Porto, Bandello, Shakespeare, Honoré d'Urfé, Victor Hugo et jusqu'à Emile Zola !

L'auteur ne présente cet ouvrage, où sont passés en revue quelque vingt-huit récits, que comme une distraction qu'il s'est accordée entre de plus graves travaux. Il distraira aussi des lecteurs curieux de suivre, à travers l'espace et le temps, un thème riche en situations variées, parfois bouffonnes, plus souvent tragiques.

TRAVAUX ORIGINAUX

HOPITAL PSYCHIATRIQUE SAINTE-ANNE

Variétés et valeur sémiologique du syndrome dit hallucinatoire[1]

Par le Professeur **Henri CLAUDE**

Le syndrome hallucinatoire a retenu depuis plus de cent ans, à juste titre, l'attention des psychiatres et des psychologues. Il s'agit d'un élément fondamental et particulièrement caractéristique des perturbations fonctionnelles de l'esprit. L'expérience prouve néanmoins la divergence des opinions des auteurs au sujet de la nature, du mécanisme et de la valeur sémiologique de ce syndrome. Les définitions qu'on a voulu en donner sont en général critiquables et inadéquates parce qu'elles ont trop tendance à mettre en avant les caractères pathogéniques ou le mécanisme psychologique et qu'ainsi elles laissent en dehors un certain nombre d'états hallucinatoires qui relèvent de processus autres que ceux visés par les auteurs. Il conviendrait d'envisager simplement le processus général de l'état hallucinatoire tel qu'il apparaît dans les définitions d'Esquirol ou de Ball et qui s'adapte tout simplement aux troubles fonctionnels qu'accusent les malades ou qu'on arrive à déceler chez eux. Il faudrait surtout, pour prendre une connaissance claire de ce que sont ces états souvent variés et se transformant facilement en d'autres processus, s'habituer à laisser parler le sujet, à s'en tenir à ses propos et se défendre contre des interprétations trop faciles et des conceptions psychologiques qu'on est habitué à développer. On arrive ainsi à perdre de vue la nature même du trouble mental.

Le terme d'hallucination est appliqué indifféremment à tous les cas qui ont les apparences d'un trouble psycho-sensoriel. Cette dénomination n'a pas d'importance lorsqu'il s'agit simplement, du point de vue clinique, de caractériser d'une façon générale un des éléments d'une maladie mentale, mais comme dans la plupart des cas on est porté à discuter le mécanisme et la pathogénie de ce trouble, il se trouve que le mot hallucination est employé alors qu'il répond à des conditions psychiques toutes différentes les unes des autres. Il apparaît cependant aux yeux de tout le monde combien différentes sont les manifestations d'allure psycho-sensorielle d'un dément précoce hébéphrénique, d'une intoxication alcoolique ou mescalinique d'un sujet atteint de tumeur cérébrale, d'un débile paranoïde ou d'un sujet normal, qui, sous l'influence d'un état de dépression psychasthénique présente un trouble hallucinatoire passager dont il étudie lui-même la signification.

Or, les conclusions concernant l'état psycho-pathologique qui constitue l'hallucination semblent pour bien des auteurs, aussi valables quand il s'agit d'un trouble apparaissant chez l'un ou l'autre de ces types de malades que je rappelle. Il nous paraît donc opportun de s'entendre sur les diverses variétés d'états dits hallucinatoires et d'accepter à cet égard une certaine discipline terminologique. Si l'on a à se mettre d'accord sur ces diverses variétés on pourra étudier avec fruit les cas rangés dans telle ou telle catégorie et tout en reconnaissant qu'il peut y avoir bien souvent des faits de passage entre ces catégories on sera en état de marquer la transformation qui devra se produire dans l'évolution de la maladie mentale sous des influences diverses.

(1) Communication faite à la Société suisse de Psychiatrie, oct. 1933.

C'est pourquoi il nous paraît désirable d'attirer votre attention sur les variétés suivantes des états hallucinatoires au sujet desquels, au cours de nos études nous avons pu varier nous-même, mais qui cependant nous paraissent aujourd'hui permettre de mettre un peu d'ordre d'une façon légitime dans les différents aspects d'un syndrome dont l'importance n'échappe à personne dans la sémiologie psychiatrique.

Nous serions tenté de distinguer d'une façon un peu schématique les trois variétés suivantes dont nous résumons en quelques mots les caractéristiques :

I. — L'hallucinose (Wernicke) telle qu'on l'a entendue en France depuis longtemps avec Seglas, Dupré et Gehno, Dide et Guirand, est un symptôme qui emprunte les caractères de l'illusion surtout au début pour constituer ensuite un état hallucinatoire au sens général du mot : c'est-à-dire de la perception sans objet. Les attributs sont essentiellement l'objectivité spatiale, mais surtout l'absence de croyance à la réalité, sauf, parfois, dans les paroxysmes sensoriels, l'absence de comportement délirant par conséquent, et la nature en général nettement organique : les phénomènes sensoriels sont dans ces conditions anidéiques sans rapport constant avec la personnalité du sujet, et dépourvus de toute charge affective au début du moins.

II. — L'hallucination vraie est caractérisée par des phénomènes sensoriels, vrais dès leur origine, c'est-à-dire ayant les caractères de l'objectivation spatiale, la croyance à la réalité de ces perceptions, s'associant au délire et à ses conséquences (troubles de l'attitude, du comportement, réactions, phénomènes constants, persistants) et partiellement intégrées dans la personnalité du sujet : d'où la forme souvent psycho-motrice. Elles sont conditionnées :

1° par un état organique évident : intoxications, néoformation, destruction ;

2° par une altération psychogénique initiale de la personnalité conduisant à des manifestations obsessionnelles et au délire grâce à un état déficient des conditions neurovégétatives (aspect clinique de la psychose hallucinatoire ou des psychoses paranoïdes).

III. — Les pseudo-hallucinations sont dépourvues, au contraire, de bases sensorielles réelles. Il s'agit de phénomènes essentiellement et uniquement intégrés, malgré certaines apparences, dans la personnalité du sujet, pourvus d'une forte charge affective et se manifestant sous une série de manifestations psychiques, interprétations, intuitions, productions imaginatives et surtout véritables délires. Le délire conditionne les fausses perceptions. Le processus psychologique de rumination mentale, d'hyperendophasie, conduit à créer l'apparence de phénomènes sensoriels (hallucinations psychiques, psycho-motrices par interprétation de la forme habituelle du langage intérieur). (conversations à haute voix, sensation d'*épeler en pensant*, en lisant) d'où la valeur objective attribuée aux faits psychiques d'où la projection à l'extérieur, le syndrome d'action extérieure.

Dans ce syndrome très commun, sur lequel j'ai appelé l'attention, il est difficile de distinguer, souvent à un examen superficiel, ce qui revient à la pseudo-hallucination, à l'interprétation. Le passage à l'hallucination vraie est possible. La condition pathogénique peut être trouvée :

a) Dans des modifications anatomiques (hypertension).

b) Dans des modifications dynamiques de l'activité psychique causées par des états neuro-végétatifs.

Cette classification qui peut être un peu arbitraire répond cependant à un certain nombre de cas qui nous paraissent bien distincts. Certes, il s'agit bien souvent dans la pratique de cas, comme nous le disions, qui représentent des stades parfois intermédiaires entre l'hallucinose et l'hallucination vraie. Dans d'autres cas, il est possible aussi de noter dans les paroles du malade certains faits qui peuvent être une combinaison de l'état hallucinatoire vrai et de la

◆◆

pseudo-hallucination. Mais ne sommes-nous pas habitués en pathologie générale à constater des intrications d'états morbides, aussi n'est-il pas surprenant en pathologie mentale d'observer des périodes pendant lesquelles des illusions préparent le syndrome hallucinatoire, et ailleurs des obsessions ou des interprétations qui sont à la base de manifestations qui se révéleront plus nettement comme des hallucinations ou qui s'associent dès le début au syndrome hallucinatoire, de façon à rendre le diagnostic de l'état morbide souvent difficile pour le clinicien.

Néanmoins, les cadres que nous proposons permettent de constituer d'une façon générale des variétés qui peuvent n'être que provisoires mais donnent la possibilité d'orienter plus facilement le diagnostic.

L'une des malades dont nous avons rapporté l'histoire qui était atteinte d'une surdité assez prolongée en rapport avec une syphilis ancienne, irréductible d'ailleurs par la médication spécifique, a montré d'une façon continue, avec périodes d'exaspération, de véritables crises où elle entendait seulement comme un radotage, suivant son expression ; « Tournez-vous, Marie, tournez-vous, Marie ». C'est parfois une voix d'homme, parfois une voix plus faible, parfois des sifflements très forts. La malade reconnaissait parfaitement la nature du phénomène pathologique « je sais bien, disait-elle, que ça ne peut pas être naturel, il faudrait que je sois folle pour croire que c'est réel, jamais de la vie ». Et, de fait, elle n'avait aucune des réactions qu'ont généralement les vrais halluciés. Il s'agissait d'un phénomène psycho-sensoriel où l'esthésie sensorielle est très vive, c'est bien là le caractère de l'hallucinose.

Un autre de mes malades dont j'ai publié l'histoire en 1913 était sourd et aveugle, quoique fort intelligent et capable de s'occuper de sa profession d'architecte, car il pouvait communiquer avec sa femme qui lui traçait les lettres avec son doigt et il lisait l'alphabet des aveugles. Cet homme présentait sous l'influence de crises d'hypertension intracranienne par méningo-épendymite des crises d'hallucination auditive caractérisée par des voix qui relataient devant lui toutes sortes de propos ou bien c'était une sorte de musique ou même parfois simplement des bourdonnements et des chuchotements indistincts. Lorsqu'on interrogeait le malade sur ces phénomènes il disait qu'il savait bien qu'ils ne répondaient pas à des réalités, que néanmoins, à certains moments, il était tellement exaspéré par ces bruits qu'il ne pouvait s'empêcher de répondre ou de vitupérer contre ces bruits, se donnant l'illusion de les annihiler. Parfois, même, obsédé par cet état il exprimait la crainte de ne pouvoir résister toujours de sorte qu'on l'entendait souvent dire : « Je tiens bien ma raison, je la tiens, elles ne m'auront pas ». Ces troubles sensoriels disparurent par une série de ponctions lombaires faisant tomber l'hypertension intracranienne.

Dans des cas comme ceux-ci il n'est pas question de délire, bien que parfois les phénomènes psycho-sensoriels aient eu les caractères suraigus que nous retracions plus haut. Dans un autre ordre d'idées, les symptômes accusés par certains déments précoces, notamment dans les formes d'hébéphrénie délirante ou de schizophrénie, dans l'alcoolisme ou dans l'encéphalite, ont véritablement des caractères psycho-sensoriels très nets parmi lesquels les phénomènes sensoriels et le délire peuvent être intriqués, mais parfois les phénomènes sensoriels sont seuls en activité et le délire peut rester caché ou représenter un caractère passager variable, mal systématisé, fugace, suivant que les troubles sont en rapport soit avec un état organique soit avec une altération psychogénique de la personnalité.

De ces hallucinations vraies, il est légitime de séparer et c'est là le point important, les pseudo-hallucinations des délires transitoires, occasionnels de certains débiles, des états schizophréniques paranoïdes et des mélancolies délirantes par exemple, dans lesquelles les phénomènes d'apparence sensorielle, lorsqu'on veut bien les étudier sans idées préconçues et sans chercher à construire des théories psychologiques, trop souvent sans base clinique, paraissent essentiellement comme sous la dépendance de la conception délirante et ne revêtent un caractère hallucinatoire qu'en raison de l'objectivation que tend à faire le malade, d'une projection au dehors qui nous semble un fait habituel.

Voici à titre d'exemple comment un de nos malades décrivait lui-même les pseudo-hallucinations qu'il éprouvait. Il s'agissait d'un débile mental de 50 ans, qui se plaignait depuis une dizaine d'années d'éprouver des hallucinations d'une façon intermittente à différentes périodes de sa vie. Son hérédité était assez chargée, une sœur internée et d'autre part il avait dans le cours de son existence fait des abus de boisson à plusieurs reprises : c'était particulièrement dans ces périodes d'intempérance qu'il entendait ses voix : voici ses propres paroles :

« Souvent j'entendais parler, je ne percevais pas nettement ce qu'on me disait, c'était brouillonné, de sorte que je ne comprenais pas très bien. Je me rendais compte toutefois qu'on discutait sur mon compte personnel, il s'agissait toujours de moi ; j'en étais étonné et quand les voix étaient plus distinctes je me demandais si ce n'était pas ma façon de penser, qu'on disait, si ce n'était pas ma pensée que j'entendais, c'était surtout quand je me trouvais dans un endroit bruyant où les bruits étaient assez rythmés par le roulement qu'il me semblait que j'entendais : à mon avis, c'était la pensée de mon esprit qui s'extériorisait. Vraisemblablement en effet, il ne devait pas s'agir de vraies voix. Ainsi, à la Santé, j'entendais ma fille discuter et dire par exemple : « S'il nous avait écoutés il serait resté avec nous, il n'aurait pas été avec cette femme qui buvait et ça ne serait pas arrivé » (il avait été inculpé de meurtre sur la personne de sa maîtresse qui, elle-même ivrognesse, le menaçait d'un revolver qu'il tourna contre elle). Quand j'entendais cette voix je me disais bien « ce n'est pas ma conscience, ce n'est pas quelque chose qui parle puisque c'est la voix de ma fille » et maintenant que j'y réfléchis je sais bien que ce n'était pas ma fille puisqu'elle n'était pas là, et j'ajouterais même que ce n'est pas par un procédé comme la T.S.F. que j'entendais cela »......

Il disait aussi : Il n'y a qu'à penser à quelque chose, regarder quelqu'un les voix viennent tout de suite. Chez lui ou dans la rue, on parle de tout ce qu'il fait, de tout ce qu'il pense. Il ne peut faire quelque chose sans qu'on en parle. Il entend moins s'il est distrait.

Les voix ne l'interpellent pas directement. C'est toujours des conversations à son sujet. Au moment de s'endormir, il les entend beaucoup ; puis la nuit est tranquille, et le matin aussi quand il est bien reposé. Plus il est fatigué, plus il les entend et plus fort.

Nous croyons cette distinction, entre ces variétés, véritablement digne d'attention, car elle permet d'apporter dans les études que l'on voudra poursuivre sur le mécanisme, la physiologie ou la psychologie pathologique concernant ces états, des bases beaucoup plus adaptées à la réalité et justifiant l'individualisation de ces états. Au point de vue pratique l'étude clinique de ces variétés peut donner des indications intéressantes au point de vue du pronostic et de la thérapeutique.

Nous n'ignorons nullement l'intérêt qui doit être reconnu à l'orientation neuro-biologique dans l'étude des états hallucinatoires, mais n'est-il pas juste de réserver dans ces recherches une importance particulière aux conditions dans lesquelles la clinique révèle nettement une origine organique ? S'il est toujours loisible, dans les cas où le processus psycho-pathologique paraît évident de mettre en cause toutes sortes de modifications neuro-végétatives, susceptibles d'attirer les tendances de la personnalité, encore conviendrait-il qu'on sortît des constructions hypothétiques et que la méthode expérimentale soit mise à contribution dans des conditions sévèrement rigoureuses. Aussi pour rester dans le domaine des faits, nous croyons qu'il est nécessaire de diviser les recherches sur ces états hallucinatoires suivant leurs caractères fondamentaux et suivant les éléments étiologiques qui paraissent les plus évidents. D'ailleurs, ces divisions basées sur la distinction entre le phénomène psycho-sensoriel pur et les états associés aux conceptions délirantes ou même à la simple croyance à la réalité des manifes-

tations sensorielles orientera plus facilement du côté de l'étude du fond mental de ces malades. Or, celle-ci est indispensable lorsqu'on veut établir le pronostic de ces divers états hallucinatoires. Dans l'hallucinose, sauf quelques cas exceptionnels, le fond mental reste normal ; ce n'est que dans certaines conditions de longue évolution que l'on peut voir une transformation du caractère du symptôme. Mais dans les hallucinations vraies et pseudo-hallucinations cette étude du fond mental renseigne d'une façon beaucoup plus intéressante sur la valeur pronostique et diagnostique des états hallucinatoires. Dans les hallucinations vraies persistantes, il est presque constant de voir, après un temps plus ou moins long, se modifier le fond mental qui évolue peu à peu vers la désagrégation de type démentiel. Dans les pseudo-hallucinations, l'évolution est variable et elle dépend en grande partie des éléments pathogéniques. Tantôt ce sont les conditions neuro-biologiques qui réellement entrent en jeu ici, dont le caractère variable, passager, transitoire, explique nettement la variabilité de la condition mentale et notamment les symptômes pseudo-hallucinatoires et délirants. Dans d'autres cas, au contraire, dont la nature schizophrénique paraît bien démontrée, les éléments de dissociation apparaissent de plus en plus prononcés et l'évolution démentielle partielle si spéciale à ces états est à peu près fatale. Ces trois variétés du syndrome dit hallucinatoire peuvent d'ailleurs dans certains cas ne pas exclure les faits de transition intermédiaire ou même le passage de l'une à l'autre variété, comme nous l'avons déjà indiqué.

On concoit, dans ces conditions, sans que nous ayons besoin d'y insister, que des éléments thérapeutiques intéressants puissent être tirés de l'étude clinique et pathogénique des états hallucinatoires et les avantages de la division que nous avons déjà défendue dans des travaux antérieurs et que nous proposons encore aujourd'hui, nous apparaissent peut-être susceptibles de retenir l'attention.

Cardiopathies et grossesse

Par **A. PITHON**

L'étude du retentissement de l'état de gravidité chez les cardiaques a été de tout temps d'importance primordiale, et, sans se montrer trop sévère, sans exclure *a priori*, pour une cardiaque, la possibilité d'une grossesse et d'un accouchement, il faut reconnaître que l'état de gravidité chez une femme atteinte d'une cardiopathie posait des problèmes divers mais sérieux tant au point de vue pronostic qu'au sujet de la conduite à tenir.

Quel avis doit-on donner à une cardiaque avérée qui désire se marier ? Si une grossesse survient, peut-elle occasionner la mort de la mère au moment du travail ou précipiter plus tard l'évolution de la lésion cardiaque ?

En présence d'une cardiaque enceinte, quelle conduite doit-on tenir pendant la grossesse et pendant l'accouchement ? Autant de points d'intérêt capital et qui se posent à l'accoucheur dans des circonstances relativement fréquentes.

Mais d'abord, qu'entend-on par affection cardiaque ? On doit considérer comme cardiaque tout sujet présentant des signes physiques nets indiquant l'atteinte de la structure du muscle cardiaque, atteinte décelée par les signes cliniques, les tracés sphygmographiques, enfin, ultérieurement les constatations macroscopiques et microscopiques fournies par l'autopsie.

La première condition essentielle, pour pouvoir poser le diagnostic est un examen approfondi de l'état du cœur. Il est en effet démontré que, pour certains sujets, le diagnostic d'affection cardiaque est posé de façon tout à fait erronée. Gammeltoft, de Copenhague, a montré que, pendant la grossesse, l'état du cœur peut faire penser à une lésion cardiaque alors que celle-ci est nettement absente. Chez 239 femmes examinées, il trouve dans les deux derniers mois de la grossesse, chez 39 d'entre elles, soit 16,3 %, des signes paraissant en imposer pour une lésion cardiaque: pouls rapide, extrasystoles, pouls veineux, souffles systoliques et diastoliques de la base du cœur, ainsi qu'aux orifices pulmonaires et tricuspidiens, tous signes disparaissant rapidement un ou deux mois après l'accouchement.

Quels sont donc les effets produits par la grossesse sur le cœur, et comment les expliquer?

Il a été démontré que la masse sanguine s'accroît pendant la grossesse, surtout vers le milieu de la gestation, cette augmentation, évaluée par Bancroft à 44 % environ a pour conséquence une augmentation parallèle du travail du cœur. Cependant cette opinion n'est pas celle de tous les auteurs : c'est ainsi que S. James Mackensie pense que l'état de gravidité n'entraîne aucune hypertrophie cardiaque et n'a aucune influence sur cet organe. Il est certains faits se rapportant à la physiologie cardiaque qui amènent à penser que l'accroissement de la masse sanguine n'entraîne pas fatalement une augmentation du travail du cœur : à mesure que la grossesse évolue, l'accroissement de la cavité utérine entraîne une augmentation du volume de l'abdomen, avec élévation de la pression intra-abdominale, d'où un meilleur reflux du sang veineux dans la cavité cardiaque. Telle est du moins l'opinion de William D. Reed, par ailleurs s'appuyant sur l'explication donnée par le physiologiste Wright. Cette physiologie est d'ailleurs fort complexe et ce n'est pas le lieu de l'envisager ici.

Ceci posé, quelle est la fréquence des accidents gravido-cardiaques et quelles sont les affections cardiaques qui, à la base, sont le plus fréquemment rencontrées ?

Les différentes statistiques qui ont été fournies par les auteurs américains fixent l'âge moyen de la mortalité, chez les sujets étudiés, à 35 ans et demi environ. Les statistiques du Boston City Hospital de 1916 à 1928 ont limité cette étude aux cas de sténose mitrale définitive, d'origine rhumatismale, cas pour lesquels une vérification de la lésion avait pu être faite à l'autopsie, ceci pour éliminer les erreurs de diagnostic clinique et la possibilité exceptionnelle de rétrécissement mitral d'une autre origine étiologique.

On peut objecter que cette statistique peut être faussée par l'élimination des cas d'insuffisance mitrale ou des lésions aortiques ; mais plusieurs auteurs ont démontré que les lésions de localisation valvulaire particulière, n'avaient que peu d'importance pour l'établissement du taux de la mortalité.

Hermann et King ont utilisé les statistiques de 1927, 1928, 1929, des cas observés dans les services de cardiologie et d'accouchement du Charity Hospital de New-Orléans. Ils signalent les résultats suivants :

sur 1.746 femmes enceintes : vingt-quatre cas d'affections cardiaques (soit 1,38 p. 100 sur ces vingt-quatre cas) ; dix ont accusé une aggravation nette de leur cardiopathie au cours de la grossesse. En même temps : huit cas, soit 0,458 p. 100 d'endocardite infectieuse, myocardite, signes congestifs pulmonaires ; quarante-sept cas d'hypertension, éclampsie, néphrites toxiques.

En ce qui concerne le taux de la mortalité générale des femmes admises aux services d'accouchement, les mêmes auteurs signalent :

huit cas de mort par affection cardiaque ;
dix cas d'éclampsie ;
trois cas d'infection puerpérale ;
cinq cas de placenta prævia ;
quatre cas de décollement prématuré du placenta ;
deux cas d'hémorragie de la délivrance ;
deux cas de pneumonie ;
huit morts par affections diverses.

Cette série de faits, bien que peu étendue, a été étudiée

avec beaucoup de soins ; les cas d'affections cardiaques ont été étudiés cliniquement, on a pu établir des résultats précis par l'emploi des électrocardiogrammes, tous renseignements permettant d'établir des résultats précis au point de vue des rapports de la grossesse avec l'état cardiaque des sujets observés.

Les auteurs se déclarent tout particulièrement intéressés par les troubles observés chez les sujets présentant une lésion valvulaire chronique plus ou moins grave, ils attirent cependant l'attention sur le fait que des troubles cardiaques peuvent s'observer chez des sujets ne présentant pas de lésion valvulaire chronique, troubles survenant au cours d'une grossesse et d'un accouchement.

Ils ont adopté une classification particulière, répartissant les cas observés en cinq groupes distincts.

Dans un premier groupe, ils rangent les cas d'affections cardiaques d'origine rhumatismale qui, au cours de la grossesse se compliquent de troubles du mécanisme cardiaque. Dans ce groupe, ils signalent six cas intéressants.

A) Une multipare de 33 ans, aortique et mitrale, présentant des symptômes d'angine de poitrine et mourant au cours de son septième accouchement.

B) Une primipare de 37 ans, atteinte de péricardite rhumatismale rebelle au traitement médical, laissant à sa suite une lésion valvulaire grave et une arythmie intermittente. Ils insistent tout spécialement sur l'intérêt de cette dernière qu'il importe de bien connaître et dont on doit préciser la nature exacte à l'aide de l'électrocardiogramme.

C) Enfin, ils signalent une troisième malade présentant des signes de blocage auriculo-ventriculaire complet ayant mené à terme six grossesses sans accident.

D) Quatrième cas. Malade atteinte de rétrécissement mitral avec signes de fibrillation auriculaire et de défaillance cardiaque ; symptômes graves entraînant la mort de la mère et de l'enfant au huitième mois de la grossesse.

E) Cinquième malade. Tachycardie paroxystique et maladie mitrale, accouche de son neuvième enfant sans incident.

F) Sixième malade, atteinte de maladie mitrale avec signes de décompensation, mise précocement au traitement médical, accouche de son sixième enfant sans incident.

De ces cas, on peut tirer quelques conclusions. La fibrillation auriculaire est une rare, mais très importante complication que les accoucheurs peuvent observer ; elle indique une atteinte sérieuse du myocarde. Les autres troubles du rythme qui peuvent être rencontrés, comme la tachycardie paroxystique ont un pronostic moins sombre et obéissent bien au traitement approprié. Les cas de tachycardie paroxystique feront d'ailleurs un peu plus loin l'objet d'une étude plus approfondie.

Le deuxième groupe de ces malades comporte les cas où une cardiopathie valvulaire chronique se complique de troubles d'ordre congestif.

Pour ces cas, l'évolution est tout entière subordonnée à l'institution d'un traitement médical approprié. Sur neuf cas, ils signalent deux cas de mort en l'absence de tout traitement suivi.

Le troisième groupe comprend les cas d'affection valvulaire chronique présentant, au cours du *post partum* une exacerbation de l'infection rhumatismale entraînant une aggravation de la lésion valvulaire. Ce sont des cas pour lesquels la médication salicylée, associée à la médication cardiaque, donne des résultats satisfaisants.

Le quatrième groupe rassemble les cas de myocardite chronique se compliquant d'embolie pulmonaire avant ou pendant le travail, entraînant la mort après une période d'aggravation de l'insuffisance du myocarde.

Le cinquième groupe comprend les malades ayant des signes de néphrite subaiguë ou hypertensive avec lésion aortique d'origine spécifique ou artérioscléreuse. H. et K. rapportent quatre cas rentrant dans ce groupe pour lesquels ils ont observé :

une mort ;
un accouchement à terme sans incident ;
quatre survies avec signes d'asystolie ;
deux cardiopathies chroniques avec aggravation de la lésion primitive.

Cette classification d'H. et K. est fort intéressante et donne d'emblée une idée des différents cas observés et de leur valeur pronostique. De cette étude, il faut retenir certains faits plus particulièrement intéressants, et parmi les complications rencontrées chez les femmes enceintes atteintes de cardiopathie il faut immédiatement dégager trois ordres de faits :

1) il existe, au cours de la grossesse, chez les cardiaques des troubles du rythme dont la tachycardie paroxystique est le type le plus fréquemment rencontré ;

2) la grossesse, par l'excès de travail qu'elle impose au cœur, prédispose les cardiaques aux accidents respiratoires ou de défaillance cardiaque ;

3) même sans accident brutal, il survient dans un certain nombre de cas, une aggravation de la lésion valvulaire préexistante.

Ce sont trois ordres de faits qu'il est intéressant d'envisager successivement.

***

Tachycardie paroxystique et grossesse

La tachycardie paroxystique est définie par Lewis comme un syndrome dans lequel, de temps à autre, le mécanisme normal des pulsations cardiaques est interrompu par une série de battements rapides et réguliers, au rythme de 110 à 200 pulsations par minute, l'ensemble débutant et s'arrêtant brusquement.

Le point de départ normal de l'origine des battements cardiaques est le nœud sinusal, situé à la jonction de la veine cave supérieure avec l'oreillette droite. Dans la tachycardie paroxystique, un nouveau centre d'impulsion cardiaque s'élève en dehors du nœud sinusal, soit de l'oreillette, soit du ventricule, et le rythme est plus accéléré que normalement. Dans les cas ordinaires de tachycardie paroxystique, le début est soudain. Le malade est parfaitement normal et peut être averti du début du paroxysme par l'accélération des battements cardiaques ou par une sensation d'agitation insolite au niveau de la région précordiale. La moyenne des pulsations est d'environ 160 et ne change pas pendant l'effort. Ceci constitue une différence essentielle entre la tachycardie paroxystique et la simple tachycardie. Il n'y a aucune dyspnée, aucun signe physique appréciable, sinon un soulèvement plus accentué des veines jugulaires. Les bruits du cœur sont rapides, on ne constate pas de souffle en général. Il n'y a pas de dilatation cardiaque. La durée d'un accès varie d'une minute à une quinzaine de jours.

Dans les formes plus graves, la dyspnée, la cyanose, l'œdème pulmonaire et l'augmentation de volume du foie peuvent être constatés et le malade peut paraître mourant. L'accès cesse brusquement et tout rentre complètement dans l'ordre, ou bien, la mort survient durant l'accès.

Les causes des accès de tachycardie paroxystique ne sont pas encore complètement connues. Elle s'observe plus souvent chez les hommes que chez les femmes, la proportion étant de 2 pour 1 environ, elle est plus fréquente chez les adultes jeunes entre la 20e et la 30e année, et s'associe fréquemment avec des crises rhumatismales, sténose mitrale ou atteinte du myocarde. Les efforts, les émotions ont été signalés comme causes provocatrices des crises de tachycardie paroxystique, ainsi que les troubles digestifs divers.

Il est assez curieux de constater que l'association de la tachycardie paroxystique avec la grossesse n'est pas signalée dans les manuels classiques comme l'Etude clinique des lésions cardiaques de Lewis, ou dans les Manuels d'obstétrique De Lee ou de Williams. L'ouvrage de De Lee présente un court paragraphe sur la tachycardie et les irrégularités du rythme cardiaque pendant la grossesse, mais sans mentionner la tachycardie paroxystique. Sir James Mackensie parlant de la tachycardie paroxystique au cours de la grossesse, ne la différencie pas de l'accélération auriculaire. « Nous n'avons, dit-il, aucune expérience de ce

rythme anormal au cours de la grossesse ». Cependant, il décrit le cas d'une jeune malade ayant eu des crises d'accélération du rythme cardiaque, avec crises de tachycardie ventriculaire que l'on peut, semble-t-il, rattacher aux accès de tachycardie paroxystique. Dans une revue de la littérature obstétricale, on trouve seulement quatre à cinq cas pouvant être considérés comme de vrais cas de tachycardie paroxystique au cours de la grossesse.

Parmi ceux-ci, deux sont signalés en 1920 par Mushallick. Un cas est rapporté par von Lauper, il s'agissait d'une jeune primipare chez qui un accès de tachycardie avait éclaté à la suite d'un travail prolongé pendant quarante-cinq heures L'auteur crut d'abord à une accélération cardiaque en rapport avec une hémorragie, mais l'état général de la parturiente était excellent et tout rentra rapidement dans l'ordre.

Le même auteur signale deux autres cas, au cours d'un état de shock après un travail normal, au cours desquels la tachycardie paroxystique fut constatée, cas signalés d'ailleurs par Walbek. Dans l'un de ces cas, le diagnostic d'hémorragie interne fut infirmé par la laparotomie et dans l'autre cas, les symptômes de shock disparurent après une très courte période. Dans l'un des cas signalés par Mushallick, il s'agissait d'une primipare, âgée de 23 ans, après accouchement normal, dès l'expulsion du placenta, une importante perte de sang de six cents grammes environ survint. Le pouls étant rapide et filiforme, le diagnostic d'hémorragie interne fut posé ; mais, à la palpation, l'utérus était dur et bien contracté et on ne constatait aucun signe d'hémorragie externe. L'état général de la malade était bon, il n'existait aucune dyspnée. Il y avait 180 pulsations par minute. Cet état persista pendant une heure et s'arrêta brusquement.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme âgée de 34 ans, accouchant pour la cinquième fois et présentant des antécédents répétés de crises cardiaques. Elle fut admise à la clinique avec le diagnostic de décollement prématuré du placenta ou d'hémorragie interne. Le nombre des pulsations radiales était de 160. Mais les bruits du cœur fœtal étaient normaux comme fréquence et bien frappés. Quarante-cinq minutes après le début, l'accès disparut et le pouls tomba à 80. Une heure et demie plus tard, il y eut un nouvel accès. L'accouchement fut entièrement normal.

F.-M. Whyts signale un cas intéressant d'accouchement pendant une crise de tachycardie paroxystique chez une IVe pare, âgée de 35 ans, ayant eu plusieurs crises de tachycardie paroxystique pendant les dix-huit années précédentes ; la malade était également atteinte de sténose mitrale. Malgré le traitement de quinidine suivi par la malade pendant les deux dernières années, les crises de tachycardie survenaient plus fréquemment. Au cours de l'accouchement, la dyspnée de la mère était très vive, il n'y avait aucun symptôme d'asphyxie chez l'enfant. La délivrance survint quinze minutes après avec une perte sanguine d'abondance normale. Aussitôt après, la femme présenta des signes de collapsus, avec pouls à 240, respiration rapide. La digitaline et le digalène restèrent sans action. Le lendemain matin, la malade paraissait mourante, la face était alternativement cyanosée et grisâtre. Le jour suivant, pouls à 280, œdème pulmonaire, hépatomégalie. Le traitement institué par la quinidine et par la morphine ramènent un bon état général avec un pouls à 120.

Aucun incident ne survint ensuite. Ce cas est exposé en détail, car il réalise un tableau très net de ces cas de tachycardie paroxystique durant le travail et rappelle ceux décrits par Walbeck sous le nom de shock.

On voit l'intérêt de ces accès de tachycardie paroxystique et leur valeur pronostique.

Diagnostic

Pour William Reid, il importe de préciser avec soin les règles à observer pour poser le diagnostic de lésion cardiaque organique chez une femme enceinte, et il énumère en les discutant les signes cardinaux à rechercher.

On doit avoir à rechercher :

1) la surdistension manifeste des veines du cou ;
2) un thrill de la région précordiale ;
3) un frottement péricardique évident ;
4) un souffle diastolique :
5) une arythmie persistant après un effort, surtout si la tachycardie atteint ou dépasse 120 :
6) des signes manifestes de dilatation cardiaque ;
7) une hépatomégalie progressive avec foie pulsatile ;
8 des troubles de la circulation artérielle avec hypertension.

Cependant il faut se souvenir que, pendant la grossesse, la distension des jugulaires et l'augmentation de la matité cardiaque peuvent être discutées. L'accroissement de la pression intra-abdominale pendant la dernière moitié de la grossesse entraîne une surdistension des veines jugulaires, ces signes disparaissant après l'accouchement.

De même, à la fin de la grossesse, il y a une surélévation du diaphragme ayant pour conséquence un déplacemeut de la matité cardiaque qui est plus développée transversalement qu'à l'état normal. Ceci fausse les résultats fournis par la percussion et permet à tort de penser à une dilatation cardiaque. En cas de doute, ce sont les examens radiologiques qui permettront un diagnostic précis.

De plus, Gammeltoft a signalé que l'on rencontre un souffle diastolique de la base chez des femmes enceintes ayant un cœur tout à fait normal.

D'ailleurs on est en droit de poser le diagnostic d'affection cardiaque dans certains cas où ces signes cardinaux font défaut, comme pour les crises d'angor et les troubles du rythme cardiaque. On a signalé à cet égard l'importance de la diminution de capacité à l'effort; mais William Reid discute beaucoup la valeur de ce symptôme ; il fait remarquer que la grossesse elle-même crée un état de moindre résistance à la fatigue et que, en outre, cette incapacité à l'effort peut être due à une toute autre cause qu'à une affection cardiaque, tuberculose par exemple.

Hermann et King établissent expérimentalement ces degrés de résistance à la fatigue chez les femmes enceintes et les repartissent en trois catégories, suivant leur aptitude physique à fournir un effort donné, sans signe de fatigue, (dyspnée ou tachycardie).

Groupe I : La dyspnée et la tachycardie persistent et disparaissent une ou deux minutes après l'exercice proposé.

Groupe II : a) La dyspnée et la tachycardie persistent longtemps après l'effort et les mêmes symptômes se produisent après un exercice modéré, marche, montée d'un escalier.

b) Pour certaines malades de cette classe, il y a impossibilité totale à accomplir ces exercices.

Groupe III : Les malades ne peuvent sans dyspnée ni palpitations accomplir les actes normaux de la vie ordinaire.

Les auteurs ont observé que les cas de mort observés au cours du travail rentraient dans les catégories II b et III, les autres malades paraissant devoir supporter les fatigues du travail. La même classification leur permet de poser un pronostic au sujet de l'aptitude du sujet à supporter une intervention chirurgicale.

Par cette classification, les auteurs posent à la fois des indications pour le diagnostic et pour le pronostic de l'affection cardiaque.

Quant à la tachycardie paroxystique, le diagnostic doit être fait aussi précocement que possible, car l'affection est importante à connaître non seulement pendant la grossesse, mais encore au cours du travail. Pendant la grossesse, l'affection est souvent confondue avec les palpitations simples ou tout autre affection s'accompagnant d'accélération du pouls comme l'hyperthyroïdisme et la tuberculose pulmonaire.

Dans les cas de palpitations simples, le début de la crise peut être soudain mais le retour à la normale se fait graduellement, le pouls retombant lentement à la normale ; dans la tachycardie paroxystique, l'accès débute et cesse brusquement.

Dans le premier cas, le pouls peut être de nouveau accé-

◆◆◆

léré par un effort, celui-ci restant sans action dans l'accès paroxystique. Dans l'hyperthyroïdisme, le pouls bien que régulier et rapide peut être accéléré dans l'effort.

Durant l'accouchement et après l'accouchement, il est fort important de faire le diagnostic entre la tachycardie paroxystique. l'hémorragie interne, le décollement prématuré du placenta, l'embolie pulmonaire massive. Il faut rechercher les symptômes cardinaux de ces affections qui sont trop connus pour y insister.

Conduite à tenir

La littérature obstétricale contient un certain nombre de très bons articles concernant le traitement des cardiopathies au cours de la grossesse. Le pronostic et le traitement dépendent surtout de la présence ou de l'absence de signes d'insuffisance cardiaque. La présence des signes d'insuffisance cardiaque, le moment d'apparition de ces signes, l'action du traitement sont autant de facteurs significatifs. Dans les cas d'insuffisance cardiaque sévère, il faut. si la thérapeutique usuelle reste sans action, recourir à la thérapeutique chirurgicale.

Dans les cas de tachycardie paroxystique. il est clairement indiqué d'ajourner toute intervention chirurgicale jusqu'à ce que le rythme cardiaque ait été amélioré par le traitement médical spécifique.

Les accès de tachycardie paroxystique peuvent cesser spontanément, ils peuvent être améliorés par inhibition réflexe, par compression du vague ; le sulfate de quinidine est maintenant employé avec de bons résultats, ainsi que la digitale et la digitaline. Il faut cependant savoir qu'il est impossible de prévoir la durée d'un accès, ses rechutes possibles, sa terminaison. Dans les cas de grossesse normale avec accès de tachycardie paroxystique sans lésion valvulaire évidente, on peut laisser évoluer la grossesse à terme et l'accouchement se fera sans intervention. mais dans certains cas, l'accouchement devra être accéléré. On sait en effet que souvent la tachycardie paroxystique vient compliquer une lésion mitrale. et la conduite à tenir doit s'inspirer de la présence de cette association.

Les accès de tachycardie paroxystique durant le travail et le *post partum* présentent naturellement de grandes difficultés pour le traitement. Les cardio-toniques : la digitale, le strophantus, l'ouabaïne et la morphine peuvent être employés avec succès.

Signalons enfin que certains s'élèvent contre l'emploi de la quinidine pendant la grossesse, la quinidine ayant des propriétés ocytoxiques cinq fois plus actives que la quinine.

En dehors de ces cas de tachycardie paroxystique pour lesquels le traitement est véritablement spécifique, la conduite à tenir dans les cardiopathies vasculaires au cours de la grossesse a été diversement envisagée par les différents auteurs.

Les principes d'opportunité de l'interruption de la grossesse sont relativement simples. Une infection sévère ou des signes nets d'insuffisance cardiaque constituent une indication opératoire formelle. sans pour cela abandonner le traitement médical. Dans le cas particulier surtout où la défaillance cardiaque s'associe à d'autres défaillances viscérales ou à des signes de tuberculose en évolution, l'indication opératoire ne se discute pas.

Si une crise d'œdème aigu du poumon survient pendant le travail, il ne faut pas hésiter à recourir à la morphine, au sulfate d'atropine, à la digitaline intraveineuse employée en solution dosée pour cet usage. Même si la thérapeutique utilisée provoque un arrêt passager du travail, ce rejet ne peut qu'être salutaire et permet à l'accouchement de s'effectuer dans des conditions plus favorables. En tout cas, il convient, avant d'entreprendre un acte chirurgical quelconque, de mettre le malade au traitement médical.

Le problème est très différent de celui qui se pose au cours des toxémies gravidiques, pour lesquelles le contenu utérin est le facteur causal de l'état toxémique.

A moins que le travail ne soit déjà commencé, la malade doit être laissée en repos jusqu'à l'amélioration de son état.

Le choix de l'intervention doit être laissé à l'accoucheur, le cardiologue doit se borner à veiller attentivement à ce que le procédé choisi soit celui qui impose le minimum d'efforts à la mère.

Il est évident que le nombre de grossesses, l'histoire des accouchements antérieurs, la position du fœtus sont autant de facteurs importants à considérer pour la décision de l'acte opératoire.

Le choix d'un anesthésiste particulièrement habile est plus important que le choix de l'anesthésique lui-même ; en fait, le choix de ce dernier peut être laissé à l'anesthésiste.

Quant au traitement médical lui-même de l'insuffisance cardiaque, il est à peine nécessaire de le préciser, car il ne diffère sensiblement pas de celui employé chez les cardiaques en dehors de toute grossesse. L'expérience a d'ailleurs montré que le séjour au lit prolongé n'est pas indispensable chez les malades n'ayant pas de signes d'insuffisance sévère et qui réagissent bien aux agents thérapeutiques.

L'accoucheur doit avoir une connaissance suffisante de ces troubles ou faire appel à un spécialiste ; pour être efficace, le traitement d'une femme enceinte atteinte de cardiopathie réclame l'association du cardiologue et de l'accoucheur.

Hermann et King, au cours d'une très longue étude sur la question, précisent les règles pour le choix de l'anesthésique à employer au cours de l'intervention ; ils donnent la préférence au protoxyde d'azote et au chlorure d'éthyle pour les cas habituels, et réservent pour les interventions césariennes l'anesthésie rachidienne ou l'anesthésie locale. Ils insistent encore sur la nécessité de surveiller l'intégrité de la fonction circulatoire par l'emploi systématique de la digitale et par le repos complet au lit jusqu'à cessation des accidents en cours.

— Les mensurations pelviennes, le volume et la position du fœtus, l'histoire des accouchements antérieurs, les caractères de la lésion cardiaque causale. et sa nature, la durée et la ténacité des accidents de décompensation déterminent la conduite à tenir dans chaque cas particulier. Tout d'ailleurs se borne à écourter le plus possible la période d'expulsion. Après la délivrance, le bandage abdominal serré peut rendre de précieux services pour prévenir les accidents de shock.

Chez les parturientes ayant des signes de décompensation grave, les signes de survie de l'enfant sont minimes et mieux vaut pratiquer l'accouchement dès que le fœtus est considéré comme viable, c'est-à-dire vers 7 mois 1/2 environ. On doit choisir la méthode la plus rapide, en l'espèce l'opération césarienne avec ligature des trompes dans le même temps opératoire. Après l'intervention la thérapeutique cardiaque devra toujours être continuée.

Conclusions.

Les troubles du mécanisme cardiaque au cours de la grossesse ou de l'accouchement sont d'importance et d'apparition variables, mais la fréquence relative de ces complications chez les femmes enceintes oblige à considérer la grossesse comme un facteur d'aggravation. La mortalité par affection cardiaque au cours de la grossesse est plus élevée que chez les cardiaques non enceintes de même âge. La moyenne de l'âge de la mort des malades ayant une lésion cardiaque rhumatismale est de 35 ans 1/2. Les statistiques montrent que l'âge moyen de la mort est de 42 ans chez les femmes mariées et de 47 ans pour les femmes non mariées. Les femmes mariées ayant une lésion cardiaque rhumatismale meurent avant leur temps, à cause de l'évolution naturelle de leur affection moins qu'à cause de leur état de grossesse ; le fait doit être pris en considération pour un avis à donner aux cardiaques sur l'opportunité du mariage et de la grossesse.

L'apparition d'accès de tachycardie pendant la grossesse

doit mettre l'accoucheur en garde contre la possibilité de nouveaux accès pendant le travail. La conduite à tenir pour le moment où les troubles sont observés et pour la technique à suivre pour l'accouchement doit être déterminée pour chaque cas en évaluant de façon aussi précise que possible l'état du myocarde, la durée, l'intensité, les caractères des troubles cardiaques déjà constatés.

BIBLIOGRAPHIE

W. REID. — The Heart in Pregnancy. *Journ.* A. M A. Nov-15-1926, p. 1468. — Cardinal Principles of Cardial Diagnoses. Boston, M. et S. F. 28 july. 1927. — Auricular Fibrillation in Apparently Normal Heart. *Boston M. et S. J.*, Dec. 1927.

MACKENSIE JAMES. — Heart Disease and Pregnancy. *Lancet* I, (June II) 1921.

WRIGHT — Applied physiology. *Oxford University Press*, 1926, p. 212.

HERMANN et E. L. KING. — Cardiovasenlar Disturbances in the obstétric Patients (*J. A. M. A.* Nov. 15, 1930).

HERMANN. — Chronic cardiac valvular Disease *Oxford Médecine*. 2, p. 492.

J. MEYER, J. E. LACKNER et S. SCHOCHET. — *J. A. M. A.* June 14, 1929.

FAITS CLINIQUES

Infection puerpérale à protéus

Par **Félix MASSELOT** (de Tunis)
Ancien interne des Hôpitaux
Médecin chef de service à l'Hôpital civil français

Je voudrais rapporter ici l'observation de Mme B... qui a été soignée dans mon service pour septicémie à protéus se manifestant par des accès à type palustre. Ces accès, sur lesquels tous les traitements essayés jusqu'ici se sont montrés inefficaces, sont survenus à la période de mobilisation d'une phlébite post-puerpérale.

Cette malade âgée de 30 ans, avait bien supporté sa grossesse jusqu'au huitième mois, période à laquelle elle eut une pyélonéphrite, d'ailleurs rapidement guérie. L'accouchement eut lieu le 12 novembre 1932 et nécessita une application du forceps pour inertie utérine. Dix jours après, se produisit une embolie pulmonaire, première manifestation d'une phlébite de la jambe gauche. Le traitement habituel est institué : immobilisation, sangsues à la racine du membre, injection de citrate de soude. l'évolution est normale bien qu'à un moment, la veine iliaque ait paru atteinte.

Le quarantième jour on commence de prudents massages et c'est à ce moment qu'apparaissent les accès. Ils rappellent tout à fait les accès palustres, commençant comme eux par un frisson, auquel succède une température à 40° et parfois plus, accompagnée de sueurs ; leur durée est courte. Au bout de douze heures environ, la température revient à la normale et la malade n'éprouve plus aucun trouble. Des douleurs à la miction, des urines troubles paraissent toujours précéder et suivre les accès (d'ailleurs le *protéus* fut aussi trouvé dans les urines au moment des accès). La recherche des hématozoaires dans le sang fut et resta toujours négative ainsi que l'épreuve du traitement quinique répétée deux fois. De nombreux traitements, injection intraveineuse d'électrargol, de septicémine sont tentés, sans produire de résultat durable. Il paraît d'abord, y avoir une sédation des phénomènes infectieux, mais la reprise est très rapide. Le sérum antistreptococcique de Vincent, essayé avant l'hémoculture, a été également inactif. La formule sanguine est à type de suppuration. Un abcès de fixation est tenté le 21 février : il évolue dans les délais normaux, mais n'amène lui aussi aucun résultat.

C'est à ce moment que la malade entre dans le service et que nous pouvons faire son examen clinique. Il ne montre, d'ailleurs, rien de très spécial. Nous sommes en présence d'une femme grosse, au teint pâle, extrêmement émotive. Sa jambe gauche est encore augmentée de volume par rapport à la droite. Il n'y a plus de troubles circulatoires apparents, mais l'impotence fonctionnelle est considérable par suite des raideurs articulaires. L'abdomen est souple, il y a un léger météorisme et quelques gargouillements. Les autres appareils paraissent cliniquement normaux bien qu'un souffle extra-cardiaque ait fait craindre à un moment une localisation endocardique. Dans l'urine il y a quelques traces d'albumine et, au moment des accès, on peut isoler du protéus. Seuls les malaises digestifs préoccupent la malade en dehors de ces accès. Les digestions sont pénibles, s'accompagnent de sensation de pesanteur, de tension abdominale, de coliques, d'émissions fréquentes de gaz (c'est d'ailleurs une colitique ancienne ayant fait une cure à Châtel-Guyon). Les accès fébriles se renouvellent assez fréquemment : au cours de l'un d'eux une hémoculture montre la présence de *protéus* dans le sang (Institut Pasteur). On retrouve ce même bacille dans les urines. L'hémoculture a été contrôlée par un séro positif au 1/200e.

Un auto-vaccin est préparé par l'Institut Pasteur et injecté sans résultat le 1er avril : une immunotransfusion de 200 gr. faite 8 heures après l'injection d'auto-vaccin au donneur n'a pas de meilleur effet. Le 2 avril infarctus pulmonaire. Le 9 avril se déclare une nouvelle phlébite à la jambe droite. Elle est immobilisée, et on applique trois sangsues à la racine du membre. Le 10 avril, on essaye à nouveau l'électrargol. Le 26, on essaye les injections de lait, toujours sans résultat durable. Ces accès surviennent malgré tout, actuellement moins fréquents et surtout moins violents avec conservation d'un assez bon état général.

Depuis le 18 mai, les accès fébriles ont cessé, sauf le 20 où la température est montée à 38° à la suite d'un petit abcès à staphylocoque du cuir chevelu. Le 25 mai, on commence de prudents massages de la jambe droite. Le 3 juin, la malade, pour la première fois, se lève et reste étendue un moment sur une chaise-longue.

Depuis cette époque, la guérison s'affirme, l'état général s'améliore de jour en jour et la jambe droite diminue de volume et s'assouplit.

Vitamines. GRŒBBELS a constaté qu'un régime anormalement riche en vitamine D diminue la fertilité des femelles en expérience et ce, proportionnellement à la durée de l'administration de vitamine avant l'accouplement (Action des vitamines sur la croissance, la longévité et la fertilité. (*Klin. Woch.*, 11 février 1933, p. 215.) H. V.

Un signe de syphilis congénitale : l'asymétrie des doigts. Pour MIKULOVSKY, l'asymétrie des doigts est un signe de syphilis congénitale. Il cite un cas où entre les deux annulaires, il y avait deux centimètres de différence. Sur cinquante cas d'asymétrie, il y en avait quarante où il existait d'autres preuves de syphilis congénitale (Un nouveau signe de dystrophie dans la syphilis congénitale. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1933, t. CLX, p. 91.) H. V.

L'extrait antéhypophysaire a été employé dans les affections inflammatoires des annexes aux fins de produire une hyperémie que HÜBSCHER considérait comme salutaire. Il a obtenu quelques améliorations... et aussi des aggravations : augmentation de volume des masses annexielles (ce qui n'est guère étonnant). Et il conclut qu'il faut peut-être se méfier. (Hyperhémie biologique des annexites par les hormones de la préhypophyse. *Zentralb. für gyn.*, 8 juillet 1933, p. 1575.) H. V.

REVUE GÉNÉRALE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1932-33 [1]

(*Suite*)

par le Dr **Paul BOYER**

Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare
Assistant à la Maternité

MÉDICATIONS CARDIOVASCULAIRES

Digitale

RAYMOND-HAMET (*Progrès méd.*, 1933, n° 18, 817) nous donne une revue générale très documentée sur l'état actuel de la chimie de la digitale et insiste sur l'identité de la digitaline française Nativelle et de la digitoxine allemande.

PERROT (*Progrès méd.*, 1933, n° 8, 354), poursuivant ses études sur *Digitalis lanata* insiste sur la nécessité d'opérer dans les recherches sur des plantes stabilisées pour extraire les glucosides de *D. lanata*, si l'on ne veut pas retomber dans les mêmes erreurs que pour *D. purpureum* (voir à ce sujet la revue de Raymond-Hamet).

STOLL et KREIS (*Acad. Sc.*, 6 juin 1933), appliquant leur méthode d'extraction à *Digitalis lanata*, ont pu obtenir une partie importante du contenu total des glucosides de la drogue sous une forme homogène cristallisée et en séparer les trois constituants nouveaux, les lanata-glucosides A, B, C, cristallographiquement isomorphes entre eux et avec leur mélange naturel. Ils renferment les quatre mêmes molécules de sucre, soit trois molécules de digitoxine et une molécule de glucose. Les aglycones sont par contre différentes et déjà connues, ce sont : la digitoxigénine pour le lanata-glucoside A, la gitoxigénine pour le lanata-glucoside B et la digoxygénine pour le lanata-glucoside C. Tous trois possèdent dans leur état initial une caractéristique chimique commune qui les différencie nettement des glucosides décrits du *D. purpurea* : la présence d'un groupe acétyle. L'emploi successif de l'hydrolyse chimique ménagée et de l'hydrolyse diastasique permet de faire dériver tous les glucosides digitaliques connus des digitaliques initiaux du *D. lanata* : le lanata-glucoside A est transformé en digitaline cristallisée ou digitoxine, le lanata-glucoside B en gitoxine et le troisième lanata-glucoside C en digoxine. Les principes actifs essentiels du *D. lanata* se trouvent donc représentés dans le complexe initial renfermant ces trois lanata-glucosides sous une forme cristallisée, stable et exactement dosable. Celui-ci constituerait donc une sorte de « totum digitalique » cristallisé. Il renferme en effet les trois types d'aglucone isolés jusqu'ici des digitales auxquels la combinaison à quatre molécules de sucre et au radical acétyle confère une étroite cristallisation et qui permet de prévoir un parallélisme synergique dans leur action pharmacodynamique.

DE BERSAQUES (*Soc. Thér.*, 12 oct. 1932) insiste sur les heureux effets obtenus par l'emploi de teinture de digitale dosée et stabilisée. Il signale l'effet diurétique remarquable de la lanadigine chez les cardiaques œdémateux.

Ouabaïne

CLERC et BASCOURRET (*J. de Méd. et de Chir. prat.*, 1933, CIV, 381) insistent sur l'intérêt des cures prolongées d'ouabaïne.

CATHALA et NETTER (*Soc. Péd.*, 25 avril 1933) rapportent les heureux effets des injections intramusculaires d'ouabaïne dans le collapsus toxique et les broncho-pneumonies du nourrisson.

Cymarine

MOUQUIN (*Soc. Thér.*, 10 mai 1933) montre que la cymarine présente les avantages de l'ouabaïne et la digitaline simultanément et peut être utilisée pour remplacer chacun de ces deux médicaments. Elle est indiquée dans les insuffisances cardiaques, surtout dans les insuffisances droites avec œdèmes, mais même dans les insuffisances cardiaques gauches avec pouls régulier.

Cryptostegia madagascariensis

PERROT et RAYMOND-HAMET (*Acad. Méd.*, 6 déc. 1932) ont constaté dans les racines et les graines du *Cryptostegia madagascariensis*, plante de la famille des Asclépiadées, la présence d'une fraction glycosidique qui semble constituée par plusieurs entités chimiques, dont une seule a pu être obtenue à l'état cristallisé, le cryptostégioside ; cette substance, ainsi que celles qui l'accompagnent, présente les propriétés des digitaliques du type ouabaïnique.

Convallatoxine et Muguet

THOMAS (*Thèse Méd. Montpellier*, 1933) étudie les injections intraveineuses de convallatoxine en thérapeutique cardiaque : action très voisine de celle de l'ouabaïne, excellente, mais de courte durée. Etude également de la convallatoxine par PIRION (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1932) et excellente mise au point de MOUQUIN et BALACEANO (*Gaz. méd. de France*, 1932, XXXVII, 191) sur les effets thérapeutiques cardiaques de l'adoverne, de la convallatoxine et de la cymarine.

Scille

LAMIAUD (*Paris méd.*, 1932, XXII, 346) préconise le glucoside de la scille comme traitement préopératoire chez les cystomisés qui attendent le deuxième temps à cause de l'azotémie élevée, par suite des effets diurétiques, azoturiques et cardiotoniques de ce corps. Bons effets également dans les suites opératoires.

Spartéine

HAZARD et LARDÉ (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 768) montrent que la spartéine empêche l'hyperglycémie asphyxique de se manifester non pas en empêchant l'adrénaline d'agir (elle respecte son action sur la glycémie), mais en agissant sur le mécanisme même de l'hyperglycémie asphyxique au niveau du bulbe ou du splanchnique.

Camphre

COT, JACOB, JOLY et SARROSTRE (*Gaz. Hôp.*, 1932, CV, 1137 et 1169) préconisent l'association de la saignée et de l'huile camphrée en injections intraveineuses dans les syndromes asphyxiques aigus (asphyxies accidentelles, submersion, intoxication oxycarbonée, électrocution).

Traitements nouveaux de l'angine de poitrine

BOUDREAU (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1933, CX, 12) étudie le traitement iodé de l'angine de poitrine et DE COSTER (*Thèse Méd. Paris*, 1932) rapportent les résultats donnés dans cette maladie par les injections intraveineuses iodées intensives et les injections sous-cutanées d'acide carbonique : améliorations dans les deux tiers des cas environ.

Café

Etude de SCHACHTER (*Rev. méd. de l'Est*, LVI, 339) sur l'abus du café et le caféisme.

(1) Voir *Progrès Médical*, du 18 novembre 1933.

BIBLIOGRAPHIE

L'hypertension permanente de l'adulte et son retentissement artériel, par J. Lenègre. Un vol. in 8° de 88 pages, 12 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Parce qu'elle s'exprime en chiffres, la mesure manométrique d'une hypertension artérielle donne l'impression trompeuse d'une évaluation mathématique. Elle ne peut fournir en réalité qu'une orientation dans un examen médical : le problème est de connaître la tolérance des artères, donc des viscères et de l'organisme entier à la maladie.

On trouvera dans cet opuscule essentiellement pratique une analyse simple et précise des signes artériels et viscéraux qui permettent de suivre la marche de l'affection, et de faire le point à tout instant. Le comportement du cœur et du rein, la valeur sémiologique considérable, sont remarquablement mis en lumière.

Au passage, l'auteur fait justice de certaines opinions, comme l'importance du sinus carotidien dans le mécanisme, et de la syphilis dans l'étiologie de l'hypertension artérielle. Il dégage, après les éléments du pronostic, quelques formes évolutives : l'hypertension stabilisée l'hypertension oscillante, et surtout l'hypertension maligne, de la plus haute gravité, mais heureusement rare.

Ceci le conduit à préciser les frontières, jusqu'ici mouvantes, de l'hypertension artérielle avec des affections voisines comme l'artériosclérose et le mal de Bright. Il ne s'embarrasse pas de discussions pathogéniques parce qu'elles restent de vains jeux de l'esprit ; mais il termine par des réflexions thérapeutiques de la plus haute utilité : elles permettent sinon d'obtenir un abaissement souvent peu souhaitable des chiffres tensionnels tout au moins d'améliorer et de prolonger la tolérance de l'organisme à cette redoutable maladie.

Le bactériophage et ses applications thérapeutiques, par F. D'Hérelle. In-8° de 32 pages, avec schémas dans le texte, 11 francs. (*La Pratique Médicale Illustrée*). Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'usage du bactériophage en thérapeutique se répand de plus en plus, or, un médecin ne peut réellement prétendre à instituer un mode de traitement, surtout quand il est basé sur l'utilisation d'un agent biologique, sans savoir quelle est la nature de cet agent et quel est son comportement général, c'est-à-dire connaître quels sont les phénomènes naturels dont la découverte a conduit à préconiser son usage dans tel ou tel état pathologique. Il n'est pas exagéré de dire que bien peu de médecins praticiens ont une conception nette du sujet, et ceci est compréhensible, car la bactériophagie est certainement l'un des problèmes les plus complexes de la biologie. Au cours des quinze dernières années, plusieurs milliers de communications et de mémoires ont été publiés sur ce phénomène dans les langues les plus diverses et seuls les spécialistes en prennent connaissance ; quelques ouvrages d'ensemble ont bien été publiés, mais ils sont d'une lecture ardue, remplis comme ils le sont de protocoles d'expériences, intéressantes pour les bactériologistes, mais à peu près dénuées d'intérêt pour le médecin.

Dans le présent ouvrage, le Professeur d'Hérelle expose d'une manière concise ce qu'est la bactériophagie, discute la nature de l'agent qui la provoque, et passe en revue toute la série de phénomènes qui se produisent dans l'organisme du malade sous son action, phénomènes qui aboutissent à la guérison. Il montre que cette dernière ne résulte pas, comme on l'a cru jusqu'ici, de l'acquisition d'une immunité par l'organisme malade, mais qu'au contraire, l'immunité est une conséquence de la guérison. En d'autres termes, ce volume expose les résultats des expériences qui démontrent que le bactériophage est un agent permettant de reproduire expérimentalement les processus naturels de la guérison et de la prévention des maladies infectieuses. La parfaite compréhension de ces faits permet au praticien d'utiliser en parfaite connaissance de cause un agent qui occupe une place à part dans l'arsenal thérapeutique.

Le Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Louis Vidal (15e édition, 1934.)

L'ouvrage de 1.700 pages, de format 10 1/2 × 16 1/2, de maniement commode, luxueusement relié, comprend quatre parties comme l'édition précédente :

1° La table de spécialités par actions médicamenteuses et indications thérapeutiques, revisée dans tous ses détails. Simple nomenclature, elle permet, sans prétendre donner des conseils déplacés, de retrouver rapidement les spécialités ayant une action précise ou indiquées dans une affection déterminée ;

2° Dans la deuxième partie ont été groupées de nombreuses documentations nouvelles et les textes anciens ont souvent été remaniés et complétés. Les prix sont mentionnés et une sélection rigoureuse permet la prescription aux assurés sociaux, sans risquer la moindre réaction administrative ;

3° La nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec adresse des fabricants, a également été mise à jour, ainsi que :

4° La nomenclature des spécialités classées par laboratoires, qui offre l'avantage de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le *Dictionnaire des Spécialités pharmaceutiques*, doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, restera pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera comme par le passé, à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé.

Hypotenseurs

Dautrebande (*Presse méd.*, 1933, nº 13, 252) montre que la vasodilatation observée chez l'homme après le nitrite d'amyle est le plus souvent très limitée, chez l'animal non anesthésié ce corps se comporte comme un hypertenseur et chez le chien hypertendu chronique aucune des substances étudiées par l'auteur (papavérine, chloral, trinitrine, nitrite de soude, benzol) ne semble avoir de véritable effet hypotenseur.

Lacoste (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1933) étudie le Gui dans l'histoire et la thérapeutique.

Bellière (*Rev. de Méd.*, 1933, II, 365) envisage l'emploi du rhodanate de potassium en thérapeutique.

Signalons également une étude thérapeutique de l'hypertension artérielle de Valette (*Thèse Méd. Paris*, 1933) et un travail du Professeur Loeper (*Rev. de Méd.*, 1933, L, 85) sur l'orientation chimique du traitement de l'athérome artériel.

Clerc, Paris et Sternes (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 774 et 1933, CXIII, 360) montrent que l'octanol, en solution saturée dans l'eau pure, ou additionnée d'alcool éthylique à 33 %, injecté dans les veines du chien à la dose de 20 c. c., détermine une baisse nette et relativement durable de la pression artérielle et de la tension sperficielle du sang. Cette solution peut être injectée également impunément dans les veines de l'homme, ce qui permet d'espérer trouver dans l'alcool octylique un hypotenseur plus efficace que tous ceux connus jusqu'à présent. Les auteurs mettent également en évidence les relations qui existe entre l'activité tensio-négative et le pouvoir hypotenseur de l'octanol et des alcools amylique et propylique, des sels biliaires, de l'oléate de soude, de l'histamine et de la peptone.

Carrière et Gérard (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 10 février 1933 et *Soc. Thér.*, 10 mai 1933) signalent l'excellente action hypotensive du cholalate de soude dans l'hypertension artérielle et Huriez (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 995) montre que les doses mêmes élevées et prolongées de cholalate de soude chimiquement pur ne modifient pas les caractéristiques essentielles des tracés électrocardiographiques des hypertendus, et présentent une innocuité parfaite sur le fonctionnement et la conduction myocardiques.

Citrate de soude

Larget, Lamare, Claude-Weyl et Lecoq (*Soc. Thér.*, 11 juin 1933) signalent que l'hypercoagulabilité sanguine peut être combattue efficacement par le citrate trisodique à la dose quotidienne de 8 à 16 gr. en solution à 4 % donnée par la voie buccale.

Gluconate de chaux

Lamiaud et Pinault (*Bull. Méd.*, 1932, XLVI, 557) montrent que l'action hémostatique du gluconate de chaux fait de ce corps un bon agent thérapeutique à employer dans le traitement préopératoire des malades chez lesquels on doit craindre une hémorragie diffuse, en nappe, contre laquelle toute hémostase par ligature est impossible (prostatectomie, néphrotomie, par exemple).

Phlorrizine

Costedoat, Debucquet et Aujaleu (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 756) observent que, chez le lapin, la phlorizine détermine d'une manière constante un abaissement considérable du taux du glycogène du myocarde, avec chute semblable du glycogène musculaire et une indépendance assez large du glycogène hépatique et du chiffre de la glycémie. Pas d'action sur la forme de l'électrocardiogramme de l'abaissement du taux du glycogène cardiaque.

Phénylhydrazine

Lande, Dervillée et Challier (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 963 et CXI, 172) étudient l'intoxication aiguë et chronique par la phénylhydrazine. Dans l'intoxication aiguë chez le lapin et le cobaye, on constate les phénomènes suivants : 1º des altérations du sang : une hémolyse brutale avec apparition précoce d'hématies granulo-réticulo-filamenteuses, une poikilocytose et de l'anisocytose, quelques hématies nucléées et quelques myélocytes ; 2º des altérations urinaires : diminution notable du volume des urines, coloration foncée, tantôt rougeâtre, tantôt franchement noire, présence de sang, taux élevé d'albumine, présence d'urobilinogène ; 3º atteinte de l'état général : anémie souvent intense, perte de l'appétit, asthénie, hypothermie. La résistance du cobaye est plus grande que celle du lapin. L'intoxication chronique est caractérisée par des troubles de l'état général. La croissance au lieu d'être régulière comme chez l'animal normal présente dans certains cas un arrêt, dans d'autres un ralentissement notable. Les animaux intoxiqués présentent un certain degré d'asthénie, les muqueuses sont nettement décolorées sans qu'il existe de subictère. On constate l'apparition d'un syndrome d'anémie chronique dont l'intensité n'est pas toujours proportionnelle à celle du processus hémolytique. D'une façon constante : diminution du nombre des globules rouges, abaissement du taux de l'hémoglobine, anisocytose, poïkilocytose, présence de très nombreuses hématies granulo-réticulo-filamenteuses ; dans certains cas apparition d'hématies nucléées et d'éléments jeunes de la série blanche (myélocytes) avec forte leucocytose à caractère bigarré. Pas de diminution appréciable du volume des urines, traces d'albumine, présence d'urobilinogène, plus rarement traces de glucose.

Pauper-Ravault, Bertrand et Mme Clavel (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 28 mars 1933) et Duvoir et Bernard (*Soc. fr. d'Hématol.*, 5 avril 1933) signalent les bons effets de la phénylhydrazine dans la maladie de Vaquez.

DIURÉTIQUES

Achard, Verne, Bariety et Hadjigeorges (*C. R. Soc. Biol.*, CXII, 155) montrent que la théobromine détermine une modification nette des graisses du rein chez le chien ; cette modification porte peu sur la quantité des graisses chimiquement dosées ; elle porte surtout sur l'état histochimique de ces graisses et se traduit essentiellement par la pauvreté ou l'absence des enclaves colorées au Soudan et au bleu de Nil et par la richesse des enclaves que la réaction de Feulgen-Verne met en évidence.

Langeron, Paget et Ledieu (*Acad. Méd.*, 20 juin 1933) constatent qu'un diurétique rénal tel que la théobromine voit ses effets renforcés quand on lui adjoint un diurétique interstitiel comme l'extrait thyroïdien.

Bertrand et de Berredo Carneiro (*Ann. Inst. Pasteur*, 1932, XLIX, 381) étudient la répartition de la caféine et de la théobromine dans le guarana.

MODIFICATEURS DE LA NUTRITION

Insuline et diabète

Aubertin et Mollaret (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 177) et Mollaret (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1932) montrent qu'administrée à un chien normal, en équilibre azoté, une dose déterminée d'insuline provoque une fixation de l'azote dans la mesure où l'organisme dispose dans le même temps de la quantité de glucides nécessaires à la consommation de luxe que détermine cette dose dans le métabolisme de ces corps. Si cette condition ne se trouve pas réalisée, l'insuline, par une sorte de gaspillage, appauvrit alors l'organisme en glucides et produit ainsi secondairement une dénutrition azotée. L'insuline, en définitive, n'agit pas directement sur l'équilibre azoté, mais seulement en fonction des sucres qu'elle métabolise, et en raison du rôle d'épargne bien connu qu'exercent les glucides dans la nutrition azotée.

Aubertin et Trinquier (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 968 et 1933, CXII, 316, 318 et 583) et Trinquier (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1932) signalent que l'hypoglycémie maxima produite par une injection sous-cutanée d'insuline est suivant l'animal

en expérience, tantôt inférieure, tantôt égale et tantôt supérieure à celle que produit chez le même chien l'injection intraveineuse. L'aire d'hypoglycémie totale est par contre constamment plus grande. L'augmentation de l'aire d'hypoglycémie totale n'est pas due seulement à ce que l'effet de l'insuline administrée sous la peau s'exerce d'une manière prolongée, mais également à ce que l'intensité de cet effet est plus grande, car les aires d'hypoglycémie par minute sont aussi régulièrement augmentée. L'accroissement de l'aire d'hypoglycémie porte beaucoup plus sur la phase d'assimilation que sur la phase de restauration. Le chloralose provoque à la fois de l'hyperglycémie et une augmentation de l'effet hypoglycémiant de l'insuline, paradoxe actuellement inexplicable. L'augmentation de l'effet hypoglycémiant de l'insuline est due à une activité plus grande de celle-ci et à une recharge moins rapide de la glycémie. L'activité plus grande de l'insuline ne semble pas due à une rétention de l'hormone au niveau du rein, mais est peut-être la conséquence d'une intoxication consécutive à l'insuffisance de ce dernier. Les troubles de recharge glycémique semblent liés à une altération du foie. La néphrectomie et l'urétérotomie doubles entraînent à la fois de l'hyperglycémie et une activité considérablement plus grande de l'insuline, ces deux processus augmentent progressivement à partir de la mutilation de l'animal jusqu'à sa mort. L'insuline injectée directement dans le système porte du chien ne produit pas des effets hypoglycémiants moindres que lorsqu'elle est injectée dans la circulation générale. Le foie ne joue aucun rôle d'arrêt et n'exerce aucune fonction de neutralisation vis-à-vis de l'insuline.

Labbé et Rubinstein (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1038) montrent que l'insuline tend à rapprocher de la normale le métabolisme basal élevé ou abaissé pathologiquement.

Chevillot, Harmand, Hennequin et Lambert (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 65) constatent qu'avec les doses faibles d'insuline, l'hypoglycémie provoquée chez le lapin est en général moins accentuée par les injections intraveineuses que par les injections sous-cutanées ; elle s'établit plus rapidement et disparaît plus vite, les convulsions sont moins fréquentes. Avec les doses fortes, il arrive fréquemment même que les lapins complètement indemnes à l'injection intraveineuse succombent à l'injection sous-cutanée.

Broun, Beaune et Balaceanu (*Soc. Thér.*, 9 nov. 1932) signalent que l'association de l'insuline à la digitaline et à l'ouabaïne renforce les actions chronotropes négatives, inotrope et tonotrope positives de ces glucosides en diminuant leur toxicité. L'action accélératrice de la caféine est transformée par l'insuline en une action ralentissante, son action inotrope positive est accrue et sa toxicité diminuée. Expériences réalisées sur le cœur de grenouille isolé et le cœur de chien *in situ*.

Pavel et Milcou (*Arch. Mal. App. Dig. et Nutr.*, 1933, XXIII, 310) montrent que l'insuline augmente *in vitro* la contractilité intestinale (intestin isolé de cobaye) dans la majorité des cas. L'insuline agit sur l'intestin en excitant les terminaisons parasympathiques périphériques. Si elle a une action centrale sur les noyaux du vague, cette action n'est pas exclusive. Insuline et atropine exercent des effets antagonistes sur l'intestin. Cette action de l'insuline peut, dans la colite muco-membraneuse, améliorer l'état d'amaigrissement et en même temps régulariser le tonus et la contractilité intestinale. Mais, en raison de son effet antagoniste, il faut renoncer à l'administration de la belladone pendant la cure insulinique chez ces malades.

Sendrail et Blancardi (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1190) et Blancardi (*Thèse Méd. Toulouse*, 1932) constatent que le travail musculaire augmente la sensibilité à l'insuline.

Chabanier, Lobo-Onell et Lelu (*Presse méd.*, 1933, n° 19, 379) préconisent toujours l'insuline huileuse et en précisent les indications. Par contre Labbé, Boulin et Daunois (*Presse méd.*, 1933, n° 6, 113, et *Acad. Méd.*, 1er janvier 1933) et Daubois (*Thèse Méd. Paris*, 1932) estiment que l'emploi de l'insuline huileuse doit être limitée à des cas particuliers et ne peut encore être substituée à l'insuline aqueuse. Elle se résorbe mal et ses solutions ne peuvent pas être stérilisées d'une façon rigoureuse.

Fornet (*Gaz. méd. de France*, 1933, XXXVIII, 141) insiste sur l'action de l'insuline buccale qui présenterait une activité incontestable à condition d'administrer des doses trois fois plus élevées que par la voie sous-cutanée.

Rathery et Plantefol (*Acad. Sc.*, 24 avril 1933) étudient longuement les réactions des échanges respiratoires à l'ingestion de glucose et à l'insuline chez les diabétiques.

Labbé et Zamfir (*Ann. de Méd.*, 1932, XXXII, n° 2) ont observé une inefficacité complète de l'association glucose-insuline dans les insuffisances hépatiques, aussi bien contre les troubles fonctionnels du foie que contre les lésions hépatiques.

Mouriquand (*Lyon méd.*, 1933, CLI, 553) étudie les changements climatiques et les variations de l'activité de l'insuline chez l'enfant diabétique.

Roger, Mattéi et Oddo (*Soc. de Méd. de Marseille*, 16 novembre 1932) présentent un cas d'acromégalie avec diabète transitoire guéri par l'insuline.

Paviot, Martin et Levrat (*Lyon méd.*, 1933, CLI, 57 et *Soc. Méd. Hôp. de Lyon*, 22 nov. 1932) rapportent une observation mettant en évidence les heureux effets du traitement combiné par les sels d'or et l'insuline chez une diabétique tuberculeuse.

Mauriac, Broustet et Traissac (*Gaz. Hôp.*, 1932, CV, 1321) montrent qu'en pratique il est préférable de suivre la glycosurie totale des vingt-quatre heures plutôt que la glycémie pour suivre l'évolution d'un diabète traité par l'insuline. La première donne malgré des irrégularités possibles d'origine rénale une idée bien plus juste des troubles du métabolisme hydrocarboné.

Maurel (*Presse méd.*, 1933, n° 26, 518) insiste sur le fait que la cure insulinique associée au régime peut transformer au moins temporairement l'évolution si grave du diabète infantile.

Damade et Papin (*Soc. Méd. Chir. de Bordeaux*, 5 janvier 1933 et *Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1933, LIV, 122) rapportent l'observation d'un coma hypoglycémique par excès d'insuline après gastro-entérostomie pour sténose du pylore chez un glycosurique inanitié. Guérison après injection intraveineuse de 250 c. c. de sérum glucosé à 300 1.000.

Et. Bernard et Guillaumin (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 10 mars 1933) rapportent un cas de coma diabétique guéri par l'insuline suivi d'un coma azotémique mortel.

Roch et Martin (*Soc. méd. Hôp. de Paris*), 28 oct. 1932) présentent un cas d'hémorragie rénale sans néphrite au cours du traitement insulinique chez un diabétique jeune ayant évolué vers la guérison spontanée. Escalier (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 4 novembre 1932) rapporte un cas analogue.

Fiessinger (*J. des Prat.*, 1933, XLVII, 129) étudie les syndromes insuliniques ; Carrière et Huriez (*Gaz. Hôp.*, 1933, CVI, 535), Jorge et Sobrinho (*Presse méd.*, 1932, n° 103, 1933) et Kovatcheff (*Thèse Méd. Nancy*, 1933) signalent les bons effets de l'association sucre-insuline dans les insuffisances cardiaques.

Mauriac, Broustet et Traissac (*Acad. Méd.*, 29 nov. 1932) ont étudié l'action de l'insuline sur l'azotémie et la cholestérinémie des lapins atteints de néphrite chronique à l'urane et ont constaté que certains animaux ne réagissent pas d'une manière régulière, tandis que d'autres ont toujours une azotémie basse pendant la période des injections et une azotémie élevée dès qu'on cesse celles-ci, de même la cure insulinique ne leur a pas paru améliorer les malades atteints de néphrite chronique azotémique. Phélip (*Soc. nat. Méd. et Sc. méd. Lyon*, 5 avril 1933) par contre signale les bons effets qu'il a obtenu avec l'insuline et les extraits hépatiques sur l'azotémie des prostatiques cystostomisés. Siguret (*L'Hôpital*, 1933, XXI, 262) étudie le traitement des néphrites chroniques azotémiques par l'insuline.

Langeron, Paget et Cordonnier (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 21 oct. 1932) au cours d'une étude sur la calcémie signalent l'action décalcifiante de l'insuline qui s'oppose à l'action fixatrice de la radiothérapie et de l'extrait parathyroïdien.

Blechmann, Chabanier et Pruneau (*Soc. Péd.*, 25 avril 1933) rapportent les résultats heureux du traitement insulinique dans un cas d'hypothrepsie avec hyperglycémie chez un débile issue d'une toxicomane.

Feuillade (*Lyon méd.*, 1933, CLI, 649) a traité un ulcère

gastrique récidivant par l'insuline et a observé la disparition des signes cliniques avec augmentation de poids et rétablissement de l'état général.

Lambert et Driessens (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1430) signalent la régression et la disparition du sarcome de Jensen sous l'action de l'insuline injectée après la greffe.

Extraits hypoglycémiants d'orge

Donard et H. Labbé (*Soc. Thér.*, 5 avril 1933) étudient l'action hypoglycémiante des extraits de radicelles d'orge.

Médicaments hépatiques

Chabrol, Charonnet, Maximin et Cottet (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 780 et CXI, 692) montrent que l'augmentation de la sécrétion biliaire n'explique pas les hypertensions biliaires considérables de l'acétylcholine et de l'adrénaline chez les chiens privés de leur vésicule, car ces corps ne sont pas cholérétiques. Réciproquement l'atophan et le chloralose, cholérétiques nets, n'agissent pas sur la pression biliaire. Le sulfate de magnésie qui ralentit la cholérèse à la dose de 0 gr. 10 par kilogramme intraveineux, ne modifie pas la pression biliaire, alors que le SO^4Mn qui la tarit lui aussi détermine à la dose de de 5 mgr. par kilogramme une hypertension appréciable. Il n'y a donc pas de parallélisme entre la cholérèse et l'hypertension biliaire expérimentale. Chez le chien privé de vésicule biliaire on observe une hypertension biliaire passagère avec les fortes doses d'acétylcholine, d'adrénaline, d'histamine, d'éphédrine, de pilocarpine, d'ergotamine, d'yohimbine et d'ésérine. Parmi ces corps certains sont des relâchants physiologiques des muscles lisses. La pression biliaire s'abaisse à la phase agonique. Ces hypertensions biliaires ne sont probablement pas sous la dépendance de la circulation hépatique, car les hypotenseurs vasculaires comme le nitrite de soude et d'amyle ont une action nulle, action nulle également de la digitaline de l'ouabaïne et de la saignée. La surpression biliaire de l'acétylcholine coïncide avec la phase de collapsus cardiaque et de congestion hépatique entraînée momentanément par ce corps. Il faut incriminer surtout les phénomènes de choc respiratoire dans ces expériences où les toxiques sont administrés à doses massives. Pendant la phase de polypnée et de tétanisation thoracique, la surpression biliaire atteint des chiffres considérables, ainsi que lorsqu'au cours des vomissements les chiens présentent de violentes contractions diaphragmatiques.

Chabrol (*Congrès internat. Lith. bil. Vichy*, 19-22 sept. 1932) expose dans son rapport la médication cholérétique, ses indications et ses contre-indications dans la lithiase vésiculaire.

Loeper, Lemaire et Dany (*Progrès méd.*, 1932, n° 34, 1.150) appliquent la méthode stalagmométrique à l'étude de certains cholagogues, en enregistrant à l'aide d'un tambour de Marey les gouttes de bile à l'aide d'une canule introduite dans le canal hépatique, ils montrent l'action cholérétique nette de l'extrait de chélidoine et de fénugrec plus marquée que celle de l'artichaut.

Ramond, Zizine et Popovici (*Congr. internat. Lith. bil. Vichy*, 19-22 sept. 1932) ont étudié l'action de la décoction concentrée de feuilles de kinkilibah (Combrétacées) administrée par la bouche chez l'homme et par voie intraveineuse chez le chien et ont obtenu une action positive cholagogue, mais peu marquée, sur l'évacuation de la bile B vésiculaire, une action très nette sur les biles A et C dont la quantité augmente considérablement, une décongestion rapide du foie et une augmentation du volume des urines.

Paucurier et Blaque (*J. des Sc. méd. de Lille*, 1932, L, 317) étudient également le *Combretum micranthemum*.

Tixier, Eck et Mlle Christophe (*Soc. Thér.*, 5 avril 1933) signalent l'heureuse influence de l'extrait d'artichaut sur le taux de la cholestérine et de l'urée sanguine dans la petite urémie. Cette heureuse influence semble due à la stimulation des fonctions antitoxiques du foie.

Léguillon (*Thèse Méd. Lille*, 1932) consacre sa thèse à l'étude de l'action cholagogue et cholérétique du salicylate de magnésie.

Girard (*Congr. internat. Lith. bil. Vichy*, 19-22 sept. 1932) considère l'acide oléique comme le principe actif de l'huile d'olive et rapporte à l'action dissolvante de l'acide oléique sur les calculs de cholestérine les bons résultats qu'il a obtenus avec ce corps dans la lithiase biliaire.

Bignon (*Congr. internat. Lith. bil. Vichy*, 19-22 sept. 1932) préconise dans le traitement de la lithiase biliaire l'association d'oléate de soude et de bile décholestérinée et dépigmentée (bilifuine).

Debray, Codounis et Hadjigeorge (*Congr. internat. Lith. bil. Vichy*), ont constaté que les injections intramusculaires de pepsine entraînent un abaissement de la cholestérine sanguine, mais seulement chez les sujets porteurs initialement d'une hypercholestérinémie, aussi bien chez les athéromateux, les goutteux que chez les biliaires.

Chabé (*Soc. Méd. Chir. Bordeaux*, 16 février 1933) présente un malade atteint de cirrhose atrophique très amélioré par les injections iodoiodurées.

Thyroxine et Thyroïdies

Ungar et Zerling (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 25) constatent que la thyroxine présente une action inhibitrice aux doses fortes et une action stimulante aux doses faibles sur le développement des œufs d'oursin.

Devic, Josserand et Lambert (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 7 mars 1933) rapportent une observation de myasthénie avec goitre, sans Basedow, où le traitement par la thyroxine coïncida avec une sédation extrêmement nette.

Sainton et Simonnet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 773) montrent que l'iode administrée sous forme de thyroxine, de di-iodotyrosine ou d'iode minéral exerce des actions bien différentes. Tandis qu'à doses faibles (15 milligr.), l'iode thyroxinique entraîne la mort rapide de la poule, il faut environ un gramme d'iode minéral pour obtenir le même résultat. Par contre avec de la diiodothyrosine, la dose de 17 grammes d'iode non seulement ne s'est pas montrée toxique au bout de près de quatre mois de traitement, mais elle a favorisé le développement de l'animal. Dans les conditions expérimentales où les auteurs se sont placés, la di-iodotyrosine ne s'oppose pas à l'action de la thyroxine dont les effets s'exercent dans les mêmes conditions de temps et d'intensité que si elle était donnée seule.

Loeper (*Soc. Thér.*, 9 novembre 1932), après avoir rappelé les rares utilisations du bore en thérapeutique interne, montre que ce médicament améliore la plupart de signes de la maladie de Basedow. Il calme la nervosité, le tremblement et la sudation, atténue la tachycardie et abaisse le métabolisme basal. Le bore présente donc une action spécifique sur la glande thyroïdienne, action qu'il partage avec l'iode et le fluor.

Détrois (*Thèse Méd. Paris*, 1932) montre que les résultats donnés dans les états hyperthyroïdiens par le fluorure d'ammonium, à la dose de 2 à 10 centigr. par jour, sont comparables à ceux observés avec l'iode. Son emploi est inoffensif et son enrobement dans des pilules kératinisées semble diminuer dans de grandes proportions son action nocive sur l'estomac.

Bertrand (*Gaz. Hôp.*, 1933, CV, 443) recommande trois à quatre mois de solution de Lugol dans les syndromes basedowiens; au bout de ce temps, si l'on a un insuccès, pratiquer de la radiothérapie et si au bout de quelques séances celles-ci sont sans effet, pratiquer une thyroïdectomie subtotale.

Justin-Besançon, Mme Schiff-Wertheimer et Soulié (*Progrès médical*, 1932, n° 50, 2113) préconisent l'yohimbine dans le traitement des exophtalmies basedowiennes.

Ergostérine et fixateurs du calcium

Signalons deux mises au point sur les stérols irradiés l'une de G. Dreyfus-Sée (Baillière, édit., 1933) et l'autre de Turpin (*J. Méd. et Chir. prat.*, 1932, CIII, 767).

Decourt et Kaplan (*Paris médical*, 1932, XXII, n° 49) sont d'avis que bien que l'étiologie de l'ostéomalacie ne soit pas univoque, et que son traitement ne puisse se résumer dans

l'administration d'ergostérine irradiée, cette médication possède le plus souvent une efficacité remarquable.

DECOURT (*Soc. Thér.*, 8 mars 1933) présente un cas d'hyperémotivité anxieuse et spasmophilie amélioré par l'ergostérine irradiée.

MOURIQUAND, LEULIER, SÉDAILLAN et Mlle WEILL (*Arch. Méd. des Enfants*, 1933, XXXVI, n° 1) étudient les fixateurs du calcium (huile de foie de morue et stérols irradiés) dans le rachitisme et LECOQ et VILLETTE (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1051), le rôle de l'ion P^2O^5, dans l'activité antirachitique des méta, pyro et orthophosphates de sodium.

Purgatifs

LECLERC (*Presse méd.*, 1932, n° 55, 1086) étudie l'action de la réglisse sur la contractilité de l'intestin et MAURIN (*Soc. Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse*, février 1933) présente une rhubarbe du Dauphiné dont la richesse en principes purgatifs atteint le taux de 3 gr. 30 %, ce qui la rapproche de celui des rhubarbes de Chine, qui, acclimatée en France pourra bientôt la remplacer.

(A suivre)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Circulation

L'étude des syndromes d'effort est à la base de la séméiologie cardiaque fonctionnelle.

Même avec un cœur parfaitement sain, la compensation peut être imparfaite pour un effort excessif ; car toute adaptation physiologique a ses limites ; d'où l'existence d'un syndrome d'effort en quelque sorte physiologique.

Si le cœur n'est pas sain, on verra apparaître un syndrome d'effort pathologique, pouvant aller jusqu'à l'arrêt forcé. Toutes les cardiopathies donnent lieu à un syndrome d'effort, mais « toutes les fêlures cardiaques ne rendent pas le même son », d'où la possibilité d'acquérir des lumières sur la nature de l'affection.

Au reste, étudier la manière dont le cœur se plaint dans l'effort ne saurait être une étude vaine. Il ne peut y avoir, en cardiologie clinique, de *base plus rationnelle que celle qui consiste à juger l'organe à pied d'œuvre*. En effet, les troubles ressentis par un cardiaque, lors de tel ou tel effort, ne sont-ils pas les premiers dont il se plaigne ? C'est pour eux qu'il va consulter le médecin, pour eux qu'il réclame un soulagement ; c'est donc grâce à eux qu'il appartiendra au médecin de dépister une affection à son début et d'orienter de bonne heure diagnostic et traitement. Aussi y a-t-il toujours intérêt à écouter les doléances d'un malade, non pas d'une oreille distraite, en accrochant simplement au passage quelques symptômes classiques ou catalogués et en laissant dédaigneusement tomber tout ce qui ne cadre pas avec une idée préconçue, mais avec une attention véritablement active. C'est surtout ce que l'on comprend mal ou ce que l'on ne comprend pas qui doit retenir l'attention. Sans doute, rien n'est difficile à décrire comme un syndrome d'effort — j'en appelle aux médecins qui en ont éprouvé d'un peu anormaux — ; mais, s'il est vrai que la naturelle confusion d'esprit de certains sujets n'aide pas précisément à leur éclaircissement, bien souvent aussi ne sont-ce pas les idées arrêtées et simplistes du médecin qui stérilisent les explications du malade ? Lorsque malade et médecin ne se comprennent pas, il y a bien des chances pour que ce soit ce dernier qui ait tort. Evidemment on ne peut demander au médecin de tout savoir et de tout comprendre, mais ce n'est cependant pas la faute du malade s'il éprouve des manifestations qui tiennent en échec ses connaissances ! Il faut être indulgent pour lui, le considérer toujours comme un texte difficile et intéressant à déchiffrer, et ne pas le rendre responsable des obscurités qui pourraient s'y rencontrer.

Dans la description et la classification des principaux syndromes d'effort, la difficulté principale tient à l'intrication de manifestations multiples ; mais, si les types purs sont l'exception et les types mixtes la règle, il n'en est pas moins vrai qu'une classification, basée sur la prédominance de tel ou tel symptôme, demeure légitime.

L'auteur passe en revue les palpitations d'effort, la dyspnée d'effort, l'œdème pulmonaire d'effort, les syndromes douloureux d'effort, la blockpnée d'effort, les syncopes d'effort, les algies et la dysphrénie d'effort et enfin certains syndromes d'effort mal déterminés.

A un point de vue plus général on peut grouper les syndromes d'effort en deux séries distinctes.

Il y a d'abord les syndromes dus à la déficience générale du cœur ; ce sont les syndromes de lutte, qui suivent la marche suivante : palpitations, dyspnée, angor paradyspnéique, œdème pulmonaire, asystolie.

Il y a ensuite les syndromes dus à des troubles plus localisés, qui sont des syndromes de surprise, dont la route est jalonnée par des troubles distincts des précédents : syndrome angineux, blockpnée, syncope, arrêt du cœur.

Ces deux variétés de syndromes se juxtaposent, se superposent et se succèdent très souvent au cours de manifestations généralement de longue durée.

(L. Gallavardin. Les syndromes d'effort dans les affections cardio-aortiques. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 septembre 1933.)

Pédiatrie

Les syndromes d'inassimilation s'observent chez les enfants qui, tout en recevant une ration suffisante et tout en digérant bien, *ne profitent pas* ou perdent du poids.

La désassimilation est, dans ce cas, souvent liée à l'inassimilation.

Ces syndromes diffèrent naturellement des états de dénutrition relevant de l'infection, de l'intoxication ou de l'alimentation incorrecte.

On peut distinguer trois sortes de syndromes.

1° *Le syndrome des petits hépatiques inassimilateurs.*

Dans nombre de cas l'interrogatoire révèle les signes du petit hépatisme, se traduisant en particulier par certaines intolérances alimentaires.

2° *Le syndrome athrepsie pure*, qui reste généralement obscur dans ses causes et qui représente un problème non seulement clinique mais biologique de première importance.

3° *Les syndromes d'inassimilation spéciale* calcique et phosphorée.

L'étude de ces divers syndromes conduit naturellement à celle des facteurs d'assimilation, dont la connaissance est indispensable à l'hygiène et à la thérapeutique des dystrophies infantiles.

(G. Mouriquand. Les syndromes d'inassimilation chez l'enfant. Leurs aspects cliniques et biologiques. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 septembre 1933.)

Pathologie coloniale

Les cas de septicémie à entérocoques chez l'Européen sont rares au Cambodge ; en voici un nouveau :

Le 24 novembre 1932, M. F..., fonctionnaire en service à Takeo, entrait à l'hôpital de Phnom-penh. M. F... au cours d'une tournée, avait été pris brusquement de fièvre cinq jours auparavant — fièvre sans frisson mais accompagnée de sueurs abondantes qui se maintenait entre 39° et 40°. A son arrivée à l'hôpital, le malade peut se déplacer facilement et monter les escaliers sans être aidé.

Cependant la température est à 40°8 quelques heures après l'entrée. Il n'y a aucune douleur localisée en un point quelconque, à peine existe-t-il une céphalée légère.

Le foie n'est pas hypertrophié, la rate est légèrement percutable.

L'abdomen présente un léger tympanisme, mais il est souple et indolore. Il y a de la constipation. La langue est fortement saburrale.

Cœur : le premier bruit est légèrement claquant ; il y a de la tachycardie mais pas d'arythmie.

Rien de particulier aux poumons.

Les urines sont rares.

Le malade, âgé de 54 ans, — malgré les 29 ans de service aux colonies — est de constitution très robuste. Tel est le bref tableau clinique que présentait M. F... au moment de son hospitalisation.

Très rapidement, l'état général s'aggrave, le cœur devient arythmique, la prostration et même un état typhique de plus en plus accusé s'établit, la langue devient rôtie, le tympanisme abdominal et la constipation persistent sans modification notable.

L'état général s'altère de plus en plus, le cœur devient de plus en plus arythmique, avec discordance marquée du pouls et de la température et le malade meurt le 4 décembre au soir sans avoir présenté d'autres signes que ceux déjà signalés et qui sont ceux des affections intestinales.

Deux hémocultures permirent d'identifier l'entérocoque de Thiercelin,

(A. Gambier et M. Favot. Septicémie à entérocoques mortelle chez un Européen. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, janvier-février 1933.)

Le programme rationnel de l'organisation de la lutte antimalarienne dans chaque situation particulière comporte les dispositions suivantes :

Enquête pour la détermination de la cause locale du paludisme, sa gravité, sa fréquence, l'ordre de grandeur des inconvénients économiques qu'il cause localement. Cette enquête permet de poser le *principe des mesures* à prendre en fonction des circonstances.

Etude du terrain : carte ou plan coté, collections d'eau permanentes et temporaires, profils en long et en travers si nécessaire des accidents de terrain. Nature et constitution du sol. Cette étude permet d'établir la répartition des gîtes larvaires et le *devis d'aménagement sanitaire immédiat* en fonction des premières données et relève du service antimalarien des Travaux publics, constitué, entraîné et outillé pour cette tâche spéciale.

Sur l'ensemble des renseignements ainsi collectés se basent les *indications prophylactiques* formulées par le Service antipaludique sous forme de suggestions adressées au chef de service ou d'entreprise, lequel reste évidemment seul juge responsable de la possibilité (budgétaire ou administrative) d'application des mesures préconisées.

Les indications prophylactiques sont en général limitées aux mesures antianophéliennes, afin de ne pas empiéter sur les attributions du Service de santé, plus spécialement compétent en ce qui concerne les mesures médicales proprement dites. Elles peuvent comporter la description des mesures d'*aménagement définitif* mais elles comportent toujours en première ligne des *mesures de protection* dites *temporaires* ou *semi-temporaires* dont l'exécution est assurée par le Service antimalarien des Travaux publics au moyen d'équipes encadrées par les agents techniques ayant reçu l'instruction spéciale nécessaire au cours de leur stage à l'Institut Pasteur.

La lutte antipalustre ainsi organisée a déjà fourni au Tonkin quelques résultats intéressants ; dans les postes militaires les chiffres mensuels d'indisponibles et d'hospitalisés pour paludisme ont beaucoup diminué.

Les mesures mises en œuvre ont été le débroussaillement, les rectifications de berges, le comblement des petites mares et le pétrolage des points d'eau qui n'ont pu être supprimés.

(H. G. S. Morin. Organisation pratique de la lutte antimalarienne. Programme appliqué depuis un an au Tonkin. Note du médecin général L. Normet. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, janvier-février 1933.)

Le xéroderma apparaît surtout dans les pays où l'intensité lumineuse est particulièrement forte; c'est une maladie familiale qui semble suivre le type des hérédités de type mendélien récessif.

Les trois premières observations marocaines concernent trois frères, dont l'un est mort au stade néoplasique.

L'examen anatomo-pathologique a révélé en surface des lésions d'hyperkératose et de granulomatose, en profondeur des globes épidermiques.

(G. Blanc, E. Lépinay et B. Pietri. Premiers cas de xéroderma-pigmentosum observés au Maroc. *Maroc Médical*. 15 juin 1933.)

Chirurgie

Le problème des traumatismes crâniens renferme trop d'inconnues pour nous permettre de fixer une ligne de conduite claire et précise ; il nous pousse même à douter de la valeur de la thérapeutique actuelle.

La ponction lombaire ne permet pas de modifier sûrement et d'une façon permanente la tension du liquide encéphalique dont l'exagération n'est d'ailleurs qu'un symptôme ; elle n'est pas, d'autre part, sans danger.

La trépanation n'a pas une bien grande valeur, en dehors de certaines compressions bien localisées et bien accessibles. Elle ne peut rien en effet contre les causes de mort précoce, constituées par des lésions diffuses, rien non plus contre les causes de mort tardive, représentées par des lésions grossières, contre lesquelles on est évidemment désarmé.

« Pénétrés de ces idées », les auteurs acceptent, « faute de mieux », les indications opératoires suivantes, généralement admises :

En cas d'accidents diffus, ponctions lombaires répétées, manomètre en main, jusqu'à ce que la tension atteigne un chiffre voisin de la normale. Si, malgré cela, les phénomènes cérébraux s'aggravent, il y a bien peu de chances pour que la trépanation soit utile ; cependant, tablant sur la possibilité d'un hématome accessible sans lésions contusives trop graves, il faut trépaner. La trépanation d'emblée n'a qu'une indication rare ou rarement posée : l'existence des symptômes d'hypertension diffuse bloquée.

En cas de symptômes de compression localisée nette, il faut trépaner ; s'il s'agit d'hématome extra-dural, le résultat sera généralement bon ; s'il s'agit d'hématome sous dural, le résultat est douteux.

(Leclerc et Barthélemy, de Dijon. Le traitement chirurgical des manifestations nerveuses précoces des traumatismes craniens fermés. *Bourgogne Médicale*, juin 1933.)

Gynécologie

Les traumatismes des voies génitales de la femme, au cours des rapports sexuels, peuvent intéresser l'hymen, la vulve, le périnée, le vagin, même en dehors de toute tentative de viol.

Dans la défloration la déchirure hyménéale peut dépasser les limites de cette membrane ; l'abondance de l'hémorragie est variable. Si le vagin est étroit et si les tentatives ont été faites avec quelque violence, les dégâts peuvent être plus étendus ; on observera alors ou l'extension de la déchirure hyménéale au vagin, ou la désinsertion de l'hymen, ou une déchirure du vagin.

Les déchirures vaginales s'expliquent soit chez les filles vierges, soit chez les femmes après la ménopause, quand le vagin s'est atrophié par suite de l'arrêt de la fonction ovarienne ; elles se produisent également chez des femmes normalement conformées, nullipares ou multipares. Les plaies du cul-de-sac postérieur sont les plus fréquentes ; on a pu noter des desinsertions du vagin sur le col utérin.

Dans ces différents cas ces deux symptômes sont constants : la douleur et l'hémorragie.

La douleur est toujours vive, déchirante, occasionnant parfois une syncope.

L'hémorragie constitue la signature de la lésion.

(A. Guillemin. Traumatismes des voies génitales chez la femme, au cours des rapports sexuels. *Revue Médicale de l'Est*, 15 août 1933.)

Aphorismes

La radiographie, systématiquement pratiquée, de tout l'arbre urinaire, dans les cas de lithiase de cet appareil, montre que les localisations multiples et simultanées de la calculose ne sont pas rares. (Lucien Dax, de Bordeaux.)

Tout praticien, qu'il soit professeur de faculté ou médecin de campagne, voit se poser devant lui une série de problèmes angoissants, aussitôt qu'il a établi d'une façon suffisamment probante le diagnostic de tuberculose pulmonaire. (Maurice Perrin, de Nancy.)

La pneumonie est une maladie de printemps, la fièvre typhoïde est une maladie d'automne. (Woringer, de Strasbourg.)

J. Lafont.

On a l'impression, en parcourant les diverses résolutions adoptées par la Commission de la Société des Nations que la limitation des stupéfiants est traitée à l'instar de celle des armements : on parle de la fabrication clandestine inavouée par le pays producteur et incontrôlable par les autres pays ; le parallèle est intégral... Quant aux intoxiqués et à leur traitement, la Commission n'en a cure : son objectif principal est de réserver à chaque Etat le monopole de la fabrication, de l'importation, de la vente et de la distribution des stupéfiants. Toutefois, à la décharge de la Commission il faut retenir la convention du 19 février 1925 qui préconise une réduction efficace de la production et de la fabrication des substances toxiques et un contrôle étroit sur le commerce international de ces produits.

(J. Roubinovitch. Considérations générales sur les stupéfiants. *Le Bulletin Médical*, 26 août 1933.)

La colonne vertébrale, *the backbone*, de la médecine est constituée par le médecin praticien. Il est absolument injuste de donner à ce nom un sens d'infériorité en mettant au pinacle la recherche scientifique et l'hygiène préventive. C'est ce médecin praticien que les Facultés de médecine doivent surtout avoir en vue dans leurs programmes.

(P. Desfosses. La médecine à la croisée des chemins. *La Presse Médicale*, 4 octobre 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 novembre 1933

L'assistance aux cardiaques. — *M. Laubry* envisage les cardiopathies comme une maladie sociale. Il rappelle qu'elle occupe sur les tables de mortalité une place presque aussi importante que la tuberculose. La Société a donc le devoir de s'intéresser aux cardiaques qui judicieusement utilisés et adaptés, ne sont plus une non-valeur pour elle. En remplissant ce devoir économique, elle remplit en même temps pour les cardiaques un devoir humanitaire en les plaçant dans les conditions de la clientèle de ville.

Les Etats-Unis l'ont compris qui, sur une vaste échelle, ont organisé l'assistance aux cardiaques, avec leurs consultations externes pourvues d'assistantes sociales, leurs écoles de rééducation et d'adaptation professionnelle pourvues d'avocats-conseils, leurs homes de convalescence, leurs hôpitaux spécialisés.

En France, Vaquez s'est le premier engagé résolument dans cette voie. Grâce à de généreux donateurs, il a groupé dans une œuvre sociale « L'Aide aux cardiaques », ses élèves et ses collaborateurs. L'œuvre s'est développée, grâce aux initiatives privées et depuis quatre ans, elle satisfait aux légitimes nécessités économiques et humanitaires. Sa principale occupation demeure l'orientation professionnelle qui s'exerce sur les jeunes sujets et les adultes. Les affections cardiaques sont dépistées à l'école, et les enfants éduqués et dirigés, grâce aux relations établies entre l'Aide aux cardiaques et la direction de l'orientation professionnelle, les médecins inspecteurs des écoles, les médecins pédiatres. Pour les adultes, la bienveillance des industriels et des commerçants est mise largement à contribution. Le malade est pourvu d'un carnet de santé qui permet de le suivre et de le surveiller dans la vie. Enfin, une aide pécuniaire subvient souvent à ses besoins et à ceux de sa famille.

Des filiales de l'Aide aux cardiaques se sont fondées à l'étranger sous l'influence de Vaquez, sur le fonctionnement desquelles M. Laubry donne des détails. En Roumanie, Danielopolu ; en Tchécoslovaquie Libensky ; en Espagne, au Mexique, les consultations fonctionnent sur le modèle de l'Aide aux cardiaques. Revenant sur le rôle de l'assistante sociale, M. Laubry montre qu'une consultation de cardiaques ne saurait désormais fonctionner sans elle, et que ce rôle de l'assistante ne saurait être compris sans l'Aide aux cardiaques qui en dirige et coordonne les efforts.

Rapport sur la réorganisation des services sanitaires de l'Algérie. — *M. Léon Bernard* au nom de la section d'hygiène, rapporte les mesures qui ont été prises en Algérie par M. le médecin général Lasnet, sous l'autorité de M. le gouverneur général Carde.

Cette réorganisation s'appuie essentiellement sur les principes suivants :

— Rassemblement sous une autorité centrale, celle de la direction de la Santé publique, de tous les services d'assistance et d'hygiène, services administratifs et techniques ;

— Association, par la constitution de Commissions spéciales, du corps médical qualifié et les autorités publiques, particulièrement en ce qui concerne l'action d'hygiène sociale.

Le rapport entre dans des détails qui permettent de se rendre compte de l'application de ces principes, application qui comporte l'assouplissement des lois, et règlements aux conditions locales particulières, notamment à celles dépendant de l'élément indigène.

Le résultat n'a pas manqué de se faire sentir à l'égard de la lutte contre les maladies infectieuses et les fleaux sociaux.

Les résultats éloignés de la phrénicectomie. — *MM. E. Rist* et *Auerbach.* — La phrénicectomie, instituée chez les tuberculeux pulmonaires lorsque le pneumothorax artificiel est rendu inexécutable du fait d'adhérences pleurales étendues donne des résultats immédiats très satisfaisants dans 50 p. 100 des cas. Les résultats éloignés sont beaucoup moins favorables. Une statistique de 200 cas observés par les auteurs, de 1923 à juin 1931 et donnant un recul de 2 ans et demi à 10 ans montre qu'il ne subsiste que 13 p. 100 de guérisons et 8 p. 100 d'améliorations. Ce déchet tient à ce que les malades traités par la phrénicectomie échappent plus aisément au contrôle médical que ceux qu'un pneumothorax oblige à des réinsufflations périodiques. La cure sanatoriale est indispensable, si l'on veut obtenir de la phrénicectomie des résultats durables.

Ulcère gastro-duodénal et colite ulcéreuse chronique. *M. Bonorino Udaondo* (de Buenos-Aires). L'association d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum avec la colite ulcéreuse chronique est rare. En général, les symptômes intestinaux prédominent ; d'autre part, il n'y a pas parallélisme entre les deux ordres de manifestations cliniques. Il semble, au contraire que lorsque les symptômes coliques s'aggravent, les symptômes de l'ulcère passent au second plan et inversement.

Très souvent, le syndrome ulcéreux est à peine ébauché et la radiographie, seule, permet d'affirmer l'existence de l'ulcère.

L'étiologie paraît la même pour les deux localisations et serait de nature infectieuse. Le pronostic est toujours grave et le traitement très délicat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1933

A propos de l'iléo-coloplastie. — *M. Jean Quénu* rapporte un cas d'iléo-coloplastie réalisé par Finsterer, avec succès.

Lithiase sous-maxillaire. — *M. Moulonguet* rapporte trois observations de M. Roques (Marseille) qui insiste sur l'intérêt capital de la radiographie pour le diagnostic. Il rappelle également la nécessité de pratiquer systématiquement l'ablation de la glande.

Pour M. Fredet, la constation d'une goutte de pus à l'orifice du canal est le signe certain d'une lithiase.

M. Moure qui a tenté dans deux cas l'ablation simple du calcul, a eu dans ces deux cas une récidive : c'est dire qu'il est aussi d'avis qu'il faut enlever la glande en entier.

Eventration diaphragmatique. — *M. Okynczyc* présente une observation de M. Costescu (Bucarest) où un examen radiographique pratiqué pour vérifier l'existence d'une aérophagie révéla une importante éventration diaphragmatique gauche.

Amputation de Syme. — *M. Moure* rapporte une observation de M. Leibovici concernant une vaste plaie de la jambe avec rupture des vaisseaux tibiaux postérieurs et gangrène consécutive. Cette observation présente ceci de particulier que M. Leibovici dut faire un lambeau externe.

Un cas de typhlite stercorale. — *M. Leveuf* analyse un travail de M. Pervès (Marine) sur un cas de typhlite aiguë, opérée pour une appendicite, et où le cœcum était rempli de fécalomes ; appendicectomie, plicature du cœcum, guérison.

Traumatisme médulaire. — *MM. Dumolard* et *Sabadini* (Alger) ont observé un syndrome de Brown-Séquard consécutif à une plaie de la moelle cervicale par balle de revolver. Extraction du projectile ; amélioration des symptômes.

Pneumatocèle traumatique. — *M. Laffitte* (Niort) en a observé une observation que rapporte M. Petit-Dutaillis. Il s'agit d'un blessé qui reçut une balle de revolver dans le crâne. Coma passager puis guérison apparente qui dure trois semaines. A ce moment reprise des symptômes que la radiographie explique en montrant un épanchement gazeux du lobe frontal gauche et du ventricule latéral. L'intervention permet l'évacuation de l'air, et guérit le blessé. L'injection de lipiodol met en évidence une fissure de la paroi postérieure du sinus frontal.

Volvulis d'un mégacolon. — *M. Okinczic* rapporte cette observation de M. Carajanopoulos (Athènes). Dans un premier temps l'auteur détord le volvulus puis dans une seconde opération il pratique une colectomie totale et termine par une iléo-sigmoïdostomie termino-terminale. M. Okinczic discute le fait de savoir s'il s'agissait d'un mégacolon ou d'une simple distension gazeuse auquel cas une colectomie segmentaire eut été suffisante.

Résultat de 200 staphylorraphies. — *M. Veau* apporte

sa statistique intégrale, il montre la fréquence des excellents résultats. Il conclut à l'opération vers un à deux ans. C'est l'âge où pour une mortalité minimum les résultats phonétiques sont les meilleurs. Enfin l'auteur termine par le rappel de quelques points de technique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 novembre 1933

La primo-infection tuberculeuse de l'adulte blanc. Quatre cas de typho bacillose bénigne, avec érythème noueux et complexe primaire radiologique. — *MM. Troisier, M. Bariéty, T. de Sanctis-Monaldi, P. Nico.* — La primo-infection tuberculeuse peut se voir chez certains adultes blancs avec les mêmes caractères qu'elle a chez l'enfant. Les radiographies de ces quatre malades en portent témoignage : elles montrent en effet, dans la région juxta-hilaire, les images du complexe ganglio-pulmonaire classiques chez l'enfant primo-infecté. Des clichés successifs permettent de voir le complexe se constituer chez le premier malade et se nettoyer chez le quatrième.

L'analyse des conditions sociologiques et étiologiques permet d'affirmer dans ces quatre cas la primo-infection tuberculeuse. A ce propos, les auteurs analysent les observations analogues rapportées dans les litteratures française, italienne, américaine et scandinave. Ils insistent sur le type clinique très particulier présenté par leurs quatre malades : la typho-bacillose bénigne avec érythème noueux. Ils soulignent les conséquences sociales et prophylactiques qui découlent de ces faits.

M. Debré fait remarquer que l'on verra de plus en plus de faits de ce genre par la radiographie pulmonaire systématique des malades présentant un érythème noueux ou une fièvre non expliquée. Il est relativement fréquent de pouvoir préciser la date de la contamination tuberculeuse qui se place trois mois avant l'éclosion des premiers accidents. Chez l'enfant, les ombres radiologiques observées sont plus larges et plus homogènes que chez l'adulte ; généralement uniques, elles traduisent, semble-t il, l'existence d'une congestion ou d'une splénopneumonie autour d'un tubercule et siègent d'ordinaire au hile ou à la partie inférieure du poumon. Pour ces raisons le nom de complexe ganglio-pulmonaire ne leur convient pas parfaitement. Il est remarquable de constater que les foyers auxquels elles correspondent s'établissent très rapidement alors qu'ils ne disparaissent que lentement, au bout de plusieurs mois. Il existe des cas certains d'érythème noueux accompagnés de fièvre et d'images radiologiques pathologiques chez des malades dont la cuti-reaction à la tuberculine est cependant négative, probablement pour des raisons d'état particulier de la peau.

M. Netter insiste sur l'utilité et le danger qu'il y a parfois à pratiquer la cuti-réaction à la tuberculine chez les sujets atteints d'érythème noueux. Il en relate un cas malheureux.

M. Hallé souligne l'intérêt thérapeutique des données précédentes. Il faut conseiller la cure sanatoriale systématique après une poussée d'érythème noueux.

M. Cathala pense que l'on a trop tendance à considérer que l'érythème noueux représente un accident de primo-infection tuberculeuse. Cette assertion ne lui paraît pas prouvée ; bien que les récidives d'érythème noueux demeurent exceptionnelles, il a pu en effet en observer quatre reprises successives chez une tuberculeuse avérée.

M. Marquézy n'a vu qu'un seul cas d'érythème noueux s'accompagner d'une cuti-réaction négative, l'intradermoréaction était également et l'image radiologique était normale.

M. Jansion dit qu'il est de notion banale en dermatologie que l'érythème noueux récidive volontiers.

Faux rhumatisme de Chauffard Still. Algies violentes. Syndrome radiculo-polynévritique. Néoplasie généralisée à point de départ vraisemblablement testiculaire. — *MM M. Duvoir, L. Pollet, F. Layani* et *Jean Bernard*, à propos de la communication de *MM. Sergent* et *Mamou*, rapportent l'observation d'un homme de 26 ans, chez qui la coexistence de phénomènes articulaires sans lésions osseuses radiologiques, d'adénopathies avec rate percutable sur quatre travers de doigt et altération marquée de l'etat général, réalisait le tableau de ce qu'on est convenu de désigner actuellement sous le nom de syndrome de Chauffard-Still. Ultérieurement, l'apparition d'une radiculo-polynévrite où s'individualisa un syndrome de la queue de cheval, compléta l'analogie clinique avec le cas de MM. Sergent et Mamou. Mais la constatation, dans une troisième étape, de metastases néoplasiques multiples confirma qu'il s'agissait en réalité de la généralisation d'un cancer à point de départ vraisemblablement testiculaire. Cette étiologie rend facilement compte de toute la symptomatologie observée à l'exception des phénomènes rhumatismaux initiaux avec hydarthroses qui, s'ils ne répondent pas à des arthropathies prepolynévritiques, ne pourraient être considérés que comme constituant une manifestation initiale inusitée de la généralisation d'une neoplasie maligne.

M. Debré précise la symptomatologie de la maladie de Still chez l'enfant et discute l'étiologie de cette entité clinique.

M. Clément n'a jamais pu mettre la tuberculose en évidence sur les trente cas qu'il a observés jusqu'alors.

M. Coste pense qu'il n'y a pas beaucoup d'analogie entre la maladie de Still de l'enfant et le syndrome de Chauffard-Still de l'adulte.

Influence de la fièvre sur l'évolution de la néphrose lipoïdique. — *M. Gauthier* (de Genève), relate un cas de néphrose lipoïdique typique au double point de vue clinique et biologique, qui fut très singulièrement amélioré par la fièvre liée à une otite compliquée de mastoïdite. Il rapproche cette observation de celles de M. Apert et de M. Weill-Hallé et pense que, lorsqu'une maladie comme la rougeole paraît influencer heureusement l'évolution d'une néphrose lipoïdique, c'est la fièvre qui l'accompagne que l'on doit incriminer et non la maladie infectieuse elle-même. Peut-être y aurait-il lieu d'envisager une pyrétothérapie de la néphrose lipoïdique.

Sur la dilatation des bronches chez les tuberculeux. — *M. Sergent*, à propos de la récente communication de MM. Ameuille et Perreau sur la dilatation des bronches chez les tuberculeux, rappelle ses travaux déjà anciens sur ce sujet.

Ictère bénin secondaire à l'absorption d'atophan. — *M. Cain* rapporte un cas d'ictère bénin consécutif à l'absorption d'atophan à dose thérapeutique.

A propos des épreuves pour l'étude des compatibilités sanguines. — *M. Benda*, à propos d'un cas personnel, montre que l'imperfection des épreuves directes et indirectes ne saurait conduire à prôner les unes à l'exception des autres. Chez des sujets à sang instable, il vaut mieux les contrôler l'une par l'autre, en ne tenant pour valables que celles qui sont concordantes.

M. Tzanck répète qu'il ne faut jamais avoir foi dans les épreuves directes sans les contrôler par les épreuves indirectes qui restent valables dans presque tous les cas

M. Benda répond qu'il n'est pas très exceptionnel de voir ces dernières en défaut.

La signification pronostique de la fièvre et des réactions leucocytaires dans les intoxications barbituriques. — *MM. Ch. Flandin* et *Fr. Joly*, se basant sur l'etude de trente-cinq cas de coma dus à l'intoxication par les dérivés barbituriques montrent que les deux symptômes essentiels permettant d'établir le pronostic de l'intoxication sont l'aspect de la courbe thermique et la leucocytose.

L'hypothermie persistante semble avoir une signification fatale.

L'hyperthermie au-dessus de 40° sans tendance à la défervescence est également un symptôme de gravité. Par contre, l'ascension thermique, lorsque la température ne dépasse pas 40° et qu'elle s'abaisse aussitôt, paraît être d'un pronostic favorable.

Les réactions leucocytaires n'ont de valeur qu'en l'absence de complications viscérales, pulmonaires surtout.

Dans les formes qui guérissent, on note une hyperleucocytose d'emblée au-dessus de 15.000 globules blancs avec polynucléose atteignant ou dépassant 90 %. Lorsque le malade sort du coma, la leucocytose diminue ainsi que la polynucléose et on peut voir une inversion de la formule leucocytaire. Habituellement, on note une véritable crise éosinophilique.

Dans les cas mortels, la leucocytose est normale ou abaissée et il y a souvent, d'emblée, de la mononucléose.

L'association de l'intoxication barbiturique à l'intoxication oxycarbonée est généralement fatale.

Intoxication par le gardénal traitée par les hautes doses de strychnine. — *M. M. Brulé* rapporte l'observation d'une femme qui avait ingéré cinq grammes de gardénal.

Le traitement par la strychnine fut commencé dix-sept heures après l'empoisonnement. La malade était alors dans le coma complet avec fièvre à 39°5. Le traitement strychnique fut insti-

tué au rythme assez lent de un centigramme toutes les deux heures, la plupart des injections étant intraveineuses.

Dès la treizième injection, on eut l'impression que la malade guérirait. Le coma persista quatre jours avec température à 39° ; mais la tension artérielle restait bonne, le pouls régulier, les urines assez abondantes ; on ne notait pas de complications pulmonaires.

En se basant sur ces signes favorables, il parut inutile de précipiter le rythme des injections de strychnine.

La dose totale injectée fut de quarante-six centigrammes en quatre jours.

Il n'est pas douteux que la guérison obtenue soit due à la thérapeutique par la strychnine.

Aucun signe d'intoxication strychnique ne put être noté.

Intoxication strychnique grave guérie par l'administration intraveineuse à doses massives d'un barbiturique. — *MM. Jean Paraf* et *Jean Bernard* rapportent l'observation d'une femme ayant absorbé, dans une intention de suicide, 270 granules de un milligramme de strychnine et entrée à l'hôpital avec le tableau dramatique d'un tétanos strychnique excessivement douloureux et paraissant devoir entraîner rapidement la mort. La guérison fut cependant obtenue par cinq injections intraveineuses répétées toutes les demi-heures de 5 c.c. de somnifène.

Méningite tuberculeuse apyrétique de l'adolescence avec inversion du rythme du sommeil et paralysie verticale du regard. Traitement par l'allergine. Guérison. — *MM. Henri Roger* (de Marseille) et *Vaissade* (d'Aix-en-Provence). Il s'agit d'un cas anormal de méningite tuberculeuse, dont la température n'a atteint 38° que le premier jour. La paralysie transitoire des supérogyres associée à une insomnie nocturne contrastant avec une somnolence diurne pouvait faire penser à une encéphalite épidemique avec réaction méningée. Le liquide céphalo-rachidien contient 200 lymphocytes, 0 gr. 50 d'albumine, de rares bacilles de Koch.

L'association des symptômes précités avec un léger syndrome cérébelleux gauche permet de localiser la lésion prédominante au niveau du pédoncule gauche. Le malade guérit après traitement par l'allergine de Jousset : la guérison se maintient depuis quatre mois.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder, (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

La succession du professeur Roux. — *On lit dans* AUX ÉCOUTES :

Le Professeur Roux échappe aux chroniqueurs. Les anecdotes que l'on peut rapporter sur lui n'ont point de sens, et de ce grand homme on ne peut donner l'image exacte qu'avec le recul qu'exige le respect.

D'autres travaux valent les siens peut-être. On peut critiquer des actes de son régime, car il régna d'un sceptre ferme sur la bactériologie française, pendant quarante ans. Mais on est saisi d'admiration devant la grandeur de son caractère et l'austère élévation de sa vie.

Malgré ses opinions philosophiques, *Monsieur Roux* (chacun à l'Institut Pasteur le nommait ainsi, comme les prêtres sulpiciens leur supérieur) mérite de placer sa statue parmi celle des grands chefs d'ordre monastique, dont il eu toutes les splendides vertus.

Dévoué à son ordre des Pastoriens jusqu'à lui avoir sacrifié toute possibilité de travail personnel, il a consacré sa vie et lui-même à l'écrasante charge de diriger l'Institut Pasteur.

Avec fermeté, voire rudesse, cet homme d'une bonté tendre tenait le gouvernail. Pendant quarante ans, il ne s'est point passé de mémorable ou de minime incident concernant l'hygiène ou la bactériologie qui n'ait été soumis au contrôle de Monsieur Roux : qu'il s'agisse d'une découverte ou bien du choix d'un directeur de bureau municipal d'hygiène, son opinion prévalait dans le domaine de l'hygiène publique, au Conseil supérieur d'hygiène qu'il présidait. Cet homme de laboratoire était

doué d'un sens des réalités et d'une perspicacité redoutable pour les théoriciens en chambre.

Mais ceux qui le craignaient le plus, c'étaient les hommes politiques incompétents que le hasard d'une combinaison obligeait à s'occuper (?) d'hygiène.

Il y eut un certain Congrès, où un ministre, mort depuis, fut contraint d'écouter de la bouche de Roux de rudes vérités qu'il n'était pas venu pour entendre.

On a pu regretter que Roux, directeur de l'Institut Pasteur, conservant la tradition romantique mais dommageable du savant pauvre, la recherche scientifique ne soit en fait permise qu'aux jeunes gens riches. Les autres sont contraints à mille besognes qui absorbent leurs forces et leur temps...

De Roux, homme privé, on retiendra le tendre attachement qu'il eut pour sa famille, qu'il aida, sans jamais la « pousser dans le monde ».

La direction de l'Institut Pasteur est tâche si difficile qu'on peut souhaiter seulement que son successeur y réussisse aussi bien.

Le nouveau directeur sera désigné lorsque paraîtront ces lignes. Quel sera-t-il ? Le Docteur Martin directeur, Mesnil sous-directeur, le Professeur G. Bertrand directeur de la section de chimie, tels étaient les pronostics de la dernière heure.

Les professeurs honoraires des Facultés. — JOURNAL DES DÉBATS (16 novembre 1933.)

Le décret du 28 mai 1921 a stipulé que les professeurs honoraires des Facultés font partie du Conseil de Faculté, mais seulement avec « voix consultative ». Il ne pouvait être question, en effet, de priver les Facultés de l'expérience et du prestige acquis en leur sein. Consacrée par l'honorariat, l'autorité de ces maîtres ne pouvait être négligée. Elle avait encore un rôle à jouer.

Mais, qu'en est-il, pratiquement ? Rien. Les professeurs honoraires, n'étant appelés au Conseil que pour une fonction passive, se sont désintéressés de délibérations où, si leurs avis peuvent être sollicités, la décision se prend sans leur vote. Ils se sont lassés d'une présence vaine. On ne s'explique pas que l'on ait ainsi, pour ainsi dire, décapité l'expérience. Pourquoi dépouiller de la sorte de toute responsabilité des hommes avertis cependant de tout ce dont doit s'occuper un Conseil où ils ne peuvent plus paraître que diminués ?

Alors qu'on voit maints de ces maîtres occuper avec éclat de hautes fonctions scientifiques ou administratives, il est singulier que, là même où leur expérience et leur renom se sont constitués, il ne leur soit pas permis de formuler *délibérativement*, c'est-à-dire de façon effective, leur opinion sur des problèmes qui leur sont familiers. Erreur d'autant plus grave que, lorsqu'on est dans la nécessité de compléter les jurys dans les Facultés, on se trouve souvent obligés de recourir à des éléments qui ne sont pas de la même partie. Il n'en serait pas ainsi si les professeurs honoraires pouvaient être utilisés, c'est-à-dire s'ils étaient admis à tenir autre chose qu'un emploi consultatif.

On aime à croire qu'il suffira de signaler cette situation étrange pour qu'on y remédie. D'autant plus qu'il y a d'excellents exemples d'une meilleure façon de faire. C'est ainsi que, dans les hospices civils, les médecins honoraires participent, avec la plénitude des moyens d'action,aux délibérations et aux décisions des Conseils d'administration. C'est tellement logique ! La justice aussi le veut, et ce ne sera, d'ailleurs, pas sans avantages de divers ordres. En tout cas, la mesure envisagée peut être réalisée sans la moindre dépense pour l'Etat. Il n'y a donc aucun motif de ne point l'adopter sans retard.

Jehan Rictus et le Professeur Terrien. — AUX ECOUTES :

Souffrant des yeux, il avait été adressé par un ami au Professeur Félix Terrien. On connaît la merveilleuse bonté du célèbre ophtalmologiste, et avec quel désintéressement, il soigne les malades pauvres.

Jehan-Rictus avait sur lui de quoi régler un prix de faveur. La faveur, ce fut le Docteur Terrien qui la lui demanda, la consultation terminée, en le priant de garder son argent et de revenir à lui autant qu'il serait nécessaire.

Emu, et ne sachant comment prouver sa reconnaissance, le lendemain, Jehan-Rictus déposait un exemplaire des *Soliloques du Pauvre* chez le compatissant docteur, lequel put lire, sur la page de garde :

Au Docteur Félix Terrien,
Ce livre à l'œil,
A charge de revanche.

JEHAN-RICTUS.

Les premiers clients. JOURNAL DES PRATICIENS :

.....Ayant commencé par pratiquer à la campagne, mon ami s'était installé dans une petite ville de l'Ain où un vieil officier de santé faisait la pluie et le beau temps. Il n'était pas d'avanie que le débutant n'eût à subir.

Dans la nuit deux hommes venaient le quérir pour un malade qui habitait une ferme sur les premières pentes de la montagne. Il ne fallait pas moins d'une demi-heure de marche pour y accéder. Les deux hommes montraient le chemin. Mais arrivés devant l'habitation du soi-disant malade, ils disparurent tout à coup. La ferme était abandonnée et ne contenait personne.

Quant il avait le malheur de perdre un malade, des émissaires pénétraient auprès de la famille en deuil. Ils étaient porteurs d'une bouteille de liqueur pour faire avouer aux parents du mort que le nouveau médecin était un incapable et l'avait tué. Il n'y a pas à dire. En dépit de la sympathie de la population, quand un confrère rageur est dans la place, les débuts ne sont pas drôles. Sa femme, quand il en a une, le console de son mieux. Mais que d'amertumes avalées en silence et d'iniquités qui vous soufflettent au visage ! Aucun confrère n'avait jamais pu tenir dans la petite ville où s'était installé mon ami. Une demi-douzaine venaient de s'y succéder dans l'intervalle de trois ans. Il jura d'y rester, accepta les brimades et n'y répondit pas. Exaspérée, la population prit sa défense et les clients qui restaient à l'officier de santé le quittèrent l'un après l'autre.

Continuer de faire son devoir et ne point répondre aux provocations est la meilleure manière de réussir. Une dispute entre médecins ne met guère en jeu que des conflits d'amour-propre. Il faut être assez fort pour supporter des disgrâces imméritées et garder confiance dans le lendemain. Un médecin consciencieux qui se rend au premier appel, se montre naturel, sans prétention et sans morgue, rassure les familles et trouve gentiment les mots qu'il faut dire, a vite fait de conquérir les sympathies de ses clients. Qu'il se garde toutefois d'une faute qui est souvent commise ! Tout en étant empressé et constamment aimable, qu'il évite toute familiarité avec son public. Un médecin jeune et confiant a grand'peine à échapper à cette erreur de tactique. Il se laisse aller aux avances qui lui sont faites et s'abandonne à des confidences à travers lesquelles percent plus ou moins des aveux de faiblesse ou d'obstacles malaisément supportés ! Le médecin ne doit guère être vu dans les lieux publics en compagnie d'amis de la localité. De croiser de trop près l'homme appelé à les soigner quand ils sont malades, diminue la confiance qu'ils placent en leur sauveur. Quand mon ami était médecin de campagne, un fait l'a frappé qui était répandu à des exemples multiples. Les amis intimes des confrères, du jour où ils craignaient pour leur santé, allaient consulter un autre médecin.

....

Nous avons connu des médecins qui s'affligeaient de voir des pharmaciens donner un remède à des clients qui venaient les consulter. Un pharmacien ne peut faire autrement. De par son métier, il est obligé de rendre ces petits services qui n'ont rien à faire avec l'exercice illégal de la médecine. Rien ne sert de diriger directement pour un malaise ou une égratignure sans importance un solliciteur vers un médecin. Le solliciteur ne s'y rendra pas. Il ne consentira au sacrifice d'une consultation de la Faculté qu'à condition qu'il n'aille pas mieux. Ce que ne manquera de lui dire le pharmacien qui ne lui délivre une drogue qu'en attendant. Les choses ne s'arrangeant pas, il deviendra alors urgent de frapper à la porte du docteur.

Une aventure plus désagréable guette le nouveau venu. Nous avons dit le danger pour lui du séjour au café et des promiscuités désobligeantes qu'il risque d'y croiser. Un péril et non moins redoutable court chance de le surprendre, le goût pour la politique active. Un médecin, nous l'avons dit, doit posséder sur les hommes et le gouvernement des Sociétés, un fonds d'idées commandées par l'expérience des faiblesses humaines et les leçons de l'histoire. Ces opinions, il les garde par devers lui et ne les exprime que si on les lui demande et sans jamais se perdre dans les égarements et les violences de la discussion. Un médecin qui converse dans un lieu public doit prendre garde de froisser les susceptibilités des gens qui l'écoutent. La démocratie nous a valu cette disgrâce de convaincre chacun de la vérité des affirmations qu'il énonce. Vous dites le contraire et sur des cerveaux butés, vos arguments ne portent pas. Pourquoi vous obstiner ? Il est toujours imprudent et cette fois, il est maladroit, de prétendre convaincre quelqu'un par les démonstrations de l'évidence, alors que ce sont les tendances du cœur et les illusions des notions généreuses, qui ont créé le tour des opinions. Il est audacieux de parler bon sens à des gens qui en sont dépourvus. On les écoute, on les laisse pérorer et l'on s'en va. Le médecin agit plus par son exemple que par ses discours.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue Georges-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou 3e classes,

L'arrivée du « grand patron » à l'hôpital. — *De M. Bernard Copel* dans LA SCIENCE MÉDICALE PRATIQUE (1er novembre 1933) :

Une entrée d'hôpital, le matin vers 9 heures et demie. Disparate, la foule va et vient devant la loge du concierge. Soudain celui-ci se précipite pour ouvrir la grande grille à deux battants. Une somptueuse 6 cylindres s'engouffre, voiture harmonieusement profilée, au capot démesuré, véritable bête de race.

Le chauffeur un peu arrogant et très digne sur son siège exécute une impeccable reprise. Le concierge enlève sa casquette d'un geste large, en s'inclinant bien bas, mais la voiture est déjà loin, et au passage, on a fait qu'entrevoir dans le fond du coupé, un monsieur à l'air important jetant un regard distrait sur les journaux du jour. Alors le concierge sonne une cloche pendue à côté de sa loge. Il tire sur la corde, de toutes ses forces, de tout son cœur, faisant retentir la cloche un certain nombre de fois, mais avec autant de vigueur qu'un sacristain carillonnant un jour de grande fête.

Pendant ce temps, par l'entrée commune, on voit pénétrer un petit homme à barbiche grise, l'air effacé et timide. C'est un monsieur d'une cinquantaine d'années au regard un peu triste derrière son lorgnon. Un veston noir quelconque, qui sent la Belle Jardinière, avec cependant un ruban rouge à sa boutonnière. Le monsieur à la barbiche entre, plus ou moins bousculé par des femmes qui traînent des marmots crasseux. En passant devant le concierge, il soulève son chapeau. Celui-ci esquisse le geste de toucher sa casquette et se lève à regret de son siège. Enfin, il faut à nouveau tinter sa cloche, mais sans conviction, mollement, et les derniers sons se perdent dans le brouhaha de l'entrée.

Deux patrons viennent d'arriver à l'hôpital.

Le premier, le « grand patron », professeur de clinique, membre de l'Académie et de 25 sociétés savantes, commandeur de la Légion d'honneur, et rapporteur du dernier Congrès de médecine. Il a le plus beau service de l'hôpital, 3 chefs de laboratoire, 6 assistants étrangers, 4 chefs de clinique, 3 internes, 15 externes, 90 stagiaires, une installation médicale que l'on vient voir des cinq parties du monde. C'est pour lui que le concierge a si joyeusement sonné.

L'autre, le second, un clinicien certes distingué, mais un « petit patron », sans envergure, sans grosse clientèle. Un minuscule petit service, deux étroites salles sous les combles et mal éclairées. Seulement, un interne et 4 externes. Un misérable laboratoire où ce malheureux s'évertue à faire pousser d'étranges cultures. Régulièrement, il publie des articles documentés et consciencieux, mais qui font peu de bruit. En somme un savant, estimé de tout le monde, hélas sans aucune influence à côté du premier. Le concierge lui-même comprend ces choses. Il faut être raisonnable et cet homme sait mettre des nuances dans la manière dont il sonne la cloche à l'arrivée des deux patrons....

BIBLIOGRAPHIE

L'amphithéâtre de Nîmes, par Emile ESPÉRANDIEU, de l'Institut. — **La cathédrale de Strasbourg**, par Joseph WALTER. Chaque volume in-8° (20 × 13), 40 gravures. Broché : 7 fr. 50. H. LAURENS, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris (VIe).

Dans la collection des « *Petites Monographies des Grands Edifices de la France* », paraissent deux nouveautés : L'Amphithéâtre de Nîmes par Emile Espérandieu, de l'Institut, et la Cathédrale de Strasbourg, par l'Abbé Joseph Walter.

Le Commandant Espérandieu après avoir fait un historique de l'amphithéâtre de Nîmes, le monument le plus important que nous aient laissé les Romains en France, nous guide à travers le monument et nous en fait saisir toute la grandeur. De nombreuses gravures forment comme un commentaire vivant du texte.

Nul monument ne méritait mieux que la Cathédrale de Strasbourg de figurer dans la collection des « *Petites Monographies* ». Après avoir fait l'historique du monument, M. l'Abbé Walter nous fait visiter l'intérieur, puis nous mène devant la façade et nous explique les admirables sculptures qui en font la beauté, puis ce sont les vitraux et le mobilier. Ce livre très clair, très illustré, est le meilleur des guides.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264

Fondé en 1873. — N° 48 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 2 DÉCEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Le Brome en biologie et en thérapeutique

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 29 novembre. — M. Fabignon : Néphrectomie et gestation. — M. Monville : Le cynara scolymas (artichaut cultivé) en thérapeutique. — M. Voillemin : Hémorragies digestives, au cours des affections du foie ou de la vésicule biliaire.

30 novembre. — M. Dillange : Etude anatomo-pathologique des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin. — Lundi 4 décembre, à 11 heures, M. Mouzon : Hémiplégie syphilitique. — Mardi 5 décembre, à 11 heures, M. Moussoir : Tuberculose pulmonaire. — Mercredi 6 décembre, à 11 heures, M. Flandin : Complications hépatiques et pulmonaires de l'amibiase. — Jeudi 7 décembre, à 11 heures, M. Marchal : Rétrécissement mitral. — Vendredi 8 décembre, à 11 heures, M. Bensaude : Diagnostic et traitement des hémorroïdes. — Samedi 9 décembre, à 10 h. 30, M. le Professeur Achard : Tétanos. — Lundi 11 décembre, à 11 heures, M. Thiers : Présentation de malade : nanisme sénile. — Mardi 12 décembre, à 11 heures, M. Patte : Affections rénales : généralités. — Mercredi 13 décembre, à 11 heures, M. Bariéty : Hématémèses. — Jeudi 14 décembre, à 11 heures, M. Hamburger. — Vendredi 15 décembre, à 11 heures, M. Touraine : Syphilis primaire. — Samedi 16 décembre, à 10 h. 30, M. Grigaut : Interpérométrie. — Lundi 18 décembre, à 11 heures : M. Mouzon : Paraplégie syphilitique.

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu le samedi 2 décembre 1933, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des professeurs). Vous êtes instamment prié d'y assister.

Ordre du jour. — Renouvellement du bureau pour 1934 ; compte rendu de l'archiviste-bibliothécaire. — Candidatures. Communications : M. Stephen d'Irsay : Le racisme du point de vue anthropologique. — M. Fosseyeux : Caractère et limites de la Renaissance médicale au XVIe siècle.

Journées d'histoire de la médecine. — Paris, 6 janvier 1934, à 15 h. 1/2, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine.

M. Ch. Lenormant parlera de l'évolution de la chirurgie française au XVIIIe et au XIXe siècles.

M. Jeanselme fera une conférence sur Narses, eunuque, diplomate et grand capitaine.

M. Laignel-Lavastine fera, enfin, une communication sur « Louis IX et la prostitution ».

Remise d'une médaille au docteur Albert Monthus. Cette cérémonie aura lieu le dimanche 10 décembre 1933, à 10 heures et demie à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), sous la présidence de M. le Sénateur Justin Godart.

IVe Congrès international de radiologie. (Zurich, 24-31 juillet 1934.) — Le délai d'inscription pour les communications dans les séances de sections a été fixé au 1er janvier 1934. Après l'expiration de ce délai, le comité fera paraître une nouvelle circulaire contenant la liste définitive des conférences.

Le programme des distractions offertes aux membres du Congrès se tiendra dans le cadre habituel. A côté de la réception officielle et du banquet de clôture un comité spécial organisera une soirée au cours de laquelle seront présentés les costumes nationaux et les traditions des différents cantons suisses.

Hôpitaux de Montpellier. *Concours de l'externat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Bigonnet, Boisbeunet, Alquié-Algava, Péguret, Porché, Cheynel, Passouant, Czerniak, Delmas, Benoit, Chanaud, Artières, Mlle de Gaudin de Lagrange, MM. Baixas, Dénoyés, Drouhet, Toyé-Lazarin, Joubé, Pistre.

Externes provisoires : MM. Fol, Broussous, Quet, Jany, Souchon, Mlle Genet, MM. Goubert, Zakhajm.

Candidats classés : MM. Vieu, Gros, Mlle Duchamp, MM. Granier, Radotomanga, Maymard.

Hôpitaux de Strasbourg. — *Concours de l'internat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Forster, Mayer, Apffel, Greminntzer, Marx, Maurer, Mandel, Sarrazin, Oudet, Mathis.

Externes en premier : MM. Mangeney, Mischo, Ruch, Vassilaros, Branzen, Mlle Dupuy, MM. Julien, Savignac, Ben-Noun.

Concours de l'externat. — Ont été nommés après concours : MM. Roger, Ueberschlag, Weber, Bauerschmitt, Sommer, Mlle Gaertner, MM. Mugler, Spira, Mlle Bruckmann, M. Claer, Mlle Fitzenkam, MM. Marth, Châtel, Burgun, Ledoux, Halsdorf, Mlle Kuhlmann, MM. Birger, Scheuer, Hurter.

Société amicale des médecins alsaciens (9, rue d'Astorg, Paris, VIIIe). — La prochaine réunion de cette Société aura lieu à l'Ecu-de-France, le samedi 9 décembre à 19 h. 30, sous la présidence de M. le Professeur Hartmann. Les dames et les confrères de passage à Paris, y sont cordialement invités.

UMFIA ou Union médicale latine. — Le Professeur J.-L. Faure qui a voyagé plusieurs fois en Amérique du Sud où il a si brillamment représenté la chirurgie française fera le *mercredi 20 décembre*, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence de son Excellence Da Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, à Paris, une conférence sur « Le Brésil ».

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, président de l'Union Médicale Latine, 81, rue de la Pompe, Paris, 16e ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris ; à l'Ambassade du Brésil, 55, avenue Montaigne, Paris ; au Consulat général du Brésil, 5, avenue Friedland, Paris, 8e.

Direction des Musées nationaux. — L'exposition de dessins, d'aquarelles et de pastels de paysagistes français du XIXe siècle organisée à l'Orangerie des Tuileries par la direction des Musées nationaux, est la deuxième série de manifestations qui

sont appelées à faire connaître au public les richesses du Cabinet des dessins du Musée du Louvre.

Deux cents pièces environ, dessins, aquarelles et carnets de croquis y figurent signés des grands maîtres du paysage de 1800 à 1875, de petites maîtres oubliés et d'artistes dont le talent de paysagistes n'est pas suffisamment apprécié.

On verra à l'Orangerie un nombre considérable d'aquarelles et de dessins justement célèbres de Georges Michel, de Paul Huet, de Delacroix, de Corot, de Millet, de Rousseau, de Daubigny, d'Harpignies, de Boudin, de Jorgkind. Les artistes suivants qui ne méritent pas l'oubli dont ils souffrent seront également représentés : Aligny, Granet, Isabey, Ravier, Hervier, Bonvin, Saint-Marcel. Enfin, l'attention sera attirée sur les paysages assez surprenants de sculpteurs comme Chapu ou Carpeaux, d'écrivains comme Prosper Mérimée ou Victor Hugo ; on montrera aussi des pages de peintres dont on ignore généralement le talent de paysagistes, comme Carolus-Duran et Meissonnier.

Nécrologie. — Docteur Camille LAFFINEUR, de Bugeat (Corrèze), décédé à l'âge de 46 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Collection des Universités de France : I. **Platon**. Tome VII (1re partie). La République (IV-VII). Texte établi et traduit par E. CHAMBRY, professeur honoraire au lycée Voltaire. 30 francs ; ex. numéroté : 60 francs.

Dans cette seconde partie de ce célèbre ouvrage, essentiel pour l'étude de la pensée politique de Platon, le philosophe établit un parallèle entre l'âme humaine et la cité. Dans cet État idéal, les femmes auront les mêmes fonctions et la même éducation que les hommes, puisque, d'après le disciple de Socrate, il s'agit moins d'un problème de sexe que d'une question de capacité.

Cet État sera réalisable quand les philosophes seront rois, car le philosophe doit gouverner seul ; connaissant seul la vérité idéale, il modèlera l'État sur l'idéal divin.

II. **Plaute**. Tome II : Bacchides, Captivi, Casina. Texte établi et traduit par A. ERNOUT, professeur à la Faculté des Lettres de Paris. Prix 30 francs. Ex. numéroté : 60 francs.

L'*Association Guillaume Budé* continue la publication du théâtre de Plaute. Comme le premier, ce deuxième volume réunit trois comédies, que met en valeur la traduction nouvelle de M. Ernout.

Dans ces pièces, où la vertu et la morale reçoivent de rudes assauts, le poète a mis en scène tous les types classiques de la comédie latine : vieillards amoureux, courtisanes sans scrupules, esclaves rusés ou raisonneurs et autres personnages astucieux et vantards, qui contribuent à montrer tous les travers de la société romaine.

Les textes français : Stendhal. La Chartreuse de Parme. Texte établi et présenté, avec une introduction, par P. JOURDA. Deux volumes in-8° écu, 39 francs. Edition numérotée sur Auvergne pur chiffon, 200 francs. Edition numérotée sur biblio pelure india, 90 francs.

Les *Textes français* ont publié en 1929 *Le Rouge et le Noir*, dont l'édition procurée par M. Jourda, docteur ès lettres, professeur agrégé, a eu l'approbation sans réserve des stendhaliens.

Aujourd'hui la collection donne celui des romans d'Henri Beyle qui le dispute en importance et en attrait au *Rouge, la Chartreuse de Parme*. De si nombreuses et remarquables éditions ont déjà été publiées qu'il semblait impossible désormais de rien ajouter aux travaux passés.

Et pourtant, l'édition de M. Jourda est la première qui, annotée, éclaire les intentions profondes de Stendhal, indique les sources (*Silvio Pellico*, etc.), précise les souvenirs personnels utilisés par l'auteur, et rapproche *la Chartreuse* des autres romans.

Société d'édition « Les Belles-Lettres », 95, boulevard Raspail.

Tite-Live, par Henri BORNECQUE, professeur à la Faculté des lettres de Lille. Un volume in-16 jésus de 220 pages, broché, 18 francs. (Bibliothèque de la Revue des Cours et Conférences). Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, 6e.

Ce livre nouveau est le *seul ouvrage publié sur Tite-Live depuis « l'Essai »*

de Taine. Or, si le livre de Taine demeure très intéressant et des plus suggestifs, le sujet y est vu de haut, dans un esprit de système un peu exclusif. Surtout, depuis soixante quinze ans, la connaissance de l'antiquité romaine a fait de grands progrès dont l'historien latin n'a bénéficié que par des études de détail, nombreuses d'ailleurs. Faire la synthèse de ces travaux, de manière que son ouvrage offre sur Tite Live le dernier état de la science, tel a été le premier propos du savant professeur à la Faculté des lettres de Lille.

Son livre a un autre mérite : il est à la fois précis et vivant. Qu'il s'agisse de l'homme, de l'historien, de l'écrivain, l'on trouvera des faits souvent curieux, et qui, par leur mise en lumière, arrivent à prendre la valeur de révélations. La critique est très souple et très moderne. M. Bornecque n'a pas voulu être plus Taimen que Taine. Toutefois, en appliquant les théories de ce dernier, l'auteur, qui connaît, sans doute mieux que personne, la rhétorique latine et particulièrement les déclamateurs, a démontré — ce n'est pas son seul apport — que, sans les écoles de rhéteurs, l'œuvre de Tite Live ne se comprendrait pas.

D'ailleurs, au contraire de l'écrivain dont il traite, M. Bornecque est parfaitement impartial. Il détruit la légende du républicain faisant, à la face d'Auguste, sa profession de foi politique. Il n'hésite pas à montrer tout ce qui manque à l'historien.

Que reste-t-il ? Un narrateur clair et brillant, un orateur disert, un moraliste aux tendances élevées, un homme enfin, dont l'âme s'est étroitement et volontairement confondue avec celle d'un pays fondateur d'Empires.

Telle est l'image durable, définitive même à certains égards, qui ressort de cet ouvrage où M. Bornecque a évité le double écueil de paraître vouloir ignorer Taine ou rivaliser avec lui.

Avec le 15-2. JOURNAL DE GUERRE DU GUERRIER, par le Docteur CHAGNAUD. Préface du général BARRARD. Un vol. in-8 de la Collection de Mémoires, études et documents pour servir à l'Histoire de la Guerre Mondiale, avec 16 gravures hors texte, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Avec le 15-2, le journal du Docteur Chagnaud, ancien médecin-chef du régiment, n'a pas la prétention de doubler le glorieux historique du corps ni de décrire, par le menu des opérations de guerre. Pas à pas, ce médecin qui avait l'âme d'un soldat a vécu avec la troupe, partageant ses dangers et ses misères, notant tout sur son carnet : tristesses, joies, faiblesses grandeurs.

La Science française depuis le XVIIe siècle, par Maurice CAULLERY, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne. Un volume in-16 (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris V^e^). Broché : 10 fr. 50.

L'auteur a cherché à présenter, dans un volume restreint et sous une forme aisément accessible à tout lecteur cultivé, l'ensemble des découvertes de la science française depuis le XVIIe siècle, mettant en relief les caractères propres de la vie scientifique en France, les circonstances ou les institutions qui ont exercé sur sa marche une influence déterminante. Éliminant tout détail, il s'est attaché à dégager la personnalité et l'œuvre des hommes de génie qui jalonnent la route parcourue, de Descartes à l'époque tout à fait contemporaine, en faisant entrer dans cet exposé l'ensemble des sciences depuis les mathématiques jusqu'à la biologie, et en montrant les applications qui en sont sorties.

Ce livre s'adresse donc au public cultivé à qui il fournira une introduction claire et substantielle à des études plus particulières sur l'histoire des sciences.

Introduction à l'étude des littératures modernes. La pensée française et européenne des origines à la Renaissance. Histoire littéraire et textes choisis par H. LUC et E. BERTRAND. Un vol. in-8°, 320 p. Prix : 20 francs Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

Cet ouvrage s'adresse à l'*honnête homme*, au sens que les contemporains de Molière donnaient à cette expression. Il a pour but de redresser la fausse image que la plupart des personnes cultivées se sont faite de notre histoire littéraire, par ce qu'il manque à cette histoire, telle qu'elle est généralement enseignée, un chapitre très important.

En faisant connaître les œuvres essentielles d'une littérature latine trop souvent ignorée, ils montrent que cette littérature est l'héritière directe de l'antiquité gréco-latine et a donné naissance, à son tour, à la plupart des littératures modernes.

Faire apparaître nettement la soudure entre l'antiquité et les temps modernes, entre la littérature de langue latine et les principales littératures nationales, tel est le but des auteurs qui y ont parfaitement réussi.

Préhistoire. De l'homme des alluvions à l'aurore des civilisations classiques, par Maurice EXSTEENS. Un vol. avec 800 fig. dans le texte, in-8° 538 p. Prix : 15 francs, Publications Expel, Paris, 1933.

Le but de ce livre est exposer l'état actuel de nos connaissances sur ces populations qui préparaient dans l'obscurité des temps, la route aux civilisations classiques ; de montrer comment elles se dégagèrent de l'animalité et ce que fut l'apport de chacune d'elles au progrès de la civilisation.

Cet exposé n'est pas un manuel sec et rébarbatif : c'est un livre qui se lit avec plaisir ; artiste autant que savant, l'auteur a su magnifiquement reconstituer dans l'espace et le temps, ces civilisations mortes dont les nôtres ont hérité.

Le Brome en biologie et en thérapeutique

Nos connaissances actuelles sur le brome sanguin

Par Ch. O. GUILLAUMIN
Chef de Laboratoire à la Faculté

I. — Le rôle comparé des divers halogènes

Les divers éléments de la famille du chlore ont des analogies si étroites dans le domaine de la chimie pure qu'il est difficile d'entreprendre l'enseignement de leurs propriétés sans évoquer cette parenté à chaque pas. Au contraire, nous transportant sur le terrain biologique, nous ne pouvons qu'opposer leurs propriétés respectives. La mobilité et l'abondance de l'ion *chlore* dans le sang et les milieux humoraux lui permettent d'y jouer un rôle important, soit pour le maintien de l'isotonie ou plus spécialement de l'équilibre acido-basique, soit dans les fonctions de sécrétion. Mais si le *fluor* est déjà présent dans un organisme humain en quantités très inférieures au premier, on doit noter surtout qu'il est d'abord localisé dans le squelette, les dents, puis les cartilages et tendons, ou encore les phanères ; tandis que les tissus à vie active en sont beaucoup plus pauvres (20 à 40 mgr., au lieu de 47 à 870 mgr. par kgr. dans les premiers) (A. Gautier et Claussmann).

La dissemblance se poursuit avec l'*iode*, dont l'abondance ne se chiffre plus que par quelques centigrammes pour l'ensemble d'un adulte ; mais la localisation de cet iode est alors en relation avec les diverses glandes endocrines, qui en contiennent 70 p. cent du total, la thyroïde à elle seule représentant 20 p. cent de celui-ci, soit en moyenne 15 mgr. (Zunz) ; il se trouve dans cette dernière presque entièrement à l'état de combinaison organique. Au surplus, hormis les périodes d'influence digestive ou médicamenteuse, l'iode circulant lui-même, est quantitativement étroitement soumis aux variations de l'activité thyroïdienne, au point que Schittenhelm et Eisler ont proposé le dosage de l'iode sanguin comme mode d'évaluation de cette activité, notamment pour le diagnostic de la maladie de Basedow. Et cependant l'iode ne s'y trouve qu'à un taux extrêmement faible égal en moyenne de 100 à 110 γ (millièmes de mgr.) par litre de sang total (Veil et Sturm, Maurer, Nitzescu et Binder, etc.) avec des variations physiologiques saisonnières (élévation en été vers 123 γ, abaissement en hiver vers 91), soumises aussi à des influences alimentaires (alimentation riche en iode telle que celle où entrent en abondance certains poissons), et encore dans la période prémenstruelle immédiate, dans le dernier trimestre de la grossesse. Or il est admis qu'une hyperactivité thyroïdienne se manifeste au cours de ces dernières. A l'opposé, chez trente malades porteurs de volumineux goitres simples, Nitzescu et Bender voient l'iodémie s'abaisser à 41-51 γ même en période d'été ; les chiffres les plus bas étant ceux qui sont compliqués de crétinisme ; ces résultats sont en accord avec ceux de Veil et Sturm. Cependant on ne saurait oublier que Schneider et Widmann, après Aschoff, ont noté l'influence du sympathique sur la sécrétion thyroïdienne. Les premiers de ces auteurs ont constaté l'élévation de l'iode sanguin passant de 124 à 174 γ dans les goitres toxiques, surtout à forme exophtalmique où le métalisme basal est le plus élevé ; mais ils l'ont notée également chez certains sympathicotoniques.

Je dois ajouter qu'il serait encore prématuré de considérer la technique du dosage de l'iode sanguin comme d'exécution courante ainsi que quelques auteurs l'ont prétendu. Bien que le micro-dosage de cet élément ait fait de grands progrès au cours de ces dernières années, un opérateur non exercé ne doit se risquer à mettre en circulation les résultats qu'il obtient seulement après de nombreux essais effectués d'abord sur des solutions pures, puis sur des mélanges complexes contenant des quantités connues d'iode oscillant entre 1 et 5 γ enfin sur des échantillons sanguins étudiés d'abord tels quels, puis additionnés de quantités de même ordre.

II. Notions nouvelles sur le rôle particulier du brome. Les travaux de Zondek et Bier

L'étude de la fonction biologique du brome est nettement la dernière qui ait tenté les chercheurs. Il est vraisemblable que si les travaux de Zondek et de ses collaborateurs n'avaient récemment attiré l'attention du monde biologique, et bien que la découverte du dernier des halogènes connus soit déjà plus que centenaire, les notions biologiques relatives au brome tiendraient en quelques lignes prudemment imprécises, quoique le brome soit relativement plus abondant que l'iode dans l'organisme. La principale raison de cet état de choses me paraît reliée à la difficulté technique du dosage, du brome surtout à l'échelle microanalytique ; les réactions de cet élément tiennent trop près à la fois à celles du chlore et à celles de l'iode ; et comme l'un et l'autre sont toujours présents dans les milieux biologiques, il y a là par conséquent des causes d'erreur qu'il s'agit d'éliminer.

Dans une suite de trois mémoires parus presque simultanément en avril 1932 Zondek et Bier ont tout à coup apporté une contribution capitale au rôle physiologique du brome et si quelques retouches sont probablement nécessaires à certaines des parties de leur exposé, il n'en reste pas moins vrai que, grâce aux travaux de ces auteurs, on peut vraisemblablement entrevoir pour le brome un rôle physiologique aussi important que pour l'iode, bien qu'il s'applique à des fonctions essentiellement différentes.

Partant de l'idée qu'il y avait une relation étroite entre les troubles psychiques et ceux des glandes endocrines que la clinique constate soit chez les mentaux, soit même au cours de la maladie de Basedow, Zondek et Bier ont d'abord étudié, grâce à la méthode de Pincussen et Roman modifiée par Bier, la teneur en brome du sang de l'individu normal, au cours des divers états physiologiques, puis dans de nombreuses affections accompagnées, ou non de troubles mentaux ; ils ont poursuivi leurs études sur la teneur en brome des divers organes et notamment des glandes endocrines, soit à l'état de veille, soit à l'état de sommeil, artificiellement prolongé et de leurs constatations résultent les conclusions suivantes :

Le brome est un élément normal du sang où il est pré-

••

sent à un taux en moyenne 100 fois plus grand que celui de l'iode, soit 8 à 10 mgr. par litre de sang total ; il y présente une grande fixité, en dehors de certains états mentaux cycliques, notamment la psychose maniaque dépressive, dans lesquels la bromémie s'abaisse de 40 à 60 % ; je reviendrai sur cette fixité pour laquelle j'apporte d'ailleurs plus loin certaines réserves ; mais si le brome est à peine plus abondant dans la plupart des organes, soit au taux de 10 à 20 mgr. par kgr., celui-ci atteint de 150 à 300 mgr. dans l'hypophyse.

Depuis longtemps Labat avait signalé sa présence dans la thyroïde et surtout dans les lobes antérieurs et moyens, le lobe postérieur étant beaucoup moins riche. Etudiant ensuite le même élément, guidés par les relations anatomiques qui unissent l'hypophyse au mésencéphale, ils constatèrent que dans le plancher du troisième ventricule ce taux s'abaisse à 15 ou 20 mgr. par kgr. ; mais surtout descend à 4-6 mgr. dans les hémisphères, le cervelet et le bulbe. Enfin Zondek et Bier réussirent à extraire du lobe antérieur une substance hydrosoluble bromée dont l'injection au chien produit chez cet animal un état prolongé d'apathie et de fatigue, nullement en rapport avec l'action nulle d'un taux égal du brome injecté à l'état salin ; ils réussirent à produire des effets très analogues avec un composé dérivé de la thyroxine dans lequel l'iode avait été remplacé par du brome. Ceci amène donc à penser, qu'à défaut de preuve directe de la similitude absolue entre le composé synthétique et l'hormone bromée, de grandes analogies de constitution doivent exister entre eux. Les mêmes auteurs ont émis l'hypothèse qu'il existait une relation étroite entre le taux du brome hypophysaire et le mécanisme du sommeil, parce que dans le sommeil artificiel prolongé provoqué par des narcotiques, la teneur en brome de l'hypophyse diminue considérablement. J'ajouterai au surplus que, ainsi que l'ont fait remarquer Rivoire et Kern dans leur si intéressant « Mouvement médical », si nous n'entrevoyons pas encore les détails précis du mécanisme qui relie la sécrétion bromée à la fonction hypophysaire antérieure et à la régulation de l'influx nerveux par rapport à la bromémie on ne saurait nier que la somnolence est un stigmate fréquent de certains adénomes hypophysaires chromophobes.

III. — Recherches personnelles sur le brome sanguin

Dès que j'ai eu connaissance des travaux de Zondek et Bier j'ai été personnellement amené à poursuivre des travaux dans la voie qu'ils avaient tracée non pas seulement parce que j'avais été séduit par l'originalité de ces recherches mais parce que la technique séro-interférométrique de Hirsch m'avait fréquemment permis de constater des troubles endocriniens et en particulier hypophysaires, chez les nombreux mentaux dont j'avais eu précédemment l'occasion d'examiner le sérum. N'envisageant d'abord la question que dans un but diagnostique, c'est uniquement au sang et aux liquides lacunaires que j'ai voulu recourir ; une partie des résultats obtenus en collaboration avec M. Merejkowsky a fait l'objet d'une note récente à la *Société de Biologie* (22 juillet 1933).

a) Technique du microdosage du brome. — Le premier point qui s'est posé à notre esprit a été le choix d'une technique fournissant entre nos mains des résultats d'une précision et d'une sécurité suffisantes pour le but poursuivi. Sans pouvoir ici allonger ce texte par l'exposé de nos divers insuccès, ce qui fera l'objet d'un mémoire technique, disons que nous avons abandonné la technique de Pincussen et Roman parce qu'elle nous paraît trop délicate pour n'être valable qu'entre les mains de rares initiés. La technique de Walter, utilisée par Urechia et Retezeanu, basée sur la coloration brune que donne une solution de chlorure d'or en présence d'un bromure, parut d'abord infiniment plus simple ; nous y avons renoncé, parce que si ce procédé réussit bien pour la mesure de solutions pures de bromures alcalins, la présence de chlorures y apporte une perturbation très marquée dans les teintes obtenues, et il nous était malheureusement impossible d'entrevoir l'élimination du chlore des milieux sanguins étudiés.

Nous avons fini par mettre à profit les travaux de Denigès et Chelle dans lesquels le brome est mesuré colorimétriquement à l'état de combinaison rouge violacé, soluble dans le chloroforme, après action du réactif sulfofuchsiné de ces auteurs et comparativement à des solutions titrées de bromure alcalin parallèlement traitées. Ce procédé a l'avantage d'être très spécifique du brome et de ne pas être influencé ni par le chlore, ni par l'iode présents. Il présente une sensibilité suffisante, supérieure nous a-t-il semblé, à la méthode de Labat. Et s'il ne permet pas, ou plutôt si nous n'avons pas voulu écrire à la suite de son emploi des résultats comportant les nombreuses décimales dont sont illustrés certains travaux étrangers, nous sommes arrivé au cours de nos travaux de contrôle à obtenir des résultats dont l'incertitude est au plus égale à 0 mgr. 2 par litre en partant de prises d'essai de 1 à 10 c. c. de sang ou de liquides lacunaires.

Ce procédé avait du reste déjà été fréquemment employé par Damiens, puis plus récemment par son élève Blaignan dans l'étude du brome normal des végétaux ; mais contrairement à ces auteurs, et dans le cas particulier du sang, nous avons eu de grosses difficultés à obtenir des résultats corrects en suivant leur mode de séparation du brome par inclusion dans un mélange de bromure-chlorure d'argent, suivant elle-même une calcination en milieu alcalin : et c'est pourquoi nous avons finalement fait choix d'une technique consistant à supprimer la calcination en la remplaçant par une libération du brome par voie humide à l'aide d'une solution concentrée de bichromate ou de permanganate sodique rigoureusement purs, en milieu sulfurique. Après entraînement quantitatif à l'état de vapeur, les halogènes sont fixés par passage dans un petit barbotteur spécial rempli d'une solution d'alcali caustique. On évapore la solution, calcine légèrement et termine par le dosage colorimétrique selon Denigès-Chelle. Bien entendu la première phase de la mise en liberté du brome et son entraînement se passe dans un appareil ne comportant que des raccords en verre, à l'exclusion de caoutchouc, liège etc.

b) Répartition du brome entre les éléments cellulaires et le plasma. — L'expérience que j'ai acquise depuis de longues années dans l'étude des constituants du sang me faisait un devoir d'élucider le problème de la répartition de l'élément étudié entre les globules et le plasma. Bien peu nombreux en effet sont les corps dont cette répartition est égale et sans espérer rencontrer dans l'ion brome cette mobilité qui caractérise le chlore, à cause des combinaisons organiques sous lesquelles on rencontre en grande partie le premier, il semblait indispensable de fixer ce point afin de contribuer à apporter une meilleure interprétation des résultats obtenus par les divers auteurs. Jusque-là en effet, la plupart des auteurs allemands énoncent leurs résultats pour cent centimè-


Adoptés dans les Hôpitaux de Paris



tres cubes de « Blut », ce qui ne peut être traduit que par « sang total » ; Urechia et Retezeanu ont au contraire effectué leurs recherches sur le sérum.

Nous avons opéré sur le sang, oxalaté à 2 pour 1.000 ; de dix sujets différents. Huit d'entre eux nous ont fourni la répartition suivante, entre les divers éléments de sang les résultats étant exprimés en mgr. par litre :

		Moyennes
Plasma	7,4 à 16	12,5
Globules	3 à 6	4,5
Rapport $\frac{\text{Br. globules}}{\text{Br. Plasma}}$	0,23 à 0,6	0,36

Ces chiffres donneraient par le calcul une moyenne de 9 mgr. par litre de sang total, dans un sang normalement riche en hématies. Les deux derniers cas ont fourni un apport tout à fait exceptionnel de 1.10 et 2,36 dont nous espérons poursuivre l'étude.

On constate tout d'abord que le rapport moyen de 0,36 est nettement inférieur à celui trouvé pour le chlore. Ceci tient peut-être à la proportion relativement importante des combinaisons organiques dans lesquelles est engagé le brome sanguin. Ce rapport se montre en effet notablement différent si on élève artificiellement et considérablement la concentration du brome sanguin ; Hastings, Harkins et Liu, opérant à l'aide d'injections massives de Na Br jusqu'à issue mortelle ont noté chez le chien des valeurs du rapport $\frac{\text{Br. glob.}}{\text{Br plasma}}$ s'élevant de 0,88 à 0,94.

Il résulte de ces diverses constatations une *conclusion pratique. En raison des variations du volume globulaire au cours de certains états pathologiques, il est des plus utile de substituer à l'étude globale du sang total celle du plasma et des globules étudiés séparément.*

c) La bromémie du sérum est-elle une valeur constante ? Nous avons indiqué précédemment que, dans leur premier mémoire, Zondek et Bier avaient insisté sur le fait que le taux de brome du *sang total* était une valeur presque fixe, puisqu'ils lui assignaient un taux ne variant qu'entre 8 et 10 mgr. par litre, chiffres obtenus tant chez le normal que sur 150 malades atteints d'affections diverses non mentales. A l'aide de la technique de Walter, Urechia et Retezeanu ont noté des valeurs identiques, en opérant sur le sérum.

Sans idées préconçues, nous nous sommes patiemment attaché à mesurer la bromémie du sérum ou du plasma provenant d'un certain nombre de normaux adultes et surtout de malades (non séniles) atteints d'affections diverses chroniques non mentales, telles que syphilis anciennes traitées, néphrites légères, cirrhoses, rhumatismes, etc.

En relevant 200 de ces résultats, nous constatons que nous n'avons pu retrouver dans le sérum la fixité de la bromémie signalée par Zondek et Bier et si la moyenne des taux obtenus se tient proche de 10 mgr. par litre, nous avons constaté des variations d'un individu à l'autre passant de 2 à 20 mgr. sans que nous avions encore pu rattacher l'excès ou l'insuffisance du brome sanguin à tel ou tel état particulier. Comme de telles différences ne pourraient exister sans influencer également le brome du sang total il nous semble plus conforme à l'exactitude de dire que le taux du brome. du sérum ou du sang. peut s'écarter nettement de la valeur moyenne égale à 10 mgr ; il est donc nécessaire de tenir compte de ces oscillations pour l'interprétation d'un résultat isolé obtenu chez un individu.

Déjà à propos de l'iodémie, on a signalé que celle-ci pouvait *passagèrement* s'élever jusque cent fois sa normale, sous l'action d'une alimentation riche en iode ou encore d'une médication iodée ; il nous paraît que certaines médications bromées influent également sur la bromémie, mais de façon beaucoup plus durable ; car nous ne pouvons pas trouver d'autres explications à des résultats au premier abord aberrants car ils étaient de l'ordre de 60 à 85 mgr. On ne peut trouver la cause de ces résultats vérifiés exacts et obtenus chez certains sujets névropathes, que dans une thérapeutique bromée suivie précédemment par le malade, et parfois à l'insu de son médecin.

Enfin, nous avons constaté que certains échantillons sanguins examinés tardivement et après plusieurs semaines ne permettaient d'y retrouver que des teneurs nulles ou négligeables Sans avoir encore pu préciser le mécanisme qui conduit *in vitro* à la disparition du brome du sang, nous pouvons déjà en retenir une précaution utile à connaître, qui est celle d'effectuer. si possible. le dosage du brome dans les quarante-huit heures qui suivent le prélèvement ou à défaut, vieux au plus d'une semaine ; rien n'est du reste plus facile.

d) État physico-chimique du brome sérique. — Nous avons effectué un certain nombre d'expériences dans lesquelles le sérum a été soumis à l'ultrafiltration sous pression d'air de 0,2 à 0,3 atm. à l'aide de membranes au collodion éthéro-alcoolique dont nous avons décrit précédemment la préparation avec M. Mérejkowsky. A l'aide de ces membranes, vérifiées imperméables à l'hémoglobine, nous avons pu constater que le plus souvent 63 à 88 p. cent du brome se trouvent à l'état de combinaisons organiques résistant à l'ultrafiltration. Ceci offre une grande similitude avec l'état sous lequel se trouve l'iode sanguin dont 66 p. cent seraient à l'état organique (Nitzescu et Binder).

Enfin si l'on tente la précipitation fractionnée des albumines à l'aide du sulfate d'ammoniaque, environ 20 p. cent du brome présent sont entraînés avec les globulines et un taux un peu inférieur avec le sérum albumine. Nous ne pouvons encore préciser s'il s'agit de la précipitation d'un protide bromé ou d'une simple absorption par le coagulum.

e) Quel secours pouvons-nous tirer de la mesure du brome sanguin en pathologie ? — Ayant constaté que la bromémie ne possédait pas la même fixité que lui assignaient Zondek et Bier, il semblerait difficile de continuer à soutenir avec eux qu'une bromémie basse est le seul apanage de la psychose maniaque dépressive. Cependant Sacristan et Peraita étudiant dix sujets atteints de démence sénile, épilepsie, catatonie, schizophrénie, psycopathie post-encéphalitique, ont noté des bromémies de 7 mgr. 27 à 19 mgr. 07 par litre de sang, tandis que sur treize femmes atteintes de psychose dépressive, le brome n'atteignait qu'un taux de 1 mgr. 88 à 6 mgr. 85, et d'autant plus bas que la maladie était plus ancienne ou les crises plus fréquentes ; de plus, ces auteurs ont vu le brome remonter de 2,5 chez un sujet dont l'état s'était amélioré. Nous ne pouvons encore apporter qu'une contribution personnelle réduite à cette partie du problème, sur laquelle portent nos travaux en cours, mais il nous semble judicieux de conclure ainsi, tant d'après les premiers résultats obtenus par nous-même que par ceux des auteurs ci dessus :

1° Un taux de brome sérique abaissé au-dessous de

6 mgr. par litre peut se rencontrer en dehors d'états mentaux dépressifs, et ne peut par conséquent déterminer à lui seul un diagnostic. Nous ne connaissons pas encore la signification des valeurs élevées, de l'ordre de 13 à 20 mgr.

2° En psychiatrie, un taux de brome abaissé peut aider au diagnostic différentiel des psychoses maniaques dépressives avec les autres états mentaux et en faveur de la première.

3° La mesure du brome sanguin est surtout utile, si elle est effectuée d'une façon suivie chez un même dément maniaque pour prévoir l'évolution de la maladie, l'apparition des crises, et vérifier l'action d'une thérapeutique susceptible d'améliorer le sujet.

4° Le diagnostic et le pronostic peuvent être aidés par l'étude parallèle du brome dans le liquide céphalo-rachidien, dont le taux indiqué par Zondek et Bier est de 150 mgr. Nous-même, sur quatre sujets (malades chirurgicaux), nous avons noté que le brome rachidien se tenait entre 8 et 33,5. avec un rapport $\frac{\text{liquide C. R.}}{\text{plasma}}$ oscillant entre 1,5 et 2. Ceci serait un appoint utile, puisque d'après Zondek, dans les états dépressifs, le brome rachidien serait réduit à l'état de traces.

Le Bromure de sodium anesthésique de base

par A. BRÉCHOT

L'anesthésie demeure, toujours, une des préoccupations principales des chirurgiens. C'est pourquoi ils ont, ces temps derniers, donné une importance considérable aux anesthésiques de base. De nombreux procédés ont été préconisés, en particulier l'avertine dont l'heure de célébrité semble déjà passée.

La première condition d'une anesthésie de base est, bien évidemment, d'être inoffensive et de faire appel à des substances peu toxiques. Les bromures nous ont paru réaliser, au maximum, ces conditions ; c'est pourquoi nous les avons utilisés. Nous pensions, en effet, que ces produits étaient susceptibles en se fixant sur le système nerveux central et, en particulier, sur la moelle de limiter l'action de l'agent anesthésique gazeux dont la valeur est indiscutable pour l'imprégnation progressive du cerveau ; elle seule permet rapidement l'imprégnation des cellules cérébrales, puis la cessation de cette action sur ces cellules. Nous n'avons, donc, envisagé l'action des bromures que comme susceptibles de limiter considérablement la quantité de l'anesthésique gazeux nécessaire pour l'obtention de l'anesthésie complète, nous nous sommes adressés au bromure de sodium parce qu'il présente une toxicité extrêmement faible dont les faits nous ont témoigné. Nous avons commencé par l'injection d'un gramme de bromure de sodium intraveineux et, progressivement, nous sommes arrivés à injecter, sans aucun accident ni phénomènes de choc, jusqu'à vingt grammes. Mais il ne nous est pas paru que l'action obtenue ait été beaucoup plus marquée à cette dose qu'à des doses plus discrètes, aussi nous limitons-nous à une dose de dix à douze grammes dans vingt centimètres cubes de sérum glucosé au dixième ; nous avons ajouté également à cette solution vingt-cinq centigrammes d'uréthane.

La technique de ces injections est naturellement banale ; c'est la technique de toutes les injections intraveineuses. Elles doivent être correctement faites, une certaine quantité de la solution épanchée dans le tissu cellulaire pouvant produire une escarre.

Les malades, ainsi que nous l'avons dit, n'ont pas présenté de phénomènes de choc : or, notre expérience porte actuellement sur plus de six cents cas.

Que note-t-on d'une façon immédiate ? Les malades n'accusent aucune sensation. Ils restent calmes sans être somnolents. Il faut attendre trois quarts d'heure pour être dans la période optima de cette anesthésie de base. Nous n'avons observé ni modifications des urines, ni modifications de la tension artérielle.

Que se passe-t-il au cours de l'anesthésie ? Les résultats sont évidemment un peu variables suivant les individus. D'une façon générale, les hommes sont moins influencés. Dans deux cas qui restent tout à fait exceptionnels il m'est arrivé d'opérer sans autre anesthésie (une hydrocèle, une gastro-entérostomie). Ce n'est pas un tel résultat qu'il faut demander à cette méthode. Ce que l'on peut en attendre, c'est d'endormir les malades en les mettant, pendant deux ou trois minutes, au n° 5 ou 6 de l'appareil d'OMBREDANNE puis de descendre à un ou deux et souvent, vers le milieu d'une intervention d'importance moyenne (fibrome, salpingite) de mettre le masque au zéro ou, parfois, de terminer l'opération sans masque.

Actuellement, j'ai coutume pour les opérations d'estomac au lieu d'employer la simple anesthésie locale de la paroi et l'anesthésie cœliaque d'opérer les malades sous anesthésie bromurée avec analgésie de l'incision pariétale à la novocaïne. J'ai fait ces jours derniers, devant quelques collègues du *Congrès de Chirurgie*, une gastro-entérostomie et une pylorectomie suivant la technique de FISTERER grâce à cette manière de faire.

Comment trouve-t-on le malade à la fin de l'anesthésie ? Une des choses les plus frappantes, c'est que les femmes même en position de Trendelenburg ne sont pas violacées. Beaucoup se réveillent suffisamment pour que l'on puisse causer avec elles avant leur départ de la salle d'opération.

Après l'opération les malades sont calmes et ne vomissent que rarement.

Tels sont les faits que nous avons pu constater. Nous avons tenté l'expérimentation d'autres bromures, mais la toxicité plus grande en particulier du bromure de potassium ne nous a pas autorisés à pousser à doses utiles les injections intraveineuses.

Toute méthode, pour se répandre facilement, demande un maximum de simplicité. Les injections intraveineuses constituent un obstacle à l'emploi de ce mode d'anesthésie. Cependant ce qui peut ôter toute crainte, c'est la très grande marge de sécurité, que possède le bromure de sodium. Nous avons, cependant, essayé de l'administrer par voie buccale ce qui est incontestablement plus simple. Mais l'importance de son action et la régularité de ses résultats sont nettement moins constantes par cette voie. L'on peut cependant attendre de ce mode d'emploi une anesthésie simplifiée, un réveil calme et ordinairement sans vomissements.

En résumé, il nous paraît que, s'il est logique de tenter d'améliorer l'anesthésie gazeuse, si souple dans son maniement (l'entrée et la sortie de l'agent anesthésique

étant assurées par la respiration) cet essai ne doit être tenté qu'avec des corps extrêmement peu toxiques ; c'est pourquoi nous n'avons jamais été tentés d'utiliser les produits tels que l'avertine ; c'est pourquoi nous pensons que, dans, une certaine mesure, l'anesthésie de base au bromure de sodium peut sans danger améliorer l'éthérisation, favoriser, régulièrement la période si pénible du réveil post-anesthésique qu'entrecoupent dans l'immense majorité des hoquets et des vomissements douloureux.

Nous pensons enfin que les sédatifs généraux du système nerveux ne peuvent avoir, lorsqu'ils ne sont pas par eux mêmes toxiques, tel le bromure de sodium qu'une influence heureuse parce qu'ils tendent à amortir le shock opératoire, ensemble complexe qui ne se manifeste nettement à nos yeux que dans ses formes graves et dans lequel l'anesthésie générale occupe une place certaine.

Le Brome en pathologie digestive

par Marcel LAEMMER

Nous savons que la sphère d'action de l'ion Br. est le système nerveux central et plus spécialement la moelle, de nombreux travaux ont été faits pour confirmer ce point ; ceux de Dario Acevedo en 1930 ont démontré que l'ion Br. possédait une action directe sur la moelle ; que les bromures à doses moyennes abaissaient ou supprimaient l'action du Thalamus sur les centres médullaires.

Chez un *sujet normal* une dose de 1 à 2 grammes de bromure n'a pas d'effet réellement net; avec les doses de 2 à 4 grammes il n'y a aucune diminution des impressions sensorielles, ni de la rapidité ou de la précision du système moteur ; l'on a même constaté une activité intellectuelle plus élevée avec travail plus aisé. — Aux doses de 5 à 10 grammes, on note des troubles de la parole et un manque de coordination des idées. Le réflexe pharyngien est supprimé. Nous arrivons ainsi aux doses dangereuses vraiment toxiques, mais notons-le bien, il s'agit ici de sujets normaux. Chez des sujets *à hyperexcitabilité réflexe* ; *2 grammes* diminue celle-ci, 2 à 4 grammes peuvent agir comme somnifère et les hyperexcitables du type épileptique supportent facilement de 5 à 10 grammes par jour de bromure.

Nous savons encore que le Br s'élimine par les urines : la salive, la sueur et les larmes. Enfin, qu'il existe un rapport entre l'élimination urinaire du Br et du Cl. — Epstein qui a bien étudié cette élimination urinaire, a trouvé que le passage du Cl et du Br n'est pas en rapport avec les dosages effectués dans les urines ; le Br s'éliminerait en quantité plus grande que le Cl et si l'on ajoute du Cl au Br ce dernier est rejeté en plus petite quantité. Pour Wyss le rein se comporterait pour le Br comme un filtre indifférent. Epstein en étudiant l'ion Br dans le suc gastrique conclue que dans celui-ci, le Cl se laisse déplacer par le Br. Ce déplacement s'opère en faisant une part plus grande à l'assimilation protidique et ceci grâce à une véritable tranformation de suc gastrique. Cette transformation est la suivante : les acides combinés et les acides libres sont plus actifs ; l'acidité actuelle (concentration des produits liquides) augmente ainsi que l'assimilation pepsinique. Et l'auteur d'admettre que l'on pourrait utiliser l'action du Br d'une part, pour établir un diagnostic des sécrétions gastriques et, d'autre part, pour lutter contre l'ana et l'hypochlorhydrie.

Toute une série d'expériences ont été faites concernant l'action des « Bromides » sur la sécrétion stomacale par de nombreux auteurs. L'an dernier, dans un travail d'ensemble, Baltaceanu (de Bucarest) a donné un résumé très instructif de ces recherches et il semble que ce dernier auteur ait mis la question au point jusqu'à ce jour.

D'une façon générale, les bromures ont été utilisés dans les *dyspepsies dites nerveuses.* Quant aux résultats, les auteurs ne paraissent pas toujours d'accord. C'est ainsi que Togami estime que l'ion Br paralyse la sécrétion gastrique sans phase intermédiaire, Giacobbi déclare qu'avec de fortes doses de bromure de strontium chez trois hyperchlorhydriques, il a obtenu des dosages moindres d'acides libres et d'acides combinés après expériences (ce qui contredit les expériences d'Epstein). Fernandez-Martinez, en utilisant de 2 à 6 grammes de bromure, a obtenu dans certains cas, une diminution de la sécrétion chlorhydrique, mais dans d'autres cas aucun changement et même parfois une augmentation de l'HCl (ces dernières expériences corroborant celles de Epstein).

G. Baltaceanu a, personnellement, étudié les effets de mélanges dans lesquels entrent à la fois le bromure et l'atropine.

1° Une première formule composée comme suit : Atropine = un milligramme — Bromure de calcium 5 grammes Eau = 150 c. c. après un « repas de Boas-Ewald » a donné une diminution rapide et notable des acides libres et cette action durait environ 30 minutes. Après ce laps de temps, le taux remontait presque au même niveau que celui du début de l'expérience. D'autre part il a constaté une légère diminution de l'assimilation pepsinique sans rapport avec le changement des autres éléments dosés.

2° Une seconde formule, composée de : Atropine = un milligramme — Bromure de calcium 0 gr. 50. Eau = 150 c. c. a été utilisé dans diverses affections du tube digestif. Voici les résultats obtenus chez divers malades :

Dans un cas d'ulcus gastrique : la sécrétion a diminué.

Dans un cas d'anachlorhydrique : il y a eu augmentation des acides combinés, mais l'action sur HCl a été nulle. Ce mélange a été mal supporté.

Dans deux cas d'hyposécrétion : il y a eu excitation sécrétoire.

Dans deux cas de névrose gastrique : il a été constaté une augmentation de la sécrétion chlorydrique avec retour rapide au taux primitif.

Dans un cas de cholélithiase : il y a eu amélioration sécrétoire.

Dans un cas de colite : action sur la sécrétion stomacale, mais assez faible.

Dans tous ces cas, d'une façon générale, l'effet sur la sécrétion pepsinique est faible et dans le sens de la diminution de l'assimilation pepsinique.

En expérimentant les bromures seuls, sur le chien à petit estomac de Pawlow, l'on a relaté les faits suivants :

Si l'on utilise une dose de 0 gr, 50 de bromure de calcium ou de bromure de sodium, l'on obtient les mêmes effets, c'est-à-dire augmentation sécrétoire, avec très faible changement dans le taux des acides combinés et des acides libres comparable à celui obtenu avec l'absorption d'eau distillée.

En utilisant le mélange *atropine et bromure de calcium* il semble que sans celui-ci l'atropine ait plus d'action.



Quant à l'action de l'ion Br, celle-ci augmente la sécrétion en cas d'hyposécrétion par *effet direct* sur la muqueuse gastrique.

Que faut-il retenir de tout ceci dans la pratique thérapeutique ?

Tout d'abord, nous constatons que les divers auteurs déclarent en ce qui concerne le tube digestif que l'ion Br possède une *action directe sur la muqueuse gastrique* et qu'il ne s'agit pas réellement d'une action sur les centres médullaires. Ensuite, l'ion Br agit en qualité *d'excitant sécrétoire* quand il y a hyposécrétion, et en qualité de *déprimant sécrétoire* quand il y a hypersécrétion : c'est donc un médicament précieux puisqu'il semble expérimentalement être *un équilibrant de la sécrétion gastrique*.

Par contre il est permis de faire un certain nombre de réflexions critiques au sujet de ces diverses études. Il est d'abord certain que le Br agit surtout sur les centres médullaires, les preuves physiologiques abondent et s'il est vrai que les bromures agissent directement sur la muqueuse gastrique, ils agissent sur la moelle et c'est un précieux médicament des troubles stomacaux chez les hyperexcitables réflexes. — De plus, nous l'avons vu au début de cette brève étude, il y a une question de *dose médicamenteuse* qui est en relation avec l'hyperexcitabilité plus ou moins grande du système nerveux central et il est de toute évidence qu'il n'est pas indifférent de donner à un sujet 0 gr. 50 ou 5 grammes de Br Na. C'est de cette difficulté que tous les praticiens connaissent, de trouver la dose adéquate à chaque organisme que peuvent naître des erreurs d'appréciation expérimentale. Enfin, il est regrettable qu'il n'ait pas été fait d'études plus approfondies sur cette autre question : dans les bromures l'ion Br est accolé à l'ion K, Na, Ca, Sr, NH^4 nous savons déjà que ces derniers n'ont pas d'action indifférente, malgré les expériences sur le chien de Pawlow, sur l'organisme puisque dans la plupart des cas nous préférons utiliser par exemple le Na-Br, au K-Br. Donc, du point de vue thérapeutique pratique, nous pourrons utiliser les bromures et spécialement le Na-Br à la dose moyenne de 1 à 2 grammes *pro die* (ces doses répétons-le sont à étudier pour chaque malade), dans *les névroses gastriques*, dans les *hyposécrétions* et dans les *hypersécrétions* et ici en particulier en mélange avec l'atropine (sulfate d'atropine : un milligramme : Na-Br 0 gr. 50 à 1 gr = Eau distillée = 150 c. c.) en se souvenant toutefois de la faible action dépressive de la sécrétion pepsinique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dario Acevedo (Pérou). — « Modification de l'excitabilité médullaire et thalamique chez la grenouille par l'action de l'ion Br »: *in Annales de Physiologie et de physicochimie biologique*, 18 juin 1930 (Doin, édit., Paris).

2. G. Baltaceanu (Bucarest). — « Über die wirkung des Atropins und einiger Bromide auf die Magensekretion » : *in Archiv für Verdanungs-Krankheiten*, 1932 (Karger, édit., Berlin).

3. J. Epstein — « Veränderung des Magenchemismus durch Brom » *in Archiv. für experim. Pathologie und Pharmakologie* 15, VI, 1932 (Vogel, éd., Berlin).

4. E. Zunz. — Eléments de Pharmacodynamie spéciale Tome I, 1932 (Masson, édit., Paris).

« Une enquête est nécessaire, si on veut connaître exactement la fréquence et la répartition du lupus en France. Elle est certainement très irrégulière. Cependant, on peut affirmer que le nombre des lupiques est supérieur à plusieurs dizaines de milliers. »

(Prof. Audry, de Toulouse. Projet d'assistance médicale anti-lupique.)

Emploi du brome en gynécologie

Par H. Vignes et O. Poulain

Bromures alcalins. — *Action sur le flux menstruel.* — L'usage des bromures alcalins (bromures de potassium, de sodium, d'ammonium) détermine souvent un retard des règles. Gübler, Bouilly, Dalché ont recommandé d'associer les bromures à l'ergot dans la métrorragie. Schwarz a rapporté jadis l'observation d'une femme de 46 ans, incommodée depuis dix-huit ans par des métrorragies profuses et par du prurit, qui fut guérie de l'un et de l'autre inconvénients par la bromuration intense. (F. Schwarz. Uber den Einfluss des Bromatlum auf Reuster actions anomalien. *Wien Med. Blatt.*, 1888, p. 714). Mais, *a priori*, les fortes doses ne sont peut-être pas indispensables en ce qui concerne l'arrêt des métrorragies, car il semble que les doses faibles aient un pouvoir vaso-constricteur plus net.

Action sur les douleurs génitales. — L'action du brome s'exerce spécialement sur le système cérébro-spinal en déterminant une diminution de l'excitabilité réflexe et de la sensibilité. La dose de cinq à dix grammes de brome diminue ou supprime la sensibilité des muqueuses et, en particulier, de la muqueuse vaginale. A 15 grammes, les sphincters peuvent être paralysés. Par leur action analgésiante et par leur action antispasmodique, les bromures peuvent donc agir utilement dans les dysménorrhées, surtout chez les hypersympathicotoniques. Rabuteau en recommandait l'usage dans les menstruations difficiles et douloureuses.

Action sur le sens génital. — Etant donné l'effet depuis longtemps reconnu que l'on obtient avec les bromures alcalins dans les pollutions (Hühner) et dans certains états d'excitation masculine, et étant donnée leur action anesthésiante sur les muqueuses génitales de l'homme, on pouvait espérer qu'ils seraient un bon médicament de la nymphomanie. Il n'en est absolument rien et les bromures n'ont d'utilité pour les troubles sexuels de la femme que tout à fait exceptionnellement.

Dujardin-Beaumetz enseignait que le bromure serait utile dans certains cas de vaginisme.

Les bromures devront être essayés dans les cas de prurit vulvaire. Leur effet est parfois remarquable ; parfois, mais assez rarement. On a proposé récemment l'injection intraveineuse de 20 centigrammes de Na-Br (en solution dans 10 c.c. d'eau distillée).

Autres actions susceptibles d'être utilisées en pratique obstétricale ou gynécologique. — Les bromures ont été préconisés dans l'éclampsie, mais n'ont pas rendu les services qu'on en espérait. Dans quelques cas de vomissements gravidiques, le bromure de sodium a exercé une action bienfaisante sur l'excitabilité du système nerveux (Ozanam, Leven). J'en ai satisfaction beaucoup moins souvent que du gardénal et que de l'opium.

Le bromure diminue les combustions de l'organisme et améliore, parfois, certains états d'hyperthyroïdisme. H. Zondek considère que les variations de la teneur du sang en brome jouent un rôle dans la psycho-maniaque-dépression, que l'on peut améliorer la mélancolie par de

petites doses de brome. Il arrive que les bromures soient utiles chez certaines femmes dans le nervosisme qui accompagne tant d'affections gynécologiques. Cependant, il faut savoir que chez d'autres femmes, il est absolument inactif. On pourra s'en servir dans le nervosisme à type sympathicotonique que l'on observe à la puberté chez certaines fillettes et, aussi, dans le nervosisme de la ménopause spontanée ou chirurgicale. Mais, là, il dépasse facilement le but et détermine de la dépression.

Le bromure est très agissant dans certains cas d'insomnie. D'après un travail récent de Zondek, il se pourrait que l'hypophyse sécrète une hormone contenant du brome et jouant un rôle dans la production du sommeil.

Le bromure de potassium est utile dans la tachycardie, davantage peut-être par l'ion K que par l'ion Br.

Posologie. — Les bromures alcalins s'emploient à des doses quotidiennes variant d'un demi-gramme à quatre grammes (et, exceptionnellement huit et douze grammes chez les épileptiques). Pour prescrire utilement les bromures alcalins, il faut tenir compte des effets du métal associé au brome. Certaines femmes supportent mal le potassium qui les vagotonise : c'est pourquoi le bromure de sodium est plus efficace que le bromure de potassium dans les vomissements de la grossesse. D'autres fois, c'est l'effet potassium qui est à rechercher.

D'autres femmes se trouveraient mieux du bromure d'ammonium lequel, à dose égale, serait le plus actif des bromures.

Il faut se servir de produits très purs. Divers insuccès et diverses intolérances n'ont pas d'autre raison que l'utilisation de produits impurs. Il ne faut pas méconnaître, cependant, que les « lendemains de bromure » sont pénibles chez pas mal de femmes quel que soit le produit employé : céphalée, déficit de la mémoire et des autres facultés intellectuelles.

Les bromures peuvent être avantageusement prescrits à certaines femmes nerveuses sous forme de bains (cinq grammes ou davantage).

Les eaux-mères des diverses sources chlorurées sodiques sont des solutions assez concentrées de chlorures, iodures et bromures, le brome y corrigeant de façon « providentielle » les effets excitants des autres sels. Mais on ne peut pas dire qu'il s'agisse là de médication bromurée à proprement parler.

Bromure de calcium. — Le bromure de calcium est utile dans certains cas de métrorragie, tant pour l'effet brome que pour l'effet calcium. On sait, en effet, combien les fortes doses de calcium agissent sur le sympathique pour réaliser une vaso-constriction.

Par ailleurs le calcium est un calmant du para-sympathique et de tout le système cérébro-spinal. Par ce mécanisme, il peut rendre service dans certaines dysménorrhées. Il est peu employé en thérapeutique gynécologique et, peut-être, est-ce à tort.

Bromure de camphre. — A été prôné dans ce journal, dès 1874, par Bourneville. C'est un calmant comme les bromures et il participe des propriétés thérapeutiques du camphre : il ralentit le cœur, calme les palpitations, exerce une légère stimulation intellectuelle qui combat les effets du brome. Au point de vue gynécologique, il faut surtout citer les effets sur la nymphomanie dont Potain faisait grand cas et, aussi, ses effets antispasmodiques. Il a donné de bons résultats dans l'hystérie.

Les bromures en pratique psychiatrique

Par H. Codet

Les bromures sont couramment employés en raison de leur action dépressive s'exerçant surtout sur les fonctions psychiques et sur l'excitabilité musculaire. C'est dire qu'ils sont utilisés, de façon générale, dans les cas où s'observe de l'éréthisme mental, de l'excitation motrice.

1° Comment les prescrire

Les bromures alcalins sont les plus fréquemment prescrits, isolément ou associés (médications polybromurées). Redoutant l'action cardio-dépressive du potassium, on préconise surtout l'emploi du bromure de sodium. Il faut signaler encore le bromure d'ammonium et les bromures alcalino-terreux (calcium, strontium).

Le mode d'administration et les doses en sont variables, selon les groupes d'indications cliniques. Mais on peut rappeler quelques données générales pour leur prescription.

Solubles dans l'eau, les bromures sont d'ordinaire donnés à ingérer en solution étendue, pour éviter les effets irritants sur la muqueuse gastrique. Pour cette même raison, ils sont à prendre, de préférence, dans le cours des repas, au milieu des aliments.

Dans la pratique psychiatrique, et même générale, certaines précautions peuvent être utiles.

Il y a des cas où le malade (délirant, hypomaniaque) n'a pas conscience de l'être et ne voudrait pas absorber les médicaments que l'entourage et le médecin jugent utiles.

Il est d'autres malades qui, même connaissant leur état, des épileptiques, par exemple, refusent, par lassitude ou par esprit de contradiction, de se traiter.

Il est souvent possible, à l'insu du patient, de lui faire absorber des préparations bromurées que l'on trouve spécialisées, sous forme de tablettes à écraser dans un aliment liquide ; légèrement salées, elles passent inaperçues, principalement dans du bouillon très peu ou pas du tout salé. Chaque tablette contient 1 gramme de bromure de sodium, seul (*sédobrol*) ou associé à un sédatif, le lupulin (novo-brol).

On rencontre, dans le groupe, indéterminé mais si nombreux, des « nerveux », certains malades un peu craintifs, à tendances légèrement hypocondriaques, qui redoutent fort l'emploi des bromures ou des produits dont le titre les rappelle.

Pour eux, il sera souvent possible et utile de prescrire certains produits spécialisés dont le nom ne réveille pas cette appréhension ; par exemple, les dragées glutinisées contenant chacune 0 gr. 25 de polybromures (*plexorine*).

2° A qui les prescrire

On peut grouper schématiquement les indications psychiatriques des bromures en trois grandes catégories.

a) Dans l'épilepsie. — Certes, le traitement majeur de l'épilepsie est maintenant représenté par les barbituriques (*gardénal* ou luminal et rutonal). Mais leur incontestable supériorité laisse encore place, dans quelques cas particuliers, aux bromures.

On peut se heurter, parfois, à un préjugé qui considère les barbituriques comme dangereux ou toxiques et s'oppose à la prescription du gardénal, ou tout au moins dans ses doses efficaces.

Les cas d'intolérance véritable aux malonylurées sont rares, sinon exceptionnels. La somnolence constatée dans la première quinzaine d'un traitement gardénalique n'en est pas une manifestation et ne commande pas l'arrêt de ce traitement.

De même, les éruptions passagères que l'on peut observer disparaissent même en prolongeant l'emploi du gardénal.

Enfin, une hypotension artérielle notable pourrait inciter à éviter le gardénal, à action hypotensive légère.

Dans tous ces cas, les bromures alcalins pourront donc être encore indiqués, en remplacement des barbituriques, et, bien entendu, sans jamais interrompre brusquement l'administration de ces derniers.

Quelques cas d'épilepsie permettent un traitement associant ces deux ordres de médicaments. Il semble que certains malades obtiennent un résultat meilleur de cette manière, en économisant sur les doses totales. Il y a lieu, en général, de déterminer empiriquement la proportion la meilleure pour chaque sujet. Si l'on admet comme doses maxima pratiques, pour vingt-quatre heures, 10 grammes pour le bromure et 50 centigrammes pour le gardénal, on pourra, schématiquement, faire équivaloir 1 gramme de bromure pour 5 centigrammes de gardénal.

Tel épileptique, par exemple, se trouvera mieux avec 30 centigrammes de gardénal et 2 grammes de bromure, par jour, qu'avec 40 centigrammes de *gardénal* ou surtout 8 grammes de bromure.

Sans que l'on puisse donner de loi clinique pour ces indications respectives, il semblerait que l'adjonction de bromure au gardénal soit surtout recommandable dans les cas où l'épilepsie s'accompagne d'agitation motrice, d'irritabilité marquée ou de tendances impulsives fréquentes.

Naturellement, avec ou sans association de gardénal, l'emploi des bromures, forcément prolongé dans ces cas nécessite des précautions, en apparence, de détail, mais, en réalité, importantes. La diététique y joue un rôle de premier plan.

Outre l'interdiction absolue de l'alcool, qui va sans dire, le régime devra être peu carné mais aussi fruitarien et végétarien que possible.

L'hypochloruration des aliments, préconisée par Richet et Toulouse, a une valeur qui ne paraît pas négligeable pour la tolérance et l'activité de la médication bromurée.

Récemment, Pagniez a montré qu'une alimentation pauvre en protéides et riche en graisses, augmentant la production des corps acétoniques, influence favorablement les accidents comitiaux.

Enfin, il faut se rappeler que, chez les épileptiques, la constipation a un effet manifeste sur la production des crises et qu'il y a là, pour des malades souvent trop négligents, une surveillance active à recommander à l'entourage.

b) Dans les états d'agitation. — Chez les maniaques, au cours des périodes d'excitation de la démence précoce, pendant les phases d'activité de certains délirants, les bromures peuvent être utilement employés. Malgré leur action ils ne sont pas toujours suffisants à arrêter l'agitation, mais peuvent, au moins, la freiner de manière appréciable.

Il est classique et efficace de les associer au chloral. On peut prescrire 4 grammes de chaque, à prendre dans les vingt-quatre heures, dans une même potion. Lorsque l'administration en est possible, il paraît souvent plus actif de les faire absorber en plusieurs fois, dans deux solutions séparées ; par exemple, quatre tablettes de 1 gramme de NaBr et quatre cuillerées à soupe de sirop de chloral, en alternant.

Cette même association est aussi recommandée dans l'agitation du delirium tremens.

Des essais d'administration du bromure de sodium par voie intraveineuse, jusqu'à 8 grammes, ne nous ont pas donné, jusqu'ici, de résultats très probants.

Dans des cas d'agitation un peu moindre, on obtiendra souvent une sédation appréciable par l'association suivante (*bromidia*) :

Bromure de sodium...........	} àà 20 gr.
Hydrate de chloral............	
Extr. de jusquiame...........	} àà 20 centigr.
Extr. de chanvre indien.......	
Julep gommeux ....q. s. p.	100 c. c.

Contre l'agitation nocturne, deux ou trois cuillerées à café le soir peuvent être efficaces. Mais il y a lieu de contrôler l'exactitude des doses de cette préparation active, avec des sujets fréquemment désordonnés.

c) Chez les nerveux. — Dans la pratique de ville, on rencontre beaucoup de malades, réunis usuellement sous ce titre, qui sont de petits anxieux, des psychasthéniques, des obsédés, des hyperémotifs, etc.

D'après l'observation de nombreux faits, il nous paraît légitime de les classer schématiquement en deux grandes catégories.

Les uns, les impressionnables, ont des réactions émotives peu extériorisées, souvent retardées, se traduisant par la pâleur du visage, un état d'inhibition, s'accompagnant d'une sensation de lassitude.

Pour eux, ordinairement hypotendus, et présentant des signes de vagotonie, les bromures ne sont guère indiqués ; ils procurent, au contraire, un abattement nouveau, sans grand soulagement des malaises.

Les autres, les émotifs purs, ont des réactions émotives vives, extérieures (cris, sursauts), immédiates, s'accompagnant de rougeurs de la face, de palpitations, de tremblement émotionnel, d'agitation.

Chez eux, la tension est normale ou élevée, et l'on note des signes de sympathicotonie. Les bromures leur sont généralement très utiles. Mais ils doivent être donnés à doses assez faibles ; par exemple, 50 centigrammes par prise, deux ou trois fois par jour.

En outre, la médication bromurée a ici tout avantage à être associée aux modérateurs du sympathique : ésérine et ses dérivés moins toxiques, extraits végétaux (crataegus, passiflore, ballote, valériane, saule, etc.).

On retrouve ici, en particulier, de ces malades victimes d'une prévention un peu abusive à l'égard des bromures, qui se trouvent très heureusement influencés par les préparations administrées à leur insu ou sous un nom peu ou pas révélateur.

Egalement, dans beaucoup de cas de la pratique courante, on rencontre des sujets à légère hyperémotivité, sans trouble manifestement caractérisé, mais qui sont fort gênés ou gênants, du fait de leur nervosisme. Il est impossible de rappeler ici les aspects si variés de tous ces malaises : tendance à l'insomnie avec rumination mentale, irritabilité, propension aux larmes, fatigue musculaire avec besoin de mouvement, sensation « d'impatiences », etc.


TOUTES
NÉVRALGIES
REBELLES

Ces petits ennuis de santé peuvent prendre une importance assez grande grâce à la mentalité de ceux qui en sont atteints, pour qui ils arrivent parfois à créer un état obsédant. Parfois ils sont épisodiques mais récidivants, comme chez beaucoup de femmes, au moment de leurs règles.

On aura généralement avantage à essayer dans ces faits l'emploi des bromures à faibles doses, seuls ou associés à d'autres sédatifs. Bien souvent ils apporteront un soulagement efficace ; tout au plus seront-ils inopérants, mais sans présenter ces inconvénients dont on paraît s'être un peu exagéré l'importance.

Les bromides

Par **Louis BORY**

Bromides, iodides, antipyrinides, etc., autant d'expressions philologiquement peu correctes, mais que leur brièveté a fait consacrer par l'usage.

Les bromides sont donc les dermites ou toxico-dermies consécutives à l'absorption d'un composé bromé. C'est presque toujours le bromure de potassium qui est ou qui était en cause et surtout chez les épileptiques soumis pendant longtemps aux hautes doses de ce médicament. Comme pour les iodures, la base potassique du sel accroît le coefficient de nocivité du métalloïde pour la peau et donne aux lésions souvent un caractère particulier qui permet morphologiquement déjà d'en soupçonner l'origine.

Les vapeurs de brome, le bromoforme (même à doses modérées) peuvent provoquer des éruptions à type de roséole ou d'urticaire ; c'est assez rare. De même sont assez rares les éruptions causées par les bromures de sodium, d'ammonium, de calcium. Un cas récent de Sézary, Lefèvre et Horowitz était dû à ce dernier médicament administré assez longuement à un nourrisson.

Au point de vue morphologique, on peut distinguer quatre variétés de bromides :

Erythémateuses,
Bulleuses,
Pustuleuses,
Végétantes.

I. Bromides érythémateuses

Les premières sont peu caractéristiques et ne diffèrent guère de celles constatées dans la plupart des intoxications médicamenteuses. Ce sont des érythèmes plus ou moins prurigineux, à forme de roséole, d'érythème en placards plus ou moins étendus, d'urticaire, d'érythème noueux. Dans ce dernier cas on peut déjà soupçonner l'origine, car il s'agit de nodosités saillantes, rouges, légèrement violacées, siégeant de préférence sur les membres inférieurs et donnant lieu quelquefois à ulcération.

II. Bromides bulleuses

Les bulles sont une expression toxique du brome, de même que la bulle, le purpura, les œdèmes sont une expression toxique des iodures. Un beau moulage par Baretta d'un cas de Brocq, au musée de l'hôpital Saint-Louis, montre ces bulles associées à des lésions pustuleuses et végétantes. Une observation récente de Sézary, Lefèvre et Horowitz (1) concernait un type pur de ces bromides bulleuses chez un nourrisson, qui absorbait depuis deux mois 60 centigrammes par jour de bromure de calcium. L'éruption était disséminée surtout sur les avant-bras et les jambes. Chaque lésion débutait par une bulle grosse comme une lentille, à contenu séreux, bien tendue, non ombiliquée et reposant sur une base légèrement infiltrée, entourée d'un halo rouge vif se dégradant vers la périphérie. Après 48 heures la lésion avait triplé de volume, s'était ombiliquée ; tandis que le centre déprimé se recouvrait d'une croûte, la périphérie restait encore un temps bulleuse en couronne, elle-même toujours cernée du halo érythémateux. Les bulles, très résistantes, conservaient jusqu'au bout, sans se rompre, leur aspect séreux. Une dizaine de jours après la suppression du médicament aucune poussée bulleuse nouvelle ne se manifesta.

L'intérêt de cette observation se double d'une reproduction expérimentale, sur le sujet, d'une réaction bulleuse, par cutiréaction, sept jours après une scarification avec un vaccinostyle trempé dans une solution de bromure de sodium à 10 %.

A cette occasion Milian fit remarquer le caractère spécifiquement toxique de la réaction bulleuse dans l'intoxication par le brome ou l'iode, alors que les réactions pustuleuses, folliculaires, du type acné, sont des manifestations biotropiques, le poison réveillant le microbe en le localisant.

III. Bromides pustuleuses

Ces réactions biotropiques pustuleuses sont les plus fréquentes. Ce sont celles désignées sous le nom d'*acné bromique*, fort rapprochées de celles connues sous le nom d'acné iodique.

L'acné bromique est du moins la forme la plus simple de ces lésions pustuleuses. Elle se caractérise par des saillies papuleuses, rose clair au début, plus tard foncées ou violacées et centrées ultérieurement par une pustule. L'évolution de cette forme d'acné est particulièrement lente. Les pustules, qui siègent surtout à la face et au tronc, comme l'acné vulgaire, augmentent d'abondance et peuvent confluer si le traitement bromuré n'est pas interrompu. Elles laissent après elles des cicatrices déprimées, restant assez longtemps violacées.

Parfois les pustules, confluentes, forment de véritables macarons analogues à ceux du kérion, folliculites staphylococciques agminées particulièrement graves, en raison des ulcérations qui se forment sous les croûtes, peuvent se réunir par confluence et prennent un aspect arrondi, ecthymateux.

IV. Les bromides végétantes

Ne sont peut-être qu'une variété ou une complication des précédentes. Elles sont plus rares, mais leur aspect est pathognomonique. Le terme de *Bromoderma tuberosum*, celui encore de *Bromide papulo-tuberculeuse végétante*, traduisent bien les analogies de ces lésions avec

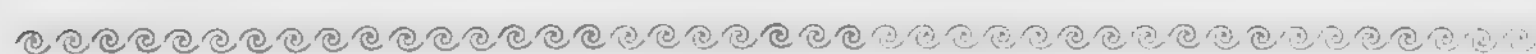
(1) SÉZARY, LEFÈVRE et HOROWITZ. — Bromide bulleuse du nourrisson (Réactions cutanées expérimentales). *Bull. de la Soc. Franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 14 avril 1932, p. 508.

celles d'une tuberculose cutanée verruqueuse ; mais l'analogie est cependant lointaine.

Il s'agit de plaques faisant une saillie nummulaire, plus ou moins étendue ; des dimensions d'un pois à celles d'une paume de main ; siégeant à la face, surtout au nez, et aux membres, surtout aux inférieurs (souvent les jambes ou les fesses).

De surface croûteuse, mamelonnée, végétante, papillomateuse, ces placards sont d'une couleur rouge violacé et d'une consistance remarquablement molle, donnant au toucher la sensation de velours mouillé. Ulcérées ou non en surface, elles sont couvertes de croûtes brunâtres, épaisses, avec du pus en dessous. Il suffit d'enlever les croûtes pour révéler cet aspect papillomateux caractéristique ; nettement limitée, la plaque est bordée par un ourlet de suppuration sous-épidermique. Evoluant lentement, elle peut cependant parfois s'accroître de plusieurs millimètres par jour sur leur périphérie et cette extension excentrique rapide, contrastant avec l'atonie des lésions ulcéreuses constituées, aident au diagnostic de l'origine de ces lésions, que l'absence d'infiltration permet déjà de différencier des syphilides et des tuberculoses végétantes. Seul le pemphigus végétant pourrait prêter à l'erreur, surtout quand des bromides bulleuses coexistent et surtout si l'on ignore que l'extension rapide en surface peut continuer même après la suppression du bromure, au moins pendant quelques jours encore. Il faut donc avoir la patience d'attendre une régression qui est toujours assez lente. Les ulcérations laissent après elles des cicatrices maculeuses, parfois indélébiles.

Quel est le mécanisme de ces lésions ? Certains ont voulu incriminer le rôle des troubles intestinaux dans le développement des bromurides, surtout de celles qui s'apparentent à l'acné. Il est probable que des troubles vasculaires importants dus au toxique favorisent ces lésions qu'on a pu reproduire sur l'animal. C'est ainsi que Froehner a obtenu expérimentalement l'urticaire, la furonculose, l'acné et les ulcérations. Des nécroses cutanées partielles produites par l'absorption de hautes doses de bromures paraissent démontrer l'origine vasculaire de ces toxidermies et la fragilisation des téguments suffit à expliquer l'infection biotropique, qui trouve sa localisation de prédilection et de départ dans l'intérieur des follicules.



« ..... Les visiteurs étrangers entendent souvent assez mal le français et nous ne sommes pas assez polyglottes pour leur offrir des leçons en leur langue comme font certaines universités allemandes. Une chose excellente serait que nous eussions auprès de nous des étrangers attachés déjà depuis quelque temps à nos services et capables de faire, sous notre direction, un enseignement à leurs compatriotes dans leur langue maternelle. Un de mes assistants étrangers, jeune médecin grec fort distingué, qui a passé plus de trois ans en France pour compléter ses études et entreprendre des travaux scientifiques, fit ainsi venir de son pays une quinzaine de médecins et leur fit, avec grand succès, en grec, un cours de chimie appliquée à la clinique, en leur exposant les plus récentes acquisitions de la technique et les travaux accomplis dans cette matière en France. Mais il est évident qu'il serait bien difficile d'organiser régulièrement de tels enseignements en diverses langues. » (Professeur Ch. Achard. La médecine française à l'étranger. *La Revue des Deux-Mondes*.)



« En 1930, il y avait en France parmi les médecins de dispensaires (*antituberculeux*) 65 spécialisés, 39 dirigeant à la fois un dispensaire et un service d'hygiène, et 410 médecins praticiens partageant leur temps entre le dispensaire et la clientèle. » (Etienne Burnet. Prophylaxie de la tuberculose. Applications en Europe. Un volume, Masson, édit.).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Diabète

Le collapsus mérite de prendre place au premier rang des grands facteurs de mortalité du coma diabétique, à côté de l'insuffisance rénale, bien loin devant l'insulino-résistance dont les observations valables demeurent exceptionnelles. Au cours de tout coma diabétique il faut avoir présent à l'esprit le grave danger que constitue le collapsus cardiaque ; il faut mesurer la tension artérielle à maintes reprises le jour du coma et les jours suivants. Si l'on voit la tension artérielle tendre à s'abaisser progressivement, atteignant pour la tension maxima des taux de l'ordre de 10 cm., 9 cm. il sera prudent d'essayer de prévenir l'installation du collapsus, soit par des injections intramusculaires répétées d'adrénaline, soit par l'administration buccale d'éphédrine si le malade peut déglutir. Mais si la tension maxima tombe au-dessous de 9 cm., il ne faut pas hésiter à mettre en œuvre le traitement indiqué ; on injectera lentement dans la veine un litre de sérum physiologique tiédi additionné de 1 milligr. d'adrénaline ; s'il advenait que la tension ne se relève pas, ou retombe après s'être relevée, il serait indiqué de répéter une ou plusieurs fois cette injection. Les jours suivants, enfin, on surveillera la tension et si on la voit s'abaisser on prescrira quotidiennement des injections intramusculaires d'adrénaline ou mieux des comprimés d'éphédrine.

(Marcel Labbé et R. Boulin. — Traitement du collapsus au cours du coma diabétique. *La Presse Médicale*. 4 nov. 1933).

Reins

La constatation chez un néphrétique d'hypochlorémie n'autorise pas à admettre, *ipso facto*; **qu'il s'agit d'une néphrite ou d'une azotémie par manque de Cl, par chloropénie**, et à instituer d'emblée une médication rechlorurante. On jugera de la valeur de cette hypochlorémie en recherchant si, par l'existence d'un émonctoire anormal, il y a pu avoir perte de Cl ; le taux de la réserve alcaline sera le moyen le plus sûr pour aider à l'interprétation de l'hypochlorémie dans les néphrites. Par généralisation excessive, le régime déchloruré a été et reste encore le régime trop souvent appliqué sans discernement aux néphrites, à toute albuminurie même ; il faut donc insister sur le fait qu'aujourd'hui, d'après des données récentes, on sait que le régime chloruré et la chloruration thérapeutique peuvent avoir des indications formelles dans le traitement de certains cas de néphrites avec hypochlorémie, indications qui ne sauraient être posées qu'après une étude attentive de chaque cas.

(Maurice Rudolf — L'interprétation de l'hypochlorémie dans les néphrites. *Paris Médical*. 21 octobre 1933).

Maladies infectieuses

La question de l'érysipèle « salutaire » a été repris récemment par quelques auteurs et plusieurs observations de guérison de cancers ont été publiées dans différents pays. Beaucoup d'auteurs croient encore fermement à son action thérapeutique possible sur les tumeurs malignes. Or, il n'en est rien et l'expression d'« érysipèle salutaire » ne doit persister qu'à titre historique. Si on passe en revue les cas de guérison récemment publiés, on voit qu'il s'agit ou bien de cas douteux (sans examen histologique) ou bien de non-récidives après un érysipèle. Mais une question se pose : ces non-récidives sont-elles dues à l'érysipèle ? L'erreur que commettent différents auteurs, c'est de prendre une diminution de volume de la tumeur comme un test de guérison. Waldapfel prétend que l'application de n'importe quelle méthode palliative peut faire diminuer le volume de quelques tumeurs. L'action nocive de l'érysipèle sur les diverses tumeurs a été bien mise en évidence par un certain nombre d'auteurs et plusieurs n'hésitent pas à parler d'un véritable « coup de fouet ».

L'on peut affirmer qu'il n'existe pas d'érysipèle « salutaire » dans le sens strict du mot, c'est-à-dire apportant une guérison plus ou moins complète.

1° L'érysipèle reste sans action sur les *épithéliomas*.

2° L'érysipèle a parfois une action sur les *sarcomes*. Dans ce cas il se produit un ramollissement de la tumeur, qui diminue sensiblement de volume, pour augmenter au bout d'un temps plus ou moins court ;

3° L'érysipèle a parfois une action nettement accélératrice sur la croissance de la tumeur ;

4° L'érysipèle est une complication grave à mortalité élevée, il faut donc le combattre comme toute autre complication et ne pas laisser évoluer la maladie dans l'espoir d'avoir affaire à un érysipèle *salutaire*.

(Ch. Rosenrauch. — A propos de l'érysipèle salutaire et de son action thérapeutique sur les tumeurs malignes. *La Clinique*, octobre 1933 (B).

Système nerveux

Que reste-t-il de l'hystérie ? Si nous écartons les erreurs de diagnostic, les réactions émotives, les supercheries, les accidents produits artificiellement par la contagion ou la suggestion médicale, que subsiste-t-il de la symptomatologie hystérique ?

Il ne subsiste en réalité que les petites manifestations autosuggestives que l'imagination peut créer chez un sujet tant soit peu émotif : exagération d'un trouble réel, persistance d'un trouble dont la cause a disparu, ébauche plus ou moins exacte d'un trouble redouté. Certaines de ces manifestations correspondent à ce qu'on appelait autrefois la petite hystérie, d'autres à ce qu'on nomme aujourd'hui l'hystérie coorganique. Mais ces divers troubles constituent-ils une névrose définie, ayant sa symptomatologie caractéristique et digne d'être considérée comme un type nosologique distinct, sous le nom d'hystérie ou de pithiatisme ? Nullement. Il s'agit tout simplement d'un appoint autosuggestif pouvant venir compliquer la symptomatologie de toutes les maladies, nerveuses ou autres. C'est monnaie courante de la clinique de tous les jours, car quelle affection ne s'enrichit pas dans une certaine mesure d'une amplification imaginative ?

Il n'y a pas d'affection nerveuse méritant le nom d'hystérie ou de pithiatisme. Et le mieux serait d'abandonner définitivement ces termes pour désigner des maladies par leur nom réel : symptômes autosuggestifs ou imaginatifs. On éviterait ainsi toute confusion.

(P. Hartenberg. — Que reste-t-il de l'hystérie ? *La Clinique*, octobre 1933 (B).

La teneur leucocytaire du liquide céphalo-rachidien soustrait par une ponction lombaire n'est pas toujours la même aux différents moments de la ponction, mais peut présenter des différences notables. Généralement le premier liquide sortant est plus chargé de leucocytes.

Lors de la ponction occipitale, la teneur en leucocytes change aussi, mais moins.

De la ponction lombaire à la ponction occipitale (faites en même temps) on observe de grands écarts dans la leucocytose. Les écarts extrêmes constatés sont comme 12/1 d'une part, et comme 1/2 d'autre part. En général le liquide occipital est plus pauvre en cellules.

De la ponction lombaire à la ponction occipitale, la teneur en albumine varie dans les limites de 2/1 d'une part et de 0,8/1 d'autre part. En général le liquide occipital contient moins d'albumines.

Il n'y a pas nécessairement corrélation entre le rapport leucocytaire et le rapport des albumines. Ces deux altérations pathologiques peuvent être, l'une plus forte à l'occiput, et l'autre aux lombes.

On trouve des sujets malades (de trypanosomiase), à leucocytose et à albuminose normales à la ponction occipitale et nettement trop fortes à la ponction lombaire.

Les limites de « normalité » citées souvent tant pour la leucocytose que pour l'albuminose n'ont dès lors pas la signification précise qu'on leur attribue souvent (d'autant moins que ces signes varient spontanément dans les limites assez étendues, comme nous l'avons montré ailleurs). Les classifications de malades basées sur une limite leucocytaire ou albumineuse comportent par suite une zone d'incertitude.

En publiant des observations, il faudrait indiquer à quel niveau le liquide céphalo-rachidien examiné a été prélevé, et s'il s'agit de ponction lombaire, à quel moment le liquide à examiner a été pris. Autrement, les observations et statistiques émanant d'auteurs différents ne sont pas comparables.

(A. Barlovatz. Composition du liquide céphalo-rachidien au niveau du trou occipital et au niveau des crêtes iliaques. *La Presse Médicale*, 18 octobre 1933.

Tétanos

L'anatoxi-vaccination peut être efficacement combinée avec la sérothérapie préventive, l'association des deux méthodes assurant une immunisation continue et durable. L'utilisation pratique de l'anatoxine tétanique peut être actuellement conçue de la façon suivante :

En cas de guerre, tous les hommes devraient être vaccinés contre le tétanos, comme ils le sont contre la typhoïde.

Dans la pratique civile, seuls les ouvriers que leur profession expose à des blessures tétanigènes assez fréquentes méritent une vaccination faite en dehors de tout accident.

Chez les accidentés de la pratique civile, il n'est pas question de pratiquer systématiquement la vaccination et de la substituer à la sérothérapie ; seuls auront une vaccination, ceux qui présentent *une plaie dont l'évolution sera longue et nécessitera peut être des réinterventions successives*. Plus que les amputations, les *interventions conservatrices*, souvent plus longues à guérir et susceptibles, malgré la vigilance du chirurgien, de conserver en place un foyer tétanigène, réclament la vaccination antitétanique. Il en est de même des *traumatismes multiples* : par exemple, une intervention abdominale pour rupture de la rate a été nécessaire, les plaies de la face et des membres ont été vues rapidement à la fin d'une splénectomie déjà grave par elle-même, leur épluchage laisse peut-être à désirer. Dans des cas de ce genre, malgré la sérothérapie, on a vu des blessés succomber au tétanos, contracté parfois par des portes d'entrée minimes.

Voilà les cas, à vrai dire peu nombreux, mais nullement négligeables, où la vaccination antitétanique s'impose.

Quelles doses employer ?

Soit un grand blessé méritant la vaccination antitétanique. On pratiquera chez lui, immédiatement après l'accident, une injection de 10 à 20 c.c. de sérum, puis avec une seringue différente et en un point différent, une injection sous-cutanée de un demi c.c. d'anatoxine. Dix jours plus tard, 1 c.c. d'anatoxine. Un à deux mois plus tard, 2 c.c. d'anatoxine.

En cas de réintervention, plusieurs mois ou plusieurs années après, on réinjectera 1 à 2 c.c. d'anatoxine, et il est probable que l'on sera dispensé du souci de réinjecter du sérum, évitant ainsi les accidents sériques, évidemment peu graves, mais toujours très pénibles pour le blessé.

L'anatoxi vaccination n'est pas une méthode concurrente, mais seulement auxiliaire de la sérothérapie. A l'immunité passive, rapide d'installation, mais de courte durée, de la sérothérapie, la vaccination ajoute une immunité active, d'installation lente et progressive, mais de durée très longue. On donne ainsi aux blessés graves le maximum de garanties contre le terrible danger tétanique, qui, est pour eux non seulement un danger immédiat, mais une menace à longue échéance.

(Mme Ch. Clavel et Charles Clavel. Combinaison de la vaccination à la sérothérapie dans le traitement préventif du tétanos. *La Presse Médicale*, 1er novembre 1933.)

Varia

La dénomination de rhumatisme articulaire aigu doit être actuellement rejetée parce que la maladie évolue parfois sans manifestation articulaire manifeste et que certaines manifestations viscérales (d'ordre cardiaque notamment) ont une importance autrement primordiale que les phénomènes articulaires.

Il faut donc appeler cette affection *maladie rhumatismale*. Sans doute le nom de *maladie de Bouillaud* a eu le mérite de mettre en relief, dans l'esprit des médecins instruits, la prépondérance des troubles cardiaques en même temps que le rôle capital qu'ont eu, dans la conception de la maladie, les médecins français ; mais comme le remarque très justement Grenet, Bouillaud ne connaissait que les formes articulaires, aussi l'appellation de *maladie rhumatismale* semble-t-elle préférable, parce que plus compréhensive.

(J. Castaigne, F. Françon et M. Merklen. Les idées actuelles sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie rhumatismale *Le Journal Médical Français*, août 1933.)

* * *

En présence d'une maladie congénitale du cœur, l'adjonction d'un syndrome infectieux à allure torpide, d'évolution longue et progressive, doit toujours faire penser à la possibilité du développement d'une endocardite maligne à marche lente.

(V. Audebert, A. Raybaud, Giraud-Costa et Audier. Maladies congénitales du cœur et endocardite maligne à marche lente. *Paris Médical*, 29 avril 1933).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 novembre 1933

Traitement des cancers gastriques inextirpables par le radium à distance. — *MM. A. Gosset O. Monod* et *Cl. Regaud.* De 1925 à 1932, trente et un malades atteints de cancer de l'estomac ont été traités, à titre d'essai prudent, au moyen d'un foyer contenant 4 grammes de radium.

Les auteurs ont ainsi obtenu de longues survies, de trois à six ans.

La radiosensibilité des cancers gastriques s'est montrée très inégale. Il serait important de pouvoir prévoir ces différences, grâce à une analyse histologique des tumeurs faite dans de bonnes conditions.

La radiumthérapie transcutanée à distance, malgré les résultats encourageants qu'elle peut fournir, n'entre pas en concurrence avec l'exérèse chirurgicale des cancers gastriques ; cette opération doit être préférée chaque fois qu'elle est possible. En l'état actuel de nos connaissances et de nos moyens, la « télécuriethérapie » des cancers de l'estomac, n'est qu'un moyen palliatif, mais précieux.

Cécité spontanée du singe dans ses rapports avec les leuconévraxites amaurotiques humaines (maladie de Schilder-Foix, neuromyélite optique). — *MM. C. Levaditi, G. Hornus* et *Mlle R. Schœn.* Il existe tout un groupe de maladies humaines caractérisées par des altérations intéresssant la substance blanche du système nerveux central. Les auteurs constatent que des affections analogues existent spontanément chez les singes, espèce animale la plus proche de l'homme. Les leuconévraxites spontanées des simiens se rapprochent les unes de la sclérose diffuse périaxile, les autres de la neuromyélite optique, et paraissent dues à un trouble du métabolisme des lipoïdes qui enveloppent les axones (myéline). Des essais de transmission à d'autres singes neufs ont fourni des résultats permettant d'incriminer un ultravirus neurotrope. Ce virus, agissant sur les satellites des fibres myéliniques chargés d'élaborer la myéline, provoque un trouble de leurs fonctions lipogéniques, dont le résultat est la démyélinisation.

Vaccination antidiphtérique au moyen de deux injections d'anatoxine titrant vingt unités antigènes. — *MM. G. Ramon* et *R. Debré.* — Plusieurs centaines d'enfants ont été vaccinés, en Belgique, en France, en Tunisie, au moyen de deux injections (1 et 2 cc. à trois semaines d'intervalle) d'une anatoxine diphtérique titrant 20 unités antigènes. Un mois après la seconde injection, 99,5 p. 100 de ces enfants possèdent l'immunité (révélée par une réaction de Schick négative).

Du point de vue pratique, on doit enregistrer le double progrès réalisé : réduction de trois à deux du nombre des injections d'anatoxine et immunité s'étendant pratiquement à tous les sujets ainsi vaccinés.

La réalisation de la vaccination au moyen de deux injections d'une anatoxine titrant au minimum vingt unités, n'exclut pas la précaution, toujours excellente à prendre dans la pratique courante, d'effectuer une injection dite « de rappel » six mois, un an ou davantage après la vaccination. Grâce à cette précaution, on renforce l'immunité des quelques individus chez qui le taux d'antitoxine était à peine suffisant immédiatement après la vaccination ou avait fléchi depuis, et on consolide ainsi la résistance des sujets vaccinés vis-à-vis de la toxi-infection diphtérique.

Les modifications de l'équilibre acide-base chez le nourrisson malade. — *MM. Ribadeau-Dumas, Max Lévy* et *Mlle Mignon.* — Une étude portant sur plusieurs centaines de nourrissons montre que l'on peut trouver chez l'enfant toutes les modifications connues de l'acide base. Mais la figure la plus commune est celle de l'acidose non gazeuse. On notera d'ailleurs que les variations de l'équilibre acide-base traduisent mieux que les symptômes visibles l'intensité d'une maladie, que chez certains enfants il existe une instabilité de cet équilibre telle que l'on peut observer le passage rapide de l'acidose à l'alcalose et qu'enfin, certains troubles de la santé du nourrisson, inconnus dans leur essence, relèvent d'une anomalie de l'équilibre acide-base. Pratiquement, il importe de fixer le rapport chlore globulaire, chlore plasmatique, car il implique des applications thérapeutiques précises.

Contribution à l'étude des effets de l'hyperpnée chez les épileptiques. — *M. Pagniez* n'a jamais obtenu chez les épileptiques de crise convulsive par l'épreuve de l'hyperpnée, même en prolongeant l'épreuve ou en la répétant. Il a par contre quelquefois, chez des malades cependant épileptiques indiscutables, vu se développer, à la suite de l'hyperventilation une crise pithiatique.

Un certain état d'aptitude à la crise, dont d'ailleurs les conditions échappent, est donc indispensable.

Il en est dans une certaine mesure, de même pour la tétanie, car l'hyperventilation ne la provoque pas toujours à coup sûr, et on peut voir, chez certains sujets, l'épreuve d'hyperpnée engendrer une crise de tétanie un jour et ne plus rien donner le lendemain.

Election d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie). — Les candidats étaient ainsi classés. En première ligne : M. Ombrédanne ; en seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Baumgartner, Fredet, Lenormant, Marion, Terrien. Adjoints par l'Académie ; MM. Chevassu et Robineau.

Au premier tour de scrutin, M. Ombrédanne obtient 70 voix sur 76 votants, il est donc élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1933

Fracture du calcanéum. — *M. Huet* rapporte un travail de *M. Mutricy* qui, avant de poser la greffe sous-thalamique, abaisse le fragment thalamique grâce à une section temporaire suivie d'allongement du tendon d'Achille.

Kyste du pancréas. — Cette observation de *M. Cuny* (d'Annemasse) est rapporté par *M. Mocquot.* Elle concerne un cas de kyste suppuré du pancréas qui fut marsupialisé et guérit après quatre mois de fistulisation.

M. Huet a guéri une suppuration pancréatique par incision et drainage.

Thrombo-phlébite par effort. — Ce travail de *M. Huard* (de l'Armée) est rapporté par *M. Lenormant.* Un homme fut pris sans cause apparente d'un œdème du membre supérieur ; l'œdème gagne la région cervicale et la radiographie montre des signes d'une médiastinite.

Résection des veines humérales thrombosées. Guérison de l'œdème du bras. L'incision de la jugulaire externe et des ventouses sur la nuque firent disparaître l'œdème cervical. La tension artérielle du membre malade était augmentée et la tension veineuse augmentee aux deux membres supérieurs (médiastinite). La ponction lombaire avait indiqué une hypertension intra-rachidienne.

M. Cadenat a observé un cas analogue à la suite d'un hémothorax infecté.

M. Grégoire croit que dans tous ces cas, le nombre des plaquettes est augmenté.

M. Hartmann a observé une guérison spontanée sans aucun traitement.

M. L. Bazy a pratiqué l'ablation des caillots, suivie de suture veineuse avec un très bon résultat.

M. Moure, dans un cas n'a trouvé à l'intervention, qu'une infiltration séreuse due peut être à des ruptures lymphatiques.

M. Picot et *M. Sauvé* pensent comme *M. Grégoire* que le nombre de plaquettes est augmenté.

Péritonite biliaire. — *M. Lenormant* rapporte une observation de *MM. Baumann* et *Padovani* concernant une femme opérée au sixième jour d'un syndrome abdominal. Il existait une péritonite biliaire sans perforation et des taches de cytostéato cévrose. Histologiquement il existait une nécrose de la paroi vésiculaire.

Azotémie post-opératoire. — *M. Lambret* estime que toute opération entraîne une élimination de déchets. L'azote due aux popypeptides augmente de taux et fait augmenter l'azotémie

totale. Il faut distinguer cette azotémie de l'azotémie uréique. La rechloruration donne de très bons résultats, le chlore ne faisant d'ailleurs que passer dans l'organisme.

Sérothérapie antitétanique. — *M. Hardouin* (de Rennes), commente un cas de mort subite survenue immédiatement après une injection de sérum antitétanique.

Néoplasme du rectum et cancer du sein. — *M. Ferey* (de Saint-Malo) a enlevé un néoplasme rectal trois ans après intervention pour cancer du sein. Résultat maintenu trois ans après.

G. MENEGAUX.

Echos et Glanures

«Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder, (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Un vieux procès oublié. — *M. Georges Claretie, dans l'*AMI DU PEUPLE *(11 novembre 1933), rappelle une affaire d'escroquerie à l'assurance sur la vie, où un médecin surnommé le docteur Lux, fut un des personnages principaux :*

Il y a-t-il encore au petit cimetière de Meudon une tombe, où l'on pouvait lire jadis, sur la croix : « Ici repose Wilhelm, Carl, Ludwig von Scheurer, décédé le 20 novembre 1885, âgé de 37 ans, regretté de sa famille. » C'est une veuve éplorée, Juliana Metz, baronne von Scheurer, qui avait fait édifier cette tombe, qu'elle avait ornée de couronnes de perles.

Or, dans la bière, reposait le corps d'un pauvre diable, nommé Carl Glogner, garçon marchand de vins, mort de la poitrine, dans la petite maison que venait d'acheter à Meudon, un personnage singulier surnommé le docteur Lux.

Il s'agissait d'une escroquerie au préjudice de Compagnies d'assurances, exactement semblable à celle que commirent Sarret et les sœurs Schmid, dans l'affaire Magali. Sauf la dissolution de cadavres dans l'acide sulfurique, Sarret, ce grand criminel, n'a rien inventé.

Il y a près d'un demi-siècle, les familiers du Palais de Justice avaient souvent remarqué un homme bizarre, un vieillard aux longs cheveux, qui suivait avec insistance, en curieux, les audiences correctionnelles. Un visage sinistre : grosses lunettes noires, une énorme cicatrice à la lèvre, un nez presque arraché. On disait que, dans sa jeunesse, étant interne en médecine, il avait voulu se suicider par chagrin d'amour, et que cette horrible blessure était la trace de la balle. Il se nommait le docteur Castelnau, mais il se faisait appeler du nom plus étrange et plus hoffmanesque de docteur Lux. Tout en lui était énigmatique : sa blessure, son passé. Après des études médicales, il avait fait de la politique révolutionnaire. Il avait collaboré au journal de Blanqui, *Ni Dieu, ni Maître*. Il avait été mêlé plus ou moins à la Commune, et avait été arrêté comme soupçonné d'avoir caché Delescluze. Il écrivait un peu partout, plaçant tant bien que mal sa copie, articles de médecine légale ou de politique militante. Et à 57 ans, pauvre, désœuvré, le docteur Lux venait se chauffer aux audiences du Palais, et sans doute aussi chercher à trouver le moyen de s'enrichir aux dépens d'autrui.

Un jour, cet aventurier, ce besoigneux, ce raté, fit la connaissance d'un autre aventurier, qui se nommait le baron Wilhelm, Carl Ludwig, Victor von Scheurer. Allemand ou Autrichien ? On ne savait exactement. Son passé était trouble. Le baron avait été tour à tour constructeur de phares, courtier en vermouth, puis courtier d'assurances, chroniqueur militaire pour des journaux américains. Il avait, comme journaliste, suivi la guerre russo-turque, et en Roumanie, il rencontra une jeune fille fort jolie, Juliana Metz, qu'il épousa en Angleterre.

Ces deux aventuriers, ou plutôt ces trois aventuriers, devinrent des escrocs. Le baron von Scheurer s'assura sur la vie, au profit de sa femme pour 300.000 francs. Il passa régulièrement les visites médicales, étant très bien portant. Il fallait maintenant trouver un malade qui mourrait bientôt et dont on déclarerait le décès sous le nom de von Scheurer. Le docteur Castel-

nau chercha. Ce fut un pharmacien de Meudon, nommé Martinet, qui le lui trouva. Dans un galetas se mourait un pauvre diable du nom de Glogner, sans famille et sans amis, si malade que tous les hôpitaux l'avaient impitoyablement refusé, comme incurable. Ses voisins mêmes n'en voulaient plus, ses quintes de toux les empêchant de dormir. Ce mourant faisait l'affaire, et Castelnau le transporta dans la petite maison qu'il venait d'acheter à Meudon. Vingt jours après il était mort, sur un grabat, dans une maison lugubre, un soir de novembre. Un médecin vint constater le décès ; à l'état civil, on déclara le mort sous le nom de von Scheurer ; Castelnau commanda un cercueil au menuisier de Meudon en lui disant : « Il est inutile que je vous fasse voir le corps ; il est de votre taille. Faites comme pour vous ». Et le garçon marchand de vins fut inhumé à Meudon sous le nom de von Scheurer, pleuré de sa veuve. La bonne du docteur (qui pourtant connaissait le baron) affirma sous serment, devant le consul d'Angleterre, que le défunt était bien von Scheurer, et les Compagnies d'assurances anglaises payèrent.

Mais, la bonne du médecin était bavarde, des lettres anonymes parvinrent au Parquet qui ouvrit une enquête. Von Scheurer prit la fuite, et se suicida dans un hôtel au bord du lac de Côme. Il s'était d'abord tiré deux balles dans la tête et s'était manqué. Alors, il alla trouver un médecin, se plaignit de troubles cardiaques et se fit indiquer la place exacte du cœur. Puis il se coucha sur son lit, appuya un revolver sur sa poitrine, et fit feu par trois fois. Sur sa table, il laissait une lettre ironique adressée à la Compagnie d'assurances, lui renvoyant tout ce qui lui restait en poche, vingt-neuf livres. Juliana Metz fut arrêtée en Autriche, et elle avait encore la plus grande partie de l'argent dérobé à la Compagnie.

Le docteur Castelnau, le pharmacien Martinet et la bonne du docteur comparurent le 24 avril 1888 devant le jury de Versailles. C'est Demange qui défendait le médecin de 75 ans, et Me Millerand, alors jeune député de la Seine, qui plaidait pour le pharmacien, « blanquiste » lui aussi, comme Castelnau, car la politique réunissait ces escrocs.

Lorsqu'on demanda au vieux médecin s'il avait quelque chose à ajouter à sa défense, le septuagénaire se leva :

— *Je ne puis*, dit-il, *que remercier Me Demange, pour le dévouement et le talent qu'il a apportés à ma cause. Ce sont les seuls honoraires que ma pauvreté puisse lui offrir. Je demande au jury d'avoir pitié de moi comme l'immortel Nazaréen a eu pitié de la femme adultère !*

Le médecin fut condamné à huit ans de réclusion ; le pharmacien à cinq ans de prison. La bonne du docteur fut acquittée.

Juliana Metz fut jugée en Autriche, à Vienne, et fut condamnée à quatre ans de prison.

Varia. — *M. Lucien Descaves, écrit dans l'Œuvre (9 novembre 1933) :*

Je traverse souvent le Quartier Latin et j'y rencontre presque à chaque pas des jeunes gens nu-tête, — ce dont je les félicite, car ils défient le rhume de cerveau, — mais les yeux protégés, secourus par des lunettes aux verres blancs bordés d'écaille.

Quand ils lèvent la tête, c'est à Baudelaire que je songe en me demandant comme lui :

Que cherchent-ils, au ciel, tous ces aveugles ?

Et quand je m'aperçois qu'ils vont et viennent comme tout le monde, j'en infère qu'ils sont sensibles, pour cause, à l'avertissement qu'adressait, il y a cinquante ans, Francisque Sarcey à ses confrères nés myopes, à sa ressemblance.

Gare à vos yeux ! s'écriait-il dans la brochure, devenue rare qui porte ce titre !

. . . .

Je résume la brochure de Sarcey . . . ; si elle vous tombe sous la main, lisez-la : elle est alerte, pratique et de bon conseil.

— C'est étonnant, me disais-je dernièrement en observant, à la porte d'un grand café du boulevard Saint-Michel, sept étudiants, tous à lunettes, sauf un . . . : c'est quelque chose d'éton-

nant, cette impuissance des lumières ! A l'époque où Sarcey publiait ses Souvenirs de myope, une commission de spécialistes — on ne disait pas encore techniciens — avait été chargée de soumettre au ministre un rapport sur la question de l'éclairage dans les écoles primaires. Lequel était le meilleur de l'unilatéral ou du bilatéral ? Je me rappelle avoir pris là-dessus l'avis de mon vieil ami, le regretté docteur Javal, grand oculiste menacé lui-même de perdre la vue et qui, effectivement , la perdit.

On avait enfin reconnu la nécessité de chercher à un mal certain des remèdes — et de les appliquer, ce qui, administrativement, est beaucoup plus difficile.

Un autre oculiste distingué, Perrin, à même d'étudier la myopie dans les grandes écoles du gouvernement, disait à Sarcey que la proportion des myopes s'était élevée, à l'Ecole Polytechnique, de trente à cinquante pour cent ; et un opticien bien informé évaluait, de son côté, à quatre-vingt-dix pour cent le nombre des élèves de la même école réduits à porter lunettes.

Bref, au dire de Sarcey, les oculistes avec lesquels, il avait eu affaire constataient une tendance de la myopie à se généraliser en Europe.

Oui, mais c'était à la fin du siècle dernier...

Notre siècle de lumières, le vingtième, n'est-il pas un peu là pour démontrer que la puissance des ténèbres est un vain mot..., à plus forte raison la myopie, chassée des anciens locaux scolaires qui la causaient ou l'aggravaient et dont la disparition est un des bienfaits de la République.

Moi, je veux bien... ; mais alors m'expliquera-t-on le service que rendent les lunettes garnies d'écaille sur les nez de tant de jeunes gens, pas seulement dans le quartier des Ecoles, mais en bien d'autres endroits de Paris ? ...

BIBLIOGRAPHIE

Tableau du XXe siècle, 1900-1933. LES SCIENCES, par Jean ROSTAND, A. BOUTARIC et P. SERGESCU. Un vol. in-8°. Prix : 25 francs. Denoel et Steele, 19, rue Amélie, Paris.

Pour donner une idée de l'importance de ce volume et de la variété des sujets qui y sont traités, nous ne pouvons mieux faire que de publier un extrait de la table des matières : I. *Les Sciences mathématiques*: L'héritage du XXe siècle : Henri Poincaré. Analyse mathématique et théorie des fonctions. Géométrie et astronomie. Mécanique et physique mathématique. Philosophie et histoire des mathématiques. — II. *Les Sciences biologiques* : Culture des tissus. La greffe. L'histologie. La physiologie. Les ferments. L'embryologie. Les microbes et les vaccins. Les sérums, etc.

III. *Les Sciences physico-chimiques* : L'atomistique. La radioactivité. La lumière. La relativité. L'optique et l'électricité. La navigation aérienne et sous-marine. Corps simples nouveaux, etc.

Manuel de radiodiagnostic clinique, par R. LEDOUX-LEBARD. Un volume grand in-8° de 1.076 pages avec 1.143 figures. Relié toile : 250 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 6e, 120, boulevard Saint-Germain.

Cet ouvrage d'ensemble, consacré à la totalité du radiodiagnostic clinique, est actuellement sans équivalent dans notre langue. Base d'enseignement, livre de références quotidien auquel on aura recours journellement et dans le cas embarrassant, source de documentation précise, et au courant des derniers progrès de la science, il est appelé à devenir indispensable pour le futur radiologiste et le débutant, comme pour tout médecin, chirurgien ou spécialiste, pour lequel se posent chaque jour les problèmes de radiodiagnostic de plus en plus nombreux et variés.

Ni trop concis, ni trop étendu, « manuel » au sens véritable du mot, *il rassemble toutes les notions aujourd'hui classiques de radiodiagnostic envisagées dans ses branches les plus diverses.*

Le radiodiagnostic, reposant essentiellement sur l'interprétation des images radiologiques et son enseignement devant être, par conséquent, en partie visuel, les plus grands soins ont été apportés à l'illustration de cet ouvrage, qui comprend 1.143 figures, dont environ 800 sont originales.

Cette iconographie fournit un ensemble très complet d'images normales et pathologiques typiques correspondant aux descriptions du texte qu'elle permet de suivre, de mieux comprendre, et aussi de mieux retenir. Des photographies du sujet, des microphotographies de la pièce, sont à l'occasion mises en parallèle avec la radiographie ; le plus grand nombre des illustrations se compose ede reproductions de clichés choisis parmi les plus démonstratifs dans l'incomparable radiothèque patiemment constituée par le Docteur Ledoux-Lebard, pour les besoins de son enseignement comme chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine de Paris. Des schémas, dessinés d'après les indications de l'auteur, facilitent l'interprétation des points les plus difficiles.

Le texte et l'image s'associent ainsi, de la façon la plus intime. Ils rassemblent tous les éléments nécessaires à quiconque veut lire et interpréter avec fruit les radiographies. Des causes d'erreurs nombreuses mettent en effet fréquemment en défaut la bonne volonté des radiologistes débutants et constituent encore trop souvent un écueil insurmontable pour le médecin, le chirurgie ou le spécialiste insuffisamment avertis.

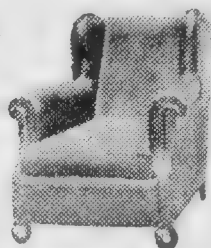
En réduisant dans la mesure du possible le format des reproductions, sans nuire à leur netteté, on a pu en multiplier le nombre sans augmenter les dimensions de l'ouvrage.

L'auteur a rédigé le texte de ce livre en ne négligeant aucune donnée importante, aucune notion susceptible de faciliter une correcte interprétation des images, mais aussi avec un souci constant de précision et de clarté, n'oubliant jamais que le radiodiagnostic n'acquiert toute sa valeur et tout son intérêt que dans le cadre d'une investigation complète, et qu'il doit être clinique ou ne pas être ; il a rappelé, dans certains cas, les données anatomiques, histologiques, pathogéniques, etc., qui lui servent de base, et que les radiologistes de formation récente ont parfois tendance à oublier.

La division en livres répondant aux grands appareils de l'organisme, ainsi que les dispositions typographiques adoptées, faciliteront l'orientation et la recherche simplifiées encore par la présence d'une table qui groupe en un seul index alphabétique les matières et les noms propres.

Enfin, la *Bibliographie* a reçu une place et une attention en rapport avec son importance.

Il n'est pas un seul étudiant, un seul médecin auquel ce *Manuel de radiodiagnostic* ne soit à même de prouver, bien des fois chaque année, sa réelle utilité.



P. L. M.

Paris-Marseille-Joliette

Correspondance du paquebot pour le Maroc

Telle est l'inscription que portent les voitures avec places de couchettes, places de 1re, 2e, et 3e classes qui depuis le 25 août, sont réservées, chaque vendredi, aux voyageurs à destination du Maroc dans le train rapide qui quitte la capitale à 19 h. 40 pour arriver au port de Joliette le samedi matin à 8 h. 30. Ces voitures seront conduites au môle d'embarquement de la Cie Paquet et les voyageurs passeront ainsi directement du train au paquebot, qui lève l'ancre à 11 heures. Si l'on ajoute que les principales gares P. L. M. délivrent des billets directs et enregistrent directement les bagages pour les principales destinations marocaines, on se rend compte que la liaison de la Métropole avec le Maroc par Marseille est la plus agréable et la plus commode.

Ce Numéro a été tiré à 25.000 Exemplaires

Fondé en 1873. — N° 49 LE NUMÉRO : 2 FRANCS (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 6 DÉCEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

NUMERO PUBLIÉ AVEC LA COLLABORATION DE MM.

M. BROCQ-ROUSSEAU, Membre de l'Académie de Médecine.

J. CARLES, Professeur a la Faculté de Médecine de Bordeaux,

MASSIÈRE, Médecin des Hôpitaux de Bordeaux.

Ch. FLANDIN, Médecin de l'Hôpital Bichat.

Pierre FERNET, Médecin de Saint-Lazare,

et Paul BOYER, Assistant a Saint-Lazare.

G. JEANNENEY, Professeur a la Faculté de Médecine de Bordeaux, Chirurgien des Hôpitaux.

LAFFORGUE, Médecin Général, Professeur a la Faculté de Médecine de Toulouse,

et ANDRIEU, Médecin Capitaine, Professeur agrégé au Val-de-Grace.

Maurice LOEPER, Professeur a la Faculté.

Pr. MERKLEN, Professeur a la Faculté de Strasbourg,

et L. ISRAEL, Assistant.

G. MOURIQUAND, Professeur a la Faculté de Médecine de Lyon.

A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux

et M. PERRAULT.

GIRARD, Professeur a l'Ecole de Médecine d'Amiens Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Paul BOYER, Médecin du dispensaire de Saint-Lazare, Assistant a la Maternité.

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

J. Sénac par le Dr Pierre ASTRUC.

L'Acupuncture il y a cent ans.

(*Voir sommaire détaillé en 3e page.*)

Ce Numéro a été tiré à 25.000 Exemplaires

FONDÉ EN 1873 — N° 49 LE NUMÉRO : 2 FRANCS (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 6 DÉCEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies		40 fr.
Etudiants		30 fr.
Belgique		45 fr.
Etranger	1re zone	70 fr.
	2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Les empoisonnements par la Rhubarbe

Par M. BROCQ-ROUSSEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En 1932, M. Naudin, vétérinaire à Orléans, rapporta le cas d'une chèvre qui aurait été empoisonnée après avoir mangé les feuilles d'un pied de rhubarbe.

En général, les animaux ont un instinct qui leur évite ces méprises, aussi ce fait m'avait vivement frappé. Je dois dire qu'après avoir recherché dans les littératures française et étrangère, je ne trouvai aucun autre document concernant l'intoxication d'un animal par la rhubarbe. Le cas relaté parait donc être unique.

Mais, chose très curieuse, je m'aperçus alors que si je ne trouvais rien chez les animaux, par contre il existe une documentation qui n'est pas négligeable concernant cet empoisonnement chez l'homme. Et j'en fus d'autant plus étonné que l'avis des compétences en la matière me laissait supposer que jamais personne n'était mort, ou n'avait été gravement malade, après avoir consommé de la rhubarbe.

La chose est d'importance à mon avis, aussi je reproduis brièvement ce que j'ai pu découvrir sur cette question.

(1848). — Une femme de Chelsea mit cuire des feuilles de rhubarbe à la place d'épinards, et trois personnes qui en mangèrent tombèrent malades. Soffy montra que la teneur des feuilles en oxalate était double de celle des tiges.

(1901). — On lit dans le *Pharmaceutical Journal* que le 3 mai, M. John Lintott mourut après avoir mangé des feuilles de rhubarbe. Le coroner qui fit une enquête conclut à un accident mortel, par ingestion de ces feuilles.

(1903). — Schultess rapporte le cas d'un enfant suisse qui avait mangé 100 grammes de marmelade de rhubarbe et fut intoxiqué. Son urine était rare, brun rouge, dichroïque, contenant du sang hémolysé ou non. Après repos de cette urine, il se séparait des cristaux abondants d'oxalate, correspondant à 0,217 gr. d'oxalates libres.

(1912). — Le Professeur Loeper rapporte le cas suivant :

« M. M..., très amateur de rhubarbe, en absorbe un soir, sous forme de compote, une proportion considérable. Pendant deux jours, tout est normal. Le troisième, il est pris de douleurs abdominales et rénales, se plaint de crampes intestinales, surtout à gauche, va difficilement à la selle ; son ventre est hyperesthésié ; il saigne du nez, souffre de névralgie temporale ; ses urines contiennent 0 cgr. 30 d'albumine pendant trois jours et 0,025 d'acide oxalique ; de plus, il est nettement oxalémique, puisque Tonnet a pu doser, dans son sang, 3 cgr., 7 pour 1.000 de cet acide. Fait curieux, sa femme, qui avait absorbé la même rhubarbe, fait elle aussi de l'albuminurie, et sa cuisinière, qui n'en fit point usage, fut épargnée.

« Le début des accidents intestinaux est trop tardif pour qu'on puisse incriminer une action directe de la rhubarbe sur l'intestin ; la richesse oxalique du sang, l'albuminurie survenant chez les deux malades plaident en faveur d'une résorption oxalique et d'une imprégnation générale. »

(1915). — *The Lancet* fit paraitre une lettre de M. D... relatant le cas d'un homme de 68 ans, qui fut gravement malade après avoir mangé de la rhubarbe à deux reprises, à peu de jours d'intervalle. Il eut de la température et de la diarrhée. L'acide oxalique en fut sans doute la cause.

Une autre lettre de M. L... J.. de Bristol dit : « J'ai semblable expérience sur un sujet âgé d'environ 5 ans qui avait mangé de la rhubarbe ». L'auteur attribue l'empoisonnement à l'acide oxalique ou à l'acide tannique. Il ajoute qu'il a connu d'autres cas d'intoxication par cette plante.

(1917). — Maillard a rapporté le cas d'une famille ayant mangé des épinards mélangés à des feuilles de rhubarbe, et qui fut prise, après ingestion de ce plat, de violentes diarrhées. Selon lui, il existe, dans ces feuilles, une substance qu'on ne trouve pas dans les côtes ni dans les racines. On n'a pu savoir, d'autre part, de quelle rhubarbe il s'agissait. Il n'y a aucune espèce indigène en Suisse, toutes sont importées, et l'auteur émet l'hypothèse qu'il s'agit peut-être de la réapparition d'un caractère ancien.

(1917). — Dans un article de *The Lancet* et un autre du *Journal Medical Association*, signés X..., il est rapporté un cas de mort après ingestion de feuilles de rhubarbe. Les recherches de M. Welster (chimiste) ont permis de constater la présence d'acide oxalique dans certains organes.

L'analyse de la rhubarbe cause de l'empoisonnement a donné :

Oxalate de chaux	10 grammes de chaque
— de potasse ..	par livre.

Le Docteur Spilsbury, qui fit l'autopsie, attribue la mort au coma provoqué par l'acide oxalique des feuilles.

Cette mort ayant été suivie d'une instruction judiciaire, le médecin légiste répondit que la dose contenue habituellement dans les feuilles n'était pas nocive, mais que la teneur limite pouvait affecter certains sujets plus que d'autres.

(1917). — Les journaux suisses ont signalé des cas d'empoisonnements dus à l'usage de la rhubarbe comme aliment. Ils ont toujours été causés par l'ingestion du limbe des feuilles, qui, plus acides que les pétioles, ont été consommées pour remplacer des épinards.

Voici les relations de ces faits :

Basler Nachrichten, 20 mai 1917. — La famille d'un pasteur de Bâle est intoxiquée par des feuilles de rhubarbe ; un enfant de 13 ans succombe. Deux, qui n'en avaient pas mangé, sont indemnes (Frauenfeld).

1er juin 1917. — Une famille tombe malade après ingestion de feuilles de rhubarbe ; un enfant, qui en avait consommé très peu, meurt dans d'atroces souffrances (Neuenburg).

2 juin 1917. — Le Docteur Kanngiesser, privat docent de toxicologie à l'Université de Neuenburg, écrit : Après l'usage de la rhubarbe, on a signalé de la diarrhée et des maux d'estomac, parfois l'émission d'urine colorée et

sanguinolente, et aussi des éruptions cutanées. L'intoxication serait due à la teneur en oxalate de chaux, comme dans les intoxications dues à l'oseille. La quantité ingérée, le lieu de récolte de la plante, une susceptibilité particulière du sujet, doivent jouer un rôle dans les cas observés. Peut-être même qu'un certain nombre de cas doivent être rapportés à des affections rénales.

30 juin 1917. — Goldby rapporte, dans le *Pharmaceutical Journal*, la mort brusque d'une personne d'Enfield (Angleterre), supposée être due à l'ingestion de feuilles de rhubarbe. Les symptômes correspondaient à ceux des cas d'empoisonnements par l'acide oxalique. A cause de la disette des légumes, les journaux avaient recommandé les feuilles de rhubarbe en substitution auc hou. Notons que l'Office de santé d'Enfield avait publié un avertissement contre cet emploi.

L'éditeur du *Pharmaceutical Journal* attire l'attention sur une autre mort, en 1901, causée par les feuilles de rhubarbe bouillies. Dans ce pays, les feuilles ne sont pas habituellement utilisées, mais les tiges sont consommées en grande quantité, sous forme de sauce et de pâté. Les feuilles et les tiges contiennent des acides citrique, malique et oxalique, avec des sels de K, Mg, Ca ; de ceux-là, l'acide oxalique est le seul toxique. Les cas d'empoisonnements par l'absorption des tiges sont rares.

(1919). — Le Docteur Robb rapporte le cas de Mme A... qui, le 5 mai, prépara de la rhubarbe pour le diner, et mangea la plupart des feuilles. Elle mourut en moins de trente heures, avec des vomissements, un épuisement marqué, et absence de coagulation du sang. L'auteur pense que la mort est due à un empoisonnement par l'acide oxalique.

(1921). — Dans le *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, le Docteur Guerlin, de Calais, écrit : « Dans ce pays, beaucoup de personnes ont coutume de faire cuire les feuilles de rhubarbe et de les manger comme des épinards. Cette année, pour la première fois, quelques-unes se sont trouvées malades après absorption de ce genre de plat. Toutes ont éprouvé les mêmes phénomènes d'intoxication : vives douleurs au ventre, diarrhée, vomissements, urine rouge acajou et trouble (famille D..., trois personnes malades après quelques heures). L'intoxication est due aux oxalates solubles contenus dans les feuilles ».

Dans un article tout récent, H. Leclerc dit que la rhubarbe contient 2,466 d'acide oxalique pour 1.000. Le pétiole en renferme trop peu pour être dangereux, mais le limbe est très chargé en oxalate de potasse. L'auteur rapporte le cas d'intoxication suivant : « J'ai observé moi-même, il y a trente ans, un cas d'intoxication très grave, chez une fillette de 5 ans qui avait absorbé environ 150 grammes de limbes de feuilles de rhubarbe, que l'on avait fait cuire avec leurs pétioles pour préparer une marmelade. Elle présenta, pendant quarante-huit heures, des troubles dysentériformes, avec vomissements striés de sang, sialorrhée abondante, oligurie, affaiblissements des battements cardiaques et contractions convulsives des muscles de la face. »

* * *

Il est donc bien certain que cette intoxication n'est pas tellement exceptionnelle. Tous les auteurs l'attribuent à l'acide oxalique ou aux oxalates. D'après Lewin et Pouchet, l'oxalate de potasse est toxique à la dose de 12 à 30 grammes ; mais cette dose peut descendre à 5 grammes, et la mort peut survenir entre cinq et dix minutes, ou sept à quinze jours après l'ingestion.

Lebeau et Courtois, Dorvaux, donnent 8 à 10 grammes comme dose toxique. Tsakalotos pense que 0 gr. 5 à 1 gr. de feuilles peut être toxique chez les enfants.

Il faut donc se méfier de la rhubarbe. Nous nous servons des racines comme purgatif, des côtes au point de vue alimentaire ; mais il faut laisser complètement de côté le limbe des feuilles sous peine de risquer un accident du genre de ceux que j'ai rapportés. Le mieux serait peut-être de n'en pas manger du tout.

BIBLIOGRAPHIE

DORVAUX. — L'Officine. Vigot, 1928.

F. GOLDBY. — Rhubarb leaves as a Foodstoff. Lettre d'Enfield, 4 mai 1917, in *Pharmaceutical Journal*, 12 mai 1917, p. 113.

A. GUERLIN. — Lettre *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, 1921, t. 28, p. 111.

LEBEAU et COURTOIS. — Traité de pharmacie chimique, Masson, 1929.

H. LECLERC. — Végétaux oxaligènes et végétaux oxalifuges. *Nutrition*, avril 1933, p. 79.

L. LEVIN et G. POUCHET. — Traité de toxicologie, Doin, 1903.

M. LOEPER. — L'oxalémie et l'oxalurie, XIII[e] Congrès français de médecine, Paris, 13-16 octobre 1912, p. 51.

M. D. — An attack of severe illness apparently due to eating, Rhubarb. Lettre adressée à *The Lancet*, 1915, I, p. 1006.

M. J. L. (de Bristol). — Severe illness apparently due to eating Rhubarb. Lettre adressée à *The Lancet*, 1915, I, p. 1110.

MAILLARD. — Un cas d'empoisonnement par des feuilles de rhubarbe. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1917, p. 344.

L. NAUDIN. — Intoxication d'une chèvre par le limbe de feuilles de rhubarbe. *Recueil de médecine vétérinaire*, février 1932, t. 108, n° 2, p. 91.

H. J. ROBB. — Death from Rhubarb leaves due to oxalic acid poisoning. *The J. of the am. med. assoc.*, 23 avril 1919, t. 73, p. 627.

H. SCHULTESS. — Rabarbermusvergiftung. *Schweizer. Artzl. Korr. Bl.*, 1903, n° 18.

SOLLY. — Transactions of the Horticuicultural Soc., 1848.

A. E. TSAKALOTOS. — Ueber den Gehalt den Blätter und Blattstielse von *Rheum undulatum*, an wasserlöslischen Oxalaten. *Schweizer. Apoth. Zeit.*, 29 mai 1919, t. 57, p. 303.

X... — Rhabarb leaves as a medecine. *Pharmaceutical Journal*, 1901, I, p. 639.

X... — Poisoning by Rhubarb leaves. *The Lancet*, 1917, I, p. 847.

X... — Death from eating Rhubarb. *The J. of the am. méd. assoc.*, 23 juin 1917, t. 68, p. 1928.

X... — Article intitulé : « Zur Frage der Schädlichkeit des Rhabarber ». *Schweizer. Apoth. Zeit.*, 1918, t. 56, p. 195.

« Partout nous voyons organiser des consultations hospitalières, créer des services sociaux, équiper des dispensaires avec des laboratoires, et un outillage moderne. Toute la classe moyenne à demi-ruinée, celle qui constituait le noyau principal de la clientèle du praticien, s'adresse à ces organisations de soins où elle touve, pour un prix modique, ce qu'elle ne peut obtenir qu'à grands frais en s'adressant à son médecin, qui doit à son tour soumettre souvent son client à l'examen de spécialistes et de laboratoires divers. Cet abandon du cabinet du praticien qui, dans les grandes villes comme Paris, devient de plus en plus sensible, s'accroîtra progressivement au fur et à mesure que la conception nouvelle de l'organisation hospitalière se perfectionnera davantage. Lorsqu'elle sera complète, ce sera la fin de l'exercice de la médecine en tant que profession libérale. Le praticien, pour arriver à vivre, sera tenu d'être fonctionnaire. »

(J. NOIR. — La conception moderne de l'organisation hospitalière. La révolution qui en résulterait pour l'exercice de la médecine pratique. *Le Concours Médical*, 8 novembre 1933.)

Quelle est la valeur de la lymphocytose céphalo-rachidienne ?

Par le Professeur Jacques CARLES et le Docteur MASSIÈRE
MÉDECINS DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Depuis les belles recherches de Widal et de ses élèves en 1900, la cytoscopie et l'examen chimique du liquide céphalo-rachidien ont conquis en clinique une valeur diagnostique de premier plan.

Il fut admis et il reste admis que chez les sujets atteints de méningite tuberculeuse, le liquide céphalo-rachidien recueilli présente, dans la majorité des cas, une réaction uniquement constituée par des lymphocytes et cela constitue au point de vue diagnostique un signe des plus importants. Mais il ne faudrait pas accorder à ce symptôme une valeur absolue. Widal et Ravaut avaient déjà noté en 1900 et depuis, plusieurs observateurs ont constaté après eux, dans certaines méningites bacillaires une polynucléose importante du liquide céphalo-rachidien atteignant parfois 38 et 45 %. D'autre part, la lymphocytose céphalo-rachidienne s'observe dans des cas qui n'ont rien de commun avec la méningite tuberculeuse. Ce signe si important a donc toujours besoin d'être contrôlé et confronté avec ceux qui l'accompagnent généralement en clinique ou avec ceux qui lui sont le plus souvent associés au laboratoire : hyperalbuminose et parfois présence de bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien.

Nous voudrions, dans ce court exposé, résumer les diverses circonstances cliniques dans lesquelles on est arrivé à relever l'existence d'une lymphocytose céphalo-rachidienne en dehors de toute localisation bacillaire au niveau des méninges. Les cas de méningites à lymphocytes indépendantes de tout processus tuberculeux se sont multipliés depuis les premières recherches si instructives de Widal et Ravaut et leur connaissance est indispensable au clinicien pour éviter parfois de grossières erreurs de diagnostic.

Le liquide céphalo-rachidien jouant un rôle protecteur vis-à-vis du névraxe, l'englobant de toute part et réagissant à toutes ses modifications, toute inflammation aiguë ou chronique de l'encéphale, de la moelle et de leurs enveloppes méningées se traduira par des modifications du liquide céphalo-rachidien ; de telle manière que faire une ponction lombaire équivaut à faire une sorte de biopsie.

D'une façon générale, toute inflammation aiguë des méninges se traduit par l'apparition d'une leucocytose polynucléaire dans le liquide céphalo-rachidien.

Et toute affection chronique s'accompagne de lymphocytose.

Vue de façon aussi schématique, la question apparait des plus claires : toute réaction lymphocytaire importante du liquide céphalo-rachidien qui n'est pas due à un processus chronique, et qui s'accompagne de signes cliniques de méningite, traduirait l'existence d'une *méningite tuberculeuse.*

En pratique, les choses ne se présentent pas d'une façon aussi simple. C'est ainsi que toute *méningite aiguë à sa période de décours* voit sa réaction polynucléaire de la phase aiguë se transformer progressivement en réaction mononucléaire avec lymphocytose.

On prévoit tout de suite combien certains cas peuvent être embarrassants et prêteront à confusion avec une méningite tuberculeuse, suivant la phase à laquelle ils sont observés.

Voici par exemple une méningite cérébro-spinale, ponctionnée très tardivement et d'évolution spontanément favorable, la lymphocytose observée a toute chance d'être interprétée comme le témoignage d'une méningite tuberculeuse. Inversement, certaines méningites tuberculeuses commencent par une phase de réaction polynucléaire comme les méningites aiguës.

On voit donc tout de suite combien avec son allure de simplicité schématique, la constatation d'une lymphocytose céphalo-rachidienne est parfois embarrassante.

Mais de plus, à côté de la lymphocytose des méningites tuberculeuses et des méningites aiguës à leur phase de décours, dont le type est la méningite à méningocoques, il ne faut pas perdre de vue qu'il existe de très nombreux cas de *méningites lymphocytiques aiguës, bénignes et curables.*

Ce sont ces divers cas que nous allons passer rapidement en revue.

Il faut signaler tout d'abord les méningites à lymphocytes qui traduisent l'existence d'une inflammation locale de voisinage ; il s'agit le plus souvent d'un *processus otitique.* Rouède a fait une étude de ces méningites lymphocytaires d'origine otitique et Baldenweck, Rouèche et Lévy-Deker ont décrit une méningite lymphocytaire liée à une *suppuration nasale* avec signes de sinusite ethmoïdo-frontale. Il existe ensuite un groupe important de *neuro-ectodermoses* dont les éléments pathogènes sont encore inconnus. Ils sont l'origine fréquente de méningites à lymphocytes. On peut facilement les confondre avec la méningite tuberculeuse.

Il faut signaler tout d'abord l'*encéphalite épidémique* à forme méningée. Dès les premières études sur l'encéphalite, von Economo, Sicard, Achard, Netter mirent en évidence une réaction méningée constante. Cruchet observa toute une série de formes méningées. Plus tard, on groupa tous ces cas en deux tableaux cliniques.

Le premier réalise un aspect de méningite tuberculeuse avec Kernig, céphalée, raideur de la nuque, vomissements, constipation. Il y a souvent coexistence d'un syndrome excito-moteur qui se traduit par des mouvements choréo-athétosiques.

Le second tableau est celui de la méningite traînante qui rappelle la méningite syphilitique avec des douleurs rachidiennes, des algies radiculaires, des paralysies des nerfs de la base, surtout des nerfs oculaires.

Ce diagnostic avec la méningite tuberculeuse peut être très difficile en l'absence de bacilles de Koch dans le culot de centrifugation. La discrimination peut se faire parfois par la chimie du liquide céphalo-rachidien. Le plus souvent, il y a dans l'encéphalite une forte hyperglycorachie qui contraste avec l'hypoglycorachie de la méningite tuberculeuse. Mais souvent, c'est seulement l'évolution clinique elle-même qui permet le diagnostic. On en jugera par les quelques observations qui suivent. Voici un cas de ce genre observé par l'un de nous en 1921, en pleine période de développement de nombreux cas d'encéphalite.

OBSERVATION I. — Un jeune garçon de 10 ans est pris brusquement de fièvre élevée : 39°-39°5. Elle se maintient en plateau ; la langue est sale, il y a ballonnement du ventre,

obnubilation, délire, carphologie. Il y a raideur de la nuque, signe de Kernig très net.

Bientôt apparaissent ptosis, strabisme.

La ponction lombaire montre qu'il y a 0 gr. 78 d'albumine et une forte lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

En vingt jours, guérison sans séquelles.

Observation II. — Jeune femme de 28 ans tombée presque brusquement dans un état demi-comateux. Alimentation impossible. Ptosis de la paupière gauche ; strabisme externe à droite ; température : 39°.

Hypertension du liquide céphalo-rachidien avec forte hyperalbuminose 2 grammes et lymphocytose pure.

Guérison en quinze jours sans séquelles.

Observation III. — Jeune homme de 21 ans en bonne santé, pris brusquement d'une crise convulsive à type Bravais-Jacksonnienne du côté droit, suivie d'une hémi-parésie du même côté.

Une ponction lombaire révèle l'existence d'une lymphocytose marquée. Le diagnostic de méningite tuberculeuse en plaque vient naturellement à l'esprit. Cependant l'examen clinique du liquide céphalo-rachidien montre à côté d'une hyperalbuminose, l'absence de diminution du taux des chlorures et l'existence d'une forte hyperglycorachie. Cela amène à douter du diagnostic et à envisager celui d'une encéphalite à forme méningée. Un interrogatoire minutieux révèle que le sujet présentait de l'hypersomnie et de la fatigue depuis plusieurs mois.

Un traitement par injections répétées de salicylate de soude dans les veines est institué.

Le malade guérit parfaitement sans séquelles.

A côté de l'encéphalite à forme de méningite lymphocytaire, il faut ranger les réactions méningées à lymphocytes qui accompagnent les *encéphalites de la vaccine* et des *maladies éruptives* généralisées.

On sait que les *encéphalites vaccinales* sont un accident de primovaccination tardive. Ce début survient du septième au quinzième jour après la vaccination, donc à la période de généralisation du virus. Une céphalée vive apparaît bientôt, suivie de crises convulsives parfois localisées à la musculature oculaire. Il existe des contractures suivies de paralysies.

Le syndrome méningé peut se rencontrer au complet. La ponction lombaire ramène un liquide en général clair qui présente de l'hyperalbuminose avec hyperleucocytose à type lymphocytaire (Comby).

Des encéphalites à type méningé ont été décrites dans la vaccine par Dénéchau, Voizard, Baize.

Dans la *variole*, des cas d'encéphalite avec réactions méningées à lymphocytes ont été signalés.

Les *encéphalites varicelleuses*, dont les observations sont nombreuses, s'accompagnent souvent de signes méningés avec hyperalbuminose, hyperglycorachie et lymphocytose (Pruvost et Wilson).

Dans les *encéphalites post-morbilleuses* et *post-rubéoliques* des réactions méningées, avec lymphocytose ont été décrites (Debré).

L'*herpès* pose assez fréquemment des problèmes angoissants sur le diagnostic des méningites.

Tout d'abord, rappelons que la coexistence d'herpès avec une méningite est fréquente. En particulier les efflorescences herpétiques s'observent avec régularité dans les méningites à pneumocoques et surtout dans la méningite cérébro-spinale dont l'herpès est presque un symptôme.

Mais à côté de ces méningites suppurées où le germe causal peut être aisément identifié, il est des cas où l'herpès accompagne la méningite sans qu'on puisse la rattacher à une autre cause. En voici un exemple que nous avons récemment observé :

Observation IV. — Sujet d'une quarantaine d'années, hospitalisé pour syndrome méningé net, avec lymphocytose marquée. Aucun antécédent tuberculeux ; il s'agit d'une maladie infectieuse primitive. Les examens humoraux ne permettent pas de porter le diagnostic de méningite spécifique. Cependant un traitement antisyphilitique est institué. Au bout de quelques jours apparaissent, par poussées successives, de nombreuses vésicules d'herpès autour de la bouche et des narines.

Guérison rapide.

De nombreux cas semblables ont été publiés et posent la question, étudiée récemment par Achard, de l'existence d'une méningite herpétique.

En 1904, Ravaut et Darré ont trouvé vingt et une fois sur vingt-six cas d'herpès génital une réaction méningée avec lymphocytose. Depuis, on sait que de nombreux travaux expérimentaux ont été effectués.

L'expérimentation montre que le virus de l'herpès est dermotrope et neurotrope. Inoculé, il détermine des lésions de méningo-encéphalite mortelle. On retrouve le virus en particulier dans le liquide céphalo-rachidien. L'herpès semble donc bien constituer une infection généralisée qui frappe le système nerveux et peut devenir une méningite.

Pour Levaditi, le virus de l'herpès se rapproche de celui de l'encéphalite épidémique. Pour Peyri, il y aurait identité avec le virus du zona ; enfin Flandin le considère comme un virus filtrant spécifique.

Les lésions ganglio-radiculaires du *zona* déterminent une réaction méningée qui fut tout d'abord décelée par la ponction lombaire et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien qui montre une lymphocytose constante. Cette étude cytologique fut l'œuvre de Brissaud, Sicard, Achard, Loeper, Widal. Mais il est des cas où la méningite n'est pas seulement latente ; elle se révèle alors cliniquement par un syndrome méningé avec ses signes habituels. Chauffard, Rivet, Rendu ont signalé des observations où le zona s'accompagnait de rachialgie, raideur de la nuque, Kernig.

En 1909 et 1910, Rist et Rolland, Netter, Hutinel, Widal, Lemierre signalaient de nombreux cas de méningites prises tout d'abord pour des méningites tuberculeuses, mais qui affectaient une allure bénigne se terminant à peu près toutes par la guérison et laissant des séquelles sous forme de paralysies flasques des membres.

La ponction lombaire révélait dans tous les cas une lymphocytose marquée. L'étude épidémiologique montrait la simultanéité de ces cas avec des poliomyélites, et avec Netter, on les considéra comme des *formes méningées de la maladie de Heine-Medin*. Depuis, de nombreux cas ont été rapportés par Hutinel et Babonneix.

Voici un exemple de paralysie infantile à forme méningée observé par l'un de nous :

Observation V. — Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, malade depuis quinze jours au moment du premier examen. La maladie avait commencé brusquement par une céphalée intense accompagnée de nausées, puis de vomissements, avec fièvre élevée, langue sale, constipation. Trois jours après, apparaissait une paralysie presque complète des deux membres inférieurs associée à un certain degré de contracture des muscles du cou. Une ponction lombaire pratiquée au quinzième jour de la maladie, permet de retirer un liquide clair, hypertendu, contenant des *lymphocytes*. Les jours suivants, l'état général s'améliore. La fièvre tombe, la céphalée disparaît.

Revue deux mois après, cette jeune fille présentait un syndrome de paralysie flasque à type de paralysie infantile, intéressant les muscles de l'épaule droite, les muscles pelvi-trochantériens du côté droit et les muscles du groupe antéro-latéral des membres inférieurs déterminant une attitude de pied bot paralytique.

Parmi les infections à germes connus, il est des cas de méningites à lymphocytes simulant la pie-mérite bacillaire.

La *fièvre typhoïde* est une maladie qui, semble-t-il, ne peut pas être confondue avec une méningite tuberculeuse ; pourtant chez l'enfant, surtout, la confusion est possible.

La fièvre typhoïde peut se manifester d'emblée par un syndrome méningé et l'on est conduit à porter le diagnostic d'une méningite tuberculeuse qui semble confirmée par l'hyperalbuminose et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Mais ultérieurement, l'hémoculture et le séro-diagnostic viennent signer l'origine de l'infection méningée.

Merg, Babonneix, Moizard et Grenet ont fait une étude de la question. Des faits identiques sont signalés dans les *paratyphoïdes*.

Une forme particulièrement intéressante de méningite curable à lymphocytes est la *méningite ourlienne*. La lymphocytose atteint un taux très élevé dans le liquide céphalo-rachidien.

Signalons seulement les cas où la méningite vient compliquer des oreillons déjà en pleine évolution pour insister sur la méningite ourlienne primitive, étudiée par Hallé, Tixier, Weissembach, Turquéty.

Les *infections à spirochètes* déterminent très fréquemment des réactions méningées à lymphocytes.

Il faut insister tout particulièrement sur la *syphilis*.

Dans la *syphilis nerveuse*, héréditaire ou acquise, on peut avec Chevallier dire que la coïncidence d'une méningite avec lymphocytose est la règle, et la non-coïncidence l'exception.

Dans l'*hérédo-syphilis*, la réaction méningée peut être simplement biologique. La ponction lombaire seule permet de mettre en évidence la lymphocytose rachidienne.

Il n'y a pas de signes cliniques. S'il survient une maladie fébrile, intermittente, accompagnée, comme il arrive souvent chez l'enfant, de méningisme, la confusion est possible avec une méningite tuberculeuse.

La réaction méningée de la syphilis héréditaire est souvent clinique avec des manifestations variées qu'accompagnent les localisations encéphaliques. Il faut en particulier signaler avec Fournier les formes méningées aiguës de la syphilis héréditaire tardive que simule la méningite tuberculeuse.

Le nourrisson peut également présenter une méningite aiguë syphilitique qui donne le change avec la méningite tuberculeuse.

Dans la *syphilis acquise*, il faut distinguer tout d'abord la méningite secondaire qui survient en pleine septicémie syphilitique. Mais il existe des faits où la méningite est absolument latente (Ravaut, Vincent). La lymphocytose ne se révèle qu'à la ponction lombaire. Pour certains auteurs cette méningite histologiquement primitive et cliniquement latente serait l'ancêtre commun de la paralysie générale et du tabes.

A la *période tertiaire*, la méningo-vascularite scléro-gommeuse entraîne la lymphocytose et les signes cliniques par lesquels le cortex et les nerfs craniens traduisent leur souffrance.

Les accidents méningés qui viennent d'être signalés sont accessibles au traitement. Par contre, il est des réactions méningées syphilitiques avec lymphocytose, comme celles de la *paralysie générale* et du *tabes*, qui sont à peu près irréductibles. Ce sont ces types de méningites parasyphilitiques qui quelquefois simulent cliniquement la méningite tuberculeuse. Les réactions humorales permettent presque toujours de faire la discrimination.

Ce sont le Bordet-Wassermann, le Meinicke, le Kahn, les réactions du benjoin et de l'or colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien.

Pratiquement, on peut dire avec Ravaut qu'il faut méthodiquement suivre tout syphilitique par la ponction lombaire. Mais on ne perdra pas de vue la sensibilité très spéciale des méninges cérébro-spinales. A tel point qu'une *simple action traumatique* minime, telle la ponction lombaire elle-même, surtout si elle est répétée, suffit à faire apparaître une réaction leucocytaire dans le liquide céphalo-rachidien.

Enfin, il est une autre maladie dans laquelle les réactions méningées avec lymphocytose sont fréquentes. C'est la *spirochétose ictéro-hémorragique*. Costa et Troisier ont particulièrement étudié le syndrome méningé déterminé par le spirochœta-ictéro-hémorragiæ d'Inada et Ido.

Le diagnostic est particulièrement délicat lorsque la méningite est au premier plan et surtout lorsque l'ictère manque.

Le séro-diagnostic, l'inoculation au cobaye, la recherche d'immunisines, la mise en évidence du spirochète dans les urines, peuvent donner la solution. Nous avons pu observer deux cas où des malades entrés à l'hôpital avec le diagnostic de méningite firent tardivement une preuve partielle d'infection à spirochètes par l'apparition d'ictère et d'hématurie.

Voici une observation récente qui, à notre avis, doit être rapprochée des méningites dues au spirochète d'Inada et Ido.

Observation VI. — Jeune fille d'une vingtaine d'années envoyée dans notre service avec le diagnostic de fièvre typhoïde. L'examen révèle un syndrome méningé net ; la ponction lombaire montre une *lymphocytose* marquée. L'hémoculture et le séro-diagnostic sont négatifs ; on pense alors à une méningite tuberculeuse avec le pronostic qui s'en déduit.

Après une dizaine de jours d'évolution la malade fait une hématurie, puis, quelques jours après, l'examen des urines révèle l'existence de pigments biliaires. La température tombe et la malade guérit parfaitement.

Bien que le spirochète d'Inada et Ido n'ait pu être décelé, il semble qu'il s'agisse d'un cas de spirochétose à forme méningée avec hématurie et léger subictère.

Dans la *maladie du sommeil*, l'atteinte des méninges par la trypanosomiase est presque constante ; parfois, surtout chez le jeune enfant, le syndrome méningé est au premier plan. La ponction lombaire donne une réaction lymphocytaire pure et le parasite peut être décélé dans le liquide céphalo-rachidien. Une réaction méningée peut s'observer dans le *typhus exanthématique ;* les recherches de Devaux et Daniélopolu y ont montré l'existence d'une réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien.

L'*Achorion Schœnleini* et les *trichophytons* peuvent déterminer de véritables encéphalites avec réactions méningées analogues à celles de la tuberculose, comme l'ont démontré les travaux d'Urechia et Zatara.

Il faut faire un groupe très spécial pour les réactions méningées à lymphocytose qui peuvent survenir dans le jeune âge au cours d'infections variées. Dans les *gastro-entérites aiguës*, on note parfois l'apparition d'un syndrome méningé avec légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, ce qui différencie ces cas du simple méningisme.

Dans les *infections de l'appareil respiratoire*, en dehors des méningites suppurées, qui ne rentrent pas dans notre cadre, il existe des réactions méningées à lymphocytes.

Signalons enfin avec Hutinel la lymphocytose, qu'accompagnent les *dermatites des nourrissons* et qu'il ne faut pas confondre avec la lymphocytose de la syphilis héréditaire.

Toute cette série de méningites infectieuses à lymphocytes ne comprend pas encore tous les cas. On a décrit

une *méningite vermineuse* à lymphocytes, une *méningite rhumatismale*, une *méningite à Micrococcus Melitensis*.

Enfin il reste encore des méningites aiguës lymphocytaires, bénignes et de nature indéterminée.

Notre description serait incomplète si, à côté des méningites infectieuses à lymphocytes, nous omettions de mentionner brièvement les réactions méningées lymphocytaires qui peuvent se produire dans *certaines intoxications*.

Depuis Tanquerel des Planches, on connaît les encéphalopathies saturnines. Mais l'existence d'une *méningite saturnine* a été démontrée par Mosny, Malloizel, Harvier ; il existe alors une lymphocytose céphalo-rachidienne.

Il est des formes aiguës de méningite saturnine qui simulent la méningite tuberculeuse.

Les *injections d'arséno-benzol* peuvent déterminer l'apparition d'accidents méningés ; ce sont des accidents de méningo-récidives décrits initialement par Sicard. Les réactions peuvent n'apparaître que très tardivement ; elles s'accompagnent de lymphocytose intense et de signes cliniques qui, en l'absence de renseignements, peuvent donner le change et faire porter le diagnostic de méningite tuberculeuse.

* * *

Cette revue générale rapide des méningites à lymphocytes en dehors de la méningite tuberculeuse démontre une fois de plus qu'un symptôme ou qu'une réponse de laboratoire ne peuvent constituer un signe pathognomonique pour établir un diagnostic.

Une lymphocytose céphalo-rachidienne est certes un signe de haute importance, mais le médecin devra le discuter et le confronter avec tous les autres signes cliniques pour lui donner sa véritable place.

Une autre réflexion se déduit de cette courte étude. En présence d'une méningite aiguë à lymphocytes, s'il n'est pas possible de révéler la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, ne nous hâtons pas de porter un pronostic fatal et de prononcer une condamnation sans appel. Souvenons-nous qu'il existe des *méningites à lymphocytes curables*.

L'Acupuncture chinoise

Par **Ch. FLANDIN**
Médecin de l'Hôpital Bichat

Dans les premiers mois de 1932, mon ami Ferreyrolles vint à Bichat, avec Soulié de Morand, le distingué sinologue, m'entretenir des méthodes des médecins chinois et, en particulier, de l'acupuncture. Je leur proposai d'étudier systématiquement l'acupuncture dans mon service, avec l'espoir de préciser les applications de cette technique et de la dégager de l'empirisme pur. Depuis lors, Ferreyrolles, lorsqu'il n'est pas à la Bourboule, vient tenter, par l'expérimentation sur le malade, d'interpréter les indications résultant de textes chinois forcément obscurs pour nous à cause d'une terminologie qui souvent nous échappe. Avec mes internes, Macé de Lépinay et Gallot, nous cherchons à établir les règles de l'acupuncture. Notre travail est forcément lent et difficile. Avant de pouvoir donner des résultats définitifs, il nous faudra sans doute des années. Néanmoins, dès à présent, nous sommes en mesure d'affirmer que l'acupuncture est une méthode thérapeutique souvent efficace et susceptible de rendre des services autres que les méthodes auxquelles nous sommes habitués.

L'idée directrice de la médecine chinoise paraît être que la maladie résulte de la rupture de l'équilibre normal de l'organisme ; tout le système philosophique chinois repose d'ailleurs sur cette idée d'équilibre entre des forces contraires. Suivant les cas, l'organe malade doit être *tonifié* ou *dispersé*. A chaque organe, à chaque symptôme pathologique correspondent des points cutanés, situés sur des *méridiens* plus ou moins parallèles à l'axe longitudinal du corps. En piquant plus ou moins profondément et plus ou moins longtemps les points convenables, on disperse ou on tonifie et on fait disparaître le syndrome morbide.

En examinant les schémas établis par les Chinois eux-mêmes, nous avons été frappés de certaines concordances : le méridien du péricarde et du gros vaisseau du cœur, c'est-à-dire de l'aorte, reproduit le trajet classique de la douleur dans l'angine de poitrine avec irradiation à l'extrémité du cinquième doigt de la main gauche ; le méridien de la vésicule biliaire remonte à l'épaule droite, comme la douleur de la colique hépatique ; le méridien du foie se termine au gros orteil, siège de l'accès de goutte. Certains points dont la piqûre agit sur les algies ou sur les contractures correspondent nettement aux points d'émergence de rameaux sensitifs cutanés.

L'outillage chinois comprend des aiguilles de dimension et de forme variées, faites d'alliages spéciaux où entrent de l'or, de l'argent et du bronze. L'hypothèse que ces aiguilles, au contact de tissus d'un pH variable, presque toujours acide, détermineraient des réactions électriques de faible intensité allant d'un point à un autre — car il faut toujours piquer au moins deux points — est séduisante. Mais nous avons obtenu les mêmes résultats en employant des aiguilles hypodermiques ordinaires en acier ou en nickel, ainsi que des épingles banales en acier ou en cuivre. La nature de l'aiguille nous a paru, à peu de chose près, indifférente ; le lieu de la piqûre importe surtout.

Notre étude s'est limitée jusqu'ici à la piqûre. Nous n'avons pas encore expérimenté les *moxas*, c'est-à-dire la cautérisation punctiforme que les Chinois réalisent avec un fragment d'armoise incandescent et qu'on pourrait vraisemblablement appliquer plus simplement avec le thermocautère.

Nos essais de traitement ont jusqu'ici complètement échoué dans les maladies infectieuses et les grands syndromes organiques. Sans doute avons-nous mal repéré les points à piquer, car de nombreux voyageurs affirment avoir vu en Chine des typhiques et des cholériques moribonds sauvés par l'acupuncture.

Nous n'avons pu réussir ni à abaisser la température, ni à arrêter la diarrhée.

De même, nous n'avons pas su enrayer une hémoptysie ou faire rentrer des hémorroïdes.

Cependant, en nous reportant aux notes que nous avons pu avoir sous les yeux, il y aurait correspondance nette entre ces symptômes et des points précis.

La question reste à l'étude.

Le domaine qui nous a permis d'obtenir les résultats les plus favorables est celui des algies et des contractures.

La *céphalée* est presque instantanément calmée, quelle que soit sa cause, par la piqûre de trois ou cinq points à la tête et d'un point à chaque main. La migraine la plus tenace résiste rarement à ce traitement. S'il y a en même temps des manifestations gastriques ou hépatiques, d'autres points sont en plus indiqués.

Souvent, une seule séance d'acupuncture suffit à obtenir un résultat définitif. Chez d'autres sujets, il faut intervenir à plusieurs reprises. Nous avons vu des rémissions durer plusieurs mois.

Les malades accusent presque toujours un sentiment de détente et de lassitude suivi de somnolence.

Nous avons pu, par l'acupuncture, obtenir la sédation, pendant quelques heures, de l'incoercible céphalée des méningitiques.

La douleur et la contracture des *névralgies* et des *névrites* sont rapidement amendées par l'acupuncture.

Nous avons pu en trois jours faire disparaître des sciatiques, des lumbagos, des névrites de l'épaule.

La douleur et la contracture du *rhumatisme*, même accompagné de lésions articulaires, sont presque toujours améliorées et souvent supprimées par un traitement prolongé d'acupuncture. Avec Ferreyrolles et Macé de Lépinay, nous avons pu présenter à la Société médicale des hôpitaux des malades atteints de rhumatisme ankylosant de l'épaule ayant récupéré la totalité de leurs mouvements. Nous avons présenté également un homme dont le genou était immobilisé en flexion par une ossification, visible à la radiographie, des ligaments latéraux du genou ; après trois semaines d'acupuncture, ce sujet quittait l'hôpital guéri pour reprendre son travail de manœuvre.

L'origine de la lésion articulaire paraît n'avoir aucune importance. Nous avons traité des rhumatismes gonococciques, des rhumatismes tuberculeux et des rhumatismes chroniques de cause indéterminée.

Dans la règle, nous avons obtenu au moins des améliorations. La suppression de la douleur permet souvent l'emploi de méthodes thérapeutiques efficientes, comme le massage.

Notons en passant qu'un certain nombre de points chinois se superposent aux points électifs de massage établis par Wetterwald.

Les *contractures des hémiplégiques* sont très favorablement influencées par l'acupuncture. Une des premières malades traitées par Ferreyrolles à Bichat était une hémiplégique gauche en état de contracture totale du côté paralysé. Dès la première séance, elle put mettre sa main sur sa tête et marcher.

Malheureusement, chez ces malades, le résultat des piqûres n'est pas durable et il faut des séances répétées pendant un temps d'autant plus long que la paralysie est plus ancienne pour obtenir une stabilisation.

Chez quelques *aphasiques*, notamment chez deux femmes ayant eu une hémiplégie droite par embolie d'origine mitrale, nous avons pu agir, non seulement sur la contracture, mais encore sur l'aphasie : la parole est devenue moins spasmodique et le nombre de mots employés plus grand.

Chose curieuse, l'acupuncture paraît n'agir que sur les phénomènes organiques. Les contractures sans signes de lésions organiques résistent à l'acupuncture appliquée sans association de suggestion.

Nous avons, avec Gallot, étudié systématiquement les effets de l'acupuncture sur la *tension artérielle*. Il ne nous a pas semblé possible d'agir sur une tension normale, ni de faire monter une tension basse.

Par contre, nous avons obtenu assez souvent la baisse d'une hypertension, mais pendant quelques heures seulement.

Chez une malade en pleine crise de *tachycardie paroxystique* avec angoisse douloureuse résistant à toutes les médications classiques, nous avons, en quelques instants, obtenu la sédation de la crise.

La *crise d'asthme* peut être coupée net par des piqûres aux points indiqués par les Chinois. Notre expérience ne porte pas sur des cas assez nombreux pour que nous puissions avoir une opinion définitive.

Les *organes sensoriels* réagissent nettement à l'acupuncture sans que le mécanisme d'action puisse être expliqué.

Avec Bourdier et Ferreyrolles, nous avons rapporté l'observation d'une malade atteinte d'atrophie optique progressive avec vision abaissée à 0,1 et qui, par l'acupuncture seule, récupéra en trois mois 0,7 d'un côté et 0,8 de l'autre.

Chez un autre malade, présentant également de l'atrophie optique post-grippale, l'acupuncture amena, en quelques semaines, une guérison complète.

Comme la vue, l'*ouïe* paraît influençable par l'acupuncture. A moins de destruction du nerf acoustique, il semble que la piqûre des points de la surdité amène une amélioration. Malheureusement, il faut des séances répétées, pendant un temps très long, pour stabiliser une amélioration, qui, sans cela, s'efface. Il arrive que le malade se lasse plus vite que le médecin.

Tels sont les principaux faits que nous avons pu, à l'heure actuelle, enregistrer.

Dans leur observation millénaire, les Chinois se sont contentés de chercher à chaque symptôme objectif ou subjectif une ou plusieurs correspondances cutanées. Sur le mécanisme de ces correspondances ils sont muets, peut-être parce qu'ils sont prudents et connaissent la vanité des théories.

Parmi les faits qu'après eux nous avons constatés, nous en avons trouvé un certain nombre capables de rendre service et d'ouvrir une voie thérapeutique nouvelle pour nous. Nous nous contenterons, pour le moment de cette conclusion modeste.

Si peu fataliste qu'on soit, on ne peut s'empêcher de constater l'étrange et douloureuse fatalité des choses. Voici qu'en moins d'une semaine ont été emportés par la *mort imbécile* trois des plus illustres savants (Calmette, Roux, Painlevé) de notre pays. Certes, ils ont disparu de la scène du monde, mais ils ne disparaîtront pas de notre souvenir reconnaissant.

On ne peut les comparer que par leur ardeur au travail, leur perspicacité dans la recherche, leur puissance créatrice et leur amour pour l'humanité.....

Autrefois on disait : « Le roi est mort ! Vive le roi ! » Nous pouvons dire : trois savants illustres sont morts, mais d'autres, plus jeunes, grandissent, qui, suivant le noble exemple de leurs aînés, maintiendront la prééminence de la divine science sur toutes nos mesquines préoccupations. »

(Charles Richet. — La course du flambeau. *Le Matin*. 12 novembre 1933.)

Le traitement externe des épidermomycoses

Par

Pierre FERNET
Médecin de Saint-Lazare

et

Paul BOYER
Assistant a Saint-Lazare

Si les parasites végétaux sont capables de créer des lésions profondes décrites sous le nom de dermatomycoses (actynomycose, sporotrichose, blastomycose) et relevant d'un traitement interne iodé ou ioduré, il existe, à côté de celles-ci, un grand nombre d'affections à type superficiel, dites épidermomycoses, dont le traitement reste exclusivement externe.

Parmi ces épidermomycoses, les unes peuvent affecter de préférence les cheveux (teignes), ou se localiser au sein des follicules (sycosis trichophytique de la barbe, kérion de Celse, folliculites agminées des parties glabres), ce qui nécessite, en raison de leur siège, un traitement particulier ; les autres, occupant au contraire les parties glabres des téguments, restent superficielles sans prédominance pilaire ou folliculaire et relèvent de traitements identiques.

Parmi ces épidermomycoses, nous citerons l'érythrasma, l'eczéma marginé de Hebra, l'herpès circiné, le pityriasis versicolore qui sont des affections dont la morphologie est nettement individualisée. Il en est de même des lésions interdigitales des orteils, caractérisées par un épiderme macéré qui se détache sous forme de lambeaux, dans le fond des plis interdigitaux. Ces lésions sont dues au même parasite que l'eczéma marginé de Hebra, c'est-à-dire à l'*épidermophyton inguinale* de Sabouraud. Mais, par suite de l'épaisseur de l'épiderme des mains et des pieds, la destruction des épidermophytes est rendue souvent au contraire très difficile.

A côté de ces différentes affections bien classées, on a décrit récemment des intertrigos d'origine mycosique et démontré que certains eczémas, certaines parakératoses psoriasiformes, paraissant des plus typiques, reconnaissent une origine parasitaire, et il paraît indiscutable que le domaine des épidermomycoses est des plus vastes et ne peut que s'accroître au fur et à mesure des recherches nouvelles.

L'idéal d'une médication parasiticide serait d'obtenir la destruction des parasites sans nuire à la vitalité des tissus. Malheureusement nous ne possédons pas cet antiseptique idéal et toute médication externe dirigée contre les épidermomycoses produit d'une façon manifeste un certain degré d'irritation et agit, au moins en partie, comme procédé d'exfoliation. Aussi ces traitements nécessitent-ils un certain doigté selon les régions à traiter. Il faut irriter ni trop, ni trop peu.

Parmi les agents thérapeutiques, nous citerons et insisterons sur la façon d'utiliser les plus habituels, ceux qui sont nécessaires et suffisants à la pratique courante.

L'alcool iodé est actuellement la préparation la plus habituellement utilisée pour le traitement des épidermomycoses ; elle est constituée par de la teinture d'iode fraîche étendue au tiers, au demi et le plus souvent au dixième selon la formule suivante :

Teinture d'iode au 10e fraîchement préparée	10 gr.
Alcool à 90°	90 gr.

Cette formule est infiniment moins irritante que la teinture d'iode du Codex, aussi est-il toujours prudent de l'utiliser en premier lieu dans les épidermomycoses se développant chez des sujets à peau fine et surtout dans celles siégeant dans les plis comme l'érythrasma, l'eczéma marginé de Hebra et les intertrigos mycosiques. Cette solution s'applique par friction, en insistant particulièrement sur les bords au niveau de la collerette épidermique qui marque la zone d'extension.

La teinture d'iode pure n'est utilisable que sur les régions peu irritables, dans le cas d'herpès circiné développé sur les membres ou sur le tronc. Ces applications se font quotidiennement jusqu'à légère irritation de la peau. Puis on calme l'irritation par application d'une pommade ou d'une crème, on reprend ensuite des applications d'alcool iodé ou de teinture d'iode.

On a dit que la teinture d'iode n'était irritante que par la transformation de l'iode en acide iodhydrique : pour éviter cet inconvénient, on a proposé la dissolution de l'iode dans le chloroforme, l'acétone, le tétrachlorure de carbone. Veyrières a préconisé d'incorporer l'iode à la vaseline ou à l'huile de vaseline. La préparation à 3 % est parfaite et cette proportion est suffisante pour la rendre encore très active, l'iode reste complètement inaltéré. Cette préparation n'est jamais irritante et comme elle ne libère son iode que peu à peu, elle a une action moins brutale que la teinture d'iode et l'alcool iodé.

La solution iodo-iodurée, solution de Lugol :

Iode	1 gr.
Iodure de potassium	2 gr.
Eau	100 gr.

que l'on peut diluer suivant la tolérance des tissus, est appliquée en pansements humides et est souvent employée dans les trichophyties inguinales et dans les dermatomycoses (actinomycoses, sporotrichoses, etc.).

Dans le cas d'intolérance à l'iode, surtout dans les dermatoses des plis, Lortat-Jacob et Bidault ont préconisé le *quinosol* :

Quinosol	1 gr.
Alcool à 80°	40 gr.
Glycérine	20 gr.
Eau	120 gr.

Cette préparation est fort bien tolérée et peut s'appliquer en frictions matin et soir.

Soufre. Savon noir. — Le savon mou de potasse, vulgaire savon noir, associé ou non au soufre (au dixième) a une action exfoliante des plus manifestes ; il est habituel de le réserver pour le traitement des épidermomycoses occupant de larges surfaces peu irritables comme le pityriasis vercicolore. Chez l'homme, le savon noir soufré est appliqué le soir et enlevé le matin ; l'exfoliation et la guérison s'obtiennent en quelques jours. Chez les sujets à peau fine, le savon noir est appliqué une ou deux heures par friction légère avant le bain. Une fois la guérison obtenue, on préviendra les récidives en renouvelant ces applications une ou deux fois par semaine. Ces préparations suffisent géné-

ralement au traitement des épidermomycoses. Dans les cas rebelles on aura recours aux préparations suivantes :

POMMADE DE WHITFIELD. — Cette pommade, très appréciée en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, donne d'excellents résultats :

Acide salicylique	2 gr.
Acide benzoïque	1 gr.
Vaseline ou axonge	24 gr.

Cette préparation est un peu irritante et provoque de vives cuissons.

La formule modifiée par Dubreuilh est mieux tolérée :

Acide salicylique	1 gr.
Acide benzoïque	2 gr.
Axonge	30 gr.

On peut également employer des lotions alcooliques suivant les formules de Ravaut :

Acide salicylique	1 gr.
Acide benzoïque	2 gr.
Liqueur d'Hoffmann	100 gr.

Iode	1 gr.
Acide salicylique	1 gr.
Alcool à 80°	100 gr.

Ou la préparation préconisée par Darier :

Acide salicylique	1 gr.
Acide benzoïque	2 gr.
Glycérine	8 gr.
Alcoolat de lavande	20 gr.
Alcool à 70°	80 gr.

CHRYSAROBINE. — La chrysarobine, plus irritante que les préparations précédentes, est utilisée dans les épidermomycoses rebelles, particulièrement celles des espaces interdigitaux :

Chrysarobine	0 gr. 30
Axonge fraîche	30 gr.

Ou :

Iode	0 gr. 30
Chrysarobine	0 gr. 30
Lanoline	10 gr.
Axonge	20 gr.
	(Joulia).

ACIDE PYROGALLIQUE. — L'acide pyrogallique est utilisé sous forme de pommade de 2 à 5 pour 100 :

Acide pyrogallique	1 gr.
Vaseline pure	30 gr.

Il faut savoir, quand on utilise ces deux dernières préparations, qu'elles salissent le linge, qu'au contact des alcalis elles produisent une action réductrice énergique, souvent fort irritante, d'où l'interdiction des savonnages et le précepte du nettoyage des parties ainsi traitées avec de la vaseline ou de l'éther.

Mais tous ces traitements sont souvents insuffisants dans les épidermophyties interdigitales des orteils où le parasite est profondément logé, et enfin dans les lésions parasitaires des ongles.

C'est pourquoi Sabouraud (*Ann. Derm. et Syph.*, 1930, I, 921) préconise l'emploi d'une pâte épilatoire avant l'application d'alcool iodé. Il emploie le dépilatoire Brisson, poudre de sulfure de baryum qu'on délaye dans la glycérine de façon à faire une pâte molle. Les applications doivent être prudentes : on laisse en place d'abord pendant dix minutes, puis pendant vingt-cinq minutes et même quarante-cinq minutes, on fait alors prendre un bain de pieds prolongé, on lave à grande eau et on applique largement l'alcool iodé. Les applications d'alcool iodé se font chaque soir, les applications de pâte épilatoire tous les deux jours seulement.

Aux ongles, les onychomycoses ne peuvent être détruites que par l'évidement des parties malades avec une fraise perforatrice de dentiste suivant les techniques que Sabouraud (*La Clinique*, mars 1930, p. 83) a indiquées. Ce n'est qu'après cet évidement que la pâte épilatoire et l'alcool iodé peuvent agir.

Les TEIGNES DU CUIR CHEVELU réclament un traitement radiothérapique. Après les séances d'épilation, on badigeonne le cuir chevelu à l'alcool iodé ou à la glycérine phéniquée.

Avant l'ère de la radiothérapie, le traitement consistait en épilation à la pince, application de teinture d'iode et de pommade à l'acide chrysophanique.

Lorsqu'on ne dispose pas du traitement radiothérapique et qu'il y a contre-indication à employer le traitement interne par l'acétate de thallium, Alliot, de Fougères (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 4 nov. 1929), a préconisé, pour le traitement des teignes, l'iodure de soufre incorporé à la glycérine à la dose de 10 %. Le traitement consiste à décaper les plaques squammeuses à l'aide du savon noir et de l'eau et applications par légers massages du mélange glycérine-iodure de soufre. Les applications, journalières pour commencer, peuvent se faire ensuite tous les deux jours. Ce procédé a donné à l'auteur de bons résultats ; cette préparation a l'avantage de ne pas entraîner d'alopécies cicatricielles définitives, ne nécessiterait pas l'épilation, mais la guérison n'est obtenue qu'en deux à trois mois pour les cas cas observés par Alliot.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow

Par le Docteur G. JEANNENEY
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Les chirurgiens français voient peu de maladies de Basedow, et trop souvent, lorsque ces malades leur sont envoyés, ils sont dans un *état sérieux ;* c'est-à-dire qu'autour de lésions primitivement assez simples se sont groupées toute une série de complications d'abord fonctionnelles, puis organiques, si bien que dans ces cas avancés et compliqués, les risques opératoires ne sont pas négligeables.

Ces raisons m'incitent à reprendre, devant les praticiens, le plaidoyer si souvent fait pour le traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

Evidemment il ne s'agit pas d'intervenir dans toute maladie de Basedow : il importe donc, tout d'abord, de préciser *les indications opératoires.*

Indications opératoires

Lorsqu'un médecin voit pour la première fois un basedowien — ou mieux une basedowienne — il doit d'abord s'enquérir de *l'ancienneté* de la maladie.

Il est des *cas récents,* vierges, pour lesquels la question

du traitement chirurgical ne se pose pas. Chez ces malades, *hyperthyroïdiens* — avec tachycardie à 80 ou 100, amaigrissement, et augmentation modérée du métabolisme basal (moins de 40 % en plus) — et *hypersympathicotoniques* — avec exophtalmie, tremblements et troubles nerveux — on doit faire tout d'abord *l'épreuve du traitement médical*. Souvent le repos, l'administration quotidienne de 20 à 50 gouttes de la solution iodo-iodurée de Lugol, les sédatifs nerveux suffisent à amener une amélioration rapide qui peut être durable si l'on s'astreint à donner de l'iode à doses convenables et à obtenir une réduction de l'activité sociale du malade.

Mais il est des cas où *l'épreuve du traitement médical échoue* ou ne donne qu'une amélioration si médiocre que le sujet ne peut reprendre une vie normale — ce qui, somme toute, équivaut à un échec.

En face de ces cas, les Américains (Crile et Mayo), dont l'expérience est énorme, conseillent sans hésiter l'opération :

Tout basedow — disent-ils — *résistant au traitement médical doit être opéré si le métabolisme basal dépasse* 15 %, *parce que rien ne permet de savoir comment il évoluera :* la maladie peut durer des années et s'aggraver progressivement, faisant perdre au malade son temps et son argent, tandis que, opérée dès les premiers stades, elle guérit parfaitement et sans risque.

En France, le Professeur Marcel Labbé est bien moins catégorique, puisqu'il laisse le malade juge de la situation : « J'expose à la malade les avantages et les inconvénients des deux méthodes et je la laisse choisir. Si vous vous faites opérer vous guérirez mieux, plus solidement et plus vite, mais vous courrez quelques risques et vous aurez une cicatrice. Si vous êtes traitée par les rayons ce sera plus long et moins sûr, mais vous ne risquez rien. »

Devant pareille alternative, le malade choisit d'ordinaire la radiothérapie, quitte à se rabattre après échec sur la chirurgie.

Je crois néanmoins qu'il y a intérêt à adopter ici une solution précise, que défendent d'ailleurs le Professeur Bérard, Bertrand, Peycelon, etc..., et qui peut être ainsi résumée :

a) Essayer pendant trois à quatre mois le *traitement médical* (repos, lugol, quinidine, etc.).

b) Si les signes cliniques ne s'améliorent pas franchement, si le métabolisme basal reste supérieur à 30, il est inutile de s'attarder au traitement médical seul. La question se pose alors : de l'opération ou des rayons ? Cette question qu'on discute encore depuis des années peut être ainsi résolue :

Tant que la chirurgie du goitre exophtalmique n'aura pas une mortalité nulle on doit essayer la radiothérapie dans les limites suivantes basées sur l'expérience.

c) Essayer les *rayons X. Cet essai doit être court* et seuls seront conservés aux rayons X les basedows « hypersensibles aux rayons », c'est-à-dire ceux qui s'améliorent franchement et rapidement en quelques séances.

Si les rayons X ne donnent après cinq ou six semaines qu'une amélioration légère ou douteuse, ce qui est fréquent (Brocq et Mendaro, 1924), il faut se garder de s'obstiner. La radiothérapie prolongée, en effet, a pu parfois endommager les téguments et les plans profonds et par conséquent créer des difficultés opératoires réelles. C'est là, à mon avis, le seul reproche sérieux qu'on puisse faire à la radiothérapie, car, avec les techniques actuelles, les radiodermites graves et le myxœdème sont exceptionnels.

d) Mais il est aussi des cas — très rares d'ailleurs — que la *radiothérapie aggrave* (il y a des radio-basedows comme des iode-basedows) et pour ceux-là aussi, dès les premières séances du *traitement radiothérapique d'épreuve*, on se rendra compte qu'il faut changer d'arme.

Le *traitement radiothérapique d'épreuve* conserve donc une réelle importance à mes yeux, à condition d'être contrôlé de très près.

e) En dehors des cas nettement tranchés où la radiothérapie tantôt guérit, tantôt aggrave ou ne modifie pas — et par conséquent doit être abandonnée — il est des formes où la radiothérapie donne une *amélioration légère* compatible avec la reprise d'une activité relative. D'ordinaire ces malades sont considérés comme guéris, mais un ou deux ans après cette guérison apparente — et d'ailleurs très relative — les troubles récidivent. Un nouveau traitement peut être efficace, il devra alors être poursuivi comme dans un cas neuf, mais si la maladie se montre *radio-résistante*, il est inutile de s'obstiner dans la radiothérapie : *il faut opérer.*

En dehors de ces cas moyens et en vérité très fréquents, où l'hésitation est permise, il en est où la situation doit se juger sans tergiverser :

1° Il y a tout d'abord des malades qu'il faut *opérer toujours*, sans hésitation ni retard : ce sont les *goitres en transformation maligne*, véritables *cancers thyroïdiens* avec signes plus ou moins marqués de thyro-toxicose. L'indication opératoire est ici posée par la tumeur maligne, autant et même plus que par l'hyperthyroïdie ;

2° Il faut opérer aussi les *goitres basedowifiés*, les *adénomes toxiques* parce que, dans ces cas, la chirurgie s'est montrée supérieure à toutes les autres thérapeutiques ;

3° Restent quelques rares *formes graves*. Les chirurgiens admettent d'ordinaire que, dans les *formes graves soit d'emblée* avec phénomènes toxiques menaçants, soit *secondaires* à de longs traitements médicaux ou radiants, la chirurgie donne les seules chances de salut au malade, à condition de *procéder par opérations sériées* et d'intervenir autant que possible avant les troubles organiques graves : arythmie, cœur forcé.

Quant aux *formes foudroyantes*, elles dépassent semble-t-il, toutes nos thérapeutiques actuelles ;

4° Enfin le syndrome de Basedow peut ne pas revêtir des caractères aussi complets : tantôt l'hyperthyroïdie prédomine, tantôt c'est l'hypersympathicotonie qui constitue à elle seule tout le tableau morbide. Ces *formes dissociées* ou monosymptomatiques méritent une courte discussion.

1. Formes dissociées avec syndromes thyroïdiens seuls :

a) Dans les *goitres* et les *kystes thyroïdiens* compliqués d'hyperthyroïdie, il faut considérer avant tout le goitre tumeur distincte du corps thyroïde, peu radiosensible et cause de la dysthyroïdie : il faut donc enlever le goitre et le tissu thyroïdien de voisinage par une hémithyroïdectomie large ou par une thyroïdectomie subtotale.

b) Dans les formes avec *hyperthyroïdie pure* (augmentation discrète du corps thyroïde, amaigrissement, tachycardie, augmentation du métabolisme basal) on pourra, selon les cas, intervenir d'emblée (thyroïdectomie subtotale), ou après un traitement radiothérapique d'épreuve inefficace. Dans les hyperthyroïdies légères, comme celle de la ménopause artificielle, le traitement radiothérapique suffit le plus souvent.

En somme, dans ces formes où l'hypersécrétion thyroïdienne domine la scène, il est logique de supprimer la source des toxines si on veut en voir disparaître les effets :

c'est alors qu'on aura recours à la *thyroïdectomie subtotale ou à la simple ligature atrophiante des pédicules thyroïdiens.*

2. Formes dissociées à syndromes sympathicotoniques

Dans ces formes, on observe tantôt de l'exophtalmie pure, tantôt du seul tremblement avec troubles nerveux plus ou moins marqués, tantôt un syndrome d'hypersympaticotonie complet. On essaiera le traitement médical, basé sur l'emploi de sédatifs du sympathique : ésérine, yohimbine. En cas d'échec on interviendra sur la chaîne sympathique cervicale.

Contre-indications

Le chirurgien, surtout s'il n'a pas une bonne expérience de cette chirurgie, doit être très strict sur les contre-indications.

Les cas anciens, déjà traités par une multitude de traitements médicaux ou physiothérapiques, sont trop souvent des cas invétérés avec lésions viscérales, cœur mou, forcé, parfois même œdème des extrémités, ascite, diabète, insuffisance glandulaires multiples, cachexie, vomissements, acidose, troubles psychiques rebelles, etc... Chez ces malades, il sera prudent de n'intervenir que par des *opérations sériées* en plusieurs temps et encore après une rigoureuse préparation.

De même seront considérées comme inopérables — au moins temporairement — les *formes aiguës* ou *suraiguës* avec lésions viscérales graves.

Chez ces inopérables, la *radiothérapie* sera l'ultime ressource, parfois efficace (Bérard et Peycelon).

Enfin, ne pas opérer en *période de crise*, attendre que la poussée *aiguë* ait cédé sous l'influence du repos et de l'iode pour intervenir.

Méthodes opératoires

Contre l'*hyperthyroïdie* on cherchera à diminuer la sécrétion thyroïdienne soit en réséquant une grande partie du tissu thyroïdien (thyroïdectomie subtotale), soit en faisant des ligatures atrophiantes.

Contre l'*hypersympathicotonie* on supprimera un des relais de la chaîne sympathique cervicale — et on diminuera en même temps l'excitabilité du sympathique en réduisant par les opérations précédemment énumérées les sécrétions thyroïdiennes.

* * *

Quelle que soit la technique choisie, il faut se souvenir de certaines *règles pratiques* dont l'importance est capitale pour la réussite de cette chirurgie.

1° Malaxer le moins possible le corps thyroïde véritable éponge de thyrotoxine et centre *nerveux* important ;

2° Opérer à l'anesthésie régionale ;

3° Faire une hémostase très soigneuse ;

4° Sectionner la glande thyroïde au bistouri électrique ;

5° Toujours drainer à la mèche pendant 48 heures au moins.

A. — Dans les *formes moyennes, avec hypertrophie diffuse du corps thyroïde,* le *traitement de choix* est la *thyroïdectomie subtotale :* elle seule, en effet, permet une résection maximale de tissu thyroïdien pathologique, tout en respectant une lamelle thyroïdienne juste suffisante pour assurer la sécrétion interne et pour respecter le récurrent et les parathyroïdes.

Nous suivons d'ordinaire la technique suivante (c'est-à peu près celle que Bloch a préconisée récemment) :

a) Découverte du corps thyroïde par incision médiane, en cravate et section des muscles sous-hyoïdiens :

b) Section entre deux ligatures de la corne supérieure en conservant, appendu au pédicule thyroïdien supérieur, un petit cône glandulaire :

c) Section de l'isthme sur la ligne médiane entre deux pinces ;

d) Libération de la face profonde du corps thyroïde, de la trachée, en partant de l'isthme et en tirant doucement en dehors la glande libérée. Arrivé au niveau de l'angle trachéal on sectionne au bistouri électrique en plein corps thyroïde. Cette section se poursuit *très aisément* et rapidement sans grande hémorragie, jusqu'au bord externe de la glande et *sans tirailler* les plans *profonds* : récurrent et parathyroïde en particulier ne sont pas vus. On place au fur et à mesure les pinces hémostatiques nécessaires. Il en faut quelquefois beaucoup.

La section au bistouri électrique est un progrès incontestable au point de vue hémostatique et diffusoin moindre des toxines.

Les résultats de cette opération sont d'autant meilleurs qu'elle a été plus large : la qualité de la guérison dépend de la quantité de tissu glandulaire enlevé (Kocher).

B. — Dans les *goitres basedowifiés*, dans les *goitres dégénérés*, la méthode de choix est la *lobectomie*, l'*hémithyroïdectomie du lobe malade*, complétée au besoin par une thyroïdectomie subtotale du côté restant.

Comme précédemment : découverte du corps thyroïde ;

Ligature du pédicule thyroïdien supérieur (sans laisser de tissu thyroïdien suspect) ;

Section de l'isthme.

Bascule en dehors du lobe thyroïdien que l'on enlève par clivage extra-capsulaire aux ciseaux ou au thermocautère des tissus voisins, en tiraillant le moins possible et en *voyant le récurrent* qui sera respecté.

C. — Dans les *formes graves* à métabolisme élevé, (+ 40 %) à état général précaire, le malade ne supporterait pas ces opérations toujours assez longues et entraînant d'importantes manipulations.

On procède alors à des *opérations sériées*, indirectes, dont les *ligatures des pédicules thyroïdiens* (Mickulicz) sont le type : ces ligatures sont à la fois *ischémiantes* et *neurolytiques* : ce sont des « angioneuronectomies » qui suppriment et l'apport sanguin et les excitations nerveuses qui, de la thyroïde malade gagnent le sympathique cervical et vice versa (Jeanneney.)

On utilise d'ordinaire la ligature avec *section* du *pédicule thyroïdien supérieur* (*polar-ligature* des Américains). Il est bon de réséquer en même temps au thermocautère ou au bistouri électrique le cône thyroïdien supérieur.

La découverte de ce pédicule se fera soit par une incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, soit par une incision horizontale perpendiculaire au milieu du cartilage thyroïde. On récline en dehors le sterno-cléido-mastoïdien, en bas l'omo-hyoïdien, derrière lequel on trouve aisément le pôle supérieur de la glande. On lie d'abord d'un côté, puis huit jours plus tard du côté opposé. L'anesthésie locale est suffisante.

La *ligature des artères thyroïdiennes inférieures* est moins souvent pratiquée.

D. — Dans *les formes dissociées* :

1° à *syndrome thyroïdien seul :* recourir à la thyroïdectomie subtotale ;

2° à *syndrome sympathicotonique seul :* nous croyons bon de procéder ainsi, comme nous l'avons fait deux fois :

a) *Section ligature des deux cornes supérieures* (angioneurectomie) pour supprimer les incitations nerveuses, parties du corps thyroïde et y aboutissant (filets vasodilatateurs).

b) *Résection de la chaîne sympathique cervicale.* Pour ce faire on peut utiliser la même incision : il est bon de réséquer le plus de chaîne possible, du ganglion cervical supérieur à l'inférieur. Cette dernière opération avait donné à Jaboulay de bons résultats (Chalier, 1911).

En cas d'échec, compléter par une thyroïdectomie subtotale.

Soins pré et post-opératoires

Accidents post-opératoires. Ces *diverses opérations*, en *particulier les résections thyroïdiennes*, pour simples qu'elles soient, peuvent être suivies d'accidents graves, parfois mortels (1).

Ce sont des accidents d'*hyperthyroïdisme aigu* survenant aussitôt après (de 1 à 48 heures) l'opération, caractérisés par : hyperthermie (39°, 40°, 41°) ; tachycardie (160-200), arythmie, asystolie aiguë (presque toujours mortelle) ; dyspnée *sine materia* ; vomissements, diarrhée, facies péritonéal, subictère, oligurie, agitation extrême, délire, mort.

Ces accidents peuvent être évités par des soins pré et post-opératoires adéquats.

Soins pré-opératoires : 1° *Repos absolu* physique et moral (au besoin isolement). Crile conseille d'éviter au futur opéré la moindre émotion (visites, lectures, bruit) insignifiante pour un sujet sain et qui risque chez le basodowien de déclencher de graves accidents. En particulier le jour de l'opération ne sera pas indiqué au malade. On utilisera au besoin les sédatifs : bromure, gardénal, somnothyril, bromhydrate de quinine.

2° *Le traitement iodé* sera utilisé pendant les dix jours qui précéderont l'opération : ni plus, car au delà son action s'atténue, ni moins, car la dose serait insuffisante. On administrera en cinq prises 20 à 50 gouttes par jour de la solution :

Iode.............................	5 grammes
Iodure de potassium.......... ...	10
Eau............................	100

3° La réhydratation du malade est indispensable chez les amaigris : injection sous-cutanée de sérum physiologique stovaïné à 1 % (Bartlett), de 2.000 à 4.000 centimètres cubes par jour, trois jours avant l'opération.

4° Au besoin chez les anémiques la veille et le jour de l'opération, transfusion de 300 grammes de sang.

5° Trois jours avant l'intervention : digitaline.

L'opération sera faite sous anesthésie locale, après scopolamine-morphine, ou au rectanol, ou enfin à l'éther.

Soins post-opératoires. — 1° Repos absolu ;

2° Continuer le *traitement iodé*, le premier jour en badigeonnant à la *teinture d'iode* la face antérieure des deux cuisses, puis dès que le malade peut avaler, avec le lugol (qui sera administré pendant des semaines).

(1) Je ne parlerai ni des hémorragies ni des complications pulmonaires, ni de la tétanie para-thyreoprive, ni des paralysies récurrentielles.

3° Réhydrater par d'abondantes injections de sérum sous-cutané ou intra-veineux ;

4° *Appliquer* une *vessie de glace* sur le cou et sur le cœur, et si la température dépasse 40°, plusieurs vessies sur le cou, la tête, le cœur et l'abdomen ;

5° Si les accidents s'aggravent malgré ce traitement, *désunir la plaie* et la drainer largement : à ce procédé recommandé par Crile, nous devons la vie de deux de nos opérées.

6° *Alcaliniser* l'opéré (sérum bicarbonaté, eau bicarbonatée (*per os*) ;

7° *Morphine* et *ésérine*.

8° *Digitale*.

Telles sont, très schématiquement résumées, les grandes directives du traitement chirurgical. Soulignons une fois de plus l'importance énorme :

1° Du *choix du malade* et de sa *préparation à l'opération* : le goitre exophtalmique est un exemple-type de maladie *médico-chirurgicale :* peu de maladies nécessitent une association plus intime du *médecin* et du *chirurgien* et je dirai même au besoin du *radiologiste* dont l'expérience n'est pas ici négligeable. C'est parce qu'on a méconnu cette collaboration que les résultats de cette chirurgie ont été médiocres en France, alors qu'ils étaient magnifiques aux Etats-Unis où les malades sont choisis et préparés en étroite collaboration.

2° De la *technique opératoire :* autant que l'état du malade le permet, la chirurgie d'exérèse doit être ici *très large*, visant à la fois, le tissu thyroïdien et le sympathique ; les résultats immédiats et éloignés dépendent presque uniquement de cette technique ; les échecs et les récidives sont presque toujours explicables par des *imperfections techniques*. Ici donc l'entraînement particulier de l'opérateur a une indiscutable valeur dans les suites opératoires.

Conclusions

La maladie de Basedow est une affection sérieuse, parfois fort grave, très souvent difficile à bien guérir, parce que la plus grande partie de sa physiologie pathologique nous échappe encore.

Les premiers essais chirurgicaux tentés contre elle ont été désastreux : la mortalité élevée, la médiocrité des résultats éloignés firent condamner pour un temps le traitement sanglant : il reste encore contre lui, chez bon nombre de médecins, une indiscutable prévention. Celle-ci a été entretenue par ce fait que, récemment encore, on ne confiait au chirurgien que des cas anciens, invétérés, rebelles, compliqués de lésions organiques graves et chez qui, au prix de risques importants, on ne pouvait obtenir que des résultats médiocres.

Actuellement la *mortalité opératoire* oscille autour de 0,70 % pour Crile (1.200 opérations) de 0,91 % pour Pemberton (5.000 opérations) de 3 1/2 % pour Berard, de moins de 1 % pour Duval et Welti.

Quant aux *résultats éloignés*, ils s'établissent ainsi :

	Pemberton	Crile	Kuttner	Bérard-Peycelon
Guérisons.....	80 %	85 %	87 %	90 %
Améliorations.	13 %	9 %	7 %	2 %
Echecs........	7 %	6 %	6 %	8 %

On peut donc affirmer que *la chirurgie est le traitement le plus satisfaisant* de l'hyperthyroïdie : elle donne des guérisons durables et de qualité bien supérieure à celle



des autres traitements, mais à une condition, c'est d'*opérer les malades de bonne heure et de les opérer correctement.*

La question se ramène donc, en dernière analyse, à un *problème d'indications* et de *technique* : il faut chercher à discriminer rapidement les cas que la médecine et la radiothérapie sont incapables de guérir. En sachant apprécier les signes cliniques en liaison avec le métabolisme basal, le médecin pourra, de *bonne heure*, établir ce diagnostic.

De la *précocité* du diagnostic et de l'*intervention* — dans les cas où elle est franchement indiquée — autant que de la *correction de la technique*, dépendent les résultats : il en est ici comme dans bien d'autres problèmes de thérapeutique chirurgicale où la personnalité du chirurgien s'affirme au moins autant par sa pensée que par son action.

Le régime végétal et fruitarien, antidote des acidémies par excès carné

Par MM.

LAFFORGUE
Médecin-Général
Professeur a la Faculté de Médecine de Toulouse

et

G. ANDRIEU
Médecin-Capitaine
Professeur Agrégé au Val-de-Grace

La régularité des fonctions organiques exige un milieu intérieur légèrement alcalin. Le maintien de cet état humoral approprié est la résultante de facteurs multiples, dont les actions, concordantes ou adverses, réalisent l'équilibre, mais un équilibre instable, constamment menacé dans sa fixité. La rupture peut s'effectuer dans le sens d'une hyperalcalose ou d'une hyperacidité : dans ce dernier cas, le plus intéressant en clinique et en thérapeutique, s'installent des états dits d' « acidose ».

Après les nombreux travaux auxquels ils ont donné lieu, il est presque superflu d'en rappeler les origines si variées. Les uns sont en rapport avec un état morbide antérieur ou concomitant bien caractérisé. Figurent dans cette catégorie, au premier plan : l'acidose du diabète ; ensuite, l'acidose consécutive à certaines affections du foie et des reins, l'acidose contemporaine de certaines maladies infectieuses, etc... D'autres sont liés à un gros incident de physiologie et de diététique, tels que le jeûne total ou la suppression complète des aliments hydrocarbonés. De l'une et de l'autre de ces deux catégories, l'histoire et la place en nosologie sont désormais bien fixées : seul demeure en discussion leur mécanisme pathogénique.

Par contre, il est une troisième catégorie de faits — ceux précisément auxquels sera consacrée cette brève étude — encore mal connus et mal étudiés, dont le classement dans le cadre nosologique est à peine esquissé. Ce sont les ruptures de l'équilibre acide-base, dues à l'ingestion en excès d'albumines animales, d'aliments carnés, quand ce vice de diététique devient habituel ou permanent chez les intéressés.

On ne saurait trop souligner que c'est là une méconnaissance grave des lois élémentaires de la physiologie. Pratiquée inconsciemment par les profanes, elle est tolérée de manière courante par les médecins, qui n'en mesurent presque jamais l'exacte gravité. Mal éclairés sur la pathogénie des accidents qui en résultent, ils sont peu préparés à leur opposer une thérapeutique adéquate. C'est qu'en effet l'étude clinique et biochimique de ces faits, à notre connaissance du moins, n'a jamais été conduite avec toute la méthode nécessaire. A la lumière des notions fragmentaires acquises jusqu'à ce jour, on peut cependant leur assigner un triple caractère :

a) Leur substratum humoral et chimique diffère peu, du moins au début, de l'état normal. Il s'agit moins, en l'espèce, d'acidose bien caractérisée, que de la tendance constante à l'inversion de la formule, avec oscillations autour de la normale. A la longue seulement, quand le vice diététique s'aggrave et se prolonge en durée, surtout quand il se complique d'altérations plus ou moins graves des émonctoires, le stade initial de subacidose peut se muer, sans doute, en acidose confirmée : jusque-là, c'est un état liminaire auquel paraît convenir la dénomination d'acidémie, qui en marque le caractère discret et la facile réductibilité.

b) De même que les modifications biochimiques sont discrètes, les signes cliniques caractéristiques de cet état sont peu marqués et demandent à être recherchés soigneusement, en particulier du côté du système nerveux, des appareils circulatoire et respiratoire et du tractus gastro-intestinal.

c) Les troubles ci-dessus sont, du moins au début et avant toute complication viscérale notable, en parallélisme étroit avec le vice diététique qui les produit, s'aggravant avec lui, régressant au contraire, et parfois rapidement, si l'on supprime le facteur morbigène ou si l'on corrige ses effets par une thérapeutique appropriée, dont la base doit être recherchée dans un redressement de la diététique.

C'est précisément cette étude de diététo-thérapeutique que nous voudrions esquisser ici.

Voyons d'abord comment et à quel degré l'ingestion en excès d'albumines animales, d'aliments carnés, retentit fâcheusement sur l'équilibre acide-base de l'organisme.

C'est l'élément *S* de la molécule albuminoïde qui joue le rôle principal ; c'est par lui que se trouve journellement déversé dans le milieu intérieur un taux de $S. O^4 H^2$ qui n'est pas inférieur à 3 gr. 20 pour 100 grammes d'albumine animale (celle que représente en moyenne une demi-livre de viande).

Viennent ensuite l'élément *P*, générateur d'acide phosphorique et, à un degré moindre, les acides aminés. On sait par quel mécanisme ces amino-acides, produits si variés de la désintégration des albuminoïdes, se scindent au niveau du foie en acides organiques et ammoniaque. Une fraction de ces acides organiques néoformés concourt à de nouvelles et immédiates synthèses, telles que celles du glycogène et du glucose dans la glande hépatique elle-même (58 grammes de glucose pour 100 grammes de protides), mais les autres, en quantité plus ou moins importante suivant les cas, participent à l'acidification du milieu intérieur, et leur taux, non négligeable, est parfois suffi-

sant pour augmenter d'une manière très sensible l'acidité urinaire.

Parmi les substances issues des protéiques, une mention spéciale doit être réservée à celles qui émanent des nucléo-albumines, contenues, comme on le sait, dans certains organes particulièrement riches en noyaux et substance nucléaire, tels que le thymus, le cerveau, le rein, la rate, le foie, etc... Par des transformations demeurées longtemps mystérieuses, mais aujourd'hui bien connues, elles donnent lieu à la production d'acide urique. Outre son action acidifiante générale, qui se juxtapose à celle des acides précités, on connaît le rôle tout particulier dévolu à cet acide dans la genèse de deux grandes maladies constitutionnelles, la goutte et la gravelle. Sa présence en excès dans l'organisme représente donc des nocivités multiples, auxquelles il importe de remédier avec vigilance.

Notons qu'aux dépens des mêmes nucléo-albumines se produit aussi de l'acide oxalique. En effet, à côté de l'oxalémie exogène due à l'ingestion de végétaux riches en oxalates (oseille, épinards, rhubarbe, etc...), il y a une oxalémie endogène, produite dans les tissus, et dans laquelle la désintégration des nucléines revendique la plus large part.

Aux acides précités de provenance protéique s'ajoutent ceux qui résultent de la transformation des graisses, dont un régime trop carné ou trop riche en matières grasses apporte un coefficient important.

Enfin, citons pour mémoire, comme étant d'origine exclusivement animale, l'acide sarco-lactique du muscle, produit aux dépens du glycogène musculaire et au prorata du travail musculaire accompli. Il est particulièrement abondant dans les muscles des surmenés, trop abondant parfois pour que puisse s'exercer en temps utile la transformation réversive qui le mue en glycogène ; d'où résulte un nouveau facteur d'acidémie, suffisamment important pour qu'on ait pu parler, chez les sportifs, d'une acidose lactique par exercice physique.

A dessein, nous bornons l'étude des facteurs d'acidémie à ceux qui résultent de l'ingestion des albumines animales et des viandes. Ce que nous en avons dit suffit à montrer leur importance à ce point de vue.

Nous rappellerons brièvement que, pour se défendre contre les imminences d'acidémie, l'organisme dispose de deux grands processus : *a*) la fixation et la transformation des substances acides au niveau de certains parenchymes ; *b*) leur élimination par les émonctoires. La formation d'acides sulfo-conjugués au niveau du foie, d'acide hippurique dans le rein ; la destruction d'acide oxalique par le tissu rénal (Loeper) sont des exemples classiques du premier type ; l'élimination des acides organiques par le rein, de certains acides volatils et de l'acide lactique par la peau en sueur, du CO^2 en excès par le poumon, etc., relèvent du deuxième type. Il est, d'ailleurs, curieux de constater combien l'organisme s'est appliqué à multiplier et à varier les processus défensifs de cet ordre. Mais, si varié et si bien adapté qu'il soit, ce travail de fixation, de transformation et d'élimination peut être inférieur aux nécessités ; de plus, il impose aux organes qui en ont la charge une tension permanente qui peut dépasser rapidement leur capacité physiologique et créer à leur niveau, en même temps que du surmenage fonctionnel, des lésions parenchymateuses. Celles-ci sont particulièrement à redouter quand le surmenage est habituel ou continu, et quand les substances à fixer, à transformer ou à éliminer sont spécialement agressives. Tel est le cas de certains acides, et il est de notion aujourd'hui courante que les acides forts — HCL et SO^4H^2 — ne peuvent traverser le filtre rénal sans créer des altérations graves. Pour être moindre, la nuisance des acides organiques n'est pas négligeable, si leur élimination dans l'urine s'élève au-dessus d'un certain taux. Il est superflu de rappeler combien d'hépatites, de néphrites, d'hépatonéphrites sont l'aboutissement lointain, et parfois rapide, de processus chimiques ou éliminatoires qui s'effectuent trop intensivement au niveau du rein et du foie. Par contre, on ne saurait trop souligner, parce qu'elle saute moins aux yeux et qu'elle est souvent méconnue, l'importance de ces « excès fonctionnels » discrets, mais quotidiens, imposés aux émonctoires par la surabondance de certains déchets. C'est à cette phase initiale, d'évolution latente et insidieuse, que se préparent les grands délabrements viscéraux ultérieurs ; c'est contre elle qu'il faut lutter en vertu de l'axiome « *Principiis obsta* », en *neutralisant*, au fur et à mesure qu'ils se produisent, les produits nocifs constamment renouvelés.

C'est précisément l'un des attributs spécifiques des aliments végétaux et fruitariens — nous dirons même leur attribut principal — que de réaliser cette neutralisation en ce qui concerne les acides, et spécialement les acides d'origine carnée.

Un premier avantage — qui n'est point de neutralisation — c'est que, à consommation égale, la quantité d'acides formée est très notablement inférieure avec l'albumine végétale. En ce qui concerne, par exemple, la production de SO^4H^2, 100 grammes d'albumine végétale ne renferment que 0 gr. 40 à 0 gr. 45 de S au lieu des 1 gr. 50 contenus dans la même quantité d'albumine animale. En admettant que ce S végétal soit oxydé dans les mêmes proportions que le S d'origine animale, c'est 0 gr. 85 de SO^4H^2 qui en résulte pour l'organisme (et non plus 3 gr. 20) : la différence mérite d'être notée, surtout s'appliquant à un acide fort, de haute nocivité.

Néanmoins, et quelque intéressant qu'il soit, ce bénéfice n'est point, en l'espèce, le plus précieux. C'est par un mécanisme plus spécial qu'agissent les végétaux et les fruits : leur insuppléable efficacité tient à leur teneur élevée, plus ou moins considérable suivant les espèces, en certains sels minéraux, dont une des fonctions particulières est de concourir au maintien ou au renforcement des réserves alcalines dans le milieu intérieur.

Ces sels sont formés d'acides faibles et de bases alcalines ou alcalino-terreuses. Les plus répandus dans le monde végétal sont les citrates, malates, tartrates, glycolates, oxalates, quinates, succinates, etc., de soude ou de potasse, de chaux ou de magnésie. On connaît les réactions chimiques très simples en vertu desquelles ils se transforment presque immédiatement dans l'organisme en carbonates alcalins, et on sait par quel jeu de substitution ces carbonates viennent neutraliser les divers acides, en particulier les acides forts, en circulation dans le sang. L'acide fort prend la place du CO^2 et, par sa combinaison avec la base correspondante, perd à la fois son pouvoir agressif vis-à-vis des tissus et sa nocivité générale.

Ce sont là des notions élémentaires qu'il est presque superflu de rappeler. Ce qui est moins connu, et généralement sous-estimé, c'est la grande quantité d'acides neutralisée à jet continu par ce mécanisme et la nécessité de l'entretenir en activité constante : 1° par un apport suffisant d'aliments végétaux ; 2° par un choix judicieux entre ces derniers, de manière à faire une large part à ceux qui sont les plus riches en alcalis.

A cet égard, une place de choix revient aux légumes verts et herbacés, qui contiennent 1 à 4 % de sels alcalins

et alcalino-terreux. Il n'est que de se reporter aux traités spéciaux et en particulier aux belles études, un peu négligées aujourd'hui, de A. Gautier, pour juger de l'importance de cet élément. On y verra — et nous citons à titre d'exemple — que 100 grammes de modeste laitue romaine représentent 1 gr. 24 de sels minéraux, à base de soude, potasse, chaux, magnésie, et 100 grammes d'épinards, 1 gr. 98 des mêmes sels.

Richesse alcaline moindre, mais non négligeable, dans les légumes-fruits, dont le type le plus précieux est la tomate, accusée à tort de favoriser l'oxalémie ; dans les légumes utilisés en jeunes pousses, tels que chou et chou-fleur, ou en bulbes (oignons, poireaux), ou en racines (carottes, salsifis, navets) qui, tous, laissent des cendres fortement ou notablement alcalines.

Les légumes en grains ou secs tiennent le milieu entre les deux variétés précédentes : pour 100 parties fraîches, le poids des cendres y varie de 1 gr. 68 (fèves) à 3,29 (haricots), les bases alcalines figurant dans ce chiffre pour une moyenne de 60 %.

Les graines de céréales, surtout quand elles ont été converties en farines, sont proportionnellement moins riches en substances alcalinisantes, exception faite pour quelques-unes, dont la farine d'avoine, qui représente, en moyenne, 2,12 de cendres, composées pour une large part de phosphates alcalins et alcalino-terreux.

Une place à part, dans le sujet qui nous occupe, doi être réservée aux fruits, et surtout aux fruits aqueux, de saveur neutre ou légèrement acidulée, tels que pommes, poires, pêches, abricots, fraises, framboises, cerises, nèfles, oranges, etc... Ils prennent rang à côté des légumes herbacés par l'abondance, et surtout la variété de leurs sels alcalins (malates, citrates, tartrates, glycolates, fumarates, etc...). L'ingestion massive ou prolongée de certains d'entre eux aurait, dit-on, pour résultat d'augmenter le taux d'acides organiques en circulation dans le sang. Le fait aurait été démontré, en particulier, pour l'orange, ce fruit de choix qui avait fixé les préférences de Ninon de Lenclos ; même exact, il ne saurait prévaloir contre l'action bienfaisante globale justement attribuée aux fruits.

C'est délibérément que nous réservons pour la fin de cette revue générale la pomme de terre. Elle se recommande à notre choix, non seulement par sa haute teneur en potasse, qui explique en partie ses succès dans le traitement du diabète (professeur Mossé), mais encore par sa richesse relative en hydrates de carbone (21 en moyenne d'hydrates pour 2,08 de matières azotées et 0,15 de matières grasses), et ceci nous conduit à étudier sous un point de vue spécial un troisième facteur de défense contre l'acidémie.

C'est une notion classique que les hydrates de carbone, sous forme de végétaux (céréales et légumineuses surtout) et de fruits sucrés, jouent à cet égard un rôle considérable et qu'entre autres mécanismes mis en œuvre dans ce but, ils amorcent et activent la combustion des acides organiques. Mais leur action antiacidémique ne pourrait-elle être considérée sous un angle plus particulier, mettant en jeu, de manière prépondérante, la solidarité entéro-porto-hépatique ?

Il suffit de rappeler les phénomènes de sulfo-conjugaison dont le foie est le siège pour situer le rôle prééminent de cet organe dans la lutte contre l'acidémie. Ce rôle est encore souligné par l'apparition fréquente d'acidose au cours des hépatites. En vue de maintenir libre à ce point de vue, au maximum et en tout temps, le potentiel défensif et régulateur du foie, il importe donc d'alléger le plus possible les surcharges toxiques qui lui arrivent par le système porte. Or, c'est là précisément le résultat obtenu par l'ingestion d'hydrates de carbone. Les acides organiques de fermentation, l'acide lactique en particulier, qu'ils produisent dans les premiers segments du tube digestif, estomac et intestin grêle, ont, entre autres fonctions, celle de réduire considérablement, au niveau du gros intestin, les pullulations bactériennes, la putridité intestinale et le volume des déchets toxiques résorbés par la veine porte : d'où, pour la glande hépatique, une libération partielle de ses défenses dont on voit, dans la question qui nous occupe, l'immédiate répercussion.

Nous ne pouvons que signaler l'intérêt de ce point de vue, sans le développer davantage. Il offre ceci de curieux que c'est en tant que producteurs d'acides que les hydrates de carbone concourent à combattre l'acidémie.

Au point de vue documentaire, notons que ces hydrates de carbone, peu abondants dans les légumes herbacés (2 à 3 %), plus abondants dans les fruits aqueux (orange et grenade : 11 %) ou sucrés (raisin : de 14 à 17 % ; figues mûres : de 12 à 16 ; figues sèches : 53) entrent pour 60 à 80 % dans la composition des graines et farines de céréales, et pour 50 à 60 dans celles des légumineuses.

La teneur en albumine végétale, pratiquement négligeable pour les légumes herbacés et les fruits, est de 20 à 25 pour les légumineuses, et de 11 en moyenne pour les céréales.

Les différences de composition qui s'expriment par les chiffres ci-dessus expliquent la différence d'action des diverses substances végétales ; mais, par des mécanismes variés, elles concourent toutes au même but en se prêtant un mutuel appui.

Les pages qui précèdent ne sont pas un plaidoyer en faveur du végétarisme. Elles visent seulement à formuler, en l'appuyant sur des faits et des chiffres, une triple indication :

1° Nécessité d'un coefficient important de végétaux et de fruits dans l'alimentation quotidienne ;

2° Prééminence, dans la ration, des denrées riches en sels alcalins et en hydrates de carbone ;

3° Substitution large des albumines végétales aux albumines animales : en ce qui concerne les premières, le taux de 60 %, requis pour les prédisposés à la goutte et à la gravelle, sera utilement étendu à d'autres catégories de sujets et pourra être largement dépassé.

A ces habitudes de diététique quotidienne, nous voudrions voir associer par périodes assez fréquemment renouvelées — et pour une journée entière ou pour plusieurs — l'abstinence totale d'albumine animale. A chacun de se créer à cet égard sa discipline personnelle, mais le principe de cette cure « par substitution » s'impose à tous. La suppression systématique de la viande au repas du soir, que pratiquent déjà bien des particuliers et des familles, est une mesure des plus judicieuses ; mais pour lutter contre les imminences d'acidémie, il faut davantage. Moins brutales que certaines autres cures, telles que le Guelpa, la « cure de substitution » que nous préconisons, peut être plus aisément renouvelée ou prolongée. Ceux-là devront y recourir dont l'équilibre organo-humoral est particulièrement instable : malades du rein et du foie, sujets atteints de déficience de ces organes, vieillards, sujets d'âge moindre en proie aux méiopragies de la cinquantaine, etc... Il est démontré que les sportifs peuvent parfois en user avec avantage ; elle s'alliera utilement, pour la préparation de l'organisme, aux autres mesures préopératoires ; enfin, la biochimie vient confirmer une expérience séculaire en préconisant pour la première

enfance la prééminence longtemps prolongée du régime végétarien.

Dans le même ordre d'idées, nous ne saurions trop conseiller les cures de fruits, qu'ils soient acidulés ou sucrés, les premiers agissant par leurs bases alcalines, les seconds par leurs hydrates de carbone. Les cures uvales ont droit à une faveur spéciale, non parce qu'elles ont été récemment mises à la mode, mais parce qu'elles s'inspirent de la plus saine thérapeutique en même temps qu'elles favorisent l'économie nationale.

C'est aussi une question d'économie sociale, autant que d'hygiène et de thérapeutique, qui se pose à propos du pain. On a été quelque peu injuste à l'égard de cette denrée, et on l'a chargée de méfaits, dont quelques-uns imaginaires. On lui a fait grief en particulier de sa richesse en phosphore, et de la production d'acide phosphorique qui en résulte au cours de son passage à travers l'économie. Mais l'importance de ce fait a été certainement majorée, surtout si l'on considère le pain blanc, de farine trop blutée, dont l'usage s'est généralisé dans nos divers milieux, tant ruraux que citadins. S'il convient de faire état, chez certains sujets, de cette action acidifiante, elle ne saurait justifier — principalement chez les organismes en voie de développement — une réduction trop systématique d'un aliment précieux. En pareille matière, la mode doit céder le pas à la physiologie.

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

L'Antisepsie urinaire

Par le Professeur **Maurice LOEPER**

Le traitement d'une infection rénale par des médicaments antiseptiques plus ou moins spécifiques est une question d'actualité. Les risques d'infection rénale sont multiples, car le rein élimine les microbes qui circulent dans le sang. Ces microbes viennent de foyers bien divers : infection générale de la dothiénentérie, infection secondaire de la dysenterie ou des états intestinaux, salpingites, bronchopneumonies, otites et même lésions cutanées. Ils sont nombreux : staphylocoques, streptocoques et colibacilles. Leur sensibilité aux corps chimiques n'est pas identique ; certains médicaments sont presque spécifiques ; d'autres ont une efficacité variable avec chacun d'eux.

Les éléments microbiens touchent l'organe lui-même ; ils s'y arrêtent pour faire des abcès intra ou périrénaux ; plus souvent, ils irritent le bassinet, l'uretère, la vessie, font des pyélites et des pyélocystites et épargnent presque complètement la glande elle-même.

Les lésions du staphylocoque doré sont plus parenchymateuses, celles du coli plus pyéliques. Mais à la longue, quel que soit le point de départ de l'infection, le fonctionnement du rein infecté devient insuffisant ; à l'élément infectieux que traduit la fièvre se joint un élément toxique que traduira l'augmentation de l'urée sanguine : l'urémie vient donc quelque jour compliquer les infections rénales.

Bien qu'il soit éloigné, le foyer d'origine ne peut guérir seul et il reste une source d'infection. On doit donc s'occuper non seulement du rein, mais des organes génitaux, de la peau, des amygdales, de l'intestin. Le traitement ne sera radical que s'il est à la fois général et local et ainsi seulement, il évitera les récidives.

J'aurai donc à envisager ici la désinfection proprement dite du rein, et celle du foyer d'origine.

***

Les médicaments antiseptiques du rein sont de deux catégories : les uns sont assez banaux, anonymes et sans spécificité ; les autres peuvent être plus spécifiques.

Les premiers sont exclusivement chimiques ; les seconds sont plus rarement chimiques, surtout biologiques : vaccins, sérums et bactériophage. Quand un individu présente une infection rénale, il fait de la fièvre, fièvre intermittente caractérisée par des ascensions de 39° à 40°, si brusques, qu'elles semblent paludéennes : c'est la fièvre intermittente septique rénale assez voisine de la fièvre hépatique. Elle est toujours identique à elle-même, qu'elle vienne du rein, du bassinet ou de la vessie. La crise se termine par une sudation abondante parce que la chute thermique est rapide comme le fut l'ascension.

La douleur est un signe capital quoique inconstant. Elle traduit l'inflammation, l'augmentation du volume du rein, la congestion de l'organe, la distension du bassinet, la pyélonéphrite. Les urines sont plus ou moins troubles : le dépôt est blanchâtre, muqueux, collant au vase ; on y trouve des éléments cellulaires nombreux, polynucléaires altérés, et une véritable purée de microbes. Le colibacille y est fréquent, presque constant, mais d'autres éléments s'y trouvent associés et leur rôle peut être prédominant ; comme l'est celui du staphylocoque et de l'entérocoque.

Les médicaments antiseptiques connus n'ont pas tous dans l'infection rénale une action identique : le collargol injecté dans les veines n'a pas sur le rein l'influence bienfaisante qu'il peut avoir sur le poumon ou l'utérus ; par contre, l'urotropine et ses dérivés ont sur cet organe comme sur la vésicule biliaire une action plus élective que celle qu'ils peuvent présenter dans la pneumonie ou la broncho-pneumonie.

Le classement de ces antiseptiques est plutôt d'ordre chimique que clinique. Je distinguerai les désinfectants du groupe des essences ; les dérivés aromatiques de la série du phénol ; les dérivés de l'aniline qui ne sont encore que des dérivés aromatiques, mais un peu éloignés de leur origine ; les dérivés du camphre et du thym ; puis le bore et, en dernier lieu, l'hexaméthylène-tétramine ou urotropine et ses dérivés.

1° Médicaments chimiques

Les essences. – Chacun sait que les produits essentiels, goménol, térébenthine, essence de cajeput, eucalyptus, créosote même et genévrier ont une double action sur l'appareil pulmonaire et sur le rein parce que, dans une proportion d'ailleurs variable avec chacun d'eux, l'élimination se fait en partie par les voies respiratoires et, en partie par la voie rénale. La plupart sont, avant tout, des désinfectants pulmonaires et ne sont qu'accessoirement des désinfectants rénaux : quelques-uns pourtant sont autant rénaux que pulmonaires.

◆◆◆◆◆

La *térébenthine* est de cette deuxième catégorie. Elle est très anciennement connue et employée. On l'extrait du pin, du sapin et du mélèze : c'est avec la térébenthine du mélèze qu'on fait les baumes et les emplâtres ; c'est avec le pin des Landes qu'on récolte à Dax ou à Bordeaux que l'on fait les pilules et le sirop ; c'est avec le pin des Vosges, qu'on fait la térébenthine cuite, c'est-à-dire privée de son essence par ébullition.

La térébenthine est une oléorésine plus ou moins transparente et un peu sèche. L'essence est un produit un peu plus onctueux, odorant et volatil.

La térébenthine contient des terpènes dont le plus intéressant est la terpine : c'est à la terpine que la térébenthine doit son action désinfectante et antiseptique, et cette action est aussi diurétique. Mais de même que la terpine pure excite ou tarit suivant les doses, quand on la met sur la langue, la sécrétion salivaire, de même qu'elle augmente ou tarit les sécrétions bronchiques, elle peut à dose forte, diminuer la sécrétion rénale et à dose faible l'augmenter. Elle peut même provoquer des hématuries parce qu'elle est un vaso-dilatateur et un congestionnant du rein et des organes urinaires. Les fortes doses sont donc contre-indiquées dans les maladies rénales même suppuratives.

Le mode d'emploi de la térébenthine est extrêmement simple : des pilules à la dose de 20 centigr. et au total 8 par jour, soit 2 grammes de térébenthine solidifiée ; des pilules de térébenthine cuite de 0,30 centigr., 4 à 8 par jour ; des capsules d'essence de térébenthine de 25 et 30 centigr. dont on peut donner la même proportion ; du sirop de térébenthine qui est d'un emploi très facile et agréable même chez les enfants et qui peut être donné à la dose de 50 ou 100 grammes par vingt-quatre heures. Les frictions même ne sont pas inefficaces, car la térébenthine est volatile et s'absorbe par la peau. Des liniments composés d'une partie de térébenthine pour deux parties d'huile réalisent une révulsion locale et une désinfection, car l'essence absorbée s'élimine en partie par l'urine.

A côté de la térébenthine prennent place l'*eucalyptol* et la teinture d'eucalyptus, même l'infusion de feuilles ; le *goménol* qui est un mélange d'eucalyptol et d'autres essences, le *genévrier*, l'huile de cade même. Tous sont un peu irritants du rein, mais ont une action rénale assez élective.

D'autres ont une action vésicale et uréthrale et sont très employés dans la blennorragie. Ce sont : le santal, qui contient un produit actif terpinique, le santalol ; le copahu, qui contient de l'acide copahivique, c'est-à-dire encore un élément terpinique ; le cubèbe qui contient la cubébine et une huile essentielle voisine de la terpine. Tous ces produits sont employés plutôt dans les uréthrites que dans les pyélites ou urétérites. Ils sont aussi peu efficaces dans les affections du rein, qu'ils sont utiles dans celles de l'urèthre.

Série aromatique. — La deuxième classe d'antiseptiques du rein est représentée par une série de corps qui dérivent tous d'un noyau central : le benzine.

Et ces aromatiques sont au nombre de 5 : le naphtol, le phénol, la résorcine, le salol et l'acide benzoïque.

De ces aromatiques, deux sur trois sont dangereux : le naphtol, même le naphtol B qui est prohibé dans les affections rénales parce qu'il peut déterminer une irritation congestive et des hématuries et le phénol qui jouit d'un pouvoir bien restreint au point de vue urinaire.

Le salol est un salicylate de phénol, il a les mêmes inconvénients, fait des hématuries et de l'érythème et doit, pour être antiseptique, être administré à forte dose.

Quant aux acides aromatiques, salicylique et benzoïque, ils sont peu nocifs et assez efficaces. De l'acide salicylique dérive le salicylate de soude et de l'*acide benzoïque*, le benzoate de soude. On peut donner 2, 3 ou 4 grammes par jour de benzoate et 4 à 6 grammes de salicylate de soude sans altérer le parenchyme rénal.

Tout près du benzoate, on doit placer les baumes végétaux, baume du Pérou, baume de tolu qui viennent des légumineuses et agissent parce qu'ils contiennent de l'acide cinnamique et de l'acide benzoïque avec un peu de benzoate de benzyle qui est antispasmodique.

Les benzoates sont peu antiseptiques mais diurétiques. Le salicylate de soude est plus antiseptique que diurétique et les conditions de son action sont intéressantes. Comme il paraît s'éliminer beaucoup plus rapidement dans les urines acides que dans les urines alcalines, comme en un mot son action est plus rapidement rénale et sa rétention dans l'organisme moins durable, il faut pour qu'il soit antiseptique lui adjoindre des acides plutôt que des alcalins. Je rappelle que dans les rhumatismes articulaires aigus, au contraire, où l'imprégnation des tissus doit être plus durable et l'élimination retardée, il est utile de lui adjoindre des alcalins.

Dans la même catégorie, il faut placer la résorcine ou dioxybenzine. La résorcine n'est par elle-même guère utilisée mais l'*hexyl-résorcine* qui en dérive, a été très étudiée par les Américains ; ce médicament s'emploie à la dose de 0,50 à 1 gramme en cachets ou encore en injections musculaires d'une solution huileuse à 1/4. C'est un corps peu soluble, mais peu irritant et qui a déjà donné maints succès (1).

Les dérivés de l'aniline. — La troisième catégorie d'antiseptiques urinaires est très proche de la précédente, elle touche à la série aromatique et comprend l'aniline et ses dérivés. Les substances utilisées dans cette catégorie sont des substances chromiques ou chromogènes, c'est-à-dire qu'elles sont spontanément colorées ou peuvent par une transformation plus ou moins rapide, donner naissance à une substance colorée. On voudrait un mot explicite pour les caractériser. On les a désignés sous le nom de pyoctanins, qui veut dire « tue le pus ». L'élément antiseptique paraît être l'élément colorant lui-même, ainsi que les travaux d'Ehrlich l'ont démontré et c'est pourquoi, on leur donne encore le nom de chromotoxiques.

Le premier de ces dérivés aniliniques est le *bleu de méthylène* : c'est une tétraméthylthionine ; on le donne en capsules de 0,05 centigr. et l'on peut faire absorber jusqu'à 50 ou 60 centigr. par jour. J'ai même autrefois avec Wagner introduit le bleu dans les veines de mes malades et sans aucun inconvénient. Quand les capsules sont enrobées de gluten, elles ne se dissolvent que dans l'intestin. Le bleu de méthylène est un désinfectant urinaire intéressant. Les recherches de Achard et Castaigne prouvent son élimination par les cellules du rein plus que par les glomérules. Cette élimination, je l'ai montré avec M. Achard, est des trois quarts de la dose absorbée ; elle ne se fait pas sous forme de bleu en totalité, mais sous forme chromogène, c'est-à-dire d'une substance non colorée qui devient bleue par l'air ou par les acides : c'est pourquoi la fermentation ammoniacale la fait disparaître momentanément dans les urines stagnantes. Elle reparait par le chauffage, l'agitation à l'air, l'addition d'une goutte d'acide acétique. Ce bleu de méthylène jouit d'une certaine spécificité ; il a une action plus marquée sur les cocci que sur les bacilles, il est donc plus utilisable dans les pyélites gonococciques, streptococciques, staphylococciques, entérococciques, que dans les affections éberthiennes ou colibacillaires.

(1) Voir le rapport de FOURNEAU. *Congrès de thérapeutique*, Paris, 1933, Doin, éditeur.

Le deuxième produit de la catégorie est le *violet de gentiane*, mais on l'utilise peu en matière urinaire.

L'*acridine*, dont j'ai parlé déjà à propos des endocardites infectieuses est désignée dans le commerce sous le nom de trypaflavine, de gonacrine. C'est une substance extrêmement antiseptique, mais si utile qu'elle soit dans une infection grave, elle n'en reste pas moins véritablement dangereuse pour le rein, d'autant que la voie veineuse est la seule voie par laquelle on puisse le plus souvent l'introduire. Elle peut déterminer une azotémie considérable et cette azotémie est avant tout d'origine rénale. L'acridine est donc un médicament discutable, du moins par la voie veineuse. Très heureusement, la voie locale est aussi utilisée et donne de bons résultats et sans risques ; les lavages de la vessie avec l'acridine sont très efficaces dans les infections urétéro-vésicales.

Les camphres. — Le quatrième groupe des antiseptiques urinaires est tout à fait différent des autres : il est représenté par les camphres, camphre du camphrier ; camphre de thym ou thymol. Tous deux ont un pouvoir cryogénique, c'est-à-dire qu'ils abaissent la température et doivent cette action au noyau benzénique qu'ils contiennent ; tous deux sont antiseptiques, mais moins qu'antipyrétiques.

Le camphre est utilisé souvent cependant sous forme d'*acide camphorique*, qui se donne par voie buccale à la dose de 1 à 2 grammes, divisé en paquets de 50 centigr. et jusqu'à 4 grammes par jour.

Quant au thymol ou acide thymique, il n'est pas dépourvu d'activité, mais il est irritant du rein et quelque peu toxique pour l'organisme. Aussi son emploi est-il peu préconisé : 0,50 centigr. par voie buccale, pour une dose totale de 2 grammes par jour.

Borate de soude. — Une cinquième classe est représentée par l'acide borique et par son sel le plus commun, le *borate de soude*. On trouvera dans mes leçons sur le bore de nombreuses indications (1). Je rappelle que le borate de soude est peu antiseptique, mais a été employé à la fois comme lethotryplique et antiseptique par certains urologues. L'effet n'est remarquable ni dans un sens, ni dans l'autre.

Hexaméthylène-tétramine. — Il constitue la dernière classe. C'est un médicament antiseptique et un excitant de la fibre musculaire vésicale. L'action sur la vessie est telle qu'elle produit souvent la congestion et même le saignement. L'action antiseptique est discutée ; certains prétendent qu'elle est attribuable au formol que contient sa molécule et qui se dégage sous l'influence des acides même faibles. Dans l'urine, l'hypothèse est probable, car l'urine est toujours un peu acide, du moins l'urine normale. Dans le sang, elle a moins de valeur, car l'uroformine n'y trouve jamais assez d'acide pour se transformer en formol, et d'ailleurs aucun auteur n'a jamais trouvé le formol en nature dans le sang des individus ou des animaux auxquels il avait injecté de l'urotropine.

L'action diurétique est niée par les Allemands. L'urotropine fait de la pollakiurie plus que de la polyurie. A mon avis, elle est aussi diurétique, car elle abaisse la constante uréo-sécrétoire, ce qui ne peut résulter d'une action purement vésicale. L'action diurétique existe donc alors même qu'elle serait indirecte.

L'urotropine peut être introduite aussi dans les veines et est infiniment plus efficace par cette voie. La méthode a été proposée par moi en 1917, dans les infections générales à la dose de 20 centigr. par centimètre cube et jusqu'à 5 et 10 c. c. La solution doit être tyndallisée, car l'urotropine perd ses propriétés par la chaleur. A la même époque, M. Ayerza recommandait à Buenos-Ayres ces mêmes injections dans la fièvre typhoïde et M. Minet publia un bel article sur son efficacité dans les affections vésiculaires et urinaires. Minet ne croit pas plus que moi à la transformation en formol. Il admet l'action antiseptique de l'uroformine en nature sur le bacille d'Eberth et sur le coli. Cette action semble s'exercer en effet même dans les urines des pyélonéphrites qui sont alcalines et où le dégagement de formol est difficile ou précaire. L'uroformine doit être considérée comme ayant en elle-même une valeur antiseptique.

On a proposé d'autres produits voisins de l'uroformine. L'un de ces produits le plus connu porte le nom d'helmitol qui est un méthylénocitrate d'urotropine dont la posologie est la même par voie buccale (1).

En ajoutant à l'uroformine, un élément benzoïque et un élément iodé on a fait l'iodaseptine et la septicémine qui ont une réelle activité et peuvent être données par voie buccale ou veineuse. L'action générale est incontestablement plus forte. L'irritation locale semble moindre.

Toutes ces substances ont, en regard de leurs avantages, quelques inconvénients : celui par exemple de donner de la dysurie, surtout chez la femme, et de congestionner la vessie. Je crois cet accident rare, même après les injections veineuses surtout quand l'urine est alcaline. Il semble par conséquent que l'irritation résulte du formol dégagé plus que de l'uroformine même. J'ai fait quantité d'injections d'uroformine et donné un nombre considérable de comprimés d'uroformine, je n'ai jamais eu et même vu une seule hématurie. M. Minet n'en a jamais vu non plus. Ayerza donna jusqu'à 8 grammes d'urotropine par voie veineuse, c'est-à-dire 32 c. c. de solution à 25 % et ne constata aucun incident. J'admets la possibilité de l'hématurie, mais je la crois rare ; quant à l'irritation vésicale du col, elle est fréquente chez les hommes âgés qui ont une grosse prostate, et chez la femme même normale.

Donc antisepsie générale, élimination de toxiques divers, diurèse, enfin action antiseptique locale à la fois par la nature même du produit et par sa décomposition possible en formol dans les urines acides : Telles sont les propriétés de l'urotropine.

***

Si l'action de l'urotropine a été très étudiée, celle des autres produits l'est moins. Agissent-ils sur les éléments microbiens ou sur la paroi infectée ? Accroissent-ils les éléments de défense de l'arbre urinaire ? Modifient-ils simplement le milieu urinaire et le rendent-ils défavorable aux éléments microbiens ? Sont-ils seulement diurétiques ? Toutes réponses difficiles d'autant que ces antiseptiques ne s'éliminent guère dans l'état où ils ont été absorbés.

Le benzoate de soude, dans un rein sain, se combine au glycocolle pour faire de l'acide hippurique et l'acide hippurique n'est pas antiseptique. Heureusement, la combinaison est précisément difficile dans le rein malade. Le phénol, le naphtol, le salol se dédoublent ou s'éliminent à l'état de phénylsulfate, de naphtolsulfate, de salylsulfate, etc., dont le pouvoir antiseptique n'est pas le même et peut être moindre. La valeur antiseptique *in vitro* ne peut donc permettre d'apprécier la valeur antiseptique *in vivo*. L'hexylrésorcine injectée sous la peau semble pourtant traverser le rein en nature et perdre fort peu de son activité.

(1) M. Loeper. — Thérapeutique Médicale. Tube digestif, 1re série — Glandes endocrines et nutrition, 2e série. (Masson Editeur, 1930-1931)

(1) Il existe beaucoup d'autres combinaisons d'urotropine : acétylsalicylate, borate, sulfosalicylate, etc., moins connus et moins utilisés.

On a réalisé la combinaison de l'urotropine et de l'hexylrésorcine.

On peut aussi craindre que les essences se modifient dans la traversée du rein ou de l'organisme. Le thym et le thymol qui est le camphre du thym se combinent aussi au soufre pour faire un sulfo conjugué.

Et l'essence d'eucalyptus, l'essence de genévrier se combinent sans doute de même.

La question des pyoctanins est fort intéressante, car elle pose un autre problème. Là l'élément chromophore est l'élément actif, celui-là même qui se soude au microbe.

Si nous reprenons la vieille hypothèse d'Ehrlich, à savoir que tout corps antiseptique contient un élément toxophore représenté par un de ses radicaux, nous admettrons dans les pyoctanins un élément colorant et dans les produits anthracéniques un élément aromatique phénolé, salolé, etc. Nous pouvons donc escompter la découverte de produits électifs dont l'élément toxophore présenterait à l'égard de certains microbes une spécificité vraie. Mais, malgré des recherches nombreuses et malgré l'espoir que fait naître l'étude minutieuse des trypanosomes et des tréponèmes, nous devons avouer qu'aucun n'a été découvert. Certes, les acridines ont une action élective sur le staphylocoque, le streptocoque, l'entérocoque et tous les coccis, y compris le gonocoque et doivent être prescrites dans les infections cocciques plutôt que dans les colibacilloses. Mais déjà l'hexaméthylène n'est pas spécifique des infections à coli Et il en est de même du bleu, de la résorcine qui agissent mieux sur les microbes du groupe coli, certes, mais non exclusivement.

***

Dans une affection pyélique ou pyélo-néphrétique, il ne faut pas négliger la *réaction du milieu urinaire* qui a aussi son importance. L'alcalinité favorise incontestablement la pullulation microbienne, spécialement celle du colibacille. Et cette pullulation elle-même ne change guère la réaction. Les médicaments, qui agiront sur ce milieu et en modifieront l'équilibre chimique, constitueront déjà des antiseptiques ; bien plus, ils deviendront vraiment des auxiliaires utiles et réaliseront une intéressante association. Cette proposition est vraie pour tous les antiseptiques.

L'urotropine, sans aucun doute, agit moins bien en milieu alcalin qu'en milieu acide. On augmentera l'action de l'urotropine en donnant au malade l'acide phosphorique et le phosphate acide de soude. La formule suivante de Joulie est bien connue :

Acide phosphorique..........	4 gr.
Phosphate de soude	8 gr.
Eau	200 gr.

Elle se prescrit à la dose d'une cuiller à soupe dans de l'eau sucrée ; elle acidifie les urines et permet à l'urotropine, en aidant peut-être au dégagement du formol, la désinfection plus parfaite de l'appareil urinaire.

Les acides organiques n'ont nullement le même effet, car ils se transforment dans l'organisme en dérivés carboniques alcalins. Mais certains régimes dits cétoniques, qui produisent l'acidémie et l'acidurie, grâce à la formation d'acides diacétique et oxybutyrique seront indiqués dans les infections urinaires pour des raisons exactement inverses de celles qui les font prohiber dans le diabète. Ils sont des modificateurs de l'alcalinémie, laquelle est favorable au coli. Helmholtz a insisté récemment sur ce point. Et les auteurs américains y sont souvent revenus. Il est inutile de rappeler que ces régimes comportent surtout l'utilisation de graisses.

Certains auteurs préconisent l'alternance des cures alcalines et acides et même les variations brusques de concentration osmotique des urines qui interdisent en quelque sorte au microbe l'accoutumance au milieu qui le baigne.

Enfin, il faut le plus possible diluer les urines et effectuer un *lavage du rein*. Les eaux d'Evian, de Capvern, de Vittel, de La Roche-Posay (Saint-Cyprien), de Contrexéville, etc., sulfatées calciques ou bicarbonatées calciques sont indispensables. Elles sont fort peu alcalines, et leur richesse en chaux est insuffisante pour favoriser dans un milieu alcalin des précipitations secondaires. Pour des raisons inverses, les eaux de Vals, de Vichy, de Pougues sont prohibées, celles-là parce que trop alcalines, celles-ci parce que trop calcaires; celle de La Preste, au contraire, un peu sulfurée est très recommandée dans les colibacilloses.

Je dirai un mot en terminant du traitement local, bien qu'il soit du domaine du chirurgien ou du spécialiste.

Dilatation, section des rétrécissements qui ralentissent l'élimination urinaire et augmentent la stagnation, introduction d'une sonde à demeure ou cystostomie qui font une élimination *continue* dans tous les cas rebelles, lavages de la vessie avec liquide modérément antiseptique, eau boriquée, iodée, eau additionnée d'une trace d'oxycyanure de mercure à 1 p. 4.000, permanganate à 1 p. 4.000, collargol, protargol, gonacrine, à la dose de 0.10 ctgr. de gonacrine pour 1 litre d'eau. Le lavage du bassinet lui-même peut être nécessaire et doit être souvent employé avec ou sans la sonde urétérale à demeure.

***

J'ai dit tout à l'heure combien tous ces produits étaient peu spécifiques et combien il serait désirable d'en trouver quelque jour de plus électifs. Un tel désir ne peut être actuellement réalisé avec les substances chimiques ; seules les médications organiques, vaccins, bactériophages et sérums peuvent prétendre à cette spécificité. Elles réveillent dans l'organisme les fonctions assoupies de défense et d'immunisation, elles font naître des anticorps ou les apportent tout formés. Je vais les étudier. Mais, je crois que leur valeur ne peut être encore définitivement appréciée.

Vaccins. — Je ne dirai rien de la préparation des vaccins. Je rappelle seulement qu'ils sont composés de millions d'éléments microbiens , que ces éléments sont en général détruits ou plutôt coagulés par le chauffage, par le formol, par l'iode, le fluor, l'éther. Certains sont des lysats-vaccins dans lesquels les microbes sont dissous par la soude (Mauté), par le pyocyanique (Delbet). Les uns sont faits d'un seul élément microbien et sont monovalents, d'autres de plusieurs éléments associés et sont polyvalents. Il en est qu'on prépare avec le microbe du malade, ce sont les auto-vaccins ; d'autres avec un microbe de laboratoire, ce sont les stock-vaccins.

Quel que soit le vaccin employé, il détermine toujours une réaction générale qui varie avec le microbe, le mode de préparation et le nombre plus ou moins grand d'éléments introduits ; de sorte qu'il faut donner ces vaccins avec prudence dans les affections rénales. On a discuté leur valeur spécifique. Sans doute, elle est médiocre ; mais je ne la crois pas nulle. Je suis certain qu'un microbe donné (et surtout le microbe même du malade) a une action plus grande qu'un microbe quelconque ou un élément de stock. En principe, la pyélite ou la pyélonéphrite est presque toujours due au colibacille; l'abcès du rein ou le phlegmon périnéphrétique sont presque toujours, quand ils sont primitifs, dus au staphylocoque. D'où l'utilisation ici surtout du vaccin colibacillaire et là de vaccin staphylococcique.

J'ai vu des pyélonéphrites à staphylocoques s'améliorer par le vaccin staphylococcique alors qu'elles avaient résisté au vaccin coli, mais la réaction générale est assez forte.

La proposition est certes un peu schématique, car on a trouvé dans certains phlegmons du streptocoque et de l'entérocoque et dans certaines pyélites des bacilles d'Eberth ou du paratyphique. La complexité du vaccin évidemment s'impose dans ce cas.

Par voie buccale, aucun vaccin n'est efficace, quoi qu'on en puisse dire ; par voie sous-cutanée, l'action n'est pas toujours patente. Pourtant le principe même a été aussi discuté que les résultats.

Sérums. — Les pyélonéphrites dues au colibacille sont les plus fréquentes et de beaucoup, puisqu'on compte 9 pyélonéphrites pour un abcès du rein. L'inefficacité fréquente du vaccin a conduit certains auteurs à l'étude et à l'expérimentation de nombreux sérums.

Le sérum réalise une immunisation passive et qui résulte, comme on sait, de l'introduction d'éléments immunisants formés chez un animal immunisé. Nous connaissions dans la colibacillose depuis quelques années, le sérum de Weinberg qui est polyvalent et préparé avec plusieurs espèces de coli. Nous connaissons aujourd'hui le sérum de Vincent qui paraît plus efficace encore. L'action en est fort intéressante, locale et générale, car il vient d'un animal injecté de toxines endo et exomicrobiennes. Il combat donc aussi bien certaines réactions générales et nerveuses que les accidents locaux (1)

Il est indiqué d'abord chez les porteurs de germes, dont la résistance aux diverses thérapeutiques est considérable. Chez les grands infectés, il a donné entre les mains de plusieurs auteurs, de Weissenbach, de Foucault, et d'autres, des résultats même dans des appendicites gangréneuses et il est appelé à un grand avenir. La dose est de 20 à 40 c.c.

Bactériophage. — Le principe du bactériophage semble avoir été mis en évidence ou envisagé par Conradi qui signala la mort spontanée de certaines cultures microbiennes dans les tubes mêmes de culture. Tudort a montré le pouvoir bactéricide, à de certaines époques, des selles de malades dysentériques. Mais, c'est d'Hérelle qui a eu le grand mérite de mettre ce principe en évidence, d'en préciser les conditions de développement, d'en établir l'existence scientifique et d'en montrer toute l'importance dans la destruction des éléments microbiens électifs staphylocoque, B. dysentérique, typhique et colibacille.

Voici l'expérience princeps de d'Hérelle (2).

A une certaine période de la fièvre typhoïde ou de la dysenterie, au moment même où la maladie paraît évoluer vers la guérison, une goutte des selles du malade, filtrée, peut détruire les bacilles d'Eberth ou s'opposer à leur développement. Ce principe lytique est indiscutable, mais il serait dû pour lui à un virus vivant, à un microbe des microbes ; son activité vitale s'attesterait par sa persistance et surtout sa multiplication indéfinie. Le bactériophage serait donc un ultra-virus.

Beaucoup d'auteurs refusent à ce principe la qualité de virus et le font naître des cellules du sujet contaminé. M. Bordet pense qu'il est une propriété du microbe lui-même.

La question est d'ordre spéculatif. La nature importe peu au point de vue pratique, il nous suffit que le principe existe et que nous puissions le préparer aisément. En cultivant les urines d'un malade atteint de pyélonéphrite, on fait souvent apparaître le bactériophage ; on en multiplie la production dans la culture et on peut en faire des injections sous la peau, des instillations directes dans la vessie, on peut le faire absorber aussi par le tube digestif. La dose est sous la peau de 2 c. c. environ ; l'ingestion est répétée deux ou trois fois à deux jours de distance.

Les injections ne dépasseront pas 3, parce qu'en général à partir du troisième jour, l'organisme se vaccine lui-même contre le bactériophage, et présente même parfois une certaine hypersensibilité.

D'Hérelle, Hauduroy sont absolument affirmatifs sur les résultats obtenus et ont publié des observations intéressantes de pyélonéphrites rebelles à d'autres traitements, guéries ou tout au moins améliorées notablement par cette thérapeutique.

***

Le traitement serait incomplet et ne serait préventif ni radical s'il ne s'adressait aussi au foyer d'origine ; or, ce foyer est dans la peau pour les abcès du rein, dans l'intestin pour le colibacille. La désinfection de la peau, la guérison des furoncles est souvent difficile ; celle de l'intestin, stagnation ou colite, l'est toujours.

Il y a longtemps qu'Albarran, Clado, Gosset ont montré le passage du colibacille dans le sang et de là dans le rein ; Heitz-Boyer eut le mérite d'étudier plus complètement le phénomène et de lui donner un nom suggestif, celui de syndrome *entéro-rénal*.

Dans le côlon dilaté, allongé, mega ou dolichocôlon, dans les constipations par coudure, par bride, le colibacille pullule aisément ; il en est de même des infections intestinales, et le simple catarrhe, en décapant la paroi muqueuse favorise la résorption.

Mais pour que le coli, hôte habituel de l'intestin, le traverse et atteigne le rein, il faut souvent que l'élimination urinaire soit entravée par une coudure, une hydronéphrose ou une compression. La ptose rénale est fréquente et la compression existe dans la grossesse où la dilatation des uretères se produit 9 fois sur 10. Le syndrome entéro-rénal est donc chose très fréquente, et M. Heitz-Boyer insiste justement sur la nécessité de traiter parallèlement l'intestin et le rein, l'un point de départ et l'autre aboutissant du microbe. L'alternance de la thérapeutique se justifie par l'alternance des symptômes et commande deux ordres de médications. Il est à peu près impossible de tarir le coli dans l'intestin, mais on peut accélérer la traversée digestive par de légers purgatifs à l'huile de ricin, diminuer la perméabilité de la paroi intestinale en la colmatant en quelque sorte par le charbon, le kaolin, le bismuth ; tenter la désinfection par le naphtol, la chloramine. Enfin, on fait des massages, on opère le foyer infectieux s'il existe, on prescrit la cure de Châtelguyon.

A cette médication intestinale du foyer, on adjoint la médication rénale ; on prescrit l'uroformine, on lave le bassinet avec des antiseptiques, on soutient le rein ptosé, on le fixe même. Le charbon urotropiné ou formolé a l'avantage de combiner deux produits : une substance d'action urinaire à un pansement intestinal.

De ces différentes considérations, je conclus :

1° Pour traiter une affection rénale septique, il faut envisager d'abord les médicaments antiseptiques dits anonymes : térébenthine et essences, hexylrésorcine, surtout l'urotropine ; les cures d'acide phosphorique ; les cures de lavage d'Évian et Vittel ;

2° Ensuite les médications spécifiques, mais qui varient suivant le microbe en cause : pour le staphylocoque, les vaccins staphylococciques ; pour le coli, les vaccins coli-

(1) Pr H. Vincent avec Jacquet, Baruk, Chevassu. Rapport au 1er Congrès français de thérapeutique, octobre 1933, Doin, éditeur.

(2) Hauduroy. — Rapport au 1er Congrès de thérapeutique, octobre 1933, Doin, éditeur.

bacillaires. On les injecte sous la peau plutôt qu'on ne les donne par la bouche ; on peut faire appel au bactériophage et surtout au sérum de Vincent qui a fait ses preuves.

3° On agit enfin sur le foyer d'origine : on désinfecte la peau furonculeuse ; on désinfecte l'intestin ; on tente d'en réduire la stase et d'en restreindre la perméabilité. Les pansements, les petits laxatifs, l'eau de Châtelguyon, y peuvent parvenir dans une certaine mesure.

FORMULAIRE

I. — **MÉDICAMENTS CHIMIQUES**

A) BAUMES ET ESSENCES :

1° Térébenthine.

Essence : capsules à 0,50, n° 8.

Térébenthine pure ou cuite, pilules à 0,20, n° 8.

Sirop 50 à 100 grammes.

2° Baume du Pérou et de tolu.

Pilules à 0,10.

B) COMPOSÉS AROMATIQUES :

1° Salol.

Cachets de 0,50, n° 4.

Salicylate de soude, 1 à 4 grammes.

Acide benzoïque et benzoate de soude, 2 à 4 grammes.

2° Résorcine et hexylrésorcine, 0,50 *per os*.

0,25 à 0,50 en injections sous-cutanées.

3° *Acide camphorique*.

Paquets à 0,50, n° 4.

4° *Borate de soude*.

(1 à 3 *grammes par jour*).

5° *Pyoctanins*. En solution à 1/20.

Bleu de méthylène.

Pilules à 0,10, n° 6.

Acriflavine.

0,10 en piqûres veineuses.

Mercurochrome.

30 centigrammes par voie veineuse.

6° *Hexaméthylène tétramine*.

Uroformine pure 0,50 à 3 grammes.

Injections veineuses à 0,25 pour 1 c. c.

Helmitol.

Iodaseptine.

Septicémine.

7° *Acidifiants urinaires*.

Acide phosphorique...... 4 gr.

Phosphate de soude...... 8 gr.

Eau.................. 200 grammes

(*Par cuillerée à soupe.*)

II. — **MÉDICATIONS ORGANIQUES**

A) *Vaccins*.

Fluorés, formolés, iodés, lysats-vaccins.

1/2 à 1 c. c. voie cutanée.

B) *Bactériophage*.

1 à 2 c. c. trois fois à deux jours d'intervalle, en ingestion ou injection.

C) *Sérum* de Vincent.

en injection sous-cutanée 20 ou 40 cc.

Sur le mécanisme d'action des traitements antianémiques

Par **Pr. MERKLEN** et **L. ISRAEL**

(CLINIQUE MÉDICALE A — STRASBOURG)

La thérapeutique des anémies a connu d'intéressants progrès, surtout dans ces derniers temps. Alors qu'autrefois on ne disposait que du fer et de l'arsenic pour soigner un anémique, on possède aujourd'hui un arsenal antianémique dans lequel il est souvent difficile de faire un choix approprié.

La véritable révolution en l'espèce a été apportée par l'*hépatothérapie* de Whipple, qui a enregistré de remarquables succès, soit dit sans méconnaître les échecs. Pour Fontès et Thivolle, elle est surtout une *aminothérapie* et elle doit son action aux acides aminés, le tryptophane et l'histidine que ces auteurs ont montrés être hématogènes et nécessaires pour la formation de l'hémoglobine. Et en vérité, le *fer*, les *acides aminés*, l'*hépatothérapie* agissent tous en fournissant à l'organisme des éléments nécessaires à l'ÉDIFICATION DE LA MOLÉCULE D'HÉMOGLOBINE. C'est dans le même sens qu'interviennent le *cuivre*, utilisé récemment à son tour dans le traitement de l'anémie, le *manganèse*, la *chlorophylle* dont la molécule est assez analogue à celle de l'hémoglobine.

Dans toute régénération sanguine il faut envisager deux éléments importants : la formation de l'hémoglobine, que régissent tous les médicaments précités, la libération du globule rouge. Il est loisible d'accepter que chez le biermérien à moelle active c'est la LIBÉRATION GLOBULAIRE qui est déficiente (1). La moelle a conservé chez lui sa potentialité hématopoïétique ; seule manque l'excrétion des éléments figurés. Pour plusieurs auteurs, grâce à l'opothérapie gastrique préconisée par Castle et Morris et par leurs élèves ou grâce à une hormone digestive, cette libération pourrait être activée.

Ce déficit de libération avec moelle active conduit par contraste à évoquer les anémies par DESTRUCTION MÉDULLAIRE. Ici s'impose l'opothérapie médullaire, car elle régénère les globules rouges. Il est même possible que tous les traitements antianémiques soient capables d'une certaine régénération globulaire, mais de loin pas sur le même plan que la moelle osseuse. L'opothérapie médullaire est logiquement de mise chez les biermériens à moelle peu active, dans les aleucies hémorragiques et chez les intoxiqués par le benzol qui lèse plus ou moins profondément la moelle osseuse.

Nous distinguerons ainsi trois groupes d'anémies :

1. *Les anémies par manque d'hémoglobine* dans lesquelles le fer, le cuivre, les acides aminés, l'hépatothérapie doivent être utilisés, car ils amènent les éléments nécessaires à l'édification de l'hémoglobine ; dans ce même but on a recours à la chlorophylle et au manganèse. Il est cependant difficile de nier à tous ces traitements hémoglobino-formateurs un certain effet stimulateur sur la formation du corps gobulaire.

2. *Les anémies par défaut de libération globulaire*, anémies biermériennes à moelle active, dans lesquelles les carences digestives jouent un rôle important ; l'extrait de muqueuse gastrique excite en effet la libération.

3. *Les anémies par destruction de la moelle osseuse*.

(1) Pr. MERKLEN et M. WOLF. — La libération globulaire : corrélations fonctionnelles entre la moelle et le sang. *Presse Médicale*, n° 20, 8 mars 1930.

L'opothérapie médullaire, dans la mesure où elle régénère la moelle, réussit ici à créer de nouveaux globules rouges.

A ces anémies ajoutons le groupe des *anémies spléniques*, sur lesquelles nous n'insisterons pas ; nous l'indiquons pour mémoire, en remarquant que les divers types qui la constituent exigent chacun leur thérapeutique spéciale.

I. ANÉMIES PAR MANQUE D'HÉMOGLOBINE

Le fer

On sait que certains organismes privés de fer deviennent anémiques. Le fait est courant dans le jeune âge. Expérimentalement, Bunge a montré que le lapin nourri au lait n'échappe guère à l'anémie, ce produit ne le ravitaillant pas suffisamment en fer. Ainsi s'explique que le fer ait été considéré pendant longtemps comme le médicament héroïque de l'anémie.

a) MÉTABOLISME. — Le fer se trouve dans les aliments d'origine animale (viande rouge, jaune d'œuf) ou végétale (légumes verts). Le lait est pauvre en fer ; le nourrisson pendant les premiers mois de la vie s'approvisionne en fer grâce aux réserves contenues dans son foie.

Après digestion des aliments, le fer se trouve vraisemblablement à l'état minéral simple dans l'intestin. Il semble être absorbé sous forme de granulations au niveau de l'épithélium de la muqueuse du duodénum et déposé dans les organes de réserve, dans le foie à l'état de ferratine, dans la rate, la moelle rouge des os et surtout dans le globule rouge. L'oxyde ferreux Fe^2O de l'hémoglobine se transforme après oxydation en oxyde ferrique Fe^2O^5, qui, en présence de matières organiques, cède son oxygène en redonnant de l'oxyde ferreux ($2\,Fe^2O + O \rightleftarrows Fe^2O^5$). Cette réaction est à la base de l'action physiologique de l'hémoglobine, qui devient oxyhémoglobine au niveau des poumons et perd son oxygène au niveau des tissus.

b) MANIÈRE D'ORDONNER LE FER. — On utilise surtout le protoxalate de fer. On le prescrit de la façon suivante :

Protoxalate de fer ....
Poudre de rhubarbe (ou magnésie calcinée) .... } ââ 0 gr. 10
Pour 1 cachet N° X.
Deux cachets par jour au début des repas.

Depuis un certain temps on a préconisé l'utilisation du *citrate de fer ammoniacal :*

Citrate de fer ammoniacal ...... 0 gr. 10
Excipient .... q. s. 1 pilule N° X.
3 à 5 pilules par jour.

On a également prôné les résultats obtenus avec le fer réduit à très fortes doses :

Fer réduit .... 1 à 5 gr.
Pour un paquet N° X.
1 paquet par jour pendant dix jours.

Enfin on peut prescrire le tartrate ferricopotassique sous forme de teinture de Mars tartarisée, qui est bien tolérée et ne constipe pas :

Teinture de Mars tartarisée .... 40 gr.
XX gouttes après les deux principaux repas.

Une formule qui nous semble excellente est celle donnée par Denigès (de Bordeaux) dans laquelle le lait sert de véhicule au médicament. Pour Fontès le médicament donné sous cette forme serait au maximum assimilable.

Voici ce qu'écrit Denigès :

« On mettra dans un verre 50 c. c. d'eau environ ; on ajoutera *n* gouttes de perchlorure de fer officinal (solution à 26 %) (*n* ne devant pas dépasser 10) ; on agitera ; puis on versera cette dilution dans 100 c. c. de lait froid ou attiédi ; on sucrera à volonté et on prendra le tout en deux ou trois fois aux repas. »

c) INCONVÉNIENTS DE LA MÉDICATION MARTIALE. — Les ferrugineux autres que le perchlorure employé dans du lait ne sont peut-être pas aussi assimilables qu'il semble ; ils agissent en outre suivant un mécanisme inconnu. Leur emploi est contre-indiqué dans tous les *états congestifs*, les *pyrexies* et dans les *grandes constipations*.

Il n'y a guère de toxicologie du fer, car ce dernier ne donne pas la mort chez l'homme.

d) STATIONS THERMALES FERRUGINEUSES. — Bussang (Vosges) ; Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).

Le cuivre

a) CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Le cuivre existe à l'état de traces dans tous nos aliments et dans tous nos organes. Son rôle semble avoir été méconnu pendant très longtemps. Depuis quelque temps seulement on en soupçonne l'importance.

Le régime lacté exclusif, déjà pauvre en fer, l'est plus encore en cuivre. Aussi détermine-t-il une chute considérable de l'hémoglobine chez les rats. Du cuivre surajouté ramène l'hémoglobine vers la normale. Il en est de même des poulets nourris avec du lait et du riz poli ; ils s'anémient, et l'addition de cuivre au régime fait rapidement monter l'hémoglobine à sa valeur première.

Ainsi se conçoit que le cuivre ait été utilisé chez l'homme avec des résultats assez intéressants.

b) MODES DE PRESCRIPTION. — Le cuivre peut être utilisé sous forme d'oxyde de cuivre colloïdal (« électrocuprol » titré à 0 gr. 20 pour 1.000 à la dose de 5 c. c. par voie veineuse ou intra-musculaire. Citons aussi la « cuprase », colloïde de protoxyde de cuivre hydraté qui s'emploie en injections sous-cutanées tous les quatre à sept jours suivant la tolérance. On ordonne par ailleurs la solution du sulfate de cuivre à 10 % à raison de 4 à 5 gouttes deux à trois fois par jour ; mais elle n'est guère assimilable sous cette forme.

Une formule meilleure, encore presque inédite, est celle proposée par Fontès qui, dans une même solution, associe cuivre et fer. La voici :

Solution de perchlorure de fer à 26 % 10 gr.
Sulfate de cuivre .... 0 gr. 30
Eau distillée ....q. s. pour 60 c. c.
U. I. Deux fois par jour 25 gouttes dans *du lait.*

Cette formule a l'avantage d'associer d'excellents médicaments et de les rendre assimilables au maximum.

c) INCONVÉNIENTS DE LA MÉDICATION CUPRIQUE. — Le cuivre n'est pas dépourvu d'inconvénients. Il provoque facilement des vomissements. Certains malades traités par le cuivre éprouvent en outre une saveur très désagréable qui subsiste aussi longtemps que le traitement, avec salivation très abondante. Enfin des symptômes nerveux tels que crampes dans les membres inférieurs ne sont pas exceptionnels.

Les acides aminés (1)

Fontès et Thivolle ont vu, dans des recherches sur

(1) G. FONTÈS et L. THIVOLLE. Recherches expérimentales sur les processus chimiques de l'hématopoïèse et sur la pathogénie des anémies. Le *Sang*, tome IV, n° 6, 1930.

l'anémie de l'allaitement, que chez le chat et le chien se produisent des anémies quoique la teneur en fer ne soit pas diminuée. Chez le chien les réserves de fer peuvent même avoir doublé au cours de l'allaitement. L'anémie ne peut être alors attribuée à la carence en fer.

On connaît les travaux de ces auteurs prouvant que l'organisme, pour construire la molécule d'hémoglobine, a besoin de deux acides aminés : tryptophane et histidine, l'un formant le groupement prosthétique constitué par quatre noyaux pyrrol et l'autre le groupement protéique de l'hémoglobine. Une carence en acides aminés est par suite capable de réaliser de l'anémie au même titre que les carences martiale ou cuprique. Si l'on admet que l'anachlorhydrie du biermerien ne permet qu'une destruction imparfaite des protides, arrêtés au stade de polypeptides au lieu du stade terminal d'acides aminés, on arrive à s'expliquer la carence en acides aminés hématogènes.

La thérapeutique s'ensuit logiquement : donner les produits défaillants.

Fontès et Thivolle l'ont instituée en fixant que les meilleures proportions dans lesquelles le tryptophane et l'histidine doivent être fournis à l'organisme répondent à une partie de tryptophane et à deux d'histidine.

Ils ont ainsi été amenés à employer des injections sous-cutanées où se combinent les deux acides aminés. Dans le commerce existe un mélange de ces substances (Hémostra Roche) qui s'injecte tous les jours ou tous les deux jours.

Chez l'animal, ces injections font toujours augmenter le chiffre de l'hémoglobine et des hématies. Chez l'homme cette thérapeutique a donné déjà de fort intéressants résultats.

L'hépatothérapie

Whipple a eu le mérite de montrer que du foie cru donné à des chiens anémiques avait pour résultat de guérir leur anémie.

Minot et Murphy se basant sur ces données expérimentales ont appliqué la méthode de Whipple à l'homme (1).

Elle consiste dans l'administration *quotidienne de* 150 *à* 250 *grammes de foie de veau cru.*

Comme le foie cru n'est pas accepté par tous les malades et comme il est capable de provoquer un véritable dégoût, les préparations de remplacement se sont vite multipliées.

Dans le commerce on trouve actuellement une série de préparations à base de foie : *poudres de foie* ou *extraits glycérinés.* Elles sont en principe bien acceptées par les malades. Il suffit de les donner dans du bouillon froid à raison d'une ampoule midi et soir (en général l'ampoule de 10 c. c. correspond à 125 grammes de foie frais).

Le mode d'action de l'ingestion de foie est mystérieux. Les auteurs américains ont pensé que l'hépatothérapie apporte à l'organisme des substances indispensables à l'édification des stromas globulaires. Un fait intéressant est que, suivant Fontès et Thivolle, sont actifs seuls les extraits hépatiques riches en tryptophane et en histidine. Le foie pur serait très riche, les extraits de foie inactifs seraient très pauvres en acides aminés hématogènes.

En fait, la valeur de l'hépatothérapie dépend pour une part du moment où le foie a été prélevé pour la fabrication de poudres et d'extraits. C'est en pleine digestion, alors qu'il reçoit des acides aminés par la voie de la veine porte, que le foie contient le plus d'acides aminés hématogènes.

L'administration du foie de veau par voie buccale présente une inconnue : on ne sait pas jusqu'à quel point se trouvent absorbés les éléments nécessaires à l'hématopoïèse. On a essayé de remédier à cet obstacle en préparant des extraits injectables. D'après Davidson (*British Medical Journal*, 13 février 1932), l'usage des extraits hépatiques par voie musculaire semble être la méthode de choix et paraît plus active que l'hépatothérapie *per os.*

On a même tenté les injections intraveineuses. Elles risquent, ainsi qu'il était possible de le prévoir, de provoquer des phénomènes de choc très sérieux. C'est aussi l'avis de Faure-Beaulieu et R. Wahl (1).

La chlorophylle

Zickgraf (*Münchener Mediz. Wochenschrift*, n° 25, 1932) vient de reprendre les travaux de Burgi relatifs au traitement des anémies par la chlorophylle. L'auteur a réussi à préparer une solution injectable de chlorophylle. Il aurait obtenu des résultats intéressants dans une trentaine de cas. Le groupement prosthétique de l'hémoglobine formé, nous l'avons dil, par quatre noyaux pyrrol, est chimiquement voisin de la chlorophylle.

Zickgraf a recours à des injections, et avec raison; chez les carnivores, la digestion n'utilise probablement pas la chlorophylle. On ne sait peut-être pas assez que, de même, l'ingestion d'hémoglobine est inefficace, car, après ingestion de sang. les sucs digestlfs décomposent l'hémoglobine ; l'hématine, qui engloble le noyau pyrrolique, se retrouve pratiquement entière dans les fèces.

Le manganèse

Utilisé jadis comme succédané du fer dans la chlorose, le manganèse, après une longue période d'oubli, revient sur l'eau après les travaux de Titus et Hugues. Ces expérimentateurs ont vu que, chez le rat anémié par le régime lacté, le manganèse favorise la régénération de l'hémoglobine au même titre que le cuivre ; l'anémie au surplus ne guérit complètement ni par le cuivre, ni par le manganèse, ni même par le fer employés isolément. Il faut pour aboutir l'association du fer à des sels de cuivre ou de manganèse.

Mode de prescription. — On emploie le manganèse sous forme de carbonate, à prescrire ainsi :

Carbonate de manganèse .... 0 gr. 10
Lactose — q. s. pour une pilule ou un cachet
N° X.
3 à 5 pilules ou cachets par jour.

2. ANÉMIES PAR MANQUE DE LIBÉRATION GLOBULAIRE

L'opothérapie gastrique

On connaît depuis longtemps l'importance des troubles gastro-intestinaux des biermériens. Suivant les théories, ils

(1) Voir entre autres : Aitoff et Lœuwy : Traitement des anémies graves par la méthode de Whipple. *Presse Médicale*, 30 avril 1927, p. 545. — Cordier : La méthode de Minot et Murphy, dite de Whipple, dans le traitement de l'anémie pernicieuse. Soc. médicale des hôpitaux de Lyon, 29 nov. 1927. — Noël Fiessinger : Le traitement des anémies par la méthode de Whipple. *La Pratique Médicale illustrée*, Doin, 1930. — Lemaire : Le traitement diététique de l'anémie pernicieuse. *Bull. de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 26 janvier 1927, p. 131. — Minot et Murphy : Le régime riche en foie dans le traitement de l'anémie pernicieuse. *Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 3 sept. 1927, p. 759. — Mouzon : *Mouvement Médical. Presse Médicale*, 21 et 28 décembre 1927. — Whipple et Robscheit-Robbins : Régénération sanguine de l'anémie grave Influence favorable du foie, du cœur, de la chair musculaire dans le régime. *Amer. Journ. of Physiol.*, mai 1928, tome LXXII, p. 408.

(1) Faure-Beaulieu et R. Wahl. — Les thérapeutiques récentes de l'anémie pernicieuse. *Revue médicale française*, mai 1933, p. 451.

sont soit secondaires à l'anémie soit primaires et générateurs de l'anémie. Si l'on songe que nombreux sont les anachlorhydriques non anémiques, il en découle que l'anachlorhydrie seule semble incapable de déterminer l'anémie.

Nous avons dit que l'hémostra agit comme hémoglobino-formateur. Ce faisant, il supplée aux acides aminés défaillants. Mais cette carence elle-même semble secondaire ; et parmi ses causes on compte une insuffisante digestion des protides due à l'anachlorhydrie.

Ainsi l'hémostra s'attaque-t-il surtout, croyons-nous, à un phénomène consécutif à l'anachlorhydrie qui, elle, est persistante. Ce qui n'empêche qu'il peut aussi aider à la libération globulaire dont nous nous occupons dans ce chapitre, ainsi que du reste les autres hémoglobino-formateurs, le fer, le cuivre, l'hépatothérapie.

Il ne suffit pas en effet de créer de l'hémoglobine. Celle-ci se montrant en excès par rapport aux hématies dans l'anémie biermérienne, qui est hyperchrome, force paraît d'agir en même temps sur la genèse de nouveaux globules, qui trouveront une hémoglobine toute prête. L'opothérapie gastrique se présente aujourd'hui comme une des thérapeutiques globulo-libératrices les mieux appropriées.

Scharp le premier suggéra l'usage de l'estomac de porc dans l'anémie pernicieuse. Strugis et Isaacs prouvèrent ensuite l'efficacité de la poudre d'estomac de porc.

Puis vinrent les constatations de Castle et de ses collaborateurs. Ces auteurs ont obtenu des régénérations sanguines chez le biermerien en faisant ingérer de la viande de bœuf crue ayant été en contact avec du suc gastrique normal. Ils ont noté en outre que l'administration de viande de bœuf crue en contact avec du suc gastrique artificiel ou un suc gastrique de biermerien reste sans action ; de même l'absorption par le malade de 300 c. c. de suc gastrique normal pendant dix jours, sans viande de bœuf crue.

Ils concluent qu'existent deux principes antianémiques, l'un extrinsèque fourni par la viande crue, l'autre intrinsèque présent dans l'estomac d'un sujet normal et absent dans l'estomac du biermérien.

Si le principe extrinsèque peut être facilement fourni à l'anémique à l'aide de la viande crue, on ignore en quoi consiste le principe intrinsèque. Celui-ci serait contenu dans le suc gastrique normal ; mais ce suc, administré seul *per os* à des biermériens, demeure d'ordinaire sans effet sur l'hématopoïèse. Il faut l'association de la viande rue et du suc gastrique normal pour libérer les hématies.

Cependant les travaux de Roger S. Morris, Léon Schiff, John Foulger, L. Rich, James E. Shermann sont en contradiction avec cette dernière règle. Ces auteurs ont concentré du suc gastrique par distillation dans le vide, puis l'ont injecté à un sujet de 65 ans, biermérien. Ils appellent « addisine » ce suc concentré, en mémoire d'Addison, dont une seule injection de 4 c. c., représentant trois litres de suc gastrique de porc, leur a suffi pour guérir une anémie biermérienne en trois mois. A vrai dire, on comprend mal comment du suc gastrique concentré, qui, d'après les Américains, ne représente que le principe intrinsèque nécessaire à l'hématopoïèse, fait à lui seul disparaître l'anémie. L'expérience demande à être répétée avant que l'on ne soit autorisé à conclure. De même avec la notion de l'efficacité d'une injection de suc gastrique concentré ne comprend-on pourquoi le suc normal, administré *per os* à raison de 300 c. c., demeure sans résultat à moins d'être associé à de la viande crue.

L'un de nous, avec Emile Aron (1), a obtenu de bons effets chez un biermérien par l'ingestion, immédiatement avant les repas et au moyen d'une sonde duodénale intra-stomacale, de 100 c. c. d'une solution de sérum salé physiologique acidifié à 3 ‰ d'acide chlorhydrique. En peu de jours se dessina une forte poussée réticulocytaire, tandis que guérissait l'anémie auparavant rebelle à tout traitement. Il est impossible encore de donner une interprétation du succès du reste rare de cette thérapeutique. Car l'HCl gastrique n'est pas indispensable à l'hématopoïèse ; autrement l'anachlorhydrique, qui n'en possède pas, serait nécessairement anémique.

Dans ces derniers temps Sharp, Mc Kean et von der Heide auraient découvert que le tissu duodénal desséché posséderait des propriétés antipernicieuses analogues à celles de l'estomac. Dans cet ordre d'idées Emile Aron et René Bauer (2) ont vu des anémies hypochromes s'installer chez les chiens gastrectomisés. Par contre avec la duodénectomie ils notèrent une chute rapide du nombre des globules rouges, alors que l'hémoglobine demeurait sensiblement stationnaire. La duodénectomie créerait ainsi des anémies hyperchromes, du type anémie pernicieuse.

Il est difficile de déterminer, on le voit, le principe qui agit sur la libération globulaire. Est-ce un principe antianémique formé par l'ensemble de deux substances, l'une activante contenue dans l'estomac, l'autre activable fournie par la viande crue ? Est-ce un produit de sécrétion du duodénum ? Ou bien tout simplement une digestion normale sans fermentation gastrique avec bonne assimilation ? Il est possible que ce principe se stocke dans le foie, lequel interviendrait alors dans la libération globulaire en tant qu'organe de réserve de principe antianémique (Lemaire).

En pratique on administre *per os* des extraits d'estomac ou de duodénum, en poudre ou en émulsion glycérinée, avant les repas, lesquels doivent comporter de la viande ou du foie de veau crus. Nous nous servons beaucoup du « gastrhéma », à raison d'une ampoule dans de l'eau avant les deux principaux repas.

3. ANÉMIES PAR DESTRUCTION DE LA MOELLE

L'opothérapie médullaire

A côté des anémies par *carence externe*, carence en fer, cuivre, acides aminés, etc., où le traitement restitue à l'organisme les éléments hémoglobino-formateurs, à côté des anémies par *carence interne* résultant d'une déficience gastrique, où le traitement le plus logique se traduit par des tentatives de libération globulaire, il en est où la moelle est impuissante à régénérer les hématies.

Dès lors on s'adresse tout naturellement à l'*opothérapie médullaire*.

Pareille thérapeutique vient d'être appliquée avec succès par Milhit, Lévesque, Mlle Papaioannou et Fouquet (3) chez une fillette de 5 ans atteinte d'anémie pernicieuse aplastique rebelle à l'hépatothérapie et aux transfusions sanguines. Pratiquée sous forme d'extraits injectables de moelle osseuse rouge de fœtus de veau prélevée par curetage des os longs aussitôt après l'abatage de la

(1) Pr. MERKLEN et Emile ARON. — Heureux effets de l'ingestion d'acide chlorhydrique dans un cas d'anémie de Biermer. Société d'Hématologie, juillet 1933, *in Le Sang*, 1933, n° 8, p. 859.

(2) E. ARON et R. BAUER. — Anémie expérimentale chez le chien, Influence respective de la gastrectomie totale et des dérivations pancréatique, biliaire et duodénale. Soc. de Biol. de Strasbourg, 9 juin 1933, *in* C. R. de la Soc. de Biologie, 1933, t. CXIII. p. 1065.

(3) MILHIT, LÉVESQUE, Mlle PAPAIOANNOU et FOUQUET. — Anémie aplastique de l'enfance améliorée par l'opothérapie médullaire injectable. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, 15 novembre 1932, p. 553.

mère, elle a fait passer assez rapidement le nombre des globules rouges de 800.000 à 4.000.000, avec apparition d'hématies nucléées.

Cette opothérapie n'est pas encore étayée sur assez de documents pour que nous puissions nous prononcer sur sa valeur. Médullo-stimulatrice par essence, elle paraît indiquée chez les sujets à lésions dégénératives de la moelle ; nous avons cité plus haut en exemples l'anémie biermérienne avec moelle devenue aplastique, l'aleucie hémorragique ou encore l'intoxication benzolique. Il est évident que, pour qu'elle puisse agir, les lésions de la moelle ne doivent pas être trop avancées. S'il y a « panmyélophtisie », pour parler comme Frank, le traitement a peu de chances de réussite.

Peut-être l'opothérapie médullaire est-elle capable d'intervenir aussi dans la libération globulaire et mériterait-elle d'être employée dans l'anémie biermérienne régénérative.

***

AUTRES TRAITEMENTS DES ANÉMIES

La transfusion

La place d'honneur revient évidemment ici à la transfusion. Elle constitue une méthode de thérapeutique bien spéciale, qui à elle seule nécessiterait tout un article.

On a couramment recours à la transfusion, d'emblée et plus encore en cas d'échecs des autres traitements. Son indication la plus naturelle réside dans les anémies chirurgicales posthémorragiques ; surtout substitutive dans ces cas, elle demande à être égale ou supérieure à 500 c. c.

Les petites transfusions de 100 à 200 c. c. sont réservées aux cas médicaux. Elles apportent de l'hémoglobine et des globules rouges. En outre, elles agissent comme l'opothérapie médullaire sur des moelles encore capables d'hématopoïèse ; leurs effets stimulants sont des plus connus. Nous ne nous permettons aucun développement sur tous ces points, bien exposés par nombre d'auteurs (1).

Il est encore d'autres procédés thérapeutiques que nous nous bornerons aussi à énumérer.

a) TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE au cours des anémies secondaires : utiliser l'arsenic dans les anémies syphilitiques, l'émétine dans l'amibiase, la quinine dans le paludisme.

b) TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE. — Irradiations des os avec de faibles doses de rayons X ; rayons ultra-violets.

c) TRAITEMENT CHIRURGICAL indiqué en présence d'une lyse excessive des globules rouges par la rate : ainsi splénectomie dans les ictères hémolytiques et certaines anémies spléniques.

d) CURES CLIMATIQUES ET HYDROMINÉRALES : climats de demi-altitude.

Stations ferrugineuses (Bussang, Forges-les-Eaux).
— arsénicales (La Bourboule).
— chlorurées (Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura).
— sulfureuses (Luchon, Ax-les-Thermes, Cauterets).

Remarques sur les « Changements climatiques » en thérapeutique infantile

Leur action antiallergique (?)

Par le Professeur Georges MOURIQUAND
DE LYON

Les questions météorologiques et climatologiques retiennent, depuis quelques années, sérieusement l'attention médicale.

Toute une pathologie tend à naître, liée à leurs variations, en même temps qu'une thérapeutique et une prophylaxie s'opposent à cette pathologie.

Nous ne pouvons envisager ici, dans leur ensemble, — même en ne faisant que les citer, — tous les problèmes que soulève la météoropathologie (1).

Beaucoup sont naturellement liés à la climatologie, en grande partie, sous la dépendance de la météorologie elle-même.

***

Ce qui frappe au cours de l'étude des divers syndromes météoropathologiques, c'est avant tout l'action des changements atmosphériques sur l'équilibre nutritif de certains organismes.

Les uns y paraissent insensibles ou peu sensibles, d'autres au contraire y sont d'une sensibilité extrême.

Ce sont, ces derniers organismes, que nous avons dénommé *météorolabiles* [(par opposition aux premiers qui sont météorostabiles) qui, du fait de cette sensibilité, sont les plus capables de dénoncer l'action pathogène de certaines variations atmosphériques, aveo d'ailleurs, suivant les sujets, une sémiologie variée. Ils sont souvent d'excellents « enregistreurs » de ces variations, dont ils sont capables de souffrir plus ou moins gravement.

---

(1) On en trouvera un bon exposé dans les Revues récentes de A. RAVINA : *Presse Médicale*, 17 mai 1933 et A. RAVINA et L. LÉVY-LANG *Presse Médicale*, 6 septembre 1933 et dans les revues antérieures de Morhardt, l'article de Rochaix in Traité d'Hygiène etc.

Notons aussi la publication d'une nouvelle « Revue de Météorologie Médicale » dirigée par MM. Lesage et Esclangon, Dyjarric de la Rivière (librairie Gauthier Villars) la fondation d'une Société Météorologie Médicale marquant la faveur dont jouissent actuellement les questions de Météoropathologie.

(1) Citons entre autres : BÉCART : Transfusion du sang ; indications et technique. *La Clinique*, p. 18, 1923. — BENDA : La transfusion du sang. *Pratique médicale illustrée*, Doin, 1930. — JEANBRAU : Rapport au XXXII[e] Congrès français de chirurgie, Paris, 8-12 oct. 1923. — Biologie de la transion. *Bull. méd.*, 20 févr. 1924, p. 211. — JUBÉ : La transfusion du sang pur. *Presse médicale*, 17 janv. 1932. — La transfusion du sang pur en pratique chirurgicale. Thèse Paris, 1929. — PAUCHET et BÉCART : Transfusion du sang. Doin et Cie, 1930. — TZANK : La transfusion sanguine massive. Soc. de chirurgie, 9 janv. 1929. La transfusion sanguine : Comptes rendus de la Société de chirurgie, 31 mai 1930, n° 17. La transfusion. *Paris Médical*, août 1931. — WEIL et ISCH-WAHL : Les indications médicales de la transfusion du sang. *Bull. Méd.*, 20 févr. 1924, p. 221. — La transfusion du sang, Paris, Masson, 1925.

Ce fait, que nous soulignons ici, n'a d'ailleurs pas échappé à nombre d'auteurs (Laignel-Lavastine, Sardou, M. Faure, Aimes, etc.) et aux anciens cliniciens.

Cette « météorolabilité » peut être mise en œuvre soit par les variations météorologiques dans un climat donné, soit par un changement climatique.

***

Pour nous en tenir aux faits observés par nous, constatons, d'un point de vue général, que les variations importantes et brusques survenant dans un climat donné sont en général facteur de troubles plus ou moins sévères chez les météorolabiles.

Et d'autre part que certains changements climatiques judicieusement choisis, peuvent agir sur ces organismes comme de puissants agents thérapeutiques.

L'action des variations météorologiques ou climatiques se fait particulièrement sentir chez l'enfant dont la croissance tend à rompre constamment l'équilibre nutritif. Mais on peut dire qu'un enfant sain, à moins de prédispositions spéciales, en est rarement affecté, au moins dans le sens pathologique.

Il faut une « tare » patente ou cachée pour que, en général, ces facteurs agissent dans ce sens.

C'est, nous semble-t-il, la recherche de cette « tare » qui relève d'un déséquilibre nutritif, qui présente un intérêt majeur, pour orienter la thérapeutique climatologique.

Sans doute, la plupart des enfants sont sensibles dans un sens favorable au changement climatique, mais nous avons étudié un type d'enfant chez lequel ces changements semblent agir avec une netteté particulière, dans un sens favorable ou défavorable pour leur nutrition.

Nous voudrions surtout localiser à eux notre étude, car elle nous paraît riche d'enseignements, même pour d'autres troubles pathologiques affectant l'enfance.

Trois de nos études récentes ont porté sur les « Inadaptés urbains » (*Académie de médecine*, 19 avril 1932).

Sur « Changements climatiques et inadaptés urbains » (*Académie de médecine*, 30 mai 1933).

Et enfin sur « Altitude et cure de désintoxication chez l'enfant ». Réunion hydrologique et climatique de Montpellier, 25 mars 1933 (*Montpellier Médical*, 15 mai 1933).

C'est à l'aide de ces documents que nous voudrions envisager divers aspects de l'action des changements climatiques en thérapeutique infantile.

***

En nous en tenant aux faits étudiés (qui sont loin de constituer tous les éléments de la climatologie thérapeutique), nous sommes, semble-t-il, autorisé à faire les remarques suivantes :

Nos « inadaptés urbains » apparaissent pour la plupart, comme des sujets « sensibilisés », en particulier vis-à-vis de certains aliments (et diverses intoxications ou infections). En ville ils semblent être — suivant la conception, ou mieux la « dénomination » actuelle, — comme en « état d'allergie » vis-à-vis de tel ou tel agent « sensibilisateur » souvent d'ailleurs mal précisé.

Or, cet état dit « allergique », qui se traduit par des éruptions cutanées, des poussées digestives, hépatiques, rénales, respiratoires, par une extrême irritabilité nerveuse, s'atténue et tend à disparaître, dans la plupart des cas, du fait du changement climatique, lorsque cesse l'action nocive du milieu et peut-être des « *allergènes urbains* ».

***

Mais tout changement climatique n'entraîne pas la disparition de « l'état allergique ». Si cet état persiste loin de la ville, le médecin doit se poser diverses questions :

Une intoxication alimentaire ne vient-elle pas contrarier l'action « antiallergique » du changement climatique ?

Nous avons vu, en effet, que dans la plupart des cas certains aliments (lait, corps gras, chocolat, etc.), intolérés à la ville sont tolérés à la campagne, mais à la condition qu'une diététique inappropriée et défectueuse ne gêne pas l'action « désintoxicatrice » du climat. Certaines nourritures d'hôtel, trop riches, trop lourdes, sont souvent responsables de la résistance à l'action du climat, et même peuvent dans certains cas aggraver les troubles « urbains ».

Parfois l'action défavorable de cette nourriture se fait sentir rapidement dès le début du séjour ; parfois c'est à la longue qu'elle marque sa nocivité. Nous voyons, de ce fait, souvent revenir en septembre des enfants, dont l'état de « sensibilisation » amélioré au début de leurs vacances, s'est aggravé vers la fin.

Ces faits montrent l'importance des liaisons thérapeutiques, des *synergies climato-diététiques* déjà soulignées par nous (*Académie de médecine*, 30 mai 1933).

Nous avons vu, en effet, qu'un régime bien adapté à tel enfant « météorolabile » peut, à lui seul, valoir, au point de vue de son action désensibilisatrice, un changement climatique.

***

Mais, nous l'avons dit, ce régime ne suffit pas toujours. En l'absence de toute intoxication d'origine hôtelière ou autre, deux faits peuvent être observés :

Ou bien, sans changement de l'alimentation « familiale » les aliments intolérés à la ville perdent leur pouvoir « sensibilisateur ». Dans ce cas le changement climatique agit pour ainsi dire à « l'état pur » sur l'état « allergique ».

Ou bien l'état de sensibilisation ayant, à la ville, résisté à la soustraction des aliments nocifs, ces aliments jouent encore après le changement climatique leur rôle d' « allergènes ».

Mais dans ce cas, l'association changement climatique + soustraction aliments « sensibilisateurs » entraîne le plus souvent la désintoxication désirée, et met fin aux diverses manifestations cliniques.

On peut, semble-t-il, déduire de ces constatations, tout d'abord, nous le répétons, la notion pratique, l'importance thérapeutique des « synergies climato-diététiques ». D'autre part, à titre spéculatif, on peut discuter les problèmes suivants :

Dans les cas d'action climatique « pure » (sans changement de régime, même incorrect), la suppression des « allergènes urbains » a-t-elle suffit à faire disparaître l'allergie, où celle-ci — et c'est probable — n'a-t-elle pas été fortement influencée par des éléments « climatiques » nouveaux, qui ont par eux-mêmes un pouvoir « désintoxicateur » ou antisensibilateur propre ?

Dans les cas où la diététique incorrecte s'oppose à cette action climatique, il semble bien qu'il faille chercher, surtout dans l'alimentation elle-même (et surtout dans tel ou tel aliment), l'action inopérante de la suppression des « allergènes urbains » et du changement climatique, mais il semble aussi, qu'un trouble plus profond (par exemple : hépatisme à combattre par une cure à Vichy) (G. Mouriquand : *Les petits hépatiques inassimilateurs: Nutrition*, t. II, n° 1, 1932) doit être systématiquement recherché.

***

En cas de résistance au « changement climatique »

des troubles « allergiques », une autre question peut être posée, surtout lorsque l'enfant a été mené à la campagne (sans altitude notable) :

L'éloignement de la ville est-il suffisant ?

A ce point de vue deux types d'enfants « sensibilisés » peuvent être observés :

A. Les petits inadaptés urbains

Ceux-ci sont sensibles aux changements climatiques *a minima*. Leur transport dans les environs immédiats de la ville peut suffire, ou même un changement de quartier peut être favorable si le nouveau quartier est mieux aéré, mieux ensoleillé. Ces enfants appartiennent à la catégorie des « petits inadaptés urbains », dont relève, à coup sûr, un grand nombre d'enfants victimes, en somme, de la claustration, de l' « anhélie » des quartiers pauvres, sans compter d'une alimentation défectueuse, compagne habituelle du taudis. Ils sont en réalité les victime de fautes d'hygiène nombreuses.

B. Les grands inadaptés urbains

Mais à côté d'eux existent de « grands inadaptés urbains » sur lesquels ne peuvent agir que d'importants changements climatiques ; le séjour dans les environs immédiats des villes où se manifeste leur « allergie » est insuffisant pour l'atténuer ; l'hygiène étant par ailleurs excellente

Très souvent il faut un éloignement, qu'on peut, dans la plupart des cas, estimer à environ cent kilomètres (à vol d'oiseau). Ce n'est là, d'ailleurs, qu'un chiffre approximatif qui donne la mesure de l'importance du déplacement, étant supposé que ce déplacement ne comporte ni altitude ni séjour marin.

Si ce changement est lui-même insuffisant à faire disparaître « l'état allergique », c'est vers la montagne ou la mer qu'il faut aller chercher les « facteurs antiallergiques » (facteurs dont l'étude reste à faire).

Envisageons rapidement à ce point de vue l'action de l'altitude et de la mer.

Action « antiallergique » de l'altitude (1)

Cette action est nette chez la plupart des « inadaptés urbains ». Mais certains étant sensibles aux dénivellations brusques, il importe d'installer l'altitude progressivement.

Dans la grande majorité des cas l'altitude est bien supportée quel que soit l'âge de l'enfant (pourvu que des facteurs alimentaires pathogènes, ou autres, ne s'y surajoutent pas comme nous l'avons dit), les troubles « urbains » s'atténuent plus ou moins vite. Chez les grands enfants, après une semaine d'adaptation environ, une cure héliothérapique progressivement dosée, puis une cure d'entraînement surveillée peut compléter heureusement l'action du changement climatique ; ce sont là faits connus.

Naturellement la réaction peut être différente suivant le type du climat de montagne, et le voisinage des très hauts sommets, des glaciers peut rendre, par exemple, plus active (et parfois plus choquante) l'action du climat à altitude égale.

C'est surtout dans l'eczéma du nourrisson — dont la tendance actuelle est de faire une maladie « allergique » (Péhu et Woringer, etc.) que s'exerce l'action du changement climatique en altitude. M. Marfan l'a noté depuis 1906 et les pédiatres ont tous confirmés cette action évidente dans la plupart des cas.

C'est dans ces cas (comme chez les « inadaptés urbains » en général) que prend une grande valeur, l' « épreuve du retour à la ville » qui indique, si dans tel cas donné, l'action desensibilisatrice de l'altitude a été passagère ou profonde.

Dans certains cas ce retour s'accompagne (au bout d'un temps variable) des mêmes accidents observés avant le départ, mais dans nombre de cas les accidents se montrent atténués et les thérapeutiques habituelles (alimentaires ou cutanées) ont plus de prise sur eux.

Action du « climat marin »

Mais parfois l'action « antiallergique » de la montagne ne se fait pas sentir (pas plus que l'action du climat de plaine).

Dans ce cas c'est vers la mer qu'il faut orienter le changement climatique.

Nous ne désirons pas ici traiter de l'action bien connue du climat marin, en particulier chez l'enfant lymphatique, ostéolymphatique, etc., mais souligner seulement que son action antiallergique paraît certaine, dans certains cas où le climat de plaine ou de montagne ont échoué. D'autres fois il possède exactement, comme eux, ce pouvoir. On n'oubliera pas qu'il y a à ce point de vue des « climats marins », d'action varice.

En principe tout changement climatique quel qu'il soit, qui transporte l'enfant « allergique » de la ville au grand air, présente une action favorable ; mais le clinicien doit apprendre à varier, suivant les cas, la gamme « antiallergique » de ces divers climats : plaine, montagne, mer.

***

Nous n'avons retenu ici que l'étude de l'action des changements climatiques dans certains états de « sensibilisation » et pour parler plus « actuel » (sans que ce mot apporte d'ailleurs dans le cas particulier de notions nouvelles) de certains « états allergiques ».

Mais on sait bien que ces changements entraînent, dans beaucoup d'autres troubles ou maladies, des évolutionsfavorables. Dans les états dystrophiques généraux (et en particulier chez les *enfants diabétique soumis à l'insulinothérapie* (1)) nous avons montré dans certains cas, l'action favorable de ces changements.

Dans les cas envisagés ici, la dose d'insuline a dû être réduite (ou même supprimée) chez l'enfant mené hors de la ville. L'insuline a dû être reprise ou renforcée au retour. Le changement climatique s'est révélé dans ces cas comme doué d'un véritable pouvoir eutrophique (sans changement diététique).

On sait laction du chengement climatique dans la tuberculose, dans la convalescence des maladies, dans certains troubles hépatiques, rénaux, pulmonaires, etc.

Nous avons été en particulier, ces dernières années, frappé de l'action favorable de certains changements climatiques sur divers *états neurologiques infantiles*.

Certes, il est facile de comprendre que la « désintoxication » climatique atténue le nervosisme de l'enfant, mais on peut voir, au cours de certains troubles nerveux « lésionnels » agir dans un sens favorable le changement

(1) On trouvera les renseignements les plus complets sur la cure d'altitude et de semi-altitude chez l'enfant dans le n° du *Montpellier Médical* du 15 mai 1933 consacré sur la direction du Prof. Giraud à la climatologie infantile, en particulier dans les importants rapports des Prof. Lenhardt. Gardette, Gaussel et Tobé, etc.

(1) G. Mouriquand. — Changements climatiques et insulinothérapie. *Lyon Médical*, 7 mai 1933.

climatique et le séjour plus ou moins prolongé dans un climat donné.

Nous avons vu en particulier certains troubles post-encéphalitiques sévères s'atténuer, du fait du changement climatique de façon inattendue.

Dans les hôpitaux, certaines dénutritions résistent à tous les régimes et à toutes les thérapeutiques, qu'un changement de milieu (parfois peu important) peut atténuer et guérir, etc.

***

L'étude que nous venons de faire de l'action « thérapeutique » de certains changements climatiques, pose d'intéressants problèmes touchant le mécanisme de leur action.

Dans les états d'idiosyncrasie, de sensibilisation ou, si l'on veut, d'allergie (principalement d'origine alimentaire, que nous avons rapportés, tout se passe comme si le changement climatique agissait comme un « désintoxicant » de l'organisme, dont il écarterait des éléments nocifs créant la sémiologie que l'on sait. Nous avons vu que dans les cas d'action climatique pure, le changement agit malgré la presistance des aliments considérés comme les « allergènes ». Il fait donc disparaître leur action qui s'était montré pathogène dans le climat urbain...

Il est cliniquement difficile de pénétrer dans ce processus de désintoxication, mais il est facile d'en vérifier les effets plus ou moins rapides : reprise de l'appétit, disparition de l'état saburral, digestions faciles, disparition des manifestations hépatiques, cutanées ou autres, etc.

Le « poison » qui, à la ville, créait l' « état allergique » paraît, sous l'action du changement climatique, conjugué avec l'action particulière du climat (plaine, montagne ou mer), avoir disparu.

Cette intoxication « urbaine » paraissait, d'autre part, liée à un déséquilibre nutritif général, gênant plus ou moins le fonctionnement des divers organes.

Sa disparition semble permettre le rétablissement de l'équilibre nutritif et de ce fait le jeu fonctionnel normal de l'alimentation et des diverses glandes (endocrines ou autres) commandant la nutrition.

***

Dans les autres maladies où un état de « sensibilisation » ne semble pas cliniquement en cause, d'où vient l'eutrophie si souvent liée au changement climatique ?

Si un germe morbide est en cause, il est possible, mais non démontré, que le changement climatique agisse sur lui (*tuberculose* ?) En tout cas, à infection égale, un organisme « inadapté urbain » est à la ville dans des conditions singulièrement moins favorables que dans une bonne station climatique, pour entreprendre la lutte contre le germe ou un quelconque des facteurs pathogènes.

A la ville l'infection, ou l'intoxication, se double, le plus souvent, d'une action climatique défavorable, responsable nous l'avons vu, dans des cas cliniques précis d'états « allergiques » ou tout au moins d'auto-intoxication et de déséquilibre nutritif, diminuant, pour leur part, les forces réactionnelles de l'organisme.

Le changement climatique, bien choisi et adapté, si possible — cliniquement — à chaque cas donné, agit, semble-t-il avant tout, sur ce « déséquilibre nutritif urbain », qu'il écarte plus ou moins vite.

Dans ces conditions la lutte contre le facteur pathogène primordial, s'appuyant sur un organisme ayant au moins partiellement éliminé ses poisons et retrouvé son équilibre, devient plus facile. Tout se passe, dans certains cas, comme si l'organisme se trouvait alors en face du seul facteur pathogène primordial, ayant par ailleurs recupéré — au moins en partie — le jeu naturel de sa nutrition, lui permettant contre lui, une lutte plus efficace.

***

Ces diverses considérations sont valables, dans certains cas, pour l'adulte, mais l'enfant offre, pour l'étude thérapeutique des changements climatiques, un terrain meilleur. C'est au moins ce que nous croyons avoir montré.

Les méthodes de désensibilisation conjuguées

Par MM. A. SEZARY et M. PERRAULT

On sait combien est parfois décevante la thérapeutique de certaines réactions cutanées traduisant l'intolérance de l'organisme ou de la peau vis-à-vis de certains agents chimiques ou physiques.

Contre ces dermatoses dites par sensibilisation (groupe que constituent essentiellement les eczémas, les prurigos, les urticaires, certaines érythrodermies), à côté de la thérapeutique locale, actuellement bien réglée mais souvent insuffisante, la tendance est aujourd'hui de mettre en œuvre une thérapeutique générale, dite de désensibilisation, fondée sur les théories pathogéniques modernes.

Remarquons d'ailleurs que nous n'employons pas les mots sensibilisation et désensibilisation dans un sens strict ; ils indiquent seulement l'étroite liaison qui existe entre la méthode thérapeutique et le mode de production, que nous croyons exact, de la dermatose.

Tous les médecins qui ont l'expérience de cette thérapeutique savent combien ses effets sont inconstants. A côté de résultats brillants, on compte nombre d'échecs. A côté de succès définitifs, on note aussi des effets passagers ou incomplets. Le même agent thérapeutique n'agit pas dans tous les cas d'une même dermatose chez des sujets différents ; il peut ne pas agir constamment chez le même sujet (efficacité très nette lors d'une poussée, échec total à l'occasion d'une récidive de l'affection). Enfin, plus paradoxale encore, et non exceptionnelle, est la reprise de l'éruption au cours même du traitement qui avait d'abord exercé sur elle une influence non douteuse.

Nos efforts doivent donc tendre à augmenter l'efficacité des traitements désensibilisants, c'est-à-dire à améliorer le pourcentage des succès.

Dans ce but, on peut employer des méthodes fortement choquantes et pyrétogènes (Dmelcos, bouillon-vaccin de Delbet, huile soufrée). Ces méthodes ne sont point sans reconnaître des indications un peu particulières. Mais surtout elles sont loin de présenter la parfaite innocuité de la

technique que l'un de nous utilise depuis 1928 et qui consiste à conjuguer deux procédés usuels de désensibilisation (1). C'est cette méthode des « désensibilisations conjuguées » que nous voudrions étudier ici.

* * *

Les diverses méthodes que l'on peut conjuguer sont, nous l'avons dit, les méthodes usuelles et nous ne nous étendrons pas sur les modalités bien connues de leur application.

D'une façon générale, nous rejetons complètement la voie buccale qui le plus souvent donne des résultats notoirement insuffisants.

Les injections, suivant les cas intra-veineuses, intramusculaires, sous-cutanées ou intra-dermiques, sont faites en général tous les deux jours (3 fois par semaine). Il peut être utile, au début, de les pratiquer chaque jour. Enfin, l'expérience nous a montré qu'il n'y a pas intérêt à prolonger outre mesure le nombre des injections désensibilisantes (12 suffisent en moyenne), d'autre part qu'il est généralement inutile de les continuer si aucune amélioration n'est obtenue après la huitième. Ces règles restent valables pour les désensibilisations conjuguées.

Nombreux sont les produits injectables et variées les voies d'introduction possibles.

Par voie intra-veineuse, on injecte surtout des cristalloïdes tels que l'hyposulfite de soude à 20 % (10 à 20 c. c.), le bromure de sodium à 10 % (10 c. c.), des sels de calcium (chlorure ou gluconate). La simple eau distillée (10 à 20 c. c.) a été employée, non sans succès.

Par voie intra-musculaire sont couramment employés le sang total (auto ou hétérohémothérapie à la dose de 10 à 20 c. c.), le sérum sanguin (autosérothérapie), le lait (soigneusement écrémé) à des doses variables, faibles au début puis augmentées prudemment de façon à éviter l'action parfois fortement pyrétogène des doses importantes. Moins souvent sont utilisés les vaccins antimicrobiens, les produits opothérapiques (ici non à titre spécifique, mais parce qu'ils apportent à l'organisme des albumines étrangères). Enfin, très recommandables sont les extraits désalbuminés de rate, dont il existe dans le commerce plusieurs préparations satisfaisantes. De notre expérience il ressort que ces derniers extraits méritent un rang très honorable parmi les bonnes méthodes de désensibilisation non spécifique, mais sont loin de donner des résultats constants. La dose minima utile chez l'adulte est celle qui correspond à 30 grammes de rate fraiche, dose qu'il y a souvent avantage à augmenter.

Enfin par voie intra-dermique, nous nous servons de solutions de peptone, que nous inoculons à la dose de un dixième de c. c. dans le derme de la face antérieure de l'avant-bras, le taux des solutions injectées étant progressivement et prudemment croissant (par exemple d'abord 1/5000e, puis 1/2.000e, 1/1.000e, 1/500e . . . jusqu'à, généralement, 1/2 en fin de série).

On voit à cette énumération, du reste fort incomplète, quelle est la diversité de nature des produits proposés et quelle est la multiplicité des voies d'introduction.

Pour faire nos désensibilisations conjuguées nous mettons en œuvre simultanément, le même jour, deux méthodes analogues, mais différentes l'une de l'autre soit par la nature de l'agent thérapeutique, soit par la voie d'introduction, soit par ces deux caractères à la fois.

C'est ainsi qu'à l'autohémothérapie nous adjoignons selon les cas, les injections intra-musculaires de lait ou d'extrait de rate, ou les injections intra-veineuses d'un cristalloïde. Les cristalloïdes peuvent être alternés, jour par jour, avec les protides. Mais le mieux est de faire les injections le même jour, dans la même séance. Quand on associe le lait ou l'extrait splénique au sang, il est plus pratique d'aspirer tout d'abord dans une seringue de 20 c. c la quantité de lait ou d'extrait qu'on veut injecter, puis de remplir la seringue avec le sang prélevé par ponction veineuse (1).

A la peptonothérapie intra-dermique nous associons le plus souvent l'hyposulfite de soude par voie intra-veineuse (*Cf.* l'observation déjà citée de Sézary, Horowitz et Rivoire concernant un cas de purpura rhumatoïde ; *Cf.* également l'intéressante thèse de Feuillastre (2) faite dans notre service).

Nous utilisons volontiers une méthode excellente, de technique analogue à celle qui conjugue autohémothérapie et extrait splénique, méthode que Fildermann, dans son livre sur la « toxémie variqueuse », a décrite sous le nom d'hémocrinothérapie. Elle consiste, dans les cas où un trouble glandulaire semble au moins partiellement en cause, à utiliser conjointement un extrait glandulaire injectable (ovaire ou ses hormones, hypophyse, etc.) et l'autohémothérapie. Si le principe invoqué par l'auteur nous parait discutable, la méthode ne nous semble être autre chose qu'une désensibilisation conjuguée. Ici l'action opothérapique spécifique n'est rien moins que démontrée. Il y a longtemps que l'un de nous, étudiant le traitement opothérapique de la myasthénie d'Erb-Goldflam, est arrivé à cette conclusion (3).

On fait même parfois de la désensibilisation conjuguée sans le savoir, lorsque par exemple on met en œuvre en même temps une désensibilisation simple, comme les injections intra-veineuses d'hyposulfite, et l'application locale d'une pommade réductrice forte, telle que la pommade au goudron. L'un de nous, en effet, a vu avec R. Worms (4) que de telles pommades ne sont pas sans exercer une action générale dont témoigne la crise leucopénique consécutive à leur application.

Enfin, nous devons signaler incidemment l'intérêt qu'il y a dans la thérapeutique de certaines infections d'associer au vaccin spécifique une deuxième méthode de protéinothérapie : par exemple dans la cure de certaines manifestations gonococciques et plus particulièrement de l'arthrite, nous utilisons depuis longtemps en injections intra-musculaires, mélangés dans la même seringue, du lait et du vaccin antigonococcique. Ce traitement conjugué dispense le plus souvent de recourir au choc brutal et non sans danger de la pyrétothérapie ou de la sérothérapie.

* * *

(1) SÉZARY : Le problème de la sensibilisation et les méthodes de désensibilisation en dermatologie. *Rev. crit. de path. et de thérap.*, février 1930, n° 1, p. [illegible].
SÉZARY : L'urticaire. *Rev. crit. de path. et de thérap.*, octobre 1930. n°7, p. 121.
SÉZARY et Mme ROUDINESCO : Laryngite lépreuse avec dyspnée grave ; désensibilisation conjuguée. *Bull. Soc. dermat.* 1931, n° 2, p. 230.
SÉZARY, HOROWITZ et RIVOIRE : Purpura rhumatoïde amphylactique. *Bulletins de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1931, n° 16, p. 760.

(1) On voudra bien remarquer, dans le cas de l'autohémothérapie conjuguée à la splénothérapie, l'association (a priori criticable, mais que la pratique nous a montrée des plus heureuses) d'un produit contenant des protides, le sang, à un autre produit, l'extrait de rate, qui a été préalablement désalbuminé.

(2) L. FEUILLASTRE : L'allergie dans les purpuras rhumatoïdes. *Thèse*, Paris, 1933.

(3) A. SÉZARY : Sur la pathogénie de la myasthénie d'ERB-GOLDFLAM. *Bull. Soc. méd. hôp. de Paris*, 1925, n° 17, p. 724.

(4) A. SÉZARY et R. WORMS : Sur le mode d'action des topiques dits réducteurs. *Annales de Dermatologie*, mai 1929, n° 5, p. 502.

Il est toujours difficile d'apprécier avec rigueur les résultats des méthodes de désensibilisation. Les divers malades ne sont pas comparables entre eux, et nous avons déjà dit l'inconstance des résultats. Juger de la valeur de la méthode est affaire d'impression plus que de statistique. Tout se passe (ce n'est là qu'une comparaison) comme si certains sujets avaient un « ambocepteur », pour employer la terminologie d'Ehrlich, vis-à-vis de l'une de ces médications, et d'autres pas. En employant deux médications dont chacune peut trouver un ambocepteur, on espère augmenter le nombre des chances de réussite. Si les deux médications sont efficaces, il est à présumer que leur action sera renforcée et plus rapide.

Généralement, dans notre pratique, nous débutons par une méthode simple, puis, après échec, nous continuons par une méthode conjuguée. Rappelons ici que les chances de guérison sont meilleures si la maladie évolue depuis un certain temps et que les médications désensibilisantes agissent d'autant mieux qu'on est plus éloigné du début de la dermatose. Il faut donc juger seulement sur des affections dont l'expérience permet de penser qu'elles seront réellement rebelles.

Nous avons tâché de nous mettre à l'abri de ces causes d'erreur et nous donnerons ici notre impression globale, qui est la suivante. *Le nombre des succès est plus grand avec les désensibilisations conjuguées qu'avec les méthodes simples. La désensibilisation conjuguée peut réussir là où la désensibilisation simple échoue.*

Mais elle aussi connaît des échecs. Elle aussi est une thérapeutique d'opportunité, agissant surtout dans les cas aigus (au bout, répétons-le, d'un certain temps d'évolution) ou à la fin des poussées aiguës d'une maladie chronique, beaucoup plus souvent que dans les cas chroniques. Dans le traitement de ces derniers, il semble qu'il y ait intérêt à solliciter les réactions de l'organisme par des méthodes plus brutales, comme la pyrétothérapie par le vaccin antichancrelleux ou par l'huile soufrée, si tant est que le malade en puisse faire les frais.

Traitement de la rougeole par le sérum de convalescent

Par le Docteur GIRARD (d'Amiens)
Professeur à l'École de Médecine
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Quand on parle de sérum, l'idée qui vient d'abord à l'esprit est la représentation de ce petit flacon que l'Institut Pasteur nous cède et qui renferme le résultat de la lutte d'un animal contre la maladie que lui inocula l'homme industrieux. Nous avons, ainsi, le bénéfice de la souffrance d'autrui. Et, pourtant, l'homme, lui aussi, peut céder à son semblable l'immunité qu'il a lui-même acquise ; les sérums de convalescents sont, en effet, depuis longtemps reconnus capables d'action curative. S'ils ne sont pas davantage employés, ce n'est pas qu'ils soient moins bons, mais c'est qu'il est plus difficile de s'en procurer. Il s'agit donc, là d'une thérapeutique d'exception. Et, pourtant, que pouvons-nous faire, par exemple, au cours d'une varicelle maligne, si ce n'est d'avoir recours à cette seule arme qui nous est laissée. On en a généralisé, de même, l'emploi pour l'encéphalite épidémique.

Je ne vous parlerai pas du sérum de convalescent préventif de la rougeole dans les crèches hospitalières qui est de notion classique. Mais j'ai eu la bonne fortune de constater un cas où l'action curative du sérum de convalescent dans une rougeole maligne nous semble hors de doute (1).

Je suis appelé, grâce au Docteur Blaire, de Montdidier, auprès d'une petite fille de neuf mois. C'est le tableau d'une rougeole maligne d'emblée. En hyperthermie dépassant 41°, l'enfant a cet aspect pâle des grands infectés. L'éruption commençante est à peine visible. Sa torpeur est entrecoupée de crises convulsives répétées. L'auscultation montre une condensation des deux sommets avec souffle et crépitants. Le sang total de la mère qui fut injecté n'empêcha pas la mort quelques heures plus tard.

Cette petite fille avait une sœur jumelle que les parents n'avaient pas isolée, la croyant contaminée à la même source ces enfants ne se quittant jamais.

Or, elle ne contracta la rougeole que par le contact de sa sœur et dans les délais habituels. Le même tableau recommença reproduisant exactement l'évolution dramatique antérieure. Pensez que nous avons là : identité du germe, puisque l'une a été contaminée par l'autre ; — identité de terrain puisqu'il s'agit de deux jumelles ; — et, enfin, une identité de forme évolutive.

Nous proposons l'injection de sérum de convalescent qui fut fourni par un vigoureux garçon de seize ans guéri depuis trois semaines d'une rougeole forte mais non compliquée.

Notre petite malade fit une rougeole normale, puis guérit.

Toute interprétation peut être donnée à cette évolution favorable. Il me semble évident que le sérum de convalescent y fut pour beaucoup, sinon pour tout, puisque son emploi coïncida avec un changement total.

Je l'ai pour ma part souvent employé avec satisfaction et le cas rapporté ne pourra que me confirmer dans cette foi.

(1) J'ai présenté cette observation à la sixième journée médicale organisée par la *Société médicale d'Amiens* en juillet 1933.

J'estime qu'il ne faut jamais faire de rachianesthésie en dehors de son service ou de sa maison de santé, là où vous êtes sûr d'avoir les solutions et le matériel dont vous avez la pratique, ainsi qu'un personnel entraîné à vos habitudes. Je m'explique : les accidents que m'a causés la rachianesthésie, d'ailleurs peu nombreux et que j'ai eu déjà l'occasion de citer, ont été dus à ce que j'avais employé, comme chirurgien de garde, les solutions usitées dans le service où j'avais été appelé d'urgence, dont je n'avais pas une pratique suffisante, ou bien mon malade, opéré en position de Trendelenburg avait été relevé brusquement en fin d'opération, et ce changement ample et brutal de position avait déterminé la syncope ». (Georges Rouhier. Réflexions sur les différents modes d'anesthésie. *La Clinique*, juin 1933 B.)

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1932-33

Par le Dr **Paul BOYER**

Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare. Assistant à la Maternité

Modificateurs du système nerveux périphérique

Excitants du sympathique

Adrénaline

Gautrelet et Halpern (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 931 signalent une fibrillation auriculaire plus intense et plus prolongée, après excitation faradique de l'oreillette chez le chien, pendant la période vagale qui suit l'injection d'adrénaline que normalement ou pendant la période sympathique consécutive à l'injection. De même, chez le chien atropinisé, la fibrillation après adrénaline est peu marquée et superposable à celle du chien normal. Chez le lapin, chez qui la periode vagale adrénalinique manque normalement, on n'observe pas de fibrillation prolongée après faradisation de l'oreillette dans la minute qui suit l'injection d'adrénaline. La différence de réaction du cœur à l'excitation suivant la prédominance du vague ou du sympathique permet d'affirmer sa sensibilité plus grande, sinon exclusive, pendant la période vagale consécutive à l'injection d'adrénaline, ou au contraire sa résistance pendant la période sympathique.

Tournade et Malmejac (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 162) montrent que la patte « irriguée » privée de ses vasodilatateurs (par section soit de la moelle en L^2, soit des racines postérieures correspondant au membre, de L^4 à S^2), n'en manifeste pas moins l'action vasodilatatrice centrale de l'adrénaline. Cette vasodilatation procède donc d'une réduction de l'activité tonique des vasoconstricteurs seuls épargnés. Il est assez probable que l'excitation des nerfs dilatateurs intervient aussi sans qu'on puisse encore l'affirmer.

Tournade, Malmejac et Rocchisani (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1349) constatent que, comme l'a montré Bardier, au fur et à mesure que progresse l'asphyxie, les injections intraveineuses répétées d'une même dose d'adrénaline suscitent des élévations de pression de plus en plus réduites, l'alcaloïde finit même par ne plus agir du tout quand l'animal présente une forte cardiomodération. La mise en œuvre de la respiration artificielle permet, alors, après un temps perdu variable d'environ 30 secondes à 1 ou 2 minutes, d'observer un relèvement brusque et souvent considérable de la pression, très vraisemblablement par effet adrénalinique retardé. Ces faits témoignent donc bien d'une action paralysante locale du sang noir sur la musculature artérielle et ses nerfs moteurs.

Labbé et Rubinstein (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 637) montrent que l'injection intramusculaire de 1 mgr. d'adrénaline chez l'homme augmente les échanges respiratoires d'une façon constante, dans une proportion qui varie de 2, 2 à 76,7 % par rapport à la valeur initiale. Les variations du pouls et de la tension artérielle suivent celles du métabolisme.

Hougardy (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 978) constate que si l'on procède à plusieurs saignées successives chez le chien, l'effet hypertenseur de l'adrénaline s'atténue progressivement. Il devient pratiquement nul au moment où l'animal devient incapable de mettre en jeu les mécanismes restaurateurs de la pression artérielle abaissée par spoliation sanguine.

Blanchard, Prudhomme et Simonnet (*C. R. Soc. Biol.* 1932, CX, 760) montrent que chez les poissons l'adrénaline est constrictomélanophorique alors que l'extrait posthypophysaire est expansomélanophorique.

Mme Vincent (*Soc. nat. Méd. et Sc. méd. Lyon*, 1er mars 1933) constate que l'adrénaline au 1/1000 n'a aucune action sur les chromatophores de grenouille, mais agit comme vasoconstricteur ; le curare n'agit pas du tout ; l'ergotinine au 10/10000 a une action chromoconstrictrice énergique et élective, l'atropine une action inverse chromoextensive.

Pascalis (*Soc. de Méd. de Paris*, 24 juin 1932) montre que si la syncope anesthésique primitive est curable par injection intracardiaque d'adrénaline, la même médication est le plus sûr moyen d'achever le malade en cours de syncope secondaire toxique. L'adrénaline sensibilise les ganglions du cœur au chloroforme et leur permet de fixer une dose supplémentaire de poison. Il faut, chez ces sujets, paralyser les ganglions par une injection intracardiaque d'atropine ; l'importance du tonus neurovégétatif dans l'action des anesthésiques est primordiale. Ce tonus s'apprécie par la recherche du réflexe oculocardiaque. Il peut être augmenté par l'ésérine ou diminué par l'atropine. De ces constatations, Pascalis et Garrelon ont tiré une méthode qui met à l'abri des syncopes.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 31) a observé que, comme la papavérine, la chélidonine diminue plus ou moins fortement, suivant la dose, l'action hypertensive de l'adrénaline, par perturbation de l'activité cardiaque. Comme la cocaïne (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, 656, CXII) le curare n'empêche pas, tout au moins aux doses qui augmentent chez l'animal normal les effets hypertenseurs de l'adrénaline, l'inversion par la yohimbine de ces effets hypertenseurs. Le curare, en effet, (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 273) augmente l'action hypertensive de l'adrénaline chez le chien bivagotomisé par suite de la suppression ou tout au moins de la diminution par cette substance de l'activité des mécanismes régulateurs de la pression artérielle. On ne peut (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 566), sans les exposer à une syncope cardiaque irrémissible, injecter de l'adrénaline aux animaux dont le vague cardiaque est excité par la pilocarpine. Par contre les digitaliques (*Acad. Sc.*, 27 mars 1933) n'empêchent pas la syncope cardiaque que provoque l'adrénaline quand on la fait agir pendant l'excitation du vague. Rothlin et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 858) signalent l'inversion apparente des effets de l'adrénaline sur l'intestin isolé soumis à l'action de l'acétylcholine qui n'est pas due à une action vagotrope de l'adrénaline, mais tout simplement du fait que la dose d'adrénaline suffisante pour inhiber un péristaltisme normal est trop faible pour freiner un péritaltisme renforcé par l'acétylcholine.

Mercier (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1071) montre que la spartéine, injectée par voie rachidienne chez le chien, augmente considérablement en intensité et en durée comme la cocaïne, les effets hypertenseurs et vasoconstricteurs de l'adrénaline. Mercier et Delfhaut (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 100) ont constaté une augmentation de l'intensité et de la durée de la bradycardie adrénalinique sous l'influence de la rachianesthésie (par la cocaïne, la delcaïne, la stovaïne ou la novocaïne) due d'une part à l'accroissement de l'hypertension et due également à la suppression du système nerveux sympathique cardiaque quand la rachianesthésie remonte assez haut, l'adrénaline qui sensibilise le centre cardio-inhibiteur aux excitations réflexes d'origine sinocarotidienne, pouvant alors produire une bradycardie maximale. Mercier et Delphaut (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 901 et 1933, CXII, 685) montrent que la papavérine supprime

les effets hypertenseurs de l'adrénaline, mais les doses de papavérine nécessaires pour cet effet sont beaucoup plus élevées que celles données par Pal et Csepal La papavérine supprime également les effets cardiaques de l'adrénaline et peut même les inverser. L'inversion de l'action cardiaque de l'adrénaline joue évidemment un rôle important ; primordial dans le mécanisme de la suppression des effets hypertenseurs de l'adrénaline par la papavérine, il s'y ajoute de plus un facteur vasculaire propre, la dilatation marquée des fibres lisses des vaisseaux produite par la papavérine, dilatation qui diminue considérablement la réaction de ces vaisseaux aux agents vasoconstricteurs ; cette diminution se traduit par l'atténuation et même parfois par la suppression de la vasoconstriction rénale adrénalinique après de fortes doses de papavérine.

Hazard et Lardé (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 551) ont observé que la spartéine à la dose de 2 cgr. par kgr., chez le chien, et le alpin, exerce une action légèrement hypoglycémiante que précède un effet hyperglycémiant d'origine respiratoire. Ces doses ne modifient pas sensiblement l'hyperglycémie adrénalinique.

Pénau, Prudhomme et Simonnet (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1248) étudient l'action des mélanges d'adrénaline et d'extraits hypophysaires sur l'utérus de cobaye. Tinel et Ungar (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 542, 758, 1284 et 1286) étudient l'action de l'adrénaline sur les artères cérébrales et le cerveau. Les substances ayant le pouvoir d'inverser l'action de l'adrénaline (yohimbine, fortes doses d'ergotamine et de peptone), lui permettent également de provoquer une crise convulsive présentant des analogies avec le paroxysme épileptique. Normalement l'adrénaline, injectée par voie veineuse, est inactive sur les artères cérébrales ; pour que cet alcaloïde puisse déterminer une vasoconstriction des artères du cerveau, il faut que celles-ci soient sensibilisées. Cette sensibilisation peut être réalisée par l'injection préalable de yohimbine, d'ergotamine ou de peptone. La crise convulsive épileptiforme que l'adrénaline détermine chez le cobaye préparé à l'aide d'une de ces substances s'accompagne d'une vaso-constriction du cortex cérébral. Chez le lapin, dans les mêmes conditions, on ne constate qu'une paralysie généralisée, la crise convulsive faisant défaut. Cette action vasoconstrictrice cérébrale chez le chien préparé a son point d'attaque non sur la terminaison sympathique puisque celle-ci est paralysée par définition, non sur la terminaison parasympathique (l'effet n'est pas modifié par les poisons de ce système), mais est due à une action centrale ou à une action musculaire. La section du sympathique cervical avec ablation du ganglion supérieur permet à l'adrénaline de provoquer une légère constriction des artères cérébrales sans modifier la vasoconstriction adrénalinique cérébrale chez l'animal traité par la yohimbine, l'ergotamine ou la peptone. On est donc probablement en présence d'une véritable action inhibitrice du sympathique sur l'effet de l'adrénaline s'exerçant sur certains territoires dont les artères cérébrales, à l'état normal, cette action étant supprimée par la section des fibres post-ganglionnaires.

Santenoise, Franck, Merklen, Vernier et Vidacovitch (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1628 et CXIII, 28) constatent l'apparition progressive, tardive et durable, d'un état réfractaire à l'adrénaline après administration de vagotonine, effet spécifique dû à cette hormone et différent des effets de neutralisation déterminés par d'autres substances (choline, acétylcholine, histamine, extraits pancréatiques, padutine) et dû à des modifications humorales secondaires à l'administration de vagotonine rendant l'organisme moins sensible à l'adrénaline. Cet effet persiste chez l'animal vagotomisé, mais est supprimé chez l'animal atropinisé.

Seidner (*Thèse Méd. Paris*, 1933) étudie l'antagonisme de l'adrénaline et de certains extraits pancréatiques.

Simonin, Florentin, Hennequin et Entcheva (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1158) et Drouet et Florentin (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 73) étudient l'action de l'adrénaline sur la monocytose sanguine. Quand il existe une monocytose nette avant l'injection d'adrénaline, celle-ci abaisse le taux des monocytes ; s'il n'existe pas de monocytose, dans la plupart des cas l'adrénaline la fait apparaître. Par contre l'adrénaline n'exerce aucune action sur la formule monocytaire chez les animaux en monocytose expérimentale par le sérum de cheval. Dans les cas en effet où le système réticulo-endothélial est irrité, comme au cours de la maladie du sérum, les cellules endothéliales ont déjà quitté les parois vasculaires et il n'existe en quelque sorte plus aucune réserve de monocytes susceptibles de se détacher du fait de la spléno-contraction adrénalinique.

Benhamou et Marchioni (*Presse méd.*, 19 nov. 1932, n° 93, 1747) étudient l'épreuve d'hépato-réaction à l'adrénaline, et Grenierboley et Nay-Huoth (*Soc. Méd. et Hyg. trop.*, 30 mars 1933) rapportent les excellents résultats qu'ils ont obtenus par le traitement des splénomégalies palustres par l'adrénaline en injections sous-cutanées.

Pasteur Vallery-Radot, Albeaux-Fernet et Delamare (*Ann. de Méd.*, 1932, XXXII, n° 5) étudient l'œdème aigu du poumon et la néphrite suraiguë secondaire à l'injection massive d'adrénaline chez le lapin.

Guilleman (*Soc. Méd milit., fr.*, 8 juin 1933) rapporte un cas d'échec de l'injection intracardiaque d'adrénaline et de caféine chez une femme asphyxiée par le gaz d'éclairage et intoxiquée par le somnifène.

Carbonel (*Thèse Méd. Marseille*, 1933) étudie l'action de l'adrénaline chez les hypertendus.

Amines sympathomimétiques

Tournade et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 897) décrivent une syncope noradrénalinochloroformique analogue à la syncope adrénalinochloroformique, Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 452) montre que la cocaïne augmente les effets hypertenseurs des doses moyennes de β-méthyladrénaline et les effets hypotenseurs des doses liminaires de cet alcaloïde, principalement en diminuant et peut-être en abolissant l'activité des mécanismes régulateurs de la pression artérielle.

Pierre-Paul Lévy (*Acad. Méd.*, 23 avril 1933) préconise l'éphédrine dans la prévention des accidents sériques.

Nicotine

et substances nicotiniques

Tournade et Malméjac (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1202) montrent l'existence de centres vasoconstricteurs médullaires excitables par la nicotine. Richard et Mlle Bonnet (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 815) constatent que la production du réflexe de Goltz chez la grenouille est rendue plus difficile si l'on fait agir sur les centres des agents qui en augmentent la chronaxie (froid, nicotine), par contre les agents qui en diminuent la chronaxie (chaleur, morphine) rendent plus facile la production de ce réflexe.

Laubry, Walser et Deglaude (*Acad. Méd.*, 25 avril 1933) ont étudié, en mesurant le débit coronarien du cœur isolé du lapin, les variations vasomotrices provoquées par du liquide de Ringer additionné de nicotine ou de macération de tabac. L'action de la nicotine et celle de la macération de tabac, à des taux de nicotine équivalents, sont identiques. Les doses faibles (2 à 5 gouttes de nicotine à 1 100 par litre de solution de Ringer) provoquent constamment une augmentation du débit coronarien variant de 30 à 65 % ; les doses moyennes (10 à 12 gouttes par litre) provoquent une augmentation constante variant de 5 à 20 % ; les doses fortes (20 à 100 gouttes par litre) provoquent constamment une diminution du débit qui tombe de 10 à 20 % au-dessous du chiffre initial.

Gautrelet (*Acad. Méd.*, 27 déc. 1932) a constaté que dans l'intoxication du cobaye par la nicotine, l'injection préventive d'urotropine est sans action et l'injection du mélange *in vitro* d'urotropine et de nicotine reste toxique sauf si ce mélange a été chauffé pendant 15 minutes à 40°. D'autre part chez le chien on peut faire disparaître les accidents cardiaques de l'intoxication par la nicotine, par l'aldéhyde formique

et surtout par l'urotropine sous forme d'iodure à fonction alcoyl. L'auteur ne pense pas que la théorie de la « course au névraxe » puisse s'appliquer à l'urotropine, il s'agit probablement ici d'un phénomène de métathèse, de déplacement de la nicotine par l'urotropine.

Gautrelet, Halpern et Meunier (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1181 et CXIII, 712) montrent que l'iodométhylate d'hexaméthylène tétramine et la curarine sont capables de restaurer instantanément le cœur intoxiqué par la nicotine. L'effet antagoniste obtenu avec d'autres sels d'ammonium quaternaire, comme l'iodure de tétraméthylammonium, l'acétylcholine et la choline est moins manifeste. D'autre part la paralysie observée à la suite de l'injection d'iodométhylate d'urotropine, chez la grenouille, répond à la définition de la curarisation : inexcitabilité du muscle par le nerf avec persistance de l'excitabilité directe diminuée du muscle.

Tournade et Malmejac (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1296) signalent que comme la nicotine, l'hordénine, l'anagyrine et la cytisine (alcaloïdes du type nicotinique) déterminent une action d'abord excitante, puis paralysante sur le centre vasoconstricteur médullaire.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 386 et 875) montre que sur l'animal décapsulé une dose moyennement hypertensive de sulfate d'hordénine provoque une augmentation passive du volume du rein (dont les vaisseaux ont été sectionnés, puis anastomosés à ceux du cou), parallèle aux modifications de la pression carotidienne ; sur l'animal non décapsulé, le volume du rein, à la suite d'une telle injection, augmente tout d'abord, puis subit une diminution brusque qui l'amène bien au-dessous de son niveau initial, enfin y revient peu à peu. Comme la nicotine, l'hordénine provoque en effet une décharge d'adrénaline comme on peut le vérifier par la méthode de l'anastomose surrénojugulaire. Chez l'animal bisurrénalectomisé, de plus, une dose fortement hypertensive d'hordénine produit une diminution marquée du volume du rein transplanté au cou, diminution qui traduit évidemment une forte vaso-constriction active de cet organe, action également analogue à celle observée avec les doses suffisantes de nicotine. Les effets cardiaques biphasiques de l'hordénine (en effet tantôt ce corps manifeste sur le cœur une action exclusivement motrice, tantôt il se montre d'abord inhibiteur, puis moteur) éloignent cette substance de l'adrénaline et la rapprochent des alcaloïdes du groupe de la nicotine. Comme celle des alcaloïdes nicotiniques, l'action cardiomodératrice de l'hordénine n'est pas due exclusivement aux effets hyperadrénalinosécréteurs de cette substance.

Tanret (*Acad. Sc.*, 18 juillet 1922 et 56e *Congr. Assoc. fr. Avanc. des Sc., Bruxelles*, 26-30 juillet 1932) montre que l'orge germée renferme deux principes antagonistes, l'un hypoglycémiant, mis récemment en évidence par Boucher, Douard et Labbé, et l'autre hyperglycémiant, l'hordénine. L'action hyperglycémiante de l'hordénine est due à une adrénalinosécrétion, l'hordénine étant rangée par l'auteur à la suite de l'adrénaline et de l'éphédrine dans la classe des sympathicomimétiques, l'action hypertensive de ces corps étant inversée par la yohimbine et prolongée par la cocaïne.

Mercier et Mlle Rizzo (*C.R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1075) constatent que la triméthylamine possède la même action que la nicotine sur l'intestin *in situ* : 1° première phase motrice avec augmentation forte et brusque du tonus se traduisant par une sorte de contraction spasmodique plus ou moins ample, souvent unique ; 2° deuxième phase inhibitrice se manifestant à la fois par une chute du tonus et par un arrêt des contractions ; 3° troisième phase avec retour à l'état normal du péristaltisme et du tonus.

Mercier (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 97) étudiant la composition chimique des feuilles de la variété de *Teclea* désignée sous le nom de Kinkeliba de Kita (Rutacées) met en évidence un principe actif hypertenseur qui appartient au groupe des substances nicotiniques.

Paralysants du sympathique

Labbé et Rubinstein (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1152) constatent une diminution du taux des échanges respiratoires après ergotamine.

Fourneau et Bovet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 388) montrent que le diéthylaminométhylènebenzodioxane (F 883) présente une action sympathicolytique analogue à celle de l'ergotamine et de la yohimbine.

Paralysants du parasympathique

Atropine et belladone

Labbé et Rubinstein (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 947) montrent qu'après injection sous-cutanée de 1 mgr. de sulfate d'atropine chez l'homme, le métabolisme basal s'abaisse d'abord puis remonte au-dessus de son taux initial. Le quotient respiratoire augmente dans tous les cas dans la 2e phase et les modifications du débit respiratoire suivent celles du métabolisme : d'abord un léger abaissement, ensuite une augmentation avec parallélisme quantitatif entre les deux effets. L'accélération du pouls est en général proportionnelle aux variations du métabolisme. Il est difficile de comprendre la 1re phase : l'abaissement du métabolisme sous l'influence de l'atropine. En effet, l'atropine, paralysant du vague, devrait plutôt élever le métabolisme. Peut-être cet abaissement initial est-il l'expression de l'excitation du vague qui selon certains auteurs précède sa paralysie. Peut-être aussi la 1re phase d'abaissement métabolique est-elle la conséquence de l'action déprimante que l'atropine exerce sur les diverses sécrétions glandulaires.

Savy et Delore (*J. de Méd. de Lyon*, 1932, XIII, 409) insistent sur le fait que les résultats obtenus avec la belladone et avec l'atropine expérimentalement sur l'animal et en clinique sont souvent contradictoires. Les effets thérapeutiques obtenus en pathologie digestive ne sont pas toujours ceux auxquels on pouvait s'attendre théoriquement. Partant de l'action excito-motrice et excito-sécrétoire du vague et de l'action inhibitrice de la belladone et de l'atropine sur ce nerf, on a tendance à appliquer la médication belladonée à tous les cas de spasme et d'hypersécrétion. L'analyse critique des faits expérimentaux et des résultats thérapeutiques montre que la question est moins simple. Il ne faut pas oublier en effet le rôle joué dans le résultat final par les doses employées et l'état du tonus préalable de l'organe considéré. Les petites doses ont une action stimulante, les doses élevées un effet inhibiteur. L'action antispasmodique est d'autant plus nette que l'hypertonie de l'organe est plus marquée. L'effet antispasmodique de la belladone est plus net et plus régulier sur le pylore et les voies biliaires que sur l'œsophage et l'intestin. L'action hypocrinique est plus marquée et plus constante sur la sécrétion salivaire que sur les autres sécrétions, celle de l'estomac notamment. Les réactions du malade ne sont pas celles du sujet normal, les résultats thérapeutiques seuls doivent entrer en ligne de compte pour l'emploi judicieux de la belladone et de l'atropine qui sont parmi les meilleurs médicaments actuels des manifestations digestives de l'hypervagotonie.

Signalons les travaux de Schachter (*Strasbourg méd.*, 1933, XCIII, 560) et de Marinesco et Façon (*Acad. Méd.*, 4 avril 1933) sur le traitement des troubles parkinsoniens postencéphalitiques par l'atropine et la thèse de Glovomski (*Thèse Méd. Paris*, 1933) sur le traitement de la maladie de Parkinson par le datura injectable.

Doumer (*J. de Méd. et Chir. prat.*, 1923, CIV, 391) est d'avis que l'on peut associer l'atropine et la morphine pour calmer les crises d'angor, mais l'atropine mérite mieux, elle peut être efficace à elle seule et son action antalgique propre est parfois hors de pair dans des cas d'angor que la morphine n'a pu calmer suffisamment.

Busquet (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 51) montre que l'héliotropine est un poison intestinal du type atropinique, agissant par paralysie du parasympathique.

Busquet et Vischniac (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1178) montrent que le groupement ester possède la propriété de paralyser l'intestin isolé ; malgré le grand nombre de sub-

stances essayées (sulfate de méthyle, sulfate d'éthyle, cinnamate de méthyle, salicylate de méthyle, acétate d'éthyle, acétate de benzyle, salicylate d'amyle, acétate de styralyle, anthranylate de méthyle) les auteurs n'ont constaté aucune exception à cette règle. La pilocarpine ne rétablit pas les contractions de l'intestin paralysé par un ester, ce qui prouve le mécanisme musculaire de cette action.

Excitants du parasympathique

Acétylcholine et choline

LOEPER, LEMAIRE et DANY (*Congrès internat. Lith. bil.* 19-22 sept. 1932 et *Progrès méd.*, 30 juillet 1932, n° 31, 1347) montrent que l'acétylcholine agit puissamment sur les fibres lisses des voies biliaires et sans doute aussi sur celles des voies pancréatiques. Son action s'exerce par l'intermédiaire du vague, elle est donc un léiotonique indirect dont l'atropine est susceptible d'inverser les effets. Elle permet d'explorer les fonctions biliopancréatiques par l'examen du liquide dont elle provoque l'afflux dans le duodénum. Pour que l'exploration soit rapide et parfaite, l'acétylcholine doit être introduite dans les veines à la dose de 10 cgr., l'injection se fait sans aucun incident sauf parfois le rejet du tube qu'il faut introduire à nouveau. L'afflux du liquide biliaire résulte d'une contraction brutale de la vésicule et peut-être aussi du cholédoque. Il n'a donc rien de sécrétoire. L'afflux du liquide pancréatique résulte peut-être d'une excitation de la glande mais aussi sans doute d'une contraction de ses canaux. L'acétylcholine permet donc d'exprimer les canaux bilio-pancréatiques plutôt que d'exciter les glandes correspondantes. L'épreuve de l'acétylcholine est indiquée dans les ictères catarrhaux et dans les inflammations si souvent combinées, couplées du foie et du pancréas. Elle peut être un élément de diagnostic et de traitement. En raison de son action fortement kinétique elle est contre-indiquée dans les lithiases biliaires où la contraction de la vésicule, la mobilisation du calcul pourraient provoquer une crise douloureuse.

LABBÉ et RUBINSTEIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1040) constatent que l'acétylcholine tend à diminuer le métabolisme basal et se montre l'antagoniste de l'adrénaline au point de vue du métabolisme comme au point de vue de l'action vasculaire.

ROBERT et CLOGNE (*Soc. Hydr. et Clim. méd. de Paris*, 16 janvier 1933) étudient les phénomènes de phylaxie obtenus sur le lapin à l'égard du chlorhydrate d'acétylcholine après injection d'eau du Mont-Dore.

MERKLEN, KABAKER et WARTER (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 1013 et *Arch. des Mal. App. dig. et Nutr.*, 1933, XXIII, 265) montrent que l'action de l'acétylcholine sur le chimisme gastrique est influencée par le taux de l'acidité contenue dans le suc sécrété d'une façon spontanée par la muqueuse gastrique. Dans les cas où l'acide libre ne dépasse pas la valeur de 2 gr. p. 1000, l'acétylcholine amène une augmentation de l'acidité. Par contre l'acidité diminue sous l'action de l'acétylcholine chaque fois que la quantité primitive dépasse le chiffre de 2 gr. p. 1000. On peut donc attribuer à cette substance un rôle régulateur sur la sécrétion gastrique.

LOUYOT (*Soc. Méd. Nancy*, nov.-déc. 1932) montre dans deux cas l'action suspensive de l'acétylcholine dans la crise épileptique et dans un cas la guérison rapide d'une hémiplégie droite avec aphasie. DE GENNES (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 4 nov. 1932) rapporte aussi 4 cas de mal épileptique traités par l'acétylcholine, avec résultat excellent dans un cas, médiocre dans un autre et nul chez les deux derniers. A ce propos PAGNIEZ signale un échec complet dans un cas.

DROUET et RICHON (*Rev. méd. de l'Est*, nov. 1932, IX, n° 21) préconise l'acétylcholine dans le traitement préventif des accidents de la ponction lombaire.

DEJEAN (*Presse méd.*, 1932, n° 103, 1950) a obtenu de beaux succès avec l'acétylcholine dans le traitement de la migraine ophtalmique, ce corps constitue pour lui le médicament d'élection des crises de scotome scintillant. L'acétylcholine paraît même capable, par un usage prolongé, de modifier le terrain migraineux et faire disparaître la maladie.

ARNAUD (*Soc. de Chir.*, 29 mars 1933), frappé des accidents imprévus, presque toujours d'origine hémorragique, dont sont atteints les opérés du cerveau, pense que la siccité du champ opératoire au moment de la fermeture du crâne est due souvent à la vasoconstriction des artères cérébrales liée au traumatisme opératoire ou à toute autre cause, et qu'au moment où cette vasoconstriction cesse, l'hémorragie se produit. Pour éviter des accidents si graves et si déroutants, il propose d'injecter le matin de l'opération 20 cgr. d'acétylcholine pour supprimer cette vasoconstriction et de renouveler l'injection les jours suivants.

JANET, VALLERY-RADOT et Mlle HUGUET (*Soc. Ped.*, 20 déc. 1932) présentent deux enfants de 3 ans et demi et 4 ans, atteints d'acrodynie et signalent les bons effets de l'acétylcholine ; amélioration de l'état général et des troubles subjectifs. Pas d'action évidente sur la rougeur et sur l'œdème des extrémités.

BARRIEU (*Soc. Méd. de Paris*, 26 nov. 1932) confirme les conclusions de LOEPER et LEMAIRE sur l'action renforcatrice du chlorhydrate de yohimbine sur l'acétylcholine. Il cite 4 observations de malades hypertendus en imminence d'hémorragie cérébrale ou oculaire qui, soumis immédiatement à cette association médicamenteuse, ont vu leurs troubles disparaître rapidement et sans séquelles.

FISCHER (*Presse Méd.*, 25 mars 1933, n° 24, 475) préconise l'acétylcholine dans le traitement curatif et préventif des ankyloses et des arthrites post-traumatiques.

VILLARET, JUSTIN-BESANÇON, CACHERA et SAID (*Ann. Méd.*, 1932, XXXII, n° 5) montrent que l'injection sous-cutanée de méthylacétylcholine détermine, chez l'homme normal, une hypotension artérielle en général très nette à des doses infiniment moindres que celles employées couramment avec l'acétylcholine. Ces deux dérivés choliniques s'opposent, l'acétylcholine provoquant en effet des artériodilatations manifestes, même sans chute tensionnelle, la méthylacétylcholine produisant d'emblée un abaissement important des chiffres de pression.

DAUTREBANDE (*Paris méd.*, 6 mai 1933, XXIII, 398) étudie l'action parasympathique puissante de la lentine (carbaminocholine), ce corps détermine une bradycardie précédée de tachycardie, elle-même contemporaine de l'hypotension et d'origine réflexe cardio-aortique et sino-carotidienne. Elle entraîne une paralysie complète du système vasomoteur périphérique qui retrouve son intégrité fonctionnelle rapidement après. L'action hypotensive est marquée chez l'homme en injections intraveineuses, ce corps est stable et ses solutions peuvent même subir l'ébullition.

PAOLETTI (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1932) étudie l'action du chlorhydrate de choline sur la formule sanguine et JALEF (*Thèse Méd. Paris*, 1932) ses diverses applications en thérapeutique.

Pilocarpine

LABBÉ et RUBINSTEIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1339) montrent que l'action de la pilocarpine sur le métabolisme basal est inverse de celle de l'atropine, on observe une inversion des deux phases d'évolution des échanges respiratoires observée à la suite de l'injection d'atropine.

RICHER (*Soc. fr. Urol.*, 16 janv. 1933) insiste sur les bons effets de la solution à 1 % de nitrate de pilocarpine en injections sous-cutanées dans les rétentions d'urine post-opératoires.

Esérine

MANDILLON (*Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 16 février 1933) et JEANNENEY (*Gaz. méd. de France*, 1932, XXXVII, 721 et *Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, 1932, LIII, 817) préconisent l'épreuve de l'ésérine dans l'occlusion intestinale, mais si l'ésérine provoque une débacle de gaz et de matières, Jeanneney conseille néanmoins l'intervention chirurgicale.

Marrube blanc

MERCIER et Mlle RIZZO (*Soc. de Méd de Marseille*, 21 mai 1933) et Mlle RIZZO (*Thèse Méd. Marseille*, 1933) ont pu isoler

du Marrube blanc une saponine, une amine identifiée physiologiquement et chimiquement à la choline et une forte proportion de nitrate de potasse. Du point de vue pharmacodynamique, les extraits de marrube blanc déterminent des modifications cardio-vasculaires en rapport avec l'existence de deux constituants choline, et azotate de potasse. L'emploi des préparations de marrube blanc comme sédatif cardiaque se trouve jutifié au même titre que celles d'aubépine riches également en bases aminées.

Manganèse

DODEL et MAINO (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1619) montrent que les sels de manganèse exercent une action vagomimétique sur le cœur et les mélanophores et une action sympathicomimétique sur l'oviducte et l'estomac isolé.

Histamine

FAROY et HODAC-AN (*Arch. Mal. App. dig. et Nutr.*, 1932, XXII, 825) étudient les sucs d'histamine et ROUSSY et MOSINGER (*Presse méd.*, n° 33, 865) continuent leurs recherches sur la réaction cutanée locale et l'histamine.

STAHL et MASSON (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 1003) observent une action sédative de l'histamine sur les paroxysmes dyspnéiques lorsque cette substance est administrée par la peau, cette action n'est pas due à l'histamine résorbée, mais probablement à la réaction cutanée provoquée par cette substance.

Syphilis

GOUGEROT (*Bull. gén. Thér.*, 1932, XXXIII, n° 8) expose les traitements actuels de la syphilis cardioaortique.

WEILLE dans sa thèse (*Nancy*, 1933) étudie le traitement prolongé de la syphilis et WEINTRAUB (*Thèse Méd. Paris*, 1933) le traitement de la syphilis nerveuse par la méthode de Vernes.

RICHET fils et DUBLINEAU (*Acad. Méd.*, 27 déc. 1932) montrent qu'*in vitro* la température de 41° est nocive pour le tréponème (virus Truffi): après trente minutes de séjour à cette température, le tréponème perd toute virulence, mais ses mouvements alors déjà atténués persistent pendant deux heures environ. *In vivo*, le séjour du lapin syphilitique dans un bain chaud qui élève sa température rectale à 41°5 ou 42°5 pendant quinze à vingt minutes peut guérir la syphilis (trois cas) ou non (deux cas). L'association à la pyrétothérapie ainsi pratiquée de l'arsénothérapie à doses infracuratives (moins de 9 mgr. de 914 par kilogramme d'animal) paraît produire toujours la guérison biologique de la syphilis (quatre cas sur quatre).

RICHET fils et JOLY (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 321), se basant sur les expériences précédentes, associent à la thérapeutique habituelle de la syphilis chez l'homme la pyrétothérapie par le dmelcos, le TAB, le propidon avec très bons résultats, la pyrétothérapie augmentant l'activité du traitement.

GALLIOT (*Soc. de Méd. de Paris*, 9 juin 1933) insiste sur la nécessité des médications adjuvantes hépatiques et rénales dans le traitement de la syphilis, qui permettent au malade de mieux résister à l'infection et de mieux transformer et assimiler les médicaments spécifiques.

Signalons deux mises au point sur le traitement de l'hérédosyphilis, l'une de MONTLAUR (*Rev. de Méd.*, 1932, XLIX, 440) et l'autre de LONJUMEAU (*J. de Méd. et Chir. prat.*, 1932, CIII, 858).

BLUM (*Ann. Mal. vén.*, 1932, XXVII, 805) met en valeur l'importance de la fonction hépatique dans la conduite du traitement antisyphilitique, et étudie les méthodes d'exploration de celle-ci qui d'après leurs résultats permettent de choisir judicieusement le ou les médicaments à employer de préférence, et les précautions à prendre pour éviter tout danger d'intoxication.

HOROWITZ (*Thèse Méd. Paris*, 1932) a obtenu constamment la sédation des crises gastriques du tabes, quelle qu'en soit la forme par les injections intraveineuses de sulfate neutre d'atropine. Il faut commencer par 1/2 à 1 mgr., continuer par 1,5 à 2 mgr. Les crises reviennent à leur rythme habituel, parfois espacées par les injections d'atropine. Ce traitement est toujours bien toléré.

SÉZARY (*Presse méd.*, 1933, n° 51, 1035) étudie la nocivité des médications antisyphilitiques pour le rein et le traitement de la syphilis rénale. Chacune des médications lorsqu'elle lèse le rein, agit par un processus habituellement différent. Le mercure cause généralement des néphrites toxiques. L'arsenic provoque soit après les premières injections une réactivation de lésions rénales, soit à une période avancée du traitement une néphrite allergique. Le bismuth, en exaltant la virulence des microbes buccaux ou autres, donne une néphrite toxi-infectieuse biotropique. Le traitement de ces néphrites varie naturellement selon leur nature et se déduit de la pathogénie. Sauf le cas de réactivation, une suspension du traitement s'impose. Dans le cas d'une néphrite ou d'une simple albuminurie par réactivation la conduite est beaucoup plus délicate, il vaut mieux semble-t-il substituer temporairement à l'arsenic les injections de doses très faibles de CyHg sous une surveillance minutieuse de la tolérance des reins. Quant au traitement de choix de la néphrite syphilitique c'est encore l'As, son seul inconvénient est la réactivation possible des lésions préexistantes qu'on évitera en faisant précéder la cure arsenicale par une série d'injections de cyanure à doses faibles progressivement croissantes de 1/4 à 1 cgr. suivant la tolérance.

Mme HEIMANN (*Thèse Méd. Paris*, 1933) étudie elle aussi les dangers des médicaments antisyphilitiques chez les rénaux, elle conseille d'essayer d'abord l'arsenic ou le mercure sous forme de cyanure manié avec souplesse, le bismuth n'étant qu'un pis aller. Signalons enfin un travail également sur le traitement des néphrites syphilitiques de OLMER et BUISSON (*Marseille méd.*, 1932, LXIX, 253).

BUREAU (*Gaz. méd. de France*, 1932, XXXVII, 864) et PILLON et POPOVITCH (*Soc. fr. Derm. et Syph. réun. de Lyon*, 26 janvier 1933) rapportent des cas de syphilis polyrésistante blanchis par l'or.

TZANCK et SIDI (*Soc. Derm. et Syph.*, 9 février 1933), TZANCK, SIDI et BOURSAT (*Gaz. med. de France*, 1933, XXXVIII, 242) et SIDI (*Thèse Méd. Paris*, 1932) envisagent la pathogénie des accidents de la chimiothérapie antisyphilitique. Les troubles provoqués par la chimiothérapie sont rarement des phénomènes d'intoxication proprement dite. Ceux-ci ne surviennent qu'après l'emploi de doses massives ou prolongées et ont un aspect clinique particulier qui porte l'empreinte du produit employé ; ils peuvent être reproduits chez l'animal. A côté de ces accidents proprement toxiques, les diverses substances employées en chimiothérapie, l'As, l'or, le Bi, etc. engendrent un certain nombre d'accidents polymorphes, cutanés et viscéraux qui ont entre eux des analogies frappantes. Le même aspect clinique peut être réalisé par des produits très divers ; une même substance peut provoquer des troubles très différents. Ces accidents communs résultent parfois du réveil d'un microbisme latent, ce sont ceux que l'on attribue au biotropisme. Tous les autres relèvent de la notion d'intolérance et dépendent en majeure partie du terrain, le produit chimique n'agissant que comme un agent provocateur. Ces accidents d'intolérance surviennent avec des doses très inférieures aux doses toxiques ; la dose nocive est individuelle et non identique pour tous les sujets, l'effet n'est nullement proportionnel aux doses administrées. Un même sujet présentera des réactions identiques avec des doses différentes. Les lésions provoquées sont en général fluxionnaires et spontanément résolutives ; elles représentent un processus biologique actif et sont très différentes des lésions destructives déterminées d'une façon passive par une intoxication proprement dite. Les accidents d'intolérance surviennent en général après une phase préparatoire et d'incubation : ils ont l'allure de crise à début et à terminaison brusques; on peut mettre en évidence la nature de ces troubles par la recherche de l'hypersensibilité à la substance causale, par l'anaphylaxie passive, par l'épreuve de Prausnitz-Kutzner ou la cuti-réaction. Le traitement consiste en la désensibilisation ou la vaccination et l'emploi de substances antianaphylactiques. L'empreinte

personnelle imprimée par chaque sujet met en évidence le rôle capital du terrain et l'étude des accidents d'intolérance de la chimiothérapie apporte des données positives qui permettent de reprendre la notion du « tempérament » des classiques.

Tremnitzer (*Thèse Méd. Paris*, 1933) étudie quelques cas d'ictère et d'érythèmes infectieux au cours du traitement antisyphilitique.

Arsenicaux

Arsenic minéral

Noel (*Thèse Méd. Paris*, 1933) étudie les intoxications d'origine alimentaire par l'arsenic et Besredka (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 766) montre que les lapins dont la peau a été antérieurement rasée présentent une immunité notable à l'égard de l'arsenic appliqué en frictions. A la suite des frictions répétées avec de la crème arsenicale, la peau acquiert une immunité spécifique, strictement localisée à la région frictionnée et ne s'accompagnant pas de formation d'anticorps.

Arsenic organique trivalent

Mlle Buttner (*Thèse Méd. Paris*, 1933) consacre sa thèse à l'étude du diéthylène-imino-glucyl-arsénophénylamine-monométhylène-sulfoxylate de sodium et insiste sur la bonne tolérance et l'efficacité de ce nouvel arsenical trivalent qui a l'avantage de pouvoir être employé en solution préparée d'avance et stable et qui peut être injecté par voie intramusculaire. Travail particulièrement bien conduit et dont la lecture ne peut qu'intéresser très vivement tous les syphiligraphes.

Hornus (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 207) étudie l'action d'un complexe arsénico-bismutho-mercuriel (corps 6583) sur la cicatrisation du chancre scrotal du lapin (virus Truffi) avec bons résultats expérimentaux.

Meyssan dans sa thèse (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1933) nous donne une vue générale sur l'état actuel de l'arsénothérapie de la syphilis.

La méthode de Pollitzer a suscité trois travaux, les thèses de Spitzer (*Paris*, 1933) et de Lummau (*Bordeaux*, 1933) et un travail de Chevallier et Bernard (*L'Hôpital*, 1932, XX, 609). Chevallier et Bernard font d'emblée et trois jours de suite 0,90 de novar intraveineux, injection très lente, les malades sont au lit et au lait. L'assaut arsénobenzolique est bien supporté ; ses contre-indications sont celles de l'arsénobenzol. Cette cure est immédiatement suivie d'un traitement bismuthique ou mercuriel. Après un mois de repos on recommence. Cette méthode a chez les sujets jeunes et dans les syphilis récentes tous les avantages de la technique primitive d'Ehrlich et grâce à la consolidation par les métaux lourds et les cures successives n'a pas ses inconvénients.

Gadrat (*Ann. Derm. et Syph.*, 1933, IV, n° 1) est d'avis que le traitement du tabes par injections intrarachidiennes de sulfarsénol donne des résultats très aléatoires et n'est pas sans dangers, sur huit cas traités en effet, disparition radicale et définitive des douleurs dans deux cas, aucune amélioration dans trois cas et aggravation de l'ataxie dans deux cas, dans le dernier cas apparition à la troisième injection d'une paraplégie totale qui emporta le malade au bout d'un mois.

Appraillé et Torlais (*Gaz. hed. Sc. méd. de Bordeaux* 1933, LIV, 323) reprennent la question toujours en suspens des rapports de l'ictère, de la syphilis et de l'arsénobenzol.

Gougerot, Blum, Dechaume et Duché (*Paris méd.*, 1933, XIII, 191) signalent une actinomycose et une syphilis associées guéries par le 914.

Gaté et Tiran (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 241) sont d'avis eux aussi que les syphilis arséno-résistantes sont relativement plus fréquentes ces dernières années. Ils en ont observé seize cas sur 917 cas de syphilis primaire et secondaire depuis 1927. On ne peut retenir une insuffisance dans la manière dont est conduit le traitement arsenical puisque les conditions sont les mêmes depuis des années. L'arséno-résistance se manifeste sous différentes formes cliniques, arséno-résistance atténuée, arséno-récidives, arséno-résistance caractérisée et arséno activation, formes qui peuvent se succéder et s'intriquer. Les manifestations cutanées de l'arséno résistance présentent dans de nombreux cas des caractères typiques, éruptions psoriasiformes et pityrisiformes à localisations particulières. Au point de vue pathogénie on peut discuter la part réciproque d'une diminution actuelle de l'activité du médicament et d'une accoutumance du tréponème soit au novar soit aux substances inconnues tréponémicides élaborées par l'organisme sous l'action du 914. Dans l'impossibilité où l'on se trouve de prendre partie d'une façon ferme pour l'une ou l'autre de ces hypothèses, il reste sage d'admettre qu'elles interviennent peut-être toutes les deux suivant les cas, soit ensemble soit séparément. La fréquence actuelle de l'arséno-résistance impose la modification du traitement qui doit tenir compte de ce facteur nouveau et accorder une large place au bismuth sans oublier le mercure.

Gouin, Bienvenue et Desaunay (*Soc. Derm. et Syph.*, 6 avril 1933) rapportent un nouveau cas de résistance au 914 prévue par la leucocyto-réaction de la syphilis.

Petges et Beaumont (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1932, CIX, 717) signalent deux cas d'arséno-résistance avec succès consécutif du bismuth.

Milian (*Acad. Méd.*, 23 avril 1933) insiste sur la différence dans les érythèmes interthérapeutiques entre les éruptions toxiques, telle l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse arsenicale, éruptions toujours les mêmes et rappelant par leur physionomie la symptomatologie toxique du médicament et les éruptions non toxiques, érythèmes infectieux déclenchés par le médicament, érythèmes biotropiques du neuvième jour, multiples pour un même médicament, scarlatiniformes, morbilliformes, rubéoliformes, roséoliformes et polymorphes pour le 914 ; ces érythèmes biotropiques ne sont que des fièvres éruptives atténuées survenant chez des individus à germes latents, à demi immunisés ou en voie d'immunisation et peuvent être contagieux ; on peut dans ces cas continuer avec certaines précautions le traitement par le même médicament, ce qui est une nouvelle preuve de l'origine non toxique des érythèmes du neuvième jour. Le même auteur (*Rev. de Derm. et Vén.*, mai 1933) a obtenu d'excellents résultats dans le traitement de la syphilis avec l'arsénomyl (802 Mouneyrat), arsénobenzène trivalent injectable par voie intramusculaire.

Sézary et Mauric (*Presse méd.*, 1933, n° 6, 115) insistent sur le rôle de l'allergie cutanée dans la pathogénie de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse arsenicale et Garnier (*Paris méd.*, 1932, XXII, 557) poursuit ses travaux sur l'érythrodermie arsénobenzolique à laquelle il a déjà consacré sa thèse et maints articles.

Gougerot et Cohen (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 101) rapportent l'observation d'un eczéma arsenical se transformant en érythrodermie arsénobenzolique et lui succédant.

Rabut et Mouzon (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 7 juillet 1932) rapportent un cas de paraplégie avec paralysie vésicale survenue au cours d'une cure arsenicale. L'intégrité de la ponction lombaire, le mode d'évolution des accidents leur ont permis de penser qu'il s'est agi dans ce cas d'une myélite toxique. Rabut (*J. des Prat.*, 1932, XLVI, 789) est d'avis que parmi les accidents médullaires qui surviennent au cours du traitement arsénobenzolique, les uns peuvent être considérés exceptionnellement comme relevant de la crise nitritoïde dans les formes légères, les autres plus fréquemment comme des phénomènes de réactivation, mais il existe assurément des paraplégies toxiques qui doivent faire incriminer le médicament lui-même.

Louste (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1933) présente un cas de neuro-activation par le novarsénobenzol : femme de 30 ans, atteinte d'une hémiplégie gauche, avec liquide céphalo-rachidien contenant de nombreux lymphocytes et Wassermann partiellement positif. Après la deuxième injection de novar, apparition d'une aphasie qui s'améliora ensuite sous l'influence du traitement.

Duvoir, Pollet, Cachin et Piton (*Soc. Méd. lég. de France*, 11 juillet 1932) rapportent un cas de quadriplégie polynévritique arsenicale chez un syphilophobe qui s'était fait lui-même des doses massives et répétées de novar.

Petges et Beaumont (*Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, 1932, LIII, 498) présentent l'observation d'une hépatite



MARQUE DÉPOSÉE
CURATINE
Brunet
PHÉNACETINE THÉINE
PYRAZOLINE. BI-CARBONATÉE

grave survenue après trois novar (0,15, 0,30, 0,45) suivie de guérison.

SÉZARY et LENÈGRE (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 nov. 1932) ont étudié un cas mortel d'aleucie hémorragique (purpura, anémie avec agranulocytose, ulcérations nécrotiques de la bouche) survenue chez un homme de 30 ans qui avait reçu un traitement très modéré (4 gr. 50 de novar et 9 bismuth). SÉZARY et DUBUY (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 janv. 1933) apportent également l'observation d'une jeune femme qui quatre heures après une forte crise nitritoïde post-arsénobenzolique fit un purpura hémorragique du type des purpuras dits anaphylactiques.

KOSTOULAS (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1933) a observé plusieurs cas d'hémorragies des muqueuses à la suite d'un traitement par le novar et le sulfarsénol.

MILIAN et LEBOURG (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 15 juin 1933) présentent un nouveau cas de stomatite arsenicale, et SOULAS (*Soc. Laryngol. Hôp. de Paris*, 3 avril 1933) une observation de laryngite survenue à la suite de deux injections de novar avec guérison en quelques jours après la cessation du traitement.

GOUGEROT, BLUM et DELAY (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 mars 1933) présentent un syphilitique qui, à la suite d'un traitement arsenical, a fait un lichen cutané atypique d'une rare intensité et un lichen typique des muqueuses et MAIRE (*Réun. Derm. de Strasbourg*, 10 juil. 1932) illustre par deux cas la fréquence plus grande que l'on ne croit du lichen plan post-arsenical localisé uniquement à la muqueuse buccale.

WEBER (*Thèse Méd. Strasbourg*, 1932-33) étudie les cas de mort imputables aux injections d'arsenicaux.

WOHLERS et AUDÉOUD (*Presse méd.*, 1933, n° 39, 799) préconisent le traitement de la fièvre typhoïde par le novarsénobenzol. Ce traitement raccourcit notablement la période fébrile, augmente les chances de guérison et semble donner de meilleurs résultats que la balnéothérapie. Il est bien toléré. RIMBAUD et MARTIN (*Montpellier méd.*, 1932, LXXV, 403) et GOURGAS (*Thèse Méd. Montpellier*, 1932) recommandent de même le novar ou le sulfar dans la fièvre de Malte.

MATTEI et ISEMEIN (1er *Congr. internat. Hyg. méd. Marseille*, 19-25 sept. 1932) ont obtenu de bons résultats avec le novar dans l'amibiase intestinale, neuf guérisons, quatre résultats incomplets et un échec.

BAKHOS (*Thèse Méd. Montpellier*, 1932-33) rapporte un certain nombre d'observations de paludéens traités par le sulfarsénol et insiste sur l'efficacité remarquable de ce médicament.

BORDE (*Gaz. hebd. Sc. Méd. Bordeaux*, 1932, LIII, 580) signale un cas de guérison d'une streptococcie nasopharyngée après trois piqûres de sulfarsénol et la disparition de la fièvre et de l'éruption (*Soc. Méd. Chir. Bordeaux*, 4 mai 1933) en quatre jours dans un cas de scarlatine très intense par le sulfarsénol. DANDÉ D'ARNAL (*Thèse Méd. Montpellier*, 1933) a également obtenu de bons résultats avec le sulfarsénol et la pyoformine dans l'infection puerpérale.

P. EMILE-WEIL et ISCH-WALL (*Bull. méd.*, 1932, 29 oct., 754) et MISÈS (*Thèse Méd. Paris*, 1933) rapportent des cas de guérison de stomatites ulcéro-membraneuses de la leucémie par le traitement novarsénobenzolique.

MILIAN, LORTAT-JACOB et BOUSSAN (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 7 juillet 1932) présentent un homme atteint de zona cervical très douloureux et chez lequel les douleurs disparurent un quart d'heure après la première injection de 914.

Arsenicaux pentavalents

LOUSTE, LEVY-FRANKEL et REYNAUD (*Soc. Thér.*, 10 mai 1933) présentent un nouveau sel d'arsenic pentavalent injectable par voie sous-cutanée et qui leur a donné d'excellents résultats aux diverses périodes de la syphilis.

LEVADITI, METZGER et Mlle SCHOEN (*Acad. Méd.*, 20 déc. 1932 et 17 janv. 1933) montrent que le stovarsol sodique, administré au lapin par voie digestive à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 par kilogramme, lui confère un état réfractaire antisyphilitique se manifestant de un à sept jours au moins après l'inoculation infectante. Quoiqu'on en ait dit, le stovarsol ne décapite pas la syphilis, mais la stérilise réellement si l'on a soin de l'administrer à des doses suffisantes et si le traitement prophylactique est institué à temps.

TZANCK, GUTMANN et CORD (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 3 février 1933) présentent par contre un malade en pleine efflorescence syphilitique secondaire, ayant pris en trois mois 4 gr. 50 de stovarsol *per os* pour un trouble intestinal, les accidents primitifs et secondaires n'ont pas été évités de ce fait et se sont même manifestés dans des délais absolument normaux. Les auteurs en concluent à l'inefficacité d'un pareil traitement prophylactique, du moins à ces doses, et à l'inutilité et à la non efficacité d'un pareil traitement prophylactique, institué à la suite de contacts avec un sujet contagieux. Il est en effet préférable à leur avis, en pareil cas, d'instituer un traitement suffisant à bon escient après la première manifestation de la maladie, qu'un traitement insuffisant ou inefficace dans le doute où l'on est avant cette première manifestation.

MARCHAND (*Soc. méd. psyhol.*, 9 mars 1933) présente plusieurs paralytiques généraux traités avec succès avec le stovarsol. Il conclut que le traitement doit être continué d'une façon intensive chez les sujets qui ont recouvré un état mental normal, mais chez lesquels il persiste encore des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien. On peut par une reprise intensive du traitement arrêter de nouveau la marche de la paralysie générale chez les sujets qui, après une rémission, ont suspendu trop tôt leur traitement ; l'efficacité du traitement peut quelquefois ne se manifester qu'à la troisième ou même la quatrième série d'injections.

SEPET, VAGUE et AUTHIÉ (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, juin 1933) rapportent un cas de méningite syphilitique aiguë à la période tertiaire guérie rapidement par le stovarsol sodique et le cyanure de mercure.

SÉZARY et GALLOT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 mars 1933) présentent un cas de pemphigus végétant traité par l'acétylarsan : les grosses masses végétantes des aines et des aisselles ont progressivement disparu, sans autre traitement local que des lavages et pommades antiseptiques.

CHALIER et GIRARD (*Lyon méd.*, 1933, CLI, 185) étudient la prophylaxie et le traitement de l'orchite ourlienne par l'acétylarsan.

ARBEIT (*Soc. Thér.*, 5 avril 1933) signale les résultats obtenus par l'emploi du stovarsol à titre de traitement d'épreuve dans certaines colites dont la nature parasitaire n'a pu être microscopiquement démontrée, mais que la symptomatologie, les caractères évolutifs et certains signes tels que l'éosinophilie rapprochent des colites parasitaires. L'administration systématique de petites doses journalières (0 gr. 25) par séries discontinues de 4 ou 5 jours, amène souvent une sédation presque immédiate des symptômes.

TANON, LASSABLIÈRE et PEYCELON (*Soc. Méd. et Hyg. trop.* 30 mars 1933) sont d'avis à propos de la communication du R. P. Gremeau, que le sérum de cheval n'est pas supérieur à l'eau distillée comme excipient de la tryparsamide. Etudiant la valeur comparée de la tryparsamide et de la tséamine dans la maladie du sommeil, la tséamine s'est révélée dans leurs mains supérieure comme valeur thérapeutique à la tryparsamide, toutefois elle est moins efficace quand elle a été soumise à la chaleur et cela proportionnellement à l'élévation de température.

LACROIX (*XLVe Congr. Soc. fr. Opht. Paris*, 18-21 juillet 1932) rapporte deux cas de cécité avec atrophie optique déterminée par le stovarsol chez des paralytiques généraux, la surveillance des voies optiques s'impose donc avant et pendant le traitement si l'on veut éviter cette complication qui est du reste très rare aux doses precrites par Sézary de 1 gr. par injection et trois injections par semaine.

SÉZARY et BARBÉ (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 déc. 1932 et *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 9 déc. 1932) et SÉZARY et DE FONTREAULX (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 9 déc. 1932 et *Ann. de Derm. et Syph.*, 1933, IV, nos 4 et 5) ayant eu l'occasion d'étudier plusieurs cas de névrite optique due à l'arsenic pentavalent (tryparsamide, stovarsol, acétylarsan) montrent que chacun d'eux peut s'expliquer par une posologie incorrecte ou

par une contre-indication méconnue. Dans les cas où la posologie a été correcte et les contre-indications respectées, les auteurs n'ont jamais observé cette complication. BAUDOIN, LARGEAU et BUSSON (*Paris méd.*, 1932, XXII, 126) rapportent deux cas mortels à la suite de l'emploi du stovarsol sodique et insistent sur la nécessité pour éviter tout accident de s'en tenir rigoureusement aux règles formulées par Sézary et Barbé.

LOUSTE et BERNARD-GRIFFITHS (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 7 juil. 1932) présentent une femme de 55 ans syphilitique et albuminurique qui fut atteinte d'une amaurose brusque au cours d'un traitement par l'acétylsarsan et BARLOVATZ (*Soc. Path. exot.*, 16 juin 1933) rapporte une série d'accidents graves, cécité et même des cas de mort, observés avec certains échantillons de tryponarsyl vieux de trois ans et conservés en flacons bouchés au liège. Par contre TOURAINE, FOUET et GOLÉ (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 déc. 1932) ont recherché la fréquence des troubles de la vue et de l'ouïe chez leurs malades du dispensaire de Tenon. 616 mlades ont reçu, en 2.175 séries, environ 26.000 injections d'acétylarsan, à raison de 3 c. c. deux fois par semaine. Six malades seulement ont accusé des bourdonnements ou sifflements d'oreille, une certaine hypoacousie pendant quelques heures ou une journée après l'injection ; ces incidents ont donc été très rares, bénins et passagers. Cinquante-six autres malades ont reçu, en 125 séries, environ 1.500 injections de tryparsamide à des doses variant entre 0 gr. 50 et 1 gr. par semaine ; aucun n'a présenté de troubles sensoriels.

Mercure

VIGNES et POTÉ (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1204 et 1206 et *Progrès méd.*, 1932, n° 49, 2065) constatent que les injections de mercure et d iode colloïdaux détermine une décalcification tissulaire chez la souris blanche. Pas d'action à ce point de vue des injections des solutions colloïdales de Bi, As, Au et Ag.

BOUYOUCOS (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 528 et 351) étudie l'élimination de l'urée et de la phénol sulfone phtaléine pendant a diurèse provoquée par les produits mercuriels organiques.

JAWORSKI (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 362) a constaté que la dose de 1 cgr. de HgCy pour 10 c. c. de plasma (dose non toxique pour l'homme) suffit pour détruire des quantités énormes *in vitro* de virus tréponémique. Cette dose employée au cours des petites transfusions de sang peut donc mettre le receveur à l'abri de toute infection syphilitique.

LÉVY-BING et CARTEAUD (*Presse méd.*, 1933, n° 33, 671) nous donnent une mise au point de la thérapeutique mercurielle et insistent sur le fait qu'elle garde toujours ses indications et sa place très importante en syphilithérapie.

PUECH, RIMBAUD et RIVOIRE (*Soc. Sc. méd. et biol. de Montpellier*, nov. 1932 et SOREL et AVERSENQ (*Soc. Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse*, nov. 1932)insistent sur l'action extrêmement efficace du neptal dans les ascites cirrhotiques.

PARTURIER et DELALANDE (*Soc. Thér.*, 14 juin 1933) rapportent cinq cas d'arthrites chroniques améliorées rapidement et considérablement par une seule injection de neptal. Non seulement l'épanchement articulaire disparut à la suite de la forte diurèse provoquée par le neptal, mais les douleurs elles-mêmes s'amendèrent avec une rapidité très extraordinaire. Le neptal, peut donc constituer dans certains cas un traitement adjuvant des plus précieux dans la thérapeutique souvent si décevante du rhumatisme chronique.

PASTEUR VALLERY-RADOT, DEROT, AUGIER, et Mlle GAUTHIER-VILLARD (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 579) ont obtenu non seulement une néphrite aiguë, mais aussi une néphrite prolongée chez le lapin à l'aide des sels de mercure. Cependant la néphrite prolongée ne provoque pas d'une façon aussi courante que la néphrite bismuthique prolongée l'azotémie et la sclérose rénale.

LEMIÈRE, LAUDAT et LAPORTE (*Presse méd.*, 1932, n° 88, 1637), DUVOIR, LAUDAT, PICHON, LAYANI et PAUTRAT (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 18 nov. 1932) et CHABANIER, LOBO-ONELL, MARCHAUT et DOUOSSO (*Soc. fr. Urol.*, 21 nov. 1932 et *Presse méd.*, 1933, n° 2, 28) signalent l'importance de la rechloruration dans le traitement des néphrites mercurielles aiguës.

PORTOCALIS (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 25 nov. 1932) signalent un cas de rétention vésicale aiguë survenue chez un prostatique au cours de la grande diurèse déterminée par le salyrgane.

ESTRADE (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1932) étudie le rôle du soufre colloïdal dans le traitement de l'intoxication mercurielle.

LÉVY-BING et BARTHÉLEMY (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 432) rapportent des cas anciens d'embolies artérielles après injections intramusculaires de sels mercuriels solubles, à la lumière des faits actuels, cas rapportés à l'origine à d'autres causes.

Bismuth

LEVADITI, VAISMAN et Mlles MANIN et SCHOEN (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1933) faisant une étude critique des travaux américains sur l'iodobismitol (iodobismuthite de sodium solubilisé dans l'éthylène glycol) montrent que ce corps au point de vue de sa diffusion dans le névraxe et sa pénétration dans le liquide céphalo-rachidien et son activité antisyphilitique générale n'est ni meilleur ni pire que les autres bismuths, en particulier les bismuths liposolubles.

LEVADITI, VAISMAN et MANIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 12) étudiant la bismutho-prévention antisyphilitique en rapport avec l'élimination urinaire du bismuth, montrent que malgré l'irrégularité de l'élimination bismuthique urinaire chez les lapins ayant reçu du bismuth liposoluble par voie intramusculaire, il est possible d'établir un certain rapport entre la teneur métallique moyenne de l'urine, au moment de l'inoculation du virus syphilitique et l'efficacité ainsi que la durée de la métallo-prévention. Toutefois ce rapport n'offre pas la précision de celui qui apparaît entre le potentiel métalllique rénal et l'immunité antisyphilitique conférée par le bismuth.

GATÉ, MICHEL et CHARRENEL (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 181) constatent une élévation très sensible du coefficient de Maillard vers la quatrième ou cinquième injection de CyHg ou d'hydroxyde de bismuth suivie d'un retour à la normale ; ces deux médicaments antisyphilitiques tout en influençant momentanément et de façon discrète le fonctionnement hépatique s'avèrent en définitive chez les sujets normaux d'une relative innocuité vis-à-vis du foie, en concordance parfaite avec ce que montre toujours la clinique.

LE NISTOUR (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1932), étudie la bismutho-résistance au cours du traitement de la syphilis.

RABUT (*L'Hôpital*, 1933, XXI, 278), devant la relative fréquence et parfois la gravité extrême des accidents de la médication arsénobenzolique et, d'autre part, la diminution d'activité de celle-ci, est d'avis que la bismuthothérapie, médication puissante et anodine, doit être considérée comme le traitement d'attaque de la syphilis. Même opinion de SCHWARTZ (*Ann. Mal. vén.*, 1933, XXVIII, 197).

MARCOVICI (*Thèse Méd. Paris*, 1933) insiste sur le fait que dans l'hérédosyphilis majeure, la syphilis congénitale massive à lésions osseuses cutanées et viscérales graves, l'état viscéral est tellement fragile que la thérapeutique arsenicale, trop active , risque d'entrainer la mort soit parce que le foie ou le rein lésés ne peuvent supporter le médicament, soit parce que celui-ci détermine une réaction biotropique fatale ; dans tous ces cas il conseille fortement de commencer le traitement par le bismuth.

LE BARON (*Thèse Méd. Paris*, 1932) préconise le traitement du lupus érythémateux par la bismuthothérapie et la cryothérapie associées. Certes cette méthode donne comme les autres des insuccès et des récidives, mais en définitive le bismuth agit aussi vite et mieux que l'or, bien mieux et plus vite que l'arsenic, qu'il s'agisse d'un terrain hérédosyphilitique ou non. Travail très bien présenté, très bien conduit, très belles observations, venant à son heure et consacrant la bismuthothérapie du lupus inaugurée par Hudelo et Rabut et poursuivie par Sézary, Lortat-Jacob et Legrain.

SÉZARY et HOROWITZ (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 8 juil. 1932) rapportent un cas de syndrome de Raynaud guéri par des injections de bismuth.

LION (*Presse méd.*, 1933, n°s 26, 516) étudie le mode d'action des sels de bismuth en pathologie gastrique.

Signalons les travaux sur les stomatites bismuthiques et médicamenteuses de LEBOURG (*Paris méd.*, 1933, XXIII,

323), VIGNE (*Marseille méd.*, 1932, LXIX, 45), LEGARDON (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1933).

BERTIN et BRETON (*Paris méd.*, 1932, XXII, 476) signalent un nouveau cas de crise nitritoïde consécutive aux injections bismuthiques. La résultante du choc métallique provoqué par l'introduction du bismuth métal chez l'homme peut en effet se manifester cliniquement par toute la gamme des petits accidents mineurs de l'anaphylaxie, qui, allant crescendo, peuvent aboutir à l'accident majeur qu'est la crise nitritoïde.

SÉZARY et LENÈGRE (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 mars 1933) ont observé une crise abdominale dramatique (douleurs intenses, état lipothymique, diarrhée, vomissements) chez une malade déjà sensible à l'arsenic et qui eut cet accident après une injection d'une suspension huileuse de bismuth.

DRUJON et DELADRIÈRE (*Ann. Mal. vén.*, 1932, XXVII, 772) rapportent un nouveau cas d'érythrodermie bismuthique.

LANGERON, PAGET et DEVRIENDT (*Presse méd.*, 1932, n° 61, 1189) étudient l'ictère post-bismuthique qui est dû suivant les cas à une réactivation d'un virus latent, à la réactivation de la syphilis, à la toxicité propre du bismuth ou à des manifestations allergiques, toutes ces causes ne s'excluant pas, le plus souvent formant une association complexe.

SIMON, BRALEZ, DUREL et PERETON (*Ann. Derm. et Syph.*, 1933, IV, n° 5 et *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 janv. 1933) signalent un cas de cervico-vaginite hémorragique et ulcéro-membraneuse survenue au cours d'un traitement bismuthique avec stomatite concomitante.

BENSAUDE (*Soc. Gastro-entérol.*, 8 avril 1933) rapporte un nouveau cas d'intoxication par le sous-nitrate de bismuth en pansements gastriques suivi de guérison.

Anseptiques

Antiseptiques pulmonaires

Le traitement des suppurations pulmonaires par les injections intraveineuses d'alcool à 33 % est à l'ordre du jour et les succès rapportés sont nombreux, nous citerons les travaux suivants : AZERAD et GILBERT-DREYFUS (*L'Hôpital*, 1933, XXI, 165) ; HAMBURGER et GUÉRIN (*Presse méd.*, 1933, n° 19, 375) ; LAIGNEL-LAVASTINE et GEORGE (*XXII[e] Congr. fr. Méd. Paris*, 10-12 octobre 1932) ; LANDAU et KAMINER (*Presse méd.*, 10 août 1932, n° 64, 1240) ; MASSIERE et LEURET (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1933, LIV, 149) ; VIRENQUE *Soc. Méd. Chir. Pharm. Toulouse*, mai 1933).

GROSBOIS (*Thèse Méd. Paris*, 1932) préconise les lavements créosotés dans le traitement des affections pulmonaires aiguës à pneumocoques de l'enfant et de l'adulte. Pour TAMALET (*Soc. Méd. Chir. Pharm. Toulouse*, février 1933) par contre, cette méthode qui n'offre d'ailleurs aucun inconvénient ne paraît pas particulièrement efficace.

NÈGRE (*Ann. Inst. Pasteur*, 1932, XLIX, n° 3) traitant la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin par l'huile d'olive et l'huile de foie de morue a constaté une aggravation des lésions par rapport aux témoins.

RODET (*Lyon méd.*, 1932, CL, 103 et 137) étudie un nouveau composé iodé injectable pour le traitement chimiothérapique de la tuberculose pulmonaire.

PIERRET et LE MARC'HADOUR (*Soc. Méd. du Nord*, décembre 1932) préconisent le taurocholate de soude en injections intrapleurales au dixième dans la pleurésie purulente à pneumocoques de l'enfant et rapportent une observation où l'action de ce sel biliaire s'est montrée particulièrement nette.

Teinture d'iode

SOREL (*Acad. Sc.*, 6 mars 1933) montre que vingt minutes après le badigeonnage de la peau à la teinture d'iode, les ensemencements de la peau cultivent, d'autre part, les opérations pratiquées sans badigeonnage ni lavage préalable de la peau guérissent par première intention, le retour à la chirurgie aseptique pure paraît donc désirable à l'auteur.

Trypaflavine Gonacrine

LEVRAT et MORELON (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 181 et 181) montrent que la mise à l'obscurité de l'animal en expérience ne diminue en rien la toxicité de la trypaflavine. Ce corps, de plus, peut malgré la rapidité de son élimination urinaire s'accumuler dans une certaine mesure et des petites doses répétées chez le lapin déterminent régulièrement des accidents de néphrite aiguë azotémique, identiques aux accidents obtenus par l'emploi de doses fortes.

JINEL (*Thèse Méd. Paris*, 1932) et BLANCO (*Thèse Méd. Paris*, 1933) consacrent leur thèse à l'étude de la chimiothérapie acridinique de la blennorragie.

BARBEILLON (*Soc. fr. Urol.*, 19 décembre 1932) et JAMET-(*Soc. fr. Urol.*, 16 janvier 1933) insistent sur l'excellent pouvoir antiseptique de la gonacrine dans les infections urinaires.

POLGE (*Thèse Méd. Paris*, 1933) étudie l'action du chlorométhylate neutre d'acridine dans la fièvre de Malte.

PATOIR (*Soc. nat. Méd. et S c. méd. Lyon*, 24 mai 1933) ont constaté à la suite d'une injection de gonacrine un œdème dur de l'avant-bras avec état syncopal pendant quelques minutes dû probablement à une capillarite par injection intra-artérielle.

D'HERMIGNY DE BRUCE et TISON (*Soc. Méd. du Nord*, janvier 1933) rapportent deux cas de manifestations cutanées (herpès, pétéchies, exanthème généralisé avec stomatite et température à 40°), après injections de gonacrine.

Mercurochrome

FONTAINE et HENRIET (*Gaz. Hôp.*, 1932, CV, 1045) rapportent un cas d'arthrite gonococcique du genou traité avec succès par l'arthrotomie précoce associée à l'emploi du mercurochrome en injections intrasynoviales et intraartérielles.

GATÉ et CUILLERET (*Paris méd.*, 1933, XXIII, 53) ont obtenu de bons résultats avec les badigeonnages de mercurochrome à 5 % dans les infections cutanées la perlèche, les folliculites, les furoncles, les anthrax et le chancre mou.

Acide picrique

DONET ((*Thèse Méd. Paris*, 1932) signale les bons effets antiseptiques de l'acide picrique en thérapeutique gynécologique.

TOURAINE, SOLENTE et RIBADEAU-DUMAS (*Soc. fr. Derm., et Syph.*, 10 novembre 1932) ont observé un érythème scarlatiniforme avec éosinophilie sanguine et sensibilité cutanée à l'acide picrique après application de deux ovules renfermant 0 gr. 15 d'acide picrique.

Sulfate de cuivre

TANON, LASSABLIERE et PEYCELON (*Soc. Méd. Hyg. trop.*, 1er jui n 1933) montrent que l'addition de faibles doses de fer ou d'autres sels métalliques renforce considérablement le pouvoir antiseptique du sulfate de cuivre.

Urotropine

BERTRAND (*Soc. Path. exot.*, 6 juillet 1932) a constaté que l'urotropine augmente la perméabilité méningée au sérum antitétanique.

DUTHOIT (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 721) montre que les doses massives d'urotropine déterminent chez le chien des lésions vésicales prédominantes, on observe seulement aux doses très fortes des lésions de néphrite épithéliale.

Ether benzylcynnamique

JACOBSON (*I[er] Congr. internat. Hyg. médit. Marseille*, 19-25 septembre 1932) signale les bons résultats donnés par l'éther benzylcinnamique dans le traitement du trachome.

« Ceux qui s'entêtent à nous représenter le médecin, dans les films ou sur la scène, sous l'aspect d'un homme à barbe et sans élégance vestimentaire, me font bien rire. Ce type archaïque du médecin a disparu. Nos jeunes confrères sont très à la page, qu'il s'agisse du costume, du sport ou de la vie mondaine. » (*L'Informateur Médical.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

L'arsénobenzène intramusculaire

Par le Docteur G. MILIAN (1)
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Lorsqu'Erlich introduisit le 606 dans la thérapeutique, ce produit était injecté sous la peau du dos et il y produisait des réactions locales douloureuses d'une violence inouïe et, de temps à autre chez les sujets dont la peau du dos n'était pas très épaisse, des ulcérations parfois très étendues et capables d'atteindre la dimension d'une paume de main. Lorsque les injections étaient faites dans d'autres régions où la peau est forcément moins épaisse, puisque c'est au dos qu'elle présente son épaisseur maximum, l'escarre était fatale, et ces escarres mettaient un temps très long à cicatriser.

Ces douleurs, ces ulcérations incitèrent les chercheurs à étudier d'autres modes d'administration. Et c'est ainsi qu'en France le Docteur Louis Martin, de l'Institut Pasteur, administra le 606 en injections intraveineuses et ce mode d'administration fut utilisé ensuite dans le monde entier à l'exemple du Docteur Louis Martin. Il faut reconnaître à cet auteur un grand mérite, celui d'avoir compris la possibilité de ce mode d'administration d'un produit, qui par ailleurs était si douloureux et si capables d'escarres.

Malgré ce grand progrès de l'administration endoveineuse, la médication restait toujours d'une application difficile, parce qu'il fallait faire subir au 606 une préparation extemporanée délicate (neutralisation exacte par la soude) qui enlevait au médicament tout caractère pratique et ne pouvait le laisser applicable que par une petite quantité de médecins les seuls spécialistes syphiligraphes ou à peu près.

Pour obvier à ces inconvénients, Erlich fabriqua un autre corps qui tout en restant un arséno, c'est-à-dire un arséno trivalent, sans oxygène fixé sur sa molécule, n'avait pas besoin d'une telle manipulation chimique et était neutre d'emblée, c'est ainsi que naquit le 914 directement injectable après simple dissolution dans l'eau distillée ou le sérum artificiel. Son administration endoveineuse devenait dès lors des plus simples. Par contre, l'injection intra musculaire de ce produit restait toujours douloureuse et par suite impossible à administrer par cette voie. La meilleure preuve en est que quand, par malheur, un médecin maladroit ou inattentif injecte du liquide à côté de la veine il se produit dans cette région juxtaveineuse un pseudo phlegmon qui aboutit à une ulcération secondaire très longue à guérir et qu'il est parfois nécessaire de suturer après avivement des bords pour en amener la cicatrisation.

Dès lors les chimiothérapeutes s'évertuèrent à trouver un produit tolérable par le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu musculaire. Le sulfarsénol, découvert par Lehnoff-Wild, est injectable aussi bien dans les veines que dans les muscles ; mais lorsqu'on atteint une certaine dose, l'injection intramusculaire devient douloureuse, si bien que celle-ci ne peut guère être appliquée jusqu'à la dose idéalement utile que chez les enfants, dont le poids minime ne demande pas une dose aussi forte que le gros poids de l'adulte.

* * *

Le problème n'était donc pas encore absolument résolu ; c'est M. Mouneyrat, déjà si connu et si célèbre par tous les arsenicaux qu'il a introduits dans la thérapeutique, qui a résolu la question d'une manière complète, en créant l'arsénomyl, préparation 802.

L'arsénomyl est un nouveau dérivé des arsénobenzènes, c'est donc un composé trivalent. Il se présente en solution, aqueuse glucosée, préparée d'avance en ampoules injectables directement ; c'est une simplification technique très importante, puisque le médecin n'a qu'à aspirer le contenu de l'ampoule pour l'injecter directement au malade, comme il ferait d'une ampoule d'huile camphrée, ou de tout autre produit de la pharmacopée usuelle. Ce produit est stable pendant au moins un an, ce qui n'est pas un de ses moindres avantages, car on connaît la grande instabilité des arsénobenzènes et c'est ce qui fait qu'on est obligé de les livrer en poudre dans des ampoules où existe le vide, ou bien dans lesquelles l'air est remplacé par un gaz inerte.

L'arsénomyl s'injecte par voie intramusculaire et aux doses progressives, de 30, 50, 60, 70, 90, 105 ; et davantage si l'on veut. Il va sans dire que chez les enfants, les doses sont moindres.

L'activité du médicament est aussi remarquable que celle de tous les autres arsénobenzènes. La cicatrisation des accidents secondaires comme celle des accidents tertiaires est rapide et l'on peut dire que la cicatrisation des pertes de substance dues à la syphilis se fait comme s'il s'agissait d'une plaie aseptique, sans qu'il y ait tendance à aucun moment à la stagnation ulcéreuse ou à son extension progressive.

L'action sur la réaction de Wassermann est tout à fait comparable à celle de l'arsénobenzène intraveineux. Le produit introduit par M. Mouneyrat dans la thérapeutique est donc un excellent médicament de la syphilis et il constitue un réel progrès pour la diffusion du traitement arsenical par les arsenicaux trivalents qui étaient pour ainsi dire jusqu'ici l'apanage à peu prés exclusif des syphiligraphes.

* * *

Il y a bien des arsenicaux antisyphilitiques injectables sous la peau, dans le muscle ; depuis quelque temps, en effet, on a ressuscité dans la thérapeutique toute une catégorie de corps qui ne sont plus des arsénos ni des arsenicaux trivalents mais des dérivés de l'acide phényl arsinique, ou atoxyl et qui sont des médicaments pentavalents, or, ces médicaments sont en effet injectables dans le muscle, et non douloureux. Malheureusement, les arsenicaux pentavalents sont loin d'avoir l'activité des arsenicaux trivalents ou arsénobenzènes, c'est ce qui fait que les chercheurs ont toujours tourné leur effort vers les arsénobenzènes et non pas sur les arsenicaux pentavalents, tel que l'atoxyl par exemple. On peut dire que grâce à ce nouvel arséno introduit dans la thérapeutique, l'arsénomyl intramusculaire du Docteur Mouneyrat a rendu un réel progrès à la pratique médicale.

(1) *Revue de Dermatologie et de Vénéréologie*, mai 1933.

FONDÉ EN 1873. — N° 50 LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 DÉCEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 décembre. — M. KRAKOWSKI : Essai d'auxothérapie cardio-vasculaire. — M. LAMBEY : Les injections intraveineuses de convallotoxine dans la thérapeutique de l'insuffisance cardiaque. — M. GOÉRÉ : Contribution à l'étude des entérococcémies.

7 décembre. — Mlle NÉVAL : Etude de la tuberculose miliaire à évolution lente chez l'enfant. — M. SOUDÉE : Etude de la culture du sang par la méthode de Lowenstein dans la tuberculose pulmonaire. — M. GUILLAUD-VALLÉE : L'origine allergique du psoriasis.

Internat des asiles publics d'aliénés. — Sont nommés internes titulaires des asiles publics d'aliénés de la Seine pour prendre rang au 15 novembre 1933 : MM. Leconte, Daumèjon, Mme Debreuil, Mlles Petit, Abraham, M. Golse, Mme Bobé, MM. Veyres, Delmont-Bebet, Fortineau, Devallet, Longuet, Anglade, Ajuriaguerra, Adadjaniantz.

Sont nommés internes provisoires pour l'année 1933-1934 : MM Fardet, Maillefer, Thuillier, Mme Couléon, Mlle Lacassagne, M. Vallade.

Faculté de médecine de Lille. — Ont été nommés après concours :

Chaire de clinique médicale du Professeur Carrière (hôpital Saint-Sauveur) : chef de clinique titulaire, Docteur Huriez ; chef de clinique adjoint, Docteur Verhaeghe.

Chaire de clinique médicale et phtisiologique du Professeur Minet (hôpital de la Charité) : chef de clinique titulaire, Docteur Patoir ; chefs de clinique adjoints, Docteurs Warembourg et Dupire ; moniteur de clinique, M. Cornille.

Chaire de clinique obstétricale du Professeur Bué : chef de clinique, Docteur Louis Gernez ; moniteur de clinique, M. Demarez.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Berthomier (de Vichy), Hubert et Moing (de Paris), Papin (d'Angers).

Académie de médecine. — La séance annuelle de l'Académie de médecine au cours de laquelle seront proclamés, par M. Souques, président, les prix et récompenses décernés en 1933, aura lieu le 12 décembre, à 3 heures précises.

M. Brouardel, secrétaire annuel, présentera un rapport sur ces prix et M. Achard, secrétaire général, prononcera l'éloge de S. A. S. le Prince Albert-Ier de Monaco.

Société psychanalytique. — La VIIIe conférence des psychanalystes de langue française se réunira, à Paris, les 18 et 19 décembre, à 9 heures du matin, en l'auditoire de la Faculté de médecine, à l'Asile-Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

Rapport de MM. de Saussure et Piaget sur : « Les points de convergence et de divergence entre la psychologie génétique de l'intelligence et la psychanalyse ».

Congrès de médecine de Tunis. (Vacances de Pâques 21, 22 et 23 mars 1934.) — C'est à Tunis sous la présidence du Professeur Nicolle, que se tiendra la prochaine réunion de la Fédération des Sociétés des sciences médicales d'Algérie et de Tunisie.

Le programme comportera des rapports, des communications et des conférences.

Les rapports et les communications auront trait à la *syphilis en Afrique du Nord.*

Huit rapports seront présentés : trois par la Section de Tunisie, trois par celle d'Algérie, deux par celle du Maroc.

La Section de Tunisie a retenu les rapports suivants :

Premier rapport : « La lutte antisyphilitique en Tunisie », par les Docteurs MAZÈRES, REYNAL et CHAUVIN.

Deuxième rapport. — « Influence de l'arsénothérapie (novarsénicaux) sur la fréquence de la paralysie générale et du tabes chez le musulman tunisien », par le Docteur CASSAR.

Troisième rapport. — « La syphilis oculaire en Tunisie », par les Docteurs CUÉNOD et Roger NATAF.

Un rapport sur « La syphilis au Maroc, sa prophylaxie, son traitement » sera présenté par les Docteurs COLOMBANI et LÉPINAY.

Le Professeur GILLOT et le Docteur MACHUEL d'Alger feront un rapport sur « La syphilis infantile en Algérie ».

Deux autres rapports seront établis par les confrères algériens :

L'un sur « La lutte antisyphilitique en Algérie », l'autre sur « La syphilis cutanéo-muqueuse chez l'indigène algérien ».

Des communications sur la question mise à l'étude pourront être faites par tout adhérent au Congrès.

Enfin, des conférences sur des sujets d'actualités seront faites par des personnalités médicales, françaises et et étrangères.

En outre, le Comité de Tunis est en train d'élaborer un programme touristique qui permettra, moyennant des prix relativement modestes, de visiter les régions les plus pittoresques de la Tunisie.

En même temps que ce Congrès médical aura lieu la première réunion annuelle hydro-climatique de Tunisie.

Ajoutons qu'à cette occasion, le Comité envisage une exposition d'hygiène de produits pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et d'hydro-climatologie.

Rappelons enfin que ce Congrès est ouvert à tous les médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, français et étrangers.

Très prochainement d'ailleurs paraîtra dans la presse, le programme définitif de ce Congrès médical, pour lequel de nombreuses adhésions ont déjà été recueillies.

Pour tous renseignements complémentaires, on est prié de s'adresser au « Secrétariat général du Congrès », « Maison du Médecin », 25, avenue de Paris, Tunis.

Assistance publique à Paris. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les

hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 20 décembre prochain, dernier délai.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) *Séance du 28 novembre.* — Après exposé des propositions faites par la Canadian Pacific et par la Transatlantique pour l'organisation d'une croisière au Canada à l'occasion du Congrès des médecins français à Québec, le Conseil décide qu'il donnera son patronage à la Transatlantique qui met à la disposition des médecins un de ses plus beaux paquebots le *Champlain*.

Changement d'adresse. — Le Docteur Pierre Robin a l'honneur d'informer ses confrères que sa *Clinique eumorphique* anciennement, 7, rue du Dragon est transférée depuis le 1er novembre 1933 au 9 *bis*, rue Vézelay (VIIIe). Tél. : Laborde 04.74.

Les conditions du traitement sont toujours les mêmes que celles de la rue du Dragon.

Confédération des Syndicats médicaux français. L'Assemblée générale statutaire de la Confédération des Syndicats médicaux français tiendra sa réunion les samedi 16 et dimanche 17 décembre 1933, en l'Hôtel des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi.

Société de pathologie comparée. — La séance solennelle annuelle (suivie d'un banquet) de la Société de pathologie comparée, aura lieu le mardi 12 décembre 1933, à 1 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police. — Tous les vendredis à 15 heures, à partir du vendredi 8 décembre 1933, conférences cliniques avec présentation de malades. (Docteur de Clérambault ; Docteur Logre ; Docteur Heuyer, médecin des hôpitaux.

Docteurs en médecine ; Étudiants en médecine ; Magistrats. S'inscrire : 3, quai de l'Horloge.

Nécrologie. — Docteur Jules Bizouard, de Monaco. — Médecin général Coste, décédé à Marciac (Gers). — Docteur Louis Douhairet, de Joncy (Saône-et-Loire). — Docteur J.-F. Girou, père, d'Aurillac (Cantal). — Docteur Huguenin, de Paris. — Docteur Jacquet, de Paris. — Docteur Abel Jonchères, de Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure). — Docteur Gaston Legros, de Paris, 96, rue Miromesnil (VIIIe). — Docteur Édouard Lorieux, de Ploermel (Morbihan). — Docteur Bernard Palle, de Paris, 77, rue Monceau (VIIIe). — Docteur Jean-Léon Peindarie, de Monteuq (Lot). — Docteur Raymond Picot, de Rabastens (Tarn). — Émile Puthomme, chef de laboratoire de radiographie à la Salpêtrière, mort victime des rayons X à l'âge de 55 ans. — Docteur Ribière, de Bordeaux, 109, rue Antoine-Gautier. — André Midy, pharmacien, officier de la Légion d'honneur. — Professeur C. Baumler, ancien médecin de l'hôpital allemand de Londres, décédé à Fribourg-en-Brisgau, à l'âge de 97 ans. — Professeur Arturo Biedl, de Prague. — Docteur Makins, de Londres, président du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre. — Docteur J. Armour, de Londres, chirurgien du West London Hospital. — Docteur Pierre Albertoni, physiologiste (Italie), sénateur, décédé à l'âge de 84 as. — Docteur Walthard, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Zurich.

BIBLIOGRAPHIE

Le Secret médical, par Georges Jacomet. Préface du Professeur Balthazard. Un volume in 8° de 112 pages. 25 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'auteur, qui est un juriste, dans une langue précise et claire qui ne sent jamais l'effort et le style d'école, analyse minutieusement cette question moins en érudit qu'en vulgarisateur. Il n'oublie pas néanmoins de terminer chacun de ses chapitres par un relevé limpide et judicieux des arrêts ou jugements qui font autorité dans cette matière complexe.

Il examine sans en oublier une toutes les faces de la question jusqu'au certificat prénuptial y compris les déclarations obligatoires de la tuberculose et de la syphilis, problèmes d'un passionnant intérêt et auxquels, selon l'expression de l'éminent Doyen, l'auteur apporte toujours des vues originales susceptibles d'émouvoir et d'intéresser. L'ouvrage débute par une critique décisive de la théorie fantaisiste de Perreau Charmantier qui repose le secret sur l'idée de contrat, et par un exposé de l'Ordre public qui est, de l'avis de l'auteur, le seul fondement possible du secret.

Un historique alerte et vivant, une étude sommaire des législations étrangères complètent ce livre attendu et réclamé par le public médical et qui constitue le premier travail d'ensemble consacré exclusivement au secret hippocratique. Cet ouvrage est à la fois, selon la pensée même du Professeur Balthazard, par sa compilation jurisprudentielle et sa philosophie très personnelle, pour l'homme de l'art, un guide et un memento.

L'énigme pathologique de Sainte-Hélène. Napoléon est-il mort d'un cancer ? par le Médecin colonel S. Arbavucci. *Bruxelles Médical*, août 1933.

« Napoléon a succombé à une hépatite suppurée consécutive à une amibiase intestinale, affection endémique à Sainte-Hélène. »

Telle est la conclusion que notre confrère, le Comte S. Arbavucci donne à son mémoire très documenté, — mémoire que liront avec intérêt et profit tous les amateurs des problèmes pathologiques posés par l'Histoire.

Il semble bien, en toute impartialité, que le diagnostic posé par O. Méara, confirmé par Stokoe ait été le bon — en dépit des sanctions cruelles dont le gouvernement anglais récompensa l'honnêteté professionnelle de ces deux praticiens.

De la sensibilisation, par E. Guillaume. Un volume in-8° de 136 pages avec figures dans le texte. 45 francs Gaston Doin et Cie, éditeurs 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans ce travail, l'auteur s'est préoccupé de montrer, combien plus vaste qu'on ne l'admet communément, lui apparaît le domaine de la sensibilisation et dans quel sens peuvent s'orienter les recherches qui voudront en pénétrer la nature.

Dans la première partie (sensibilisation anaphylactique et sensibilisation d'immunité), il expose une hypothèse physico-chimique de la sensibilisation qui lui permet de concilier les théories émises pour expliquer l'infection et l'immunité.

La dernière partie (pathogénie des maladies infectieuses) est une application de cette hypothèse à quelques cas particuliers.

On trouvera dans le dernier chapitre une interprétation générale des actions thérapeutiques.

Ce livre s'adresse donc, non seulement aux biologistes, mais encore à tous les médecins soucieux des problèmes de pathologie générale.

La réduction des loyers commerciaux et leur « ajustement » à la « valeur locative équitable ». Un volume in 8°, 61 pages. Prix : 5 francs. Librairie R. Pichon et R. Durand Auzias, 20, rue Soufflot, Paris (5e).

Théophile Gautier, par Adolphe Boschot. Un volume in 8° écu de 362 pages, 4 illustrations. Collection « Temps et Visages ». Prix : 20 francs. Desclée de Brouwer, éditeur, Paris.

La vie et l'œuvre de *Théophile Gautier* viennent d'inspirer un livre fervent et plein de renseignements inédits.

Son auteur, M. Adolphe Boschot, membre de l'Institut, est un historien du romantisme français et le biographe de Berlioz. Déjà il avait publié quelques études sur Théophile Gautier : il les complète aujourd'hui dans un livre d'ensemble, où il met le fruit de ses longues recherches.

Ce livre, orné de quatre portraits en hors-texte, nourri d'une ample érudition, et qui utilise nombre de documents inédits, est une évocation fidèle et pittoresque du « bon Théo » et de ses camarades romantiques. On y verra quels furent son « idée secrète » et son culte de la beauté.

Comme dans un roman, mais où tout serait vrai, on sera séduit par la fougue et la fantaisie d'une jeunesse aventureuse, et l'on sera ému par les longs labeurs et la sereine tristesse d'un poète pauvre, qui survit à ses illusions.

Sur telles de ses œuvres les plus célèbres, comme *Mademoiselle de Maupin*, *Emaux et Camées* ou le *Capitaine Fracasse*, on y trouvera un historique plein d'imprévu.

Les innombrables feuilletons de Théophile Gautier, enfouis dans les journaux d'autrefois, furent dépouillés par M. Adolphe Boschot : ils fournissent à deux chapitres sur un Gautier doublement méconnu, comme critique d'art et comme critique théâtral. C'est là une importante contribution à l'histoire du goût au dix-neuvième siècle.

Enfin, à chaque page, on sentira quelle belle âme vivait en Gautier. Ce livre, écrit avec amour, fera aimer celui que Baudelaire saluait comme un initiateur, et dont Flaubert écrivait : « Je l'admirais comme un maître et je l'aimais comme un frère. »

Ce *Théophile Gautier* est un acte de justice et de réparation, en l'honneur d'un grand écrivain de la France moderne.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ostéopathies de carence et parathyroïdes

Par Jacques DECOURT

Médecin des Hôpitaux de Paris

Nous groupons ici sous le nom d'ostéopathies de carence tous les syndromes de décalcification osseuse diffuse indépendants de l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen, c'est-à-dire au premier chef le rachitisme et l'ostéomalacie.

Ces affections, en effet, se caractérisent avant tout par un appauvrissement de l'organisme en calcium, phénomène purement passif auquel on remédie par une thérapeutique en quelque sorte additive : soit en corrigeant un régime trop pauvre en calcium, soit en assurant l'absorption du calcium par l'intestin, soit en permettant sa fixation dans l'organisme au moyen de l'irradiation ultra-violette ou de l'ergostérol irradié.

Au contraire la décalcification osseuse de l'ostéite fibro-kystique est le résultat d'un processus actif, dont témoigne, au niveau du squelette, l'association d'un remaniement constructif aux phénomènes de décalcification. Ici la guérison de la maladie ne peut plus être obtenue par la seule intervention des agents fixateurs du calcium ; la thérapeutique est d'ordre suppressif : elle consiste en l'ablation chirurgicale d'un tissu parathyroïdien en hyperfonctionnement.

Qu'on veuille bien excuser cette digression préliminaire, destinée à justifier le sens un peu élargi que, dans un souci pratique de synthèse, nous accordons ici au mot carence.

Notre but est de préciser le rôle, actuellement débattu, que l'on doit accorder aux glandes parathyroïdes au cours des ostéopathies de carence.

***

C'est à propos de ces affections que les rapports des parathyroïdes avec la pathologie osseuse ont été, pour la première fois envisagés. L'honneur en revient à Erdheim (1906). Les travaux de cet auteur ont été récemment discutés. Pour en apprécier la valeur il convient d'envisager séparément les faits et l'interprétation qui en a été donnée.

Les premières constatations d'Erdheim ont été d'ordre expérimental. Pratiquant la parathyroïdectomie sur les rats il observa, dans les cas où la survie était prolongée, huit à dix semaines après l'intervention, l'apparition d'altérations dentaires, caractérisées par des îlots opaques blanchâtres au niveau des incisives, avec fragilité anormale de la dent.

Erdheim eut alors l'idée d'étudier l'état des parathyroïdes au cours du rachitisme spontané du rat. Il y trouva des nodules hyperplasiques, formés de cellules parathyroïdiennes principales foncées, qu'il décrivit sous le nom de foyers de bourgeonnement.

Etudiant ensuite les parathyroïdes humaines au cours de l'ostéomalacie, il y trouva des modifications analogues.

Tels sont les faits. Erdheim en tira des conclusions générales concernant le rôle des parathyroïdes en pathologie osseuse. Les images d'hyperplasie constatées au niveau de ces glandes au cours de processus décalcifiants lui semblèrent traduire un hyperfonctionnement réactionnel, une « hypertrophie de travail ».

Soulignant, en effet, la fréquente association clinique de l'ostéomalacie et de la tétanie, et rappelant le fait que la tétanie s'observe après la parathyroïdectomie, il considérait comme peu vraisemblable que l'hypertrophie des parathyroïdes fût la cause de l'ostéomalacie. Il y vit tout naturellement un processus de défense destiné à combattre la décalcification osseuse.

Cette opinion régna longtemps dans les pays de langue allemande, et suscita de nombreux travaux qui aboutirent aux mêmes conclusions. Elle parut d'ailleurs confirmée par les expériences de Mac Callum et Voegtlin, montrant, en 1909, que l'ablation des parathyroïdes détermine constamment un abaissement de la calcémie.

Nous allons voir cependant qu'elle doit être abandonnée, bien que les faits sur lesquels elle a été édifiée soient exacts.

***

Des faits nouveaux, d'une extrême importance, sont venus éclairer les rapports des glandes parathyroïdes avec la pathologie osseuse. Les uns concernent l'étiologie de l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen, les autres découlent de l'étude expérimentale de l'extrait parathyroïdien isolé par Collip en 1925.

I. L'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen a été fréquemment confondue, jadis, avec l'ostéomalacie, avec laquelle elle offre une grande ressemblance clinique. Elle réalise, en effet, une « ostéomalacie » au sens propre du mot, avec des douleurs et des déformations osseuses en rapport avec le ramollissement du squelette. Mais la décalcification n'y est pas pure ; elle s'associe à un processus d'ostéite fibreuse donnant naissance à des tumefactions osseuses pseudo-kystiques.

Au point de vue biologique la maladie se caractérise par une mobilisation du calcium osseux, d'une part vers les humeurs et les tissus, et, d'autre part, vers l'extérieur. Le bilan calcique est négatif, c'est-à-dire que le taux du calcium éliminé par les urines et par les fèces est supérieur à celui du calcium ingéré. Il existe d'autre part une hypercalcémie, parfois considérable, et une surcharge calcique des tissus.

L'hypercalcémie commande un syndrome neuro-musculaire particulier, caractérisé par une profonde asthénie musculaire avec hypotonie, et par une élévation des chronaxies des muscles et des nerfs, syndrome qui s'oppose à celui de la tétanie (Sainton et Bourguignon).

L'hypercalcémie peut se compliquer de lithiase rénale, d'albuminurie, de cylindrurie.

Tels sont les traits essentiels de l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen. Or il est établi aujourd'hui que cette affection est en rapport avec le développement d'une tumeur adénomateuse des parathyroïdes. L'ablation chirurgicale de cet adénome guérit la maladie, ou tout au moins en arrête l'évolution. Après l'intervention la calcémie s'abaisse, le bilan calcique redevient positif ; les douleurs osseuses disparaissent ; l'impotence fonctionnelle s'atténue ; la marche redevient possible ; l'état général s'améliore. Après quelques mois la recalcification devient radiologiquement appréciable ; certaines tumeurs osseuses peuvent s'affaisser, certaines géodes se combler.

II. La nature adénomateuse de la tumeur parathyroïdienne et les effets heureux de son ablation avaient déjà fait entrevoir que la maladie était la conséquence d'un hyperfonctionnement des parathyroïdes. Nous en possédons aujourd'hui la preuve expérimentale : l'ostéite fibro-kystique peut être réalisée chez l'animal par des injections répétées d'un extrait parathyroïdien actif : la parathormone de Collip.

Les injections de parathormone provoquent une élévation de la calcémie et une excrétion exagérée de calcium par les urines et par les fèces (Collip et Clark, Greenwald et Gross). Elles déterminent en outre une profonde asthénie musculaire avec diminution de l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs (Berman). On a vu que ces mêmes symptômes s'observent au cours de l'ostéite fibro-kystique.

◆◆

Bien plus, différents auteurs sont parvenus à reproduire chez l'animal des lésions osseuses analogues à celles de la maladie humaine. Dès 1925, Kurokawa, par des greffes répétées de glandes parathyroïdes, avait obtenu chez le rat, au bout de plusieurs mois, des modifications de la croissance, une atrophie osseuse avec étroitesse et irrégularité des lignes épiphysaires.

En 1929, Bauer, Aub et Albright obtinrent des résultats analogues chez le lapin, à la suite d'injections de parathormone. En 1930, Jaffé, Bodanski et Blair réalisèrent chez le chien, après un traitement prolongé, des lésions osseuses diffuses caractérisées, comme dans la maladie humaine, par un double processus de résorption osseuse et de prolifération fibreuse. Ils constatèrent en outre que les glandes parathyroïdes des chiens en expérience avaient diminué de volume et présentaient des signes histologiques d'involution fonctionnelle.

Des constatations analogues ont été faites chez le chien, le rat, le cobaye, par Fuchs et Falkhausen (1930), Johnson et Wilder (1931), Mandl et Uebelhor (1932).

Marx le premier, en 1932, parvint à réaliser non seulement une décalcification généralisée de squelette, mais encore des images kystiques très nettes. Plus récemment, Bréchot et Pergola, injectant quotidiennement à des lapins adultes 40 à 60 unités de parathormone obtinrent au bout de quelques mois, dans tous les cas, une décalcification importante et une diminution des trabécules épiphysaires. En outre, deux animaux sur vingt présentèrent des images radiologiques tout à fait typiques de kystes osseux diaépiphysaires. A l'autopsie, les os longs se montraient incurvés et se laissaient facilement couper aux ciseaux ; la résorption du tissu spongieux était si complète que les zones diaépiphysaires semblaient avoir été curettées. L'examen histologique, pratiqué par Delarue, montra les lésions caractéristiques de l'ostéite fibreuse.

Cet ensemble de données anatomo-cliniques et expérimentales établit de façon définitive le rôle de l'hyperparathyroïdie en pathologie osseuse. Qu'elle soit réalisée chez l'homme par le développement spontané d'un adénome parathyroïdien, ou expérimentalement chez l'animal par des injections répétées de parathormone, cette hyperparathyroïdie se traduit essentiellement par :

1) un bilan calcique négatif,

2) une décalcification du squelette associée à un processus de prolifération fibreuse,

3) une surcharge calcique des humeurs et des tissus, d'où résultent de l'asthénie et de l'hypotonie musculaire avec diminution des chronaxies.

* *

Ces faits étant établis, comment peut-on concevoir le rôle des parathyroïdes au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie, et, en général, au cours des ostéopathies de carence ?

La conception d'Erdheim, exposée plus haut, ne peut plus être intégralement admise. Il est exact, comme l'avaient établi déjà Mac Callum et Voegtlin, que l'hormone parathyroïdienne a le pouvoir d'élever la calcémie ; mais elle ne peut le faire qu'aux dépens du squelette, puisqu'elle augmente aussi l'excrétion du calcium par les urines et par les fèces. On ne peut donc plus admettre, comme on l'a fait longtemps, que l'hyperplasie parathyroïdienne observée au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie ait pour action de combattre la décalcification osseuse : tout au contraire elle ne peut que l'exagérer.

Que faut-il alors conserver des travaux d'Erheim et de ses successeurs ? Certains auteurs les ont critiqués, ou passés sous silence. D'autres, au contraire, en admettent le bien-fondé et soutiennent qu'il n'y a pas d'opposition absolue entre le rachitisme et l'ostéomalacie d'une part, l'ostéite fibro-kystique d'autre part, l'hyperparathyroïdie pouvant intervenir au cours de ceux-là comme de celle-ci.

Ces deux opinions nous paraissent également indéfendables.

1. Tout d'abord, la réalité de l'hyperplasie parathyroïdienne au cours des ostéopathies de carence est indiscutablement établie : Pappenheimer et Minor l'ont très objectivement démontrée au cours du rachitisme humain, où ils ont observé une augmentation nette des parathyroïdes par augmentation du nombre des cellules.

La même constatation peut être faite au cours du rachitisme expérimental : Marine, en 1913, soumettant des poulets à un régime particulier privé de calcium, obtient du ramollissement des os et constate une hypertrophie des parathyroïdes. Luce, en 1923, fait la même observation chez des rats.

Nonidez et Goodale, en 1926, rendent des jeunes poulets rachitiques en les soumettant à un régime pauvre en vitamine D et en les privant de lumière solaire ; ils constatent chez eux une augmentation de volume des glandes parathyroïdes, liée à la fois à l'hypertrophie et à la multiplication de leurs cellules. Exposant ensuite les animaux à la lumière solaire, ils voient cette hyperplasie régresser.

Des constatations analogues ont été faites en 1928 par Higgins et Sheard, chez des poulets également. Ces auteurs ont noté, en outre, que l'hyperplasie parathyroïdienne ne s'accompagne d'aucune modification particulière de la calcémie et de la phosphorémie.

Une semblable hypertrophie des parathyroïdes s'observe encore dans d'autres conditions expérimentales. On sait que la dérivation totale de la bile hors du tube digestif réalise un syndrome de décalcification osseuse qualifié par les auteurs d' « ostéomalacie poreuse ». Cette décalcification se produit sans ostéoclastes. Or, dans des expériences de cet ordre pratiquées chez le chien, Dieterich, Loewy ont observé une hypertrophie générale des parathyroïdes, liée à une hyperplasie considérable des éléments glandulaires, sans aucune réaction inflammatoire.

Tous ces faits confirment, en somme, les constatations anciennes d'Erdheim. Ils établissent définitivement que tous les processus de décalcification osseuse s'accompagnent d'une hyperplasie diffuse des glandes parathyroïdes.

2. Faut-il admettre alors, avec certains auteurs, que ces modifications de l'appareil parathyroïdien sont la cause de la décalcification osseuse au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie, au même titre que dans l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen ? Nous ne le pensons pas.

En effet, du double point de vue anatomique et biologique, des différences profondes séparent ces deux groupes d'affections.

Anatomiquement, l'ostéomalacie et le rachitisme spontanés ou expérimentaux, s'accompagnent bien de décalcification osseuse et de ramollissement du squelette ; mais on n'y trouve point cette hyperplasie fibreuse qui caractérise l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen.

Biologiquement surtout l'opposition est évidente. L'ostéite fibreuse, on l'a vu, s'accompagne d'hypercalcémie, d'hypotonie musculaire et de diminution des chronaxies, symptômes qui témoignent d'un hyperfonctionnement parathyroïdien. Au contraire les ostéopathies de carence, dans leurs phases évolutives, s'accompagnent habituellement d'une hypocalcémie et d'une hyperexcitabilité neuromusculaire avec élévation des chronaxies, pouvant aller jusqu'à l'apparition d'accès de tétanie, syndrome qui s'observe au cours de l'insuffisance parathyroïdienne.

Des affections biologiquement aussi différentes ne peuvent évidemment être de même essence.

Pourtant l'hyperplasie parathyroïdienne observée au cours des ostéopathies de carence offre bien les caractères d'un phénomène réactionnel. Mais elle ne peut avoir pour rôle de combattre la décalcification osseuse comme le pensait Erdheim, puisque l'hyperfonctionnement des parathyroïdes est, au contraire, un facteur de décalcification. Elle apparaît ainsi comme un phénomène illogique.

A la vérité les faits ne sont contradictoires qu'en apparence. Ils nous paraissent s'expliquer très simplement de la façon suivante.

Au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie et, en général, dans toutes les ostéopathies de carence, expérimentales ou spontanées, le fait essentiel est l'appauvrissement de l'or-

ganisme en calcium. Qu'il résulte d'une insuffisance d'apport alimentaire, d'un défaut d'absorption intestinale, ou d'une carence en facteur D, cet appauvrissement en calcium est global : il se manifeste au niveau des humeurs et des tissus comme au niveau du squelette.

Or la décalcification osseuse n'a pas, au point de vue vital, la même gravité que l'hypocalcémie. A partir d'un certain taux la diminution du calcium sanguin et tissulaire devient incompatible avec la vie. C'est alors que, pour y remédier, l'organisme fait intervenir les parathyroïdes. Il mobilise vers les humeurs et les tissus le calcium qu'il peut encore puiser au niveau du squelette. L'ostéoporose en est aggravée, mais le maintien de la vie exige cette mobilisation sanguine et tissulaire du calcium, aux dépens de sa fonction architecturale, évidemment plus accessoire. Que la carence calcique vienne à disparaître, l'hyperplasie parathyroïdienne peut régresser : c'est en effet ce que montre l'expérience.

On s'explique également ainsi que d'importantes décalcifications squelettiques puissent s'observer sans que le taux du calcium sanguin se modifie de façon appréciable. On conçoit même que, dans certains cas, la réaction des parathyroïdes puisse dépasser la mesure nécessaire au maintien de l'équilibre humoral et tissulaire. C'est ainsi que nous avons pu observer, au cours d'une ostéomalacie sénile, une légère hypercalcémie. L'administration d'ergostérol irradié tout en améliorant considérablement le syndrome osseux, loin d'élever la calcémie l'abaissa. Nous pensons que, dans ce cas, l'ergostérol a fait régresser l'hyperplasie réactionnelle des parathyroïdes, en remédiant au trouble de la fixation calcique dont cette hyperplasie était la conséquence.

En résumé l'hyperfonctionnement parathyroïdien apparaît bien, au cours des ostéopathies de carence, comme un effet et non comme la cause de la maladie. Il n'en reste pas moins que, par un véritable cercle vicieux, elle contribue, pour sa part, à aggraver les lésions osseuses.

***

Cette conception est grosse de conséquences pratiques. Toute intervention visant à réduire l'activité des parathyroïdes est contre-indiquée au cours de l'ostéomalacie et du rachitisme.

Mais inversement, l'administration d'extraits parathyroïdiens ne peut être considérée comme un traitement logique de ces affections. Cette thérapeutique peut être momentanément utile, à titre de médication d'urgence, pour combattre des accidents menaçants de tétanie, conséquence de l'hypocalcémie ; mais elle ne doit pas être continuée, car elle contribuerait alors à aggraver la décalcification osseuse.

Le véritable traitement des ostéopathies de carence doit viser à favoriser la fixation du calcium dans l'organisme par l'établissement d'un régime équilibré, par l'actinothérapie et par l'administration d'ergostérol irradié.

***

Conclusions

I. — Une hyperplasie diffuse de l'appareil parathyroïdien est de règle au cours des ostéopathies de carence, spontanées ou expérimentales.

II. — Ces ostéopathies ne sont cependant pas d'origine parathyroïdienne et doivent être complètement séparées, du double point de vue nosologique et physiopathologique de l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen.

III. — L'hyperplasie parathyroïdienne qui les accompagne est d'origine réactionnelle, et disparaît lorsqu'il est porté remède à la carence calcique. Elle a pour rôle de maintenir à un taux compatible avec la vie la teneur en calcium des humeurs et des tissus. Mais cette mobilisation du calcium se fait aux dépens du squelette, si bien qu'elle contribue secondairement à aggraver les lésions osseuses.

BIBLIOGRAPHIE

W. Bauer, J.-C. Aub et F. Albright. — *Journ. of experim. Med.*, n° 49, 1929, pp. 145-161.

L. Berman. — *Am. Journ. of Physiol.*, n° 75, 1926, p. 358-363.

A. Bréchot et J. Pergola. — *Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir.*, n° 8, 1933, pp. 346-349.

J.-B. Collip et E.-P. Clark. — *Journ. of. biol. chem.*, n° 63 et 64, 1925, pp. 439-460 et 485-507.

Dieterich. — *Brums'Beiträge zur Klin. Chir.*, n° 4, 1925, pp. 530-554.

H. J. Fuchs et von Kalkhausen. — *Klin. Wochenschr.*, n° 37, 1930.

J. Erdheim. — *Ziegler's Beitr. Z. path. Anat. n. allg. Path.*, n° 33, 1903, pp. 205-220.

J. Erdheim. — *Zeitschr. f. Heilk.*, n° 25, 1904, p. 1.

J. Erdheim. — *Ziegler's Beitq. z. path. Anat. n. allg. Path.*, n° 35, 1904, pp. 366-433.

J. Erdheim. — *Zitzungsber. d. Akad. d. Wiss.* Wien, 1907, t. III pp. 311-370.

J.-B. Greenwald et J. Gross. — *Journ. of. biol. chem.*, n° 68, 1926, pp. 325-333.

G.-M. Higgins et C. Sheard. — *Am. Journ. of Physiol.*, n° 85, 1928, pp. 299-310.

H.-L. Jaffe A. Bodanski et J.-E. Blair. — *Klin. Wochenschr.*, 1930, pp. 1717-1719.

J.L. Johnson et R.-M. Wilder. — *The Amer. Journ. of the Med. Sc.*, n° 6, déc. 1931.

K. Kurokawa. — *Jap. Med. World*, Tokyo, n° 9, 1925, p. 241.

J.-A. Lièvre. — L'ostéose parathyroïdienne et les ostéopathies chroniques. 1 *vol.*, Masson édit., Paris 1932.

G. Loewy. — *La Presse Méd.*, n° 89, 1931, pp. 1627-1630.

E.-M. Luce. — *Journ. of Path. and Bact.*, n° 26, 1923, pp. 200-206.

Mandl et Uebelhor. — *Zentralbl. f. Chir.*, 14 janvier 1933.

D. Marine. — *Proc. Soc. Expér. Biol. and Med.*, n° 11, 1913, pp. 117-118.

Marx. — *Arch. f. Klin. Chir.*, t. CLXXII, fasc. 1, octobre 1932.

G. G. Nonidez et H.-D. Goodale. — *Am. Journ. of Anat.*, n° 38, 1926-27, pp. 319-341.

A.-M. Pappenheimer et J. Minor. — *J. of med. Research.*, n° 42, 1921, pp. 391-403.

Pergola. — *La Presse Méd.*, n° 70, 1933, pp. 1366-1368.

P. Sainton. — *Le Journ. méd. français*, n° 1, 1932, pp. 3-13.

Un confrère me disait l'autre jour : « Désormais, quand je découvre l'indication d'un acte opératoire, je n'ose plus désigner au client un spécialiste. Il me semble que je lis la méfiance dans ses yeux et qu'il me soupçonne de faire une affaire. Et cela m'est si insupportable que je lui dis de s'adresser à qui il voudra. Alors, il fait son choix lui-même entre les noms que lui lance pêle-mêle la renommée ou que ses voisins lui soufflent... Si bien que finalement, c'est la fruitière ou le marchand de vin qui lui désigne l'homme à qui il confie sa peau et son porte-monnaie. » (Dr Octave Béliard. Propos du Praticien. *L'Union Médicale*, 1er juillet 1933.)

Je pense, qu'il faudrait faire une différence entre les officiers de réserve qui ont fait la guerre, et ceux qui ont été nommés depuis lors. Je crois savoir que les médecins de réserve, postérieurs à la fin de la guerre, ont besoin réellement que leur instruction médico-militaire soit perfectionnée. Mais il me semble que ceux qui ont connu les tranchées et leurs conditions d'existence, qui possèdent une expérience acquise aussi durement et aussi chèrement, mériteraient d'être traités avec quelques égards particuliers. » (G. Duchesne. Questions médico-militaires. *Le Concours Médical*, 9 juillet 1933.)

Méningite cérébro-spinale Début par syndrome purpurique abdominal ; troubles de la glycorégulation

par Pr. MERKLEN, H. GOUNELLE et E. ISRAEL

(Clinique médicale A. Strasbourg)

On sait la place qu'ont justement réservée depuis longtemps au purpura tous les auteurs qui ont décrit les méningites méningococciques, à tel point que celles-ci ont souvent été désignées sous les noms de fièvre pétéchiale, de febris nigra, de black death, etc.

En réalité il est établi aujourd'hui que le purpura est un symptôme de méningococcémie.

Tantôt il apparaît au cours d'une septicémie méningococcique sans méningite. Des vomissements de sang ont été alors exceptionnellement signalés (Codvelle et Ferrabouc. *Revue méd. française*, 1931, p. 707). Le méningocoque se retrouve à l'hémoculture. De même l'a-t-on vu à l'examen du sang des plaques purpuriques. Il s'agit maintes fois alors de formes purpuriques *septicémiques foudroyantes*.

Tantôt on voit le purpura au cours d'une septicémie méningococcique avec méningite cliniquement latente et perceptible à la seule ponction lombaire.

Plus couramment le clinicien est en face d'une coexistence de purpura et de méningite. Elle décèle une participation septicémique à un processus qui, sans elle, pourrait paraître purement méningé.

Dernière éventualité : le purpura précède la méningite comme chez la malade dont nous allons parler. Le début de la maladie consiste alors en une phase septicémique, à laquelle fait suite une localisation méningée qui confère au processus l'allure d'une méningite cérébro-spinale habituelle. Des observations de ce genre, classique depuis les travaux de Netter (1), Dopter (2) et la thèse de Mlle Blanchier (3), ont été en outre signalées par Rist et Paris (4), Martin et Rhode, Lemierre, May et Portret (5), de Joltrain et Bonnet (6), de Sainton (7).

Dans tous ces cas, la maladie, suivant ce que nous disions plus haut, a commencé par une période de septicémie pure. Celle-ci peut être très longue : dans l'observation de Rist et Paris la malade a présenté pendant 2 mois du purpura fébrile à rechutes avec hémorragies diverses. Cette phase dura 15 jours chez le malade de Dopter et fit suspecter une fièvre typhoïde. Il en était de même chez le malade de Lemierre, May et Portret, chez qui, après une courbe thermique de typhoïde ayant persisté 12 jours, se dessina une méningite.

De tels faits ont avec les formes septicémiques rapidement mortelles cette analogie qu'il n'a peut-être manqué à ces dernières que le temps nécessaire pour localiser une lésion méningée.

Notre observation, comme les précédentes, a évolué en deux temps : purpura infectieux primitif, puis méningite cérébro-spinale. Mais elle a présenté cette particularité que le purpura cutané avait été précédé par un *purpura abdominal*, où l'élément douloureux se manifesta avant l'élément hémorragique. En outre il y eut des *troubles de la glycorégulation*, sur lesquels nous nous permettrons d'insister.

* *

Dans la nuit du 6 *au 7 février* 1933 nous est adressée à la Clinique médicale A une ouvrière de 26 ans pour douleurs abdominales et hématémèses. Ses antécédents héréditaires et collatéraux ne révèlent rien de particulier.

Elle est malade depuis le *28 janvier*, donc depuis neuf jours. A ce moment subitement est apparu un frisson, qui dura plus d'une demi-heure, suivi de fièvre. Tout rentre dans l'ordre jusqu'au *2 février*, où se manifestent à nouveau les mêmes symptômes. Puis plus rien jusqu'au 5 février ; au cours de la nuit s'installent des coliques abdominales très vives et des vomissements, à peu près contemporains d'une douleur extrêmement marquée au poignet gauche.

Les signes digestifs s'amendent au cours de la journée du 6 *février*. Par contre le poignet demeure douloureux et dans la matinée se montrent des taches purpuriques sur tout le corps.

Grand frisson vers 17 heures suivi d'ascension thermique et de sueurs. Réapparition de douleurs abdominales diffuses et de vomissements de sang. Légère confusion mentale.

C'est dans ces conditions que la malade est envoyée à la Clinique.

Pour résumer la situation, nous nous trouvons en présence d'une malade qui en neuf jours a eu trois frissons et qui depuis 24 heures, outre le purpura et l'arthralgie, souffre de vives douleurs abdominales et de vomissements alimentaires, puis sanglants. Elle est très pâle. Sa peau est recouverte de taches purpuriques, surtout abondantes au niveau de l'abdomen et des membres inférieurs, des dimensions d'une lentille, de couleur bleu violacé.

La pâleur des téguments jointe aux douleurs abdominales doit d'autant plus évoquer l'hypothèse première d'une rupture de grossesse extra-utérine ou d'une manœuvre abortive que la malade nous apprend avoir eu un retard menstruel. Mais ce diagnostic est controuvé par les résultats négatifs de l'examen gynécologique, par l'absence de défense et de douleurs abdominales provoquées lors de l'examen.

Le poignet gauche est douloureux et tuméfié.

Au surplus la confusion mentale de la malade rend l'interrogatoire difficile. Les réponses fournies à nos questions sont entrecoupées de gémissements. La température oscille autour de 39°. De temps à autre vomissement de sang. Pouls filant, très rapide, incomptable. Urines riches en albumine, en acétone et acide diacétique. Melæna. A ce moment pas de signes de méningite.

Dans la nuit apparition de céphalées ; le matin du 7 *février* raideur de la nuque, signe de Kernig, photophobie, attitude en chien de fusil.

Une ponction lombaire faite aussitôt donne la clef du diagnostic ; elle ramène un liquide céphalo-rachidien trouble contenant 2 gr. 50 d'albumine au Sicard, d'innombrables polynucléaires et beaucoup de méningocoques B identifiés à l'Institut de Bactériologie.

Aussitôt fut instituée la sérothérapie d'abord polyvalente, puis spécifique.

Le 8 *février* les céphalées diminuent. Persistance par contre de la douleur du poignet gauche. Nouvelles plaques purpuriques aux membres inférieurs. Disparition des douleurs abdominales et des vomissements.

Le 9 *février* quelques vésicules d'herpès et une ecchymose sous-conjonctivale droite.

Dans la suite les céphalées se sont dissipées ainsi que la raideur de la nuque et l'arthralgie. Les plaques purpuriques se sont mises à pâlir à partir du 10 *février*. L'hémoculture est demeurée négative ; mais elle a été pratiquée un peu tardivement le 14 *février* 1933.

L'évolution de la méningite a été marquée par une fièvre soutenue pendant 14 jours (du 7 au 21 *février*) malgré une sérothérapie massive, polyvalente jusqu'à identification du germe, spécifique ensuite (sérum antiméningococcique B), faite par voies intrarachidienne et intramusculaire. Nous avons dû injecter un total de 1.180 c. c. de sérum, dont 340 intrarachidiens, avec adjonction de vaccin antiméningococcique, de septicémine et de lantol (rhodium colloïdal).

Le 22 *février* chute de la température vers la normale à laquelle elle devait dorénavant se maintenir. Disparition de tous les signes cliniques, sauf de la raideur de la nuque qui persiste encore quelques jours.

Guérison sans incidents, à la suite de laquelle se développe malheureusement une surdité gauche avec troubles vestibulaires. La malade quitte l'hôpital vers le début d'avril sans que ces derniers troubles se soient atténués.

En somme, précédant les signes de méningite, une septicémie méningococcique s'est installée, caractérisée par trois frissons solennels, puis par des troubles digestifs et abdominaux, hématémèses et melæna, avec arthralgie le 5, par du purpura le 6, par des signes de méningite le 7 février. Le purpura interne apparut neuf jours et le purpura cutané dix jours après le début de l'infection méningococcique ; la méningite se manifesta cliniquement le

onzième jour et demanda quinze jours de traitement sérique à doses massives pour guérir.

1. Syndrome purpurique abdominal

La localisation abdominale du purpura constitue au cours des purpuras primitifs un syndrome classique qui a fait récemment le sujet d'une étude très documentée de Senèque et Gosset (8) et d'un intéressant travail de Kuhlmann (9). Ce syndrome est peu fréquent dans les purpuras méningococcémiques ; il y a peu de temps Lereboullet et Vanier (10) en ont rapporté un exemple et leur élève Ameur (11) lui a consacré sa thèse. On peut se demander si la détermination abdominale n'a pas été parfois méconnue et s'il ne convient pas d'interpréter dans ce sens, par exemple, les symptômes d'intoxication alimentaire ou d'appendicite signalés par Marotte (12) avant l'apparition d'un purpura cutané méningococcémique. Dans notre cas, comme dans celui de Lereboullet, et c'est là l'important, le purpura cutané a été précédé par un syndrome abdominal des plus typiques : les douleurs ont débuté sous forme de coliques intenses dans tout l'abdomen ; elles se sont bientôt associées à des vomissements alimentaires d'abord, sanguinolents ensuite ; les selles ont été noires avec gaïac fortement positif ; l'examen de l'abdomen, ainsi que le toucher vaginal, est demeuré négatif ; à la suite s'est développé le purpura de la peau.

On comprend les aléas possibles du diagnostic. Le purpura cutané apparaissant chez un sujet en bonne santé jusque-là a pour habitude de faire soupçonner l'infection méningococcique, surtout en cas de fièvre ; le purpura abdominal y incite moins volontiers, et c'est certes un tort. Mais la difficulté devient très réelle en cas de début par de la douleur abdominale simple ; on pense tout naturellement à l'appendicite. La coïncidence d'hémorragies digestives constitue un appoint de plus et un appoint sérieux ; mais il faut le purpura cutané pour que se résolve le problème. Le tout est affaire d'observation et d'un peu de patience, car les événements marchent vite.

Lereboullet et Vanier insistent, avec faits à l'appui, sur la gravité ordinaire des méningococcies à forme de purpura abdominal. Ils ont guéri leur malade grâce à une thérapeutique avertie, sérothérapie, transfusion sanguine d'urgence, trypaflavine intraveineuse, vaccinothérapie. Sans être particulièrement grave, notre cas s'est montré sérieux ; il a cédé à la sérothérapie polyvalente et spécifique, à la vaccinothérapie et à la médication colloïdale ; mais il a laissé à sa suite une surdité gauche probablement incurable.

2. Troubles de la glyco-régulation

A l'admission de la malade les urines contenaient en abondance des corps cétoniques sans glycosurie. On ne pouvait en rendre responsable un facteur de dénutrition. Aussi avons-nous mis en œuvre l'épreuve de l'hyperglycémie (M. Labbé, 13) pour rechercher des troubles éventuels de la glyco-régulation. Nous avons fait ingérer à notre malade 1 gramme de glucose par kilogramme de poids, soit en tout 70 grammes de glucose dissous dans 250 c. c. d'eau.

Le 8 février, glycémie à jeun : 1,81 ‰ (dosage effectué au laboratoire de la Clinique médicale A, d'après la méthode de Fontès-Thivolle).

Le 9 février, hyperglycémie provoquée :

Glycémie à jeun		1 ‰
1/2 heure après ingestion de glucose		1,90 »
1 heure	»	2,50 »
2 heures	»	1,80 »
3 heures	»	1,56 »

Le 14 février, nouvelle épreuve d'hyperglycémie qui se montre voisine de la première.

Glycémie à jeun		1,94 ‰
1/2 heure après ingestion de glucose		2,42 »
1 heure	»	1,93 »
2 heures	»	1,79 »
3 heures	»	1,63 »

Le 16 février :

Glycémie à jeun	1,73 ‰

Ces recherches ont toutes été faites durant la période fébrile de la méningite.

Peu avant la sortie de la malade (température 37°) dernière épreuve d'hyperglycémie provoquée.

Glycémie à jeun		1,25 ‰
1/2 heure après ingestion de glucose		1,60 »
1 heure	»	1,82 »
2 heures	»	1,99 »
3 heures	»	1,30 »

Cette malade a donc présenté des troubles profonds de la glyco-régulation. Au lieu de l'hyperglycémie normale après ingestion de glucose (0,20 à 0,40 centigrammes, ou même 0,50 centigrammes au-dessus du taux initial), on note dans la première épreuve une majoration de 1 gr. 50. En outre prolongation de la durée de la réaction ; au lieu d'un retour au taux initial ou au-dessous trois heures après l'ingestion du glucose, on note dans la première épreuve au bout du même laps de temps le chiffre de 1 gr. 56, et cela en partant d'une glycémie de 1 gramme. Les courbes d'hyperglycémie pratiquées par la suite montrent un retour progressif à la normale.

On peut se demander en l'espèce si le processus méningé est intervenu par lui-même ou par la fièvre concomitante. Nous avons certes observé que la fièvre des tuberculeux ne modifie pas la glyco-régulation ; mais nous n'en voulons pas tirer de conclusions pour la fièvre d'une méningite. D'autant qu'il nous paraît que la méningite est directement en cause. Les hyperglycémies des affections du névraxe et des méningites cérébro-spinales sont en effet classiques ; les anomalies consécutives à l'ingestion du glucose ne font qu'en compléter la connaissance.

Le 3 juin le métabolisme du glucose était redevenu tout à fait régulier.

Glycémie à jeun		1,10 ‰
1/2 heure après ingestion de glucose		1,60
1 heure	»	1,60 »
2 heures	»	1,40 »
3 heures	»	1,30 »

Loeper et Gouraud (14) ont constaté dans les méningites cérébro-spinales une exagération des éliminations urinaires (eau, chlore, urée, phosphore), qu'ils attribuent à une perturbation bulbaire, alors que le propre des autres maladies fébriles est plutôt de diminuer le taux de ces éliminations.

Ils estiment que ce syndrome urinaire, si spécial à la méningite cérébro-spinale, peut dans certains cas faire soupçonner le diagnostic avant la mise en œuvre de la ponction lombaire ; devant l'association de glycosurie et d'hyperglycémie au cours de la maladie ils ont parlé de « diabète méningitique ». Nous confirmons leur manière de voir en l'élargissant, puisque la première courbe de notre cas rappelle celle du diabétique, les courbes ci-dessus se rapprochant de la normale avec l'amélioration de la méningite.

BIBLIOGRAPHIE

1. Netter. — Les formes purpuriques de la méningite cérébro-spinale. *Revue de Médecine*, mars 1916.

2. Ch. Dopter. — L'infection méningococcique. Paris, 1921.

3. Mlle Blanchier. — Les formes purpuriques de la méningococcémie. Thèse de Paris, 1917-1918.

4. Rist et Paris. — Méningite cérébro-spinale. Purpura. Hématurie. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, 17 novembre 1903.

5. Lemierre, May et Portret. — Méningococcémie avec localisation méningée tardive. *Gaz. des Hôpitaux*, 2 juillet 1912.

6. Joltrain et Bonnet. — Méningites cérébro-spinales latentes. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 21 janvier 1916, p. 75-77.

7. Sainton. — Les méningococcémies. *Paris Médical*, 3 août 1918, p. 86.

8. J. Sénèque et J. Gosset. — Le syndrome abdominal au

◆◆◆

cours du purpura. *Journal de Chirurgie*, tome XL, n° 6, décembre 1932, p. 828-847.
9. J. Kuhlmann.— Purpura isolé du péritoine. *Presse Médicale*, n° 22, 18 mars 1933, p. 441.
10. Lereboullet et Vanier.— Septicémie méningococcique à forme purpurique et à début abdominal suivie de guérison. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, 20 juin 1933, p. 266.
11. Ameur. — Thèse de Paris, juin 1932.
12. Marotte. — Méningococcie et purpura. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 11 avril 1924, p. 594.
13. M. Labbé. — Le traitement du diabète. Masson, 1929.
14. Loeper et F.-X. Gouraud. — Polyurie et éliminations urinaires dans la méningite cérébro-spinale. *Presse Médicale*, 1er février 1905, p. 65.

REVUE GÉNÉRALE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1932-33

(*fin*)

par le Dr Paul BOYER

Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare
Assistant à la Maternité

IODURES

Lutembacher (*Bull. méd.*, 1933, n° 3, 39) préconise dans la médication iodurée les polyiodures obtenus en mélangeant NaI, KI et CaI² de façon à respecter l'équilibre des ions, KI étant surtout toxique pour le cœur, par l'ion K.

Sézary et Liget (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1933) rapportent deux nouveaux cas d'iodides syphiloïdes.

AUROTHÉRAPIE ET TUBERCULOSE

Courmont, Gardère et Pichat (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 387 et 1933, CXII, 892) montrent que l'allocrysine et la sanocrysine n'exercent pas de pouvoir bactéricide sur les cultures homogènes de bacille de Koch entre les doses de un million et 1/5 millions. Entre 1/250.000 et 1/1.000.000 on observe soit un retard avec diminution du développement des cultures, soit une action empêchante complète, mais à ces doses, les résultats sont irréguliers. Entre 1/50.000 et 1/250000 action empêchante et bactéricide complète et constante. Aux doses plus fortes à partir de 1/10.000 pour la sanocrysine et 1/2.500 pour l'allocrysine, pas d'action empêchante, coloration des bacilles due à la réduction de l'or par le bacille lui-même. Les bacilles de Koch peuvent s'accoutumer à pousser dans des milieux additionnés de sel d'or, du fait de cette accoutumance, l'action bactéricide du sel d'or ne s'exerce plus sur ces bacilles accoutumés à ce sel. Cette accoutumance crée en quelque sorte une aurorésistance *in vitro*. Mais de cette aurorésistance *in vitro*, on ne peut conclure encore à la possibilité d'une aurorésistance *in vivo*.

Les mêmes auteurs (*VIIIe Congr. internat. contre la tub.* La Haye-Amsterdam, 6-9 septembre 1932, *Acad. Méd.*, 4 octobre, 1932, *Lyon méd.*, 1933, CLI, n° 12 et *Soc. méd. Hop. de Lyon*, 27 juin 1933) montrent que les sels d'or (allocrysine ou sanocrysine) sont bactéricides *in vitro* pour les bacilles de Koch et que le serum et les urines des sujets, injectés avec ces sels d'or, deviennent également bactéricides pour les bacille de Koch. Avec des doses de 0,01 ou 0 gr. 02 de sel d'or, on obtient un pouvoir bactéricide important, mais passager. Avec des doses plus fortes, 0,05 ou 0,10, le pouvoir bactéricide persiste plusieurs jours. Au cours du traitement, avec les mêmes petites doses, le pouvoir bactéricide se maintient constamment à un niveau élevé. Quelque soit le rapport entre le pouvoir bactéricide *in vitro* des sels d'or et celui du sérum ou des urines, sous leur influence, les observations des auteurs sont en faveur de l'emploi des doses minimes répétées ou faibles (0,05 ou 0,10 et un peu plus espacées.

Policard, Cordier, Dufourt, Anstett et Detey (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 14 mars 1933) montrent que par l'emploi de la méthode histospectrographique de Policard et Morel, on peut déceler avec une certitude absolue au point de vue chimique, la présence de l'or dans divers organes de sujets morts après traitement chrysothérapique ou chez des animaux ayant reçu des sels d'or. L'or est décelé par des raies spectrales caractéristiques dans le foie, le rein (écorce et moelle), la surrénale, moins constamment dans le poumon (partie saine et lésions bacillaires), mais il faut pour cela que la quantité d'or reçue soit supérieure à un certain taux (environ 16 milligr. d'or par kilogr.). Le foie paraît accumuler l'or, non le poumon, ni les lésions bacillaires. Expérimentalement chez le cobaye, on observe de l'or dans les organes, à condition cependant que le métal ait été donné à un taux supérieur à 40 milligrammes par kilogr.

Busquet et Vischniac (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 585) constatent que le camphosulfonate et le chlorure d'or arrêtent les contractions de l'intestin isolé du lapin. Si on laisse le péristaltisme se rétablir dans une solution nutritive normale et si on fait agir alors une seconde fois sur l'intestin le sel d'or, celui-ci ne produit plus l'effet primitif, phénomène caractéristique de tachyphylaxie. Ce phenomène bien connu chez l'animal entier, où il relève d'un mécanisme humoral, ne peut s'expliquer sur un fragment d'organe que par un mécanisme cellulaire.

L'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire suscite toujours de nombreux travaux qui consacrent son efficacité dans de nombreux cas, nous ne pouvons que citer ici en y renvoyant le lecteur ces travaux : Armand-Delille (*VIIIe Congr. internat. contre la Tub.*, 6-9 septembre 1932), Léon Bernard (*VIIIe Congr. internat. contre la Tub.*, La Haye-Amsterdam, 6- 9 septembre 1932), *Acad. Méd.*, 29 novembre 1932, *Presse méd.*, 1932, n° 101, 1902), Bory (*Thèse Méd. Montpellier*, 1932), Dumarest, Lebeuf et Mollard (*Presse méd.*, 1932, n° 62, 1207), Mlle Lacroix (*Thèse Méd. Paris*, 1932), Lafont (*Progrès méd.*, 17 septembre 1932, n° 38, 1577), Leuret et Caussimon (*J. Méd. de Bordeaux*, 1932, CIX, 871), Gak (*Thèse Méd. Montpellier*, 1932), Gaujoux, Brahic et Recordier (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, décembre 1932), Le Moal (*VIIIe Congr. internat. contre la Tub.*, 6-9 septembre 1932) et Rozier, Jullien et Mollard (*Presse méd.*, 1933, n° 44, 894). Jullien et Mollard (*J. Méd. de Bordeaux*, 1932, CIX, 929 et *Gaz. méd. de France*, 1933, XXXVIII, 52) sont d'avis que si beaucoup d'échecs de l'aurothérapie sont dus à des erreurs de technique, traitements pas assez énergiques et mal conduits, il n'en existe pas moins des cas certains d'aurorésistance.

Rœderer (*Soc. Méd. de Paris*, 9 juin 1933) signale que certains malades atteints de tuberculose ostéoarticulaire ont vu, sous l'influence de l'aurothérapie, leur état général s'améliorer nettement. Sur onze maux de Pott dont six avec abcès, huit ont guéri dans les délais normaux (3 et 4 ans). Cette médication peut être d'un certain intérêt comme médication associée.

Terrien (*Acad. Méd.*, 31 janvier 1933 et *Progrès méd.*, 1933, n° 10, 415) rapporte quatre cas d'affections du globe de l'œil (sclérokératite, iridosclérokératite, iridochoroïdite, choroïdite, vraisemblablement d'origine tuberculeuses ayant résisté à tous les modes habituels de traitements très améliorés par les sels d'or.

Coste et Bourderon (*Paris méd.*, 1932, XXII, n° 49) montre que la signification des examens hématologiques est incertaine ou trompeuse et ne peut fournir de renseignements

utiles pour la conduite du traitement aurique du rhumatisme. Il est bon cependant de ne pas commencer la chrysothérapie sans avoir fait un examen hématologique, mais, par la suite, à condition de suivre attentivement les réactions du sujet, on peut le plus souvent se passer d'examen de sang pendant toute la durée du traitement et n'y recourir qu'en cas d'indications cliniques spéciales. COSTE, CODOUNIS et HADJIGORG (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 27 janvier 1933), à côté des variations discordantes concernant les lipides, le cholestérol, et l'azote non protéique, ont constaté un abaisssement considérable et constant de la protéinémie totale sous l'influence apparente du traitement aurique dans les rhumatismes. Contemporain de la chute de la sédimentation globulaire, mais sans rapports précis avec elle, cet abaissement n'a aucune corrélation avec l'amélioration clinique de la polyarthrite. Il peut être aussi marqué en cas d'échec thérapeutique que lorsque l'or a exercé sur les lésions articulaires son action favorable habituelle.

OLMER (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, janvier 1933) et PELLÉ (*VIII*[e] *Congr. internat. de Défense contre la Tuberculose*, La Haye-Amsterdam, 6-9 septembre 1932 et *Paris méd.*, 1932, XXII, 472) rapportent les bons résultats obtenus par le traitement aurique dans le rhumatisme tuberculeux aigu.

SAMOVICI et HERTZ (*J. des Prat.*, 1932, XLVI, 485) présentent un cas de rhumatisme déformant traité par les sels d'or.

WEISSENBACH (*L'Hôpital*, 1933, XXI, 326,) est d'avis que le traitement des rhumatismes chroniques tuberculeux doit être précoce, continu et non intermittent et prolongé jusqu'à la guérison et mixte, en employant l'or associé à l'iode (formines iodées) ou à l'éther benzylcinnamique.

Les travaux consacrés aux accidents de l'aurothérapie sont également nombreux cette année. C'est ainsi que Léon BERNARD, Mlles BLANCHY et GAUTHIER-VILLARD et MAYER et MALLARME (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 30 juin 1933) présentent trois cas d'aurides pigmentaires cutanées siégeant au niveau des parties découvertes de la face, du cou et du thorax, durant depuis deux ans, chez des tuberculeux pulmonaires ayant été traités par de fortes doses de crisalbine (30 grammes), sans cependant avoir jamais eu de signes d'intolérance à l'or. Dans un cas, la biopsie d'un fragment de peau pigmentée a montré la présence de grains d'or dans le derme.

ARMAND-DELILLE, HECHTER et BAYLE (*Soc. Et. sc. Œuvre de la Tuberculose*, 8 octobre 1932) présentent une enfant de 14 ans traitée pour tuberculose pulmonaire bilatérale par six injections de thiosulfate d'or et de sodium, dose totale de 0 gr. 70, ayant déclenché un éruption urticarienne au niveau de la face, un érythème à tendance purpurique localisé surtout au niveau des membres inférieurs, des métrorragies et un syndrome hématologique complexe avec polyglobulie, agranulocytose, réaction myéloïde évoluant sur un terrain anaphylactique.

DUFOUR, VACHON et BRUN (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 21 mars 1933) présentent également sept observations d'accidents cutanéo-muqueux consécutifs aux sels d'or provenant tous d'une même série de fabrication.

CODVELLE et SOHIER (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 1[er] juillet 1932) rapportent un cas de scarlatine biotropique aurique avec phénomène de Schultz-Charlton.

BERTHIER et BOCQUILLON (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 novembre 1932) ont observé, chez une femme traitée par 0 gr. 90 de sels d'or pour rhumatisme chronique, des ulcérations douloureuses de la langue, de la vulve, une érythrodermie suivie de desquamation, des abcès multiples aux fesses, aux seins, aux aisselles ; des douleurs intolérables ont persisté durant six mois, puis existence seulement d'une pigmentation résiduelle avec quelques éléments de lichen à la région lombaire et à la bouche et rétablissement complet.

EICHHORN (*Réun. derm. de Strasbourg*, 15 janvier 1933) signale une érythrodermie généralisée chez un psoriasique traité par les sels d'or (triphal) suivie d'un œdème aigu mortel des poumons.

GOUGEROT et BLUM (*Soc. Derm. et Syph.*, 9 février 1933) ont observé un lichen pigmenté, corné, spinolosus post-aurique et GOUGEROT, COHEN et PATTE (*Soc. franç. Derm. et Syph.*, 8 décembre 1932) rapportent un cas chez une jeune tuberculeuse traitée par l'or d'eczéma et de lichen auriques des extrémités, une stomatite exulcéreuse et un lichen buccal.

MOULINIER et CHANIAL (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 23 mai 1933) ont observé un cas de purpura hémorragique mortel déclenché par l'or et HINAULT et BRAILLON (*Soc. de la Tuberc.* 11 février 1933) présentent huit observations de purpura post-auriques. Ces purpuras font l'objet d'une étude complète de P. EMILE-WEILL et BOUSSER (*Le Sang*, 1932, VI, n° 8).

PAVIE et MOLLARD (*Lyon méd.*, 1932, CL, n° 42) montrent l'intérêt que constitue l'étude des modifications de la formule leucocytaire au point de vue de la prévention des accidents de l'aurothérapie.

FLANDIN, ESCALIER, GASSIER et JOLY (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 7 avril 1933) publient un cas d'agranulocytose mortelle aurique chez un tuberculeux pulmonaire (dose totale de 0 gr. 30 de crislabine en trois injections).

RAIMBAULT (*Rev. de Stomatol.*, 1933, XXXV, n° 3) a remarqué une fréquence de 35 à 40 % d'accidents buccaux au cours du traitement aurique. La stomatite aurique peut-être érythémateuse, débutant par la région sublinguale, s'accompagnant de sensation de brûlure. Un degré de plus, elle devient exfoliatrice, ulcéreuse. Elle ne s'accompagne pas d'adénopathies. Elle a tendance à intéresser toute la muqueuse buccale et est extrêmement douloureuse. Elle dure de une à quatre semaines, malgré l'interruption du traitement. Très souvent, elle engendre des exsudats blanchâtres ou des lésions leucokératosiques. On a signalé également le purpura buccal, le noma et l'angine agranulocytaire. Tous ces incidents évoluent soit isolément, soit concomitamment avec les accidents cutanés ou gastro-intestinaux. Ils ne sont pas en rapport avec la dose de médicaments administrée, aucune préparation ne met à l'abri le malade. Ce sont, avant tout des accidents d'intolérance et cette susceptibilité n'est appréciable par aucun procédé. Les accidents toxiques sont plus rares. L'or s'élimine surtout par les reins et la voie intestinale. L'élimination par la salive est faible, mais prolongée, ce qui explique les stomatites tardives. Il importe d'arrêter le traitement aurique aux premières manifestations buccales. La thérapeutique de la stomatite aurique est palliative et décevante.

SAUVAN et VIGNE (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, janvier 1933 et *Marseille méd.*, 1933, LXX, n° 1) signalent un cas de stomatite et de vulvite aurique, GOUGEROT et BLUM (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 février 1933) un cas de stomatite ulcéreuse, lichénoïde et purpurique post-aurique et LEROUX et Mme KUDELSKI (*Soc. de Laryngol. des Hôp. de Paris*, 16 janvier 1933) un cas de stomatite avec manifestations pharyngolaryngées auriques.

KOUCHNIR (*Soc. Thér.*, 12 octobre 1932) présente deux observations où, au cours d'un traitement aurique, deux femmes bacillaires ont eu des gênes de la déglutition avec suppression de la salivation. Ces incidents ont été enrayés en reprenant des doses plus faibles.

SALLES et BRAILLON (*Sect. d'Etudes sc. Œuvre de la Tuberculose*, 14 janvier 1933) présentent deux observations de néphrite aurique avec amylose et BOURGEOIS, COURTOIS, Mme PORCHER et GIRAUD (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 23 juin 1933), un cas de néphropathie atypique, avec albuminurie massive survenue au cours de la chrysothérapie.

DUMAREST, LEBŒUF, THIERS et MOLLARD (*Paris méd.*, 1933, XXIII, 33) sont d'avis que, chez les malades présentant une insuffisance hépatique importante, avec actuellement une poussée nette du côté du foie et avec antécédents hépatiques lourds, il vaut mieux s'abstenir de la chrysothérapie. Si le malade est un petit hépatique, si le premier traitement aurique a provoqué quelques troubles dyspeptiques, les sels d'or peuvent amener des troubles passagers, mais malgré ces troubles, améliorer le malade, ils sont alors d'avis de continuer les sels d'or prudemment en soutenant le foie par du glucose, des cholagogues et surtout par l'opothérapie hépatique.

COSTE, FORESTIER et BOURDERON (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 1[er] juillet 1932) rapportent certains accidents probablement biotropiques dus à la chrysothérapie chez les rhumatisants,

tels que réactions focales articulaires et bronchitiques auriques et Soulas et Pabisko (*Soc. Laryngol. des Hôp. de Paris* 3 mars 1933) présentent un nouveau cas de laryngite aurique.

Destres (*VIIIe Conf. internat. contre la Tuberculose*, 6-9 septembre 1932) rapporte un cas de rétraction des tendons fléchisseurs des mains avec calcification de la bourse sous-deltoïdienne après injections de sels d'or dans les veines du membre supérieur.

VERMIFUGES

Barbaud (*Gaz. méd. de France*, 1932, XXXVII, 501) donne une revue générale sur les anthelminthiques (thymol chénopode, matricaire, bismuth, tétrachlorure de carbone, chloroforme, chloramine T, pyréthrines, benzométacrésol).

Pyréthrines

Gaudin (*Soc. Thér.*, 9 novembre 1932) présente une méthode de dosage des pyréthrines sur l'intestin isolé de lapin et Gaudin et Carron (*Soc. Thér.*, 8 mars 1933) présentent également une méthode de titrage de ces vermifuges sur les poissons rouges.

Mlle J. Lévy (*Soc. Thér.*, 11 janvier 1933) titre également les pyréthrines par la détermination de leur toxicité sur le poisson (*Tinca tinca* de novembre à avril et *Carassius auratus* d'avril à novembre).

Rigal (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 687) montre que les pyréthrines provoquent la paralysie de l'intestin isolé du lapin par action directe sur le muscle qui peut servir pour un dosage biologique. De même ces corps arrêtent les contractions de l'utérus isolé de cobaye et le cœur isolé du lapin et de la grenouille.

Sigalas (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1932, LIII, 787 et 1933, LIV, 83) étudie l'action des pyréthrines chez les animaux marins, grande sensibilité de Gobius et des Crabes, résistance plus grande des Mollusques et un peu moins grande des Actinies.

Anglade et Gaudin (*Acad. Méd.*, 5 juillet 1932) rapportent trois observations de malades atteints d'oxyurase méconnue, rapidement et complètement guéris par l'administration de pyréthrines.

Vermifuges divers

Marotel (*Acad. Méd.*, 15 novembre 1932) est d'avis que, dans la distomose hépatique du bétail, le tétrachlorure de carbone chimiquement pur et le mélange térébenthine-benzol sont préférables à l'extrait éthéré de fougère mâle parce que plus actifs et moins dangereux.

Lépinay (*Soc. Path. comp.*, 14 mars 1933) préconise les sels d'étain comme tænifuges, et (*Soc. Path. comp.*, 14 février 1933) les solutions d'anhydride sulfureux dans les strongyloses des chevaux.

Chantriot (*Soc. Thér.*, 14 juin 1933) présente l'éther de Kay 35°B, comme un antihelmintique actif à la dose de trois fois 10 gouttes par jour.

PALUDISME

Quinine et dérivés

Fourneau, Tréfouel, Bovet et Benoit (*Ann. Inst. Pasteur*, 1933, L, 731) poursuivent leurs si intéressantes études sur la chimiothérapie du paludisme.

Laget (*Thèse Méd. Alger*, 1933) consacre sa thèse au traitement du paludisme.

Secques (*Soc. Méd. et Hyg. trop.*, 1er juin 1933) étudiant l'action comparée de la quinine et du quinquina dans le paludisme insiste sur l'action favorable du quinquina qui réalise l'action médicamenteuse totale, les alcaloïdes restant les médicaments de choix dans les cas graves nécessitant une action rapide et énergique.

Heckenroth et Raynal (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, novembre 1932) ont réussi à désensibiliser par voie sous-cutanée, puis par voie buccale, en cinq mois, un paludéen sensibilisé dans sa jeunesse vis-à-vis de la quinine.

Delacoux des Roseaux (*Soc. Path. exot.*, 5 avril 1933) présente un cas d'intoxication à la quinine : l'ingestion de 0 gr. 50 de chlorhydrate de quinine, le lendemain d'une médication identique pour grippe, fit apparaître presque immédiatement un érythème généralisé non prurigineux avec sueurs et vomissements, de l'amblyopie, puis de l'amaurose, des troubles de la parole, des bourdonnements d'oreilles, sans modifications des réflexes cutanés et tendineux, mais avec température axillaire à 34° et tachycardie, pas d'hémoglobinurie, ni de dysurie. Ces accidents durèrent une heure, cédant à des injections d'huile camphrée et de caféine.

Langlet (*Soc. Thér.*, 12 octobre 1932) obtient une évolution rapide vers la guérison des zonas en donnant pendant 4 à 5 jours et dix fois par jour une cachet contenant 5 centigrammes de sulfate de quinine et 7 centigrammes de salicylate de soude.

Lindberg (*Soc. Path. exot.*, 12 octobre 1932) a fait une large administration de plasmoquine (0,01 grammes en deux fois, trois jours de suite) dans un milieu de haute endémicité palustre sans obtenir d'arrêt des rechutes et en constatant une diminution considérable du nombre des infections nouvelles.

Sautet (*Soc. Path. exot.*, 14 décembre 1932) et Massias (*Soc. Path. exot.*, 8 mars et 5 avril 1933) ont obtenu de bons résultats dans le traitement du paludisme avec le quiniostovarsol associé au 710 et au 574 Fourneau.

Rossi (*Soc. Path. exot.*, 6 juillet 1932) rapporte le cas d'un malade en plein accès pernicieux avec coma guéri en huit jours par le séroquinol.

Bicart (*Soc. Méd. Bas-Rhin*, 28 janvier 1933) signale une guérison d'une stomatite primitive à pneumocoques par des lavages de bouche avec une solution d'optoquine à 1/1.000 après échec des antiseptiques habituels.

Froilano de Mello et d'Azevedo ainsi que Froilano de Mello, Bras de Sa et d'Azevedo (*Soc. Path. exot.*, 12 octobre 1932) et Chorine (*Soc. Path. exot.*, 14 juin 1933) signalent de bons résultats avec l'atébrine dans le traitement du paludisme.

Bovet et Demanche (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 270) ont étudié les rapports de l'action antiseptique et de la tension superficielle pour trois nitro-éthylène-diamino-quinoléines isomères. Pour ces trois corps, la tension dynamique est la même, seule la tension statique varie et dans le même sens que le pouvoir antiseptique.

Mme Aitoff (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXIII, 569) montre que le sulfate d'orthoxyquinoléine (quinosol) présente une action élective sur les levures, les champignons, les sarcines et le staphylocoque, son action par contre est presque nulle sur le streptocoque.

Gaucher (*Congr. internat. Lith. bil. Vichy*, 19-22 septembre 1932 et *Acad. Méd.*, 24 janvier 1933) préconise le chlorhydrate de méthyloxyquinoléine associé au chlorhydrate d'ortho-oxyquinoléine dans les infections des voies biliaires et urinaires.

Emétine

L'émétine reste le traitement de choix des abcès amibiens du poumon. (Et. Bernard, *XXIIe Congr. fr. Méd. Paris*, 10-12 octobre 1932. — Paisseau et Patey, *Soc. Péd.*, 21 février 1933. — Mattéi, *XXIIe Congr. fr. Méd. Paris*, 10-12 octobre 1932 et *Paris méd.*, 1933, XXIII, 495). Mattéi (*Ier Congr. internat. Hyg. médit. Marseille*, 19-25 septembre 1932) et Mattéi et Seatelli (*Id.*, 19-25 septembre 1932) étudient la dose maxima de sécurité dans l'emploi thérapeutique de l'émétine et les symptômes de l'intoxication émétinienne.

Gauzoux, Brahic et Recordier (*Soc. Méd. de Marseille* 24 mai 1933) rapportent l'observation d'un syndrome de cirrhose ascitogène chez un dysentérique qui a régressé à la suite du traitement par l'émétine.

Bouchut, Mlle Rougier et Jarricot (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 27 juin 1933) présentent une observation de névrite émétinienne et Gougerot et Blum (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement des cardiopathies par l'association sucre-insuline, par le Docteur N. Kisthinios. Un vol. in-16, 103 pages, 6 figures : 12 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

M. Kisthinios s'est appliqué à spécifier les cas où l'association sucre-insuline devra être et sera en effet inactive, ceux dans lesquels il sera logique d'avoir recours à elle et les bénéfices souvent incalculables que l'on ne obtiendra.

Le sucre, agent thérapeutique, par le Docteur J. Sigwald. Un volume in-8 de 68 pages : 6 francs. (Collection « *Les Thérapeutiques nouvelles* ») Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Les corps sucrés ou glucides, dont le rôle dans la nutrition de l'organisme humain est important, puisqu'ils sont indispensables à l'équilibre alimentaire normal, constituent également de précieux agents thérapeutiques. Appelés à agir dans les domaines les plus divers, il sont l'avantage d'être toujours bien tolérés, car leur action n'est pas assimilable à celle des médicaments, corps plus ou moins toxiques pour l'organisme, mais se rapproche plutôt de celle d'aliments directement absorbables. Aussi n'exercent ils aucune action brutale ou nocive, venant suppléer une défaillance locale ou générale. Ils peuvent être appliqués dans les affections les plus diverses, au point que logiquement, on devrait douter de leur action, mais si leur activité n'est pas spécifique, elle est générale et atteint indirectement le trouble morbide visé, en suppléant ou en stimulant certaines fonctions.

La médication sucrée utilise donc deux sucres : le glucose et le saccharose ; le saccharose est surtout prescrit par voie buccale, alors que le glucose est surtout utilisé au cours des absorptions intestinales ou parentérales.

Accessoirement la thérapeutique fait usage de lactose, de lévulose et aussi de galactose, mais les indications en sont limitées et restreintes.

Avant d'étudier par le détail les indications du sucre en thérapeutique, il est nécessaire, pour bien comprendre son action, de passer brièvement en revue les conditions de son métabolisme général, d'envisager son importance dans la nutrition, et de connaître les facteurs et les symptômes de son déficit. Ainsi s'ouvrent des horizons étendus vers les atteintes morbides les plus diverses.

Le Palais du Louvre (Encyclopédie par l'image), avec 105 illustrations. Un vol. in-8°, broché, couverture quatre couleurs : 5 francs. Librairie Hachette.

L'histoire du Louvre revêt un particulier intérêt : c'est que le Louvre a suivi le rythme qui entraînait et la France et Paris : c'est qu'il a reflété le goût changeant des générations, qu'il a partagé les dangers et les gloires, toutes les vicissitudes de la Ville et de la Patrie...

Mais beaucoup d'autres peuples ont-ils donné cet exemple : mener à bien, en le reprenant obstinément, pendant trois siècles, le grand dessein du Louvre ? Beaucoup d'autres ont-ils produit une lignée de créateurs et d'artisans capables, en édifiant ce palais, d'affirmer leur valeur originale sans renier jamais tout à fait la tradition où notre vivacité naturelle s'ordonne selon la raison ?

L'élevage moderne du lapin, par Louis Bréchemin. Un ouvrage 19 × 13 de 194 pages. Franco : 9 fr. 50. Librairie Agricole de la Maison Rustique, 26 rue Jacob, Paris (VIe).

L'éloge des ouvrages de M. Bréchemin n'est plus à faire près des éleveurs de petits animaux, mais il convient de leur signaler cette nouvelle édition d'un livre éminemment pratique qui s'adresse aussi bien aux particuliers, petits propriétaires, qu'aux grands éleveurs. Cette étude est le résultat de l'expérience acquise au cours de plus de quarante années par un praticien particulièrement averti.

Le Sourcier moderne. Manuel de l'opérateur. 4e édition entièrement remaniée, par le Vicomte H. de France. Un vol. 12 × 19 de 191 pages avec 4 planches et 15 figures. Franco : 11 francs. Librairie Aagricole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (6e).

Ce livre passe en revue : l'histoire de la baguette et du pendule, l'explication du mouvement de ces deux détecteurs, une méthode d'entraînement pour la pratique de l'art, la recherche des eaux, la recherche des minerais et des métaux, l'examen des végétaux.

Un chapitre étudie les questions biologiques auxquelles les sourciers prétendent apporter es solutions : Remèdes qui conviennent, Aliments permis et défendus, Vitalité et Fécondité, Applications à l'élevage, Problème des œufs, etc...

Edition de luxe. — La Presse à bras se propose de rééditer en janvier 1934 en édition de luxe, « Le désir mis à nu », le premier livre de vers épuisé depuis deux ans, de notre confrère, le Docteur Raymond Groc. Complètement remanié et augmenté de nombreuses pièces inédites, ce recueil sera composé à la main, en caractères De Winne, dix-septième siècle, tiré à 120 exemplaires numérotés sur la Presse à bras de Raphaël Maillol, sur papier pur fil Monval, format double couronne. Il comportera 136 pages et sera illustré de 11 dessins de Gaspard Maillol. Prix : 35 francs. Adresser les souscriptions à La Presse à Bras, 189, rue Ordener, Paris, 18e.

Anthologie des écrivains pacifistes, publiée sous la direction de Jean Souvenance et de René de Sanzy. Edition des Intellectuels pacifistes, 47, rue Montorgueil, Paris (2e), 1933. Un fort volume, 370 p. 15 francs.

Présenté par deux écrivains dont le talent est connu, Jean Souvenance et René de Sanzy, le livre, sur un fond de « *briandisme* » expose, en notes distinctes, tout ce que le *pacifisme* et surtout l'*ultrapacifisme* ont accoutumé d'exposer et de préconiser dans le dessein orgueilleux d'extirper la guerre de notre planète. Les thèmes ne sont pas inédits ce qui l'est, c'est la valeur individuelle de nombre de ceux des écrivains qui ont collaboré à cette *anthologie*. Il m'a paru que quelques-uns y faisaient — non sans charme — leurs premières armes, alors que d'autres, tel le romancier et chansonnier renommé Montho, ont apporté à l'œuvre, en prose ou en vers, des textes d'une technique sûre.

Six pages détonent dans l'ouvrage : celles que j'y consacre à un appel en faveur du *lieu de Genève*. On conçoit qu'elles déplaisent à bon nombre de *pacifiomanes*, puisque le *lieu de Genève* ne doit fonctionner qu'en cas de guerre (nationale ou civile) et que ces Messieurs, brouillés avec l'Histoire, la psychologie, la biologie et le sens commun, sont assurés qu'il n'y aura plus jamais de guerre sur toute la surface de la planète par la bonne et solide raison qu'ils ont décidé qu'il n'y en aurait plus.

J'attends avec impatience l' *Anthologie antimortaliste* des écrivains ayant décidé la suppression de la mort.

Ceci ne signifie nullement que l'ouvrage de MM. Souvenance et de Sanzy ne soit très précieux. Non pas certes pour empêcher les guerres — qu'il semble plutôt devoir attirer — ; mais parce qu'il expose toutes les opinions (plus ou moins influencées par des desseins de politique intérieure) en faveur d'un pacifisme exubérant et imprudent, et surtout parce qu'il révèle à quel point, en ce XXe siècle, la culture scientifique, la connaissance scientifique, l'esprit scientifique demeurent étrangers à quantité d'esprits d'élite.

Dr G. S.-P.

P. L. M ***Cote d'Azur Pullman Express***

Train rapide, pratique et confortable qu'on ne saurait trop recommander à ceux qui désirent voyager le jour.

Il est remis en circulation entre Paris et Menton, à partir du 15 décembre. Il comporte des wagons Pullman de 1re et de 2e classes.

Avance de 15 minutes au départ de Paris, il permet d'être à Lyon au début de l'après-midi ; sa marche accélérée donne un gain de temps d'une heure entre Paris et Nice.

Départ de Paris à 8 h. 15. Arrivée à Lyon à 13 h. 40, Marseille 17 h. 18, Nice 20 h. 50, Menton 21 h. 31.

Départ de Menton à 9 h. 08. Nice 9 h. 50, Marseille 12 h. 52, Lyon 17 h. Arrivée à Paris 22 h. 40.

décembre 1932) un cas de lichen plan déclenché et aggravé par l'émétine.

Chantriot (*Arch. Mal. App. dig. et Nutr.*, 1933, XXII, 36 et 168) préconise l'arsémétine dans les lambliases.

Antimoine

Lignos (*Soc. Path. exot.*, 14 décembre 1932) et d'Œlnitz et Mlle Gautschi (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 24 février 1933) présentent des observations relatant les bons effets du traitement stibié dans le kala-azar.

Giraud et Poinso (*Paris méd.*, 1932, XXII, 441) conseillent de joindre à la cure stibiée dans la thérapeutique du kala-azar, contre l'anémie habituelle, le foie de veau, la transfusion sanguine et les rayons ultraviolets et la radiothérapie de la rate suivant les cas.

Rodhain (*Ier Congr. internat. Hyg. médit. Marseille*, 19-25 septembre 1932) rapportent deux cas de guérisons rapides de bilharzioses par le DN7, nouveau dérivé antimonial.

Sézary et Lenègre (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 7 juillet 1932) estiment que la médication stibiée mérite d'être conservée dans le traitement de la maladie de Nicolas-Favre : dans plus de la moitié des cas, elle amène la guérison en un mois, résultat appréciable si l'on songe à la précarité des autres méthodes thérapeutiques et à la longue durée habituelle de l'affection.

Trypanosomiases

Fourneau, Tréfouel, Bovet et Kœtschet (*Acad. Sc.*, 18 avril 1933) montrent que les acides polyarsénicaux présentent une action élective sur le Trypanosoma congolense et non sur le Trypanosoma brucei.

Launoy (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 437 ; 1933, CXII, 148 et CXII, 276 et 871) (*Soc. Path. exot.*, 8 mars 1933) continue ses intéressantes recherches sur le mécanisme des actions synergiques chimiques trypanocides avec le 205 Bayer-309 Fourneau ainsi que son élève Pierre Nicolle (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 434 et 1933, CXII, 1658).

Muraz (*Bull. méd.*, 1932, XLVI, 585) préconise le 270 Fourneau et le trypoxyl dans la première période de la maladie du sommeil à liquide céphalo-rachidien normal et la tryparsamide dans la deuxième période à liquide céphalorachidien pathologique.

de Marqueissac (*Soc. Path. exot.*, 12 octobre 1932) indique que le moranyl permet la reprise du traitement de la maladie du sommeil lorsque toutes les autres médications ont échoué. Le médicament resensibilise le trypanosome et atténue le virus. En employant l'orsanine en prophylaxie itinérante dans le Togo (dix injections à intervalle de six jours pleins, à la dose de 1 centigr. 5 par kgr.), il a obtenu une stérilisation dans 99,9 % des cas (856 sujets contrôlés) avec pourcentages infimes d'accidents cutanés ou oculaires.

Halpern (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1186) montre que le moranyl, injecté dans les veines du chien, à la dose de 15 à 18 centigr. par kilogr. entraîne l'incoagulabilité prolongée du sang en ne modifiant pas les fonctions physiologiques de l'animal.

Thérapeutique de la lèpre

Tisseuil (*Soc. Path. exot.*, 5 avril 1933) a constaté avec un extrait acétonique lépreux une activation des lésions lépreuses pendant les premières semaines, puis un ralentissement ; un extrait méthylique a accéléré les lésions. L'éther éthylique de chaulmoogra créosoté exerce une action défavorable sur l'état général, action favorable au contraire du chaulmoograte d'or gaïacolé et résultats les meilleurs avec le molybdate d'ammonium. Etude également du traitement de la lèpre de Ferrier (*Concours méd.*, 1933, LV, 21).

ANTISEPTIQUES

Bleu trypan

Pollet (*Thèse Méd. Paris*, 1932) étudiant l'action du bleu trypan dans les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques rapporte deux cas d'amélioration nette de la rigidité, du tremblement et des signes associés neurologiques et même psychiques ; les résultats sont d'autant meilleurs que l'affection est prise plus tôt. Les résultats sont nuls dans les myélites type Erb d'origine indéterminée et dans la sclérose en plaques.

Lévy-Frankel (*Soc. Méd. de Paris*, 25 mars 1933) a obtenu avec le bleu trypan en solution à 1/100, la cicatrisation rapide des vésicules d'herpès et dans sept cas sur huit, la rupture du cycle des récidives et des rémissions de plusieurs mois permettant chez certains sujets d'espérer la guérison d'herpès récidivants.

Psoriasis

Valette (*Gaz. Hôp.*, 1932, CV, 1255) préconise le dixoyanthranol (très proche de la chrysarobine) dans le psoriasis, les eczémas secs rebelles, les séborrhéides, les lichénifications, le pityriasis versicolor, les épidermophyties inguinales, les trichophyties cutanées et la pelade en solution ou en pommade de 0,10 à 0,40 %.

Rabut (*L'Hôpital*, 1932, XX, 781) est d'avis que le traitement du psoriasis n'a pas fait grand progrès, il reste exclusivement empirique et permet quelquefois surtout avec la médication arsénicale de blanchir un psoriasique, mais jamais de le guérir.

Magnésium

Wolff et Mlle Manjean (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 779) constatent une augmentation du glutathion hépatique chez le chien traité au sulfate de magnésium probablement par suite de l'action stimulante qu'exerce sur le foie l'ingestion prolongée de ce corps.

Lumière et Mlle Sonnery (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 391) montrent que, comme le citrate de soude, l'hyposulfite de magnésium empêche la coagulation du sang *in vitro* et l'augmente *in vivo*.

Delbet et Franicevic (*Acad. Méd.*, 6 décembre 1932) montrent que les sels halogénés de magnésium acidifient les urines des cancéreux qui ont une tendance presque constante à l'alcalose, d'une manière indirecte en modifiant le métabolisme le rôle acidifiant étant probablement joué par l'ion Mg.

Cappelle (*Soc. méd. du Nord*, mars 1933) signale les bons effets sédatifs des injections intraveineuses d'hyposulfite de magnésium chez les anxieux.

Mégnin (*J. de Chir.*, 1932, XL, n° 2) a obtenu de bons résultats par les injections intraveineuses de sulfate de magnésie à 15 % dans le traitement de l'œdème cérébral post-traumatique.

Plomb

Signalons les travaux sur le traitement du cancer par le plomb de Duroux et Chevallier (*Progrès méd.*, 1933, n° 1, 9), de Maisin (*Progrès méd.*, 1932, n° 50, 2160) et de Carrère (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1933), thérapeutique pas encore au point, mais donnant dans certains cas néanmoins des résultats fort intéressants faisant prévoir des succès plus marqués quand nous possèderons des corps plus actifs et moins toxiques.

Martiny (*Soc. Thér.*, 8 mars 1933) a utilisé, *per os*, le plomb métallique trituré dans le lactose à des taux homéopathiques dans les oreillons avec bons résultats : raccourcissements du temps de la période d'état, parfois abortion et action sédative accusée et prévention des complications.

Vasserot (*Thèse Méd. Marseille*, 1933) étudie les anémies saturnines, Benon (*L'Hôpital*, 1932, XX, 754), l'importance du saturnisme en pathologie mentale et Heim de Balzac et Agasse-Lafont (*Progrès méd.*, 1933, n° 8, 349), les intoxications saturnines professionnelles.

Urane

Binet, Kaulbersz-Marinowska et Marek (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 28 avril 1933) signalent dans la néphrite aiguë à l'urane de l'animal, en dehors d'une azotémie élevée et de modifications variables du chlore sanguin, l'existence d'un abais-

sement de la réserve alcaline, cet effondrement de la réserve alcaline étant accentué, précoce et constant. Etudiant le traitement de cette néphrite, ils ont constaté les résultats suivants : sur 6 témoins, 6 morts ; sur 12 animaux traités par le sérum physiologique, 11 morts, une survie ; sur 12 lapins traités par le sérum bicarbonaté, 3 morts, 9 survies, d'où heureux effets de la thérapeutique alcaline.

Rathery, Mme Debienne et Mme Binet du Jassoneix (*C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 1652) étudiant les troubles humoraux déterminés par la néphrite uranique expérimentale constatent qu'une seule injection de nitrate d'urane à dose suffisante détermine chez le chien, en trois ou quatre jours, une néphrite grave qui s'accompagne de modifications humorales importantes. D'une façon générale, l'azotémie s'élève considérablement, la réserve alcaline s'abaisse, l'extrait sec diminue, les albumines globales diminuent ; la sérine s'abaisse, la globuline s'élève. Quant aux éléments minéraux, en dehors du phosphore du sérum qui ne paraît pas bouger, on constate dans le sérum des variations dans l'état du Cl, du Na et du K, mais ces variations ne se font pas toujours dans le même sens. Elles indiquent cependant un trouble plus ou moins important dans les échanges minéraux. Le K s'abaisse le plus souvent, aussi bien dans le plasma que dans les globules. Le Na, le Cl globulaire, et plasmatique subissent des variations en plus ou en moins sans qu'il y ait identité dans le sens des variations pour l'un ou l'autre.

Mauriac et Servantie (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, CXI, 793) constatent dans la néphrite aiguë œdémateuse à l'urane chez le lapin une hypoprotéinémie qui porte sur la sérine et la globuline sans inversion du rapport sérine-globuline. Dans ce cas d'œdème, dilution du sérum avec infiltration dans les tissus (exsudat) sans rétention particulière de globuline.

Traissac (*Thèse méd. Bordeaux*, 1932 et *C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 875) montre que l'intoxication lente par le nitrate d'urane provoque de grosses altérations hépatiques qui doivent la faire classer comme une hépato-néphrite toxique.

Apiol

Germon (*Thèse méd. Paris*, 1932) Girard et Gameleia (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin 1933) et Roger et Recordier (*Gaz. Hôp.*, 1933, CVI, 717) étudient les polynévrites apioliques. Ces polynévrites sont dues à des apiols falsifiés par la présence de phosphate orthocrésylique, c'est pourquoi Tiffeneau dans un rapport à l'*Académie de Médecine* (31 janvier 1933) demande que la délivrance de l'apiol ne soit effectuée que par le pharmacien et sur une ordonnance médicale et que les apiols du commerce soient vérifiés et contrôlés au point de vue de leur pureté et que le phosphate de créosote qui contient du phosphate d'orthocrésyle soit introduit dans le tableau A, des substances vénéneuses.

Thallium

Barbier (*Marseille méd.* 1933, LXX, n° 4) et Duffard (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1932), étudient l'acétate de thallium dans le traitement des teignes. Ce corps n'agit qu'en provoquant la chute des cheveux comme les rayons X. Barbier signale également l'action antitrychophitique de l'iodure de soufre.

Benzol

Feil (*Presse méd.*, 1932, n° 101, 1973 et 1933, n° 6, 129) étudie le benzolisme professionnel et P. Émile-Weill (*Bul. méd.*, 1932, 750) publie une observation de leucémie post-benzolique provoquée par une intoxication professionnelle benzolique mortelle. Sézary et Horowitz (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 décembre 1932) rapportent un cas d'éruption papulo-croûteuse du visage consécutive à l'absorption de benzonaphtol.

Tétrachlorure de carbone

Pagniez, Plichet et Koang (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 8 juillet 1932) donnent l'observation d'un sujet de 30 ans qui, à la suite d'un travail chez un teinturier, dans une atmosphère contenant des vapeurs de tétrachlorure de carbone, fut pris de troubles gastro-intestinaux sévères suivis huit jours après d'accidents néphrétiques caractérisés par un œdème généralisé très important, une oligurie très marquée, une hypertension modérée et une azotémie à 3 gr. 75, guérison complète en quatre semaines. Travaux également sur l'intoxication par le tétrachlorure de carbone de Jeulain (*Thèse Méd. Paris*, 1933) et Bernard (*Thèse Vét. Paris*, 1933).

Sulfure de carbone

Monbrun, Charles Richet et Facquet (*Arch. Ophtalmol.*, 1932, XL, n° 11) rapportent un cas de névrite optique rétro-bulbaire par intoxication professionnelle par le sulfure de carbone.

Furfurol

Machtou (*Soc. Méd. lég. de France*, 13 février 1933) présente un cas d'intoxication professionnelle par le furfurol et la bakélite dans une usine de fabrication de meules à émeri, les lésions observées siégeaient sur les parties découvertes des téguments et consistaient en plaques érythémateuses exfoliantes, confluentes et prurigineuses. A ce propos, nous signalons que nous en avons également observé l'année passée, un cas tout à fait analogue que nous n'avons, du reste pas publié, étant isolé.

Soufre

Dany (*Gaz. méd. de France*, 1932, XXXVII, 675) passe en revue les divers emplois de l'hyposulfite de soude en thérapeutique et de Rey Pailhade (*Soc. Thér.*, 12 octobre 1932) insiste sur l'importance de la médication soufrée en thérapeutique.

Eosinate de cœsium

Delgadillo (*Thèse Méd. Paris*, 1932) insiste sur l'action consolidante de l'éosinate de cœsium sur l'équilibre colloïdal dans les mlaadies où cet état se modifie et constitue par sa perturbation le fondement mêmedu caractère nosologique. Indépendamment de son action préventive contre la crise nitritoïde arsénobenzolique, action heureuse de ce corps dans les urticaires et l'eczéma.

PHYTOTHÉRAPIE

Nous signalerons dans ce chapitre une étude de Salet (*Gaz. méd. de France*, 1932, XXXVII, 558) sur les plantes médicinales de l'Indo-Chine et un travail de Sigalas (*Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1933, LIV, 339) sur les renoncules.

Quant aux si intéressantes études phytothérapiques de Leclerc, que nous n'avons pas malheureusement la place d'analyser ici en détail, elles ont porté cette année sur la Garance (*Presse méd.*, 1933, n° 26, 528), le Gattilier (*Concours méd.*, 1932, LIV, 3059), la Guimauve (*Presse méd.*, 1933, n° 36, 738), la Livèche (*Presse méd.*, 1932, n° 81, 1520), la Fleur d'oranger (*Presse méd.*, 1932, n° 69, 1328), les Plantains, (*Presse méd.*, 1932, n° 61, 1200), le Pouliot (*Presse méd.*, 1932, n° 55 1086), le Roseau aromatique (*Presse méd.*, 1932, n° 99, 1870) et le Souci (*Presse méd.*, 1933, n° 20, 408).

« Il paraît à beaucoup de bons esprits, qu'il y aurait intérêt à ce que l'externe ne soit nommé qu'à la fin de sa deuxième année d'études..... L'externe serait, ainsi, un peu plus mûr : il n'aurait pas été obligé, pour sa préparation de concours, d'apprendre hâtivement un programme (qui est d'ailleurs remarquablement sélectionné), mais qui, de l'avis de tous, nécessite au moins deux années d'études (il comprend, en effet, toutes les grosses questions d'anatomie et de pathologie) ».

(Professeur Paul Carnot. — Encore la réforme des études médicales. *Paris Médical*, 28 octobre 1933.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Poumons

En présence d'un **abcès du poumon** la ligne de conduite à tenir peut être schématisée de la façon suivante ;

Période (d'attente de six semaines) médico-chirurgicale. — Médications spécifiques. Emétine et arséno-benzol. Vaccination intrapulmonaire. Médications cliniquement favorables. — Injections intra veineuses d'alcool dilué. Très rapidement, bronchoscopie maniée doucement, avec ou sans phase de trachéofistulisation.

Après six semaines, persévérer si l'amélioration s'accentue et s'il n'y a pas pyosclérose.

Phase chirurgicale. — Ne doit jamais être mise en œuvre sans désinfection par voie trachéo-bronchique effectuée par trachéofistulisation, méthode passive, convient aux grands infectés.

(Georges Rosenthal. Conduite à tenir devant l'abcès du poumon. *Paris Médical*, 26 août 1933.)

Estomac

Lorsque, chez un malade opéré de gastro-entérostomie pour ulcus gastrique, on voit ultérieurement évoluer un cancer, il est très probable qu'il s'est agi d'une erreur de diagnostic lors de cette première opération : l'ulcère était déjà malin, et rien ne se ressemble plus, lors d'une laparotomie, que l'ulcus rodens gastrique et certains ulcus calleux de nature cependant simple, non néoplasique.

Il n'est pas prouvé, par contre, qu'un ulcère vraiment simple soit susceptible de se cancériser après l'intervention. Si cela est possible, on a le droit, en tout cas, d'affirmer la rareté de cette éventualité.

(Jean Vanier. Le cancer de l'estomac chez les ulcéreux gastriques par gastro-entérostomie. *Paris Medical*, 29 juillet 1933.)

Tuberculose

En matière de traitement de la tuberculose, il est bien difficile de se faire une opinion définitive, certaines formes ont une tendance spontanée à la guérison et il est délicat d'affirmer qu'une guérison est due à un médicament ou à la seule hygiène imposée au malade. Cependant, d'une part, l'argument du nombre a sa valeur et le nombre des observations favorables à la chrysothérapie commence à être impressionnant ; d'autre part, on ne peut pas ne pas être frappé, dans certains cas, par la simultanéité du début de traitement et du début de l'amélioration.

Il est certain qu'un certain nombre de formes guérissent spontanément ou par la cure sanatoriale — mais on ne peut guère apprécier le pourcentage de ces formes à plus de 5 % (Marie), tandis que le pourcentage de guérison clinique par l'aurothérapie atteint au moins 10 % pour Léon Bernard. Point important, cette guérison se fait beaucoup plus vite par l'or que par le sanatorium.

En résumé il ne semble pas s'agir dans la chrysothérapie d'une médication spécifique ; il ne s'agit pas non plus d'une médication infaillible ; mais elle constitue tout au moins une médication adjuvante utile que l'on ne doit pas substituer aux médications qui ont fait leurs preuves, cure sanatoriale et collapsothérapie, mais que l'on peut leur adjoindre — et cela sans inconvénient, car il apparaît bien maintenant qu'en surveillant le malade et en agissant prudemment, on arrive à éviter presque à coup sûr les accidents graves.

(. Vitry. La chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire. *La Clinique* (A) Novembre 1933.)

Diabète

Dans la cure insulinique, il est un point de pratique sur lequel il importe d'attirer l'attention.

Dans tous les pays on dose l'insuline en unités cliniques. Mais il y a des différences indispensables à connaître, dans la concentration et le mode de présentation du médicament.

La plupart des industriels présentent l'insuline en tubes de 5 centimètres cubes à vingt unités cliniques par centimètre cube soit cent unités par tube. Mais il en est qui présentent le médicament en ampoules contenant chacune soit vingt unités, soit dix unités, soit cinq unités.

Il y a là un danger que le médecin doit bien connaître pour éviter des catastrophes du type de celle-ci.

Coma insulinique et mort, chez une jeune femme enceinte de deux mois.

Le 18 mars, cette bouchère de vingt-deux ans, habitant la campagne, vint me consulter dans mon cabinet.

Elle s'était aperçue, il y a cinq mois, qu'elle était diabétique (160 grammes de sucre par vingt-quatre heures, pas d'acétone). Elle désirait avoir mon avis, car, enceinte de deux mois, elle s'inquiétait de l'influence du diabète sur la grossesse.

Suivant ma méthode, je lui conseillai un régime de 80 grammes de glucides, en lui faisant les recommandations d'usage.

Elle revint me voir trois semaines après la glycosurie était montée à 176 grammes en vingt-quatre heures, toujours sans acétone. Et comme la malade maigrissait, se nourrissant insuffisamment pour son état de grossesse, je prescrivis une injection matin et soir de vingt unités cliniques d'insulines à faire avant chaque repas.

Les premières piqûres furent pratiquées le 17 avril. Le 23 avril au matin je reçus un coup de téléphone, affolé du médecin traitant me disant que la malade avait eu la veille des crises d'épilepsie et était entrée dans le coma.

J'arrivai et trouvai une femme mourante, qui venait d'avorter, et malgré les piqûres de sérum glucosé que je fis immédiatement, elle mourut sous mes yeux une demi-heure après mon arrivée. Que s'était-il passé ?

Sur le vu de mon ordonnance (Endopancrine à vingt unités cliniques par centimètre cube : faire une piqûre de 1 centimètre cube avant les repas de midi et du soir), le pharmacien avait délivré des tubes de 5 centimètres cubes ; soit cent unités cliniques par tube. Le mari de la malade sachant faire les piqûres, s'était entendu avec le médecin traitant pour se charger de la cure. Au moment de pratiquer la première injection, il fut un peu étonné de la forme et de l'importance du tube, et téléphona au médecin pour savoir s'il devait injecter tout le contenu de l'ampoule. Le médecin, qui usait ordinairement d'insuline Roussel en ampoules de 1 centimètre cube, répondit par téléphone : « Injectez toute l'ampoule. » Ce que fit le mari matin et soir. Aussi, du 17 avril au 23 avril, jour de sa mort, cette jeune femme reçut deux cents unités d'insuline par jour. Chose curieuse, malgré cette dose énorme elle n'éprouvait, deux à trois heures après la piqûre, qu'un vertige avec pâleur de la face qui l'obligeait à se reposer un instant ; puis elle remontait en carriole pour livrer la viande à sa clientèle. Quand elle fut terrassée le 22 avril par une crise épileptiforme, le diagnostic d'hypoglycémie ne fut pas fait, et le lendemain elle mourait dans le coma.

De cette histoire lamentable deux leçons sont à retenir :

1° Les premières piqûres d'insuline doivent toujours être faites par le médecin.

2° Dans la cure insulinique on n'injecte pas « une ampoule » comme on le ferait d'un médicament d'une trousse d'urgence. On injecte des unités cliniques dont le nombre doit être non seulement spécifié sur l'ordonnance, mais encore vérifié au moment de l'emploi.

(Professeur Pierre Mauriac. Le traitement du diabète par le praticien. *Paris Médical*, 1er juillet 1933.)

Fractures

La syphilis joue un rôle important dans l'étiologie et l'évolution des fractures du col du fémur. — Il faut toujours y songer et pratiquer systématiquement la réaction de Wassermann. Chez les sujets jeunes qui présentent une fracture du col, à la suite d'un traumatisme minime, la syphilis devra être tenue pour très probable. Dans un cas rapporté par les auteurs, il n'y eut aucun traumatisme, si léger soit-il, à l'origine d'une seconde fracture du col. Tantôt il s'agit d'un tabes plus ou moins caractérisé et la fracture n'est qu'un cas particulier des fractures spontanées. Tantôt il n'existe aucun signe clinique ni sérologique du tabes. Seul le Wassermann est positif.

Chez les quatre malades dont l'observation est rapportée et qui étaient syphilitiques — il y eut évolution vers la pseudarthrose.

L'absence de consolidation étant extrêmement rare dans les fractures cervico-trochantériennes, la syphilis a indiscutablement joué un rôle dans la genèse de ces pseudarthroses.

L'existence d'une syphilis en évolution est certainement à l'origine des mauvais résultats opératoires lorsque l'on pratique vissage ou enchevillement. Les accidents observés peuvent être.

Après vissage ou enclouage métallique : l'absence de consolidation et des altérations du matériel de prothèse si le malade est soumis à un traitement mercuriel — ou encore la fracture du greffon.

Au point de vue de la conduite à tenir en présence d'un sujet syphilitique atteint d'une fracture récente ou d'une pseudarthrose du col fémoral, il semble bien établi qu'un traitement énergique pré-opératoire se montre parfaitement inefficace à modifier le pronostic — ce qui n'empêchera pas cependant de faire un traitement intensif à ces malades. En présence d'une fracture récente, on pourra tenter le vissage métallique par un greffon péronier. En présence d'une pseudarthrose constituée, on peut tenter encore l'enchevillement. Celui ci, en cas d'échec, ne gênera nullement une intervention ultérieure.

En cas d'échec de l'enchevillement ou même d'emblée (s'il s'agit d'une fracture nettement pathologique ou déjà ancienne) on fera une résection arthroplastique de la hanche. C'est une opération sans gravité réelle et une ressource thérapeutique précieuse chez les syphilitiques.

(Paul Mathieu et Paul Padovani. Syphilis et fractures du col du fémur. *Le Bulletin Médical*, 21 octobre 1933.)

Stomatologie

Les complications oculaires d'origine dentaire apparaitraient peut-être plus fréquentes si elles étaient recherchées de façon systématique. Nous devons retenir, dit dans ses conclusions M. Thibault, qui revient sur ce sujet :

1° L'existence manifeste de complications aiguës orbito-oculaires au cours de certaines infections dentaires graves pour lesquelles il convient de mettre en œuvre le traitement chirurgical et vaccinothérapique habituel ;

2° L'existence non moins évidente de troubles réflexes, sensitifs, moteurs et même sensoriels consécutifs à des lésions dentaires aiguës, douloureuses, ébranlant le trijumeau. Le traitement de la pulpe irritée ou l'extraction en viennent immédiatement à bout ;

3° La possibilité d'une origine dentaire pour certaines affections oculaires traînantes, surtout iritis, iridocyclites et choroïdites. Cette action pathologique à distance repose sur des faits bien observés ; elle est prouvée par le mode d'apparition des accidents, leur évolution clinique et par le résultat thérapeutique ; mais la fréquence de ces relations dento-oculaires demeure très discutée. En pratique, il convient néanmoins d'y penser après avoir envisagé, sans les retenir, les étiologies courantes : syphilis, tuberculose, rhumatisme. Lorsque les traitements classiques ont échoué et que du même côté les prémolaires ou la première molaire — qui, plus que la canine, sont les véritables « dents de l'œil » — présentent des foyers d'infection se traduisant, soit par une cicatrice de fistule, soit par une légère sensibilité à la palpation vestibulaire et à la percussion soit par une image radiographique claire à l'extrémité de la racine dans le voisinage du sinus, les signes de présomption d'une origine dentaire sont suffisamment forts pour qu'on procède sans délai aux extractions des dents suspectes. S'il existe en outre des signes de sinusite légère ou, à la radiographie, une image sinusienne voilée, le rôle étiologique des dents voisines devient une quasi-certitude.

Il paraît souhaitable que cette étiologie soit à l'avenir l'objet d'une même attention que toutes les autres, surtout quand il s'agit d'uvéites ou des névrites optiques dont la cause échappe si souvent en dépit des investigations les plus minutieuses.

(R.-C. Thibault. Les affections oculaires d'origine dentaires. *Paris Médical*, 9 septembre 1933.)

Hygiène

La dose de vin que l'on peut accorder aux enfants est assez difficile à fixer. Sans la réglementer par des chiffres précis, on peut conseiller de mêler le vin à quatre ou cinq fois son volume d'eau et de donner ainsi successivement la valeur d'un verre à liqueur, puis d'un verre à madère, puis d'un demi-verre ordinaire. Cela fait selon l'âge, à chaque repas, 20 grammes, 50 grammes, 100 grammes.

Le Docteur Dougnac, dans sa thèse, rapporte quelques opinions ; c'est ainsi que le Professeur Cruchet conseille :

A partir de quatre ans, 12 à 15 centimètres cubes de bon vin rouge pour 200 centimètres cubes d'eau sucrée ou non ;

A partir de quatorze ans, 45 à 80 centimètres cubes de vin rouge ou un peu moins de blanc étendu dans environ 300 centimètres cubes d'eau.

Le Docteur Dougnac, vers l'âge de quatorze ans, arrive à donner eau et vin par parties égales.

Selon le Docteur Cayla, il conseille :

De quatre à six ans, un quart de verre de vin, soit 50 grammes
De six à huit ans, un demi-verre, environ 100 grammes ;
De huit à dix ans, trois quarts de verre ou 150 grammes ;
De dix à douze ans, un verre ou 200 grammes ;
De douze à quatorze ans, un verre et demi ou 300 grammes ;
De quatorze à seize ans, deux verres ou 400 grammes ;
De seize à dix-huit ans, deux verres et demi ou 500 grammes.

Au delà de cet âge, le Professeur Portmann a établi des doses d'après la profession, c'est-à-dire d'après la rudesse du travail.

Ce qui est vrai c'est qu'instinctivement l'enfant aime le vin.

(L. Diculafé. Le vin dans l'alimentation de l'enfant. *Paris Médical*, 14 octobre 1933.)

Varia

Il y a aujourd'hui des « diabétologues » comme il y a des cardiologues ou des entérologues ; à les entendre ou à les lire, seuls ils possèdent la clef du mystère, et peu à peu le médecin praticien en arrive à douter de son droit à soigner les diabétiques. C'est, à mon avis, une abdiction intolérable. Certes il est des cas où le recours au spécialiste (!), dans la maison de santé ou à l'hôpital s'impose ; mais ils sont l'exception. Le diabète doit être traité par le médecin praticien, et s'il peut solliciter quelquefois un avis autorisé pour les cas graves ou d'évolution anormale, il doit prendre la responsabilité de la cure de ses diabétiques, il le doit et il le peut.

(Pierre Mauriac. Le traitement du diabète par le praticien. *Paris Médical*, 1er juillet 1933.)

***

Nous avons acquis la certitude que la restriction de la diurèse, due aux transpirations abondantes, est fatale à beaucoup d'urémiques : elle entraîne de l'azotémie par surcroît comme nous avons pu nous en rendre compte, mais de plus elle permet l'accumulation de toutes les substances nocives qui amènent la mort au cours des urémies lentes.

(J. Castaigne et J. Chaumerliac. Les azotémies extra-rénales par oligurie. *Journal Médical français*, sept. 1933.)

***

Des quatres théories proposées pour expliquer la production dss ictères des arsénobenzènes (*théorie toxique, th. de la réactivation syphilitique, th. biotropique, th. allergique*), aucune n'est scientifiquement démontrée. Faut-il pour cela admettre des doctrines cletriques : parasito-toxiques ou parasito-clasiques (Ravaut), toxico-allergiques (Gaté et Michel) ? Mais elles soulèvent les critiques qu'on a adressées à chacune de leurs composantes.

Remarquons surtout que les auteurs sont d'accord sur un point. Ils pensent tous que leur théorie n'est pas exclusive, qu'elle est seulement prépondérante.

Il nous paraît donc sage de considérer que, selon les circonstances, telle ou telle de ces doctrines se trouve applicable. Ces circonstances sont mises en lumière par l'étude étiologique et clinique des cas observés.

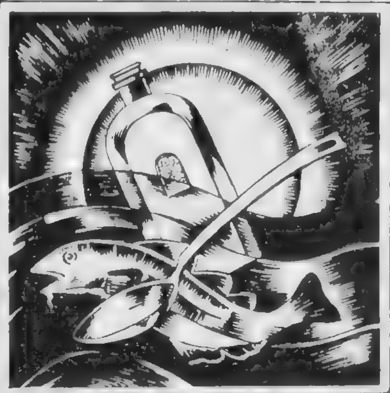
(A. Sézary. Les ictères des syphilitiques traités par les arsénobenzènes. *La Presse Médicale*, 25 oct. 1933.)

***

Tous ceux qui ont observé les stigmatisés sont d'accord pour reconnaître l'authenticité de lésions cutanées localisées aux mains, aux pieds, au front, à l'épaule, au flanc. Pour le flanc, c'est le côté gauche, tantôt le côté droit qui est atteint. Ces lésions sont tantôt du dermographisme, tantôt des ecchymoses, tantôt des érosions croûtelleuses, tantôt des croûtes hématiques plus ou moins épaisses. Les stigmates donnent du sang par une sorte de diapédèse. Seidl a vu sourdre à la loupe de la sérosité sanguinolente du stigmate thoracique de Thérèse.

(Clément Simon. Les stigmates cutanées des mystiques. *Le Bulletin Médical*, 21 octobre 1933.)

« Si on pendait tous les charlatans, la corde serait bien chère ».
Guy PATIN à Falconnet, 25 décembre 1669.





SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 5 décembre 1933

Le Centenaire de FINLAY

L'Académie de médecine de Paris commémore le centenaire de la naissance du Dr CARLOS J. FINLAY qui naquit à Camagüey (Ile de Cuba) le 3 décembre 1833 et que pour ses travaux scientifiques, l'Académie avait nommé membre correspondant de la 1re section (médecine).

L'éloge a été prononcé par son compatriote, le professeur Francisco DOMINGUEZ, également membre correspondant de l'Académie.

Bien que chirurgien, le professeur DOMINGUEZ a une grande expérience sur la fièvre jaune, il était l'ami de Finlay et a suivi sa découverte au jour le jour.

Fils d'une Française et d'un Ecossais, FINLAY avait fait ses premières études à Rouen et au Havre et ses études médicales à Philadelphie. Aussitôt reçu docteur il commence à la Havane ses études sur la fièvre jaune.

Pendant des années il insiste sur l'alcalinité de l'atmosphère de la Havane comme cause de la fièvre jaune.

C'est en 1878 qu'il change d'idée et se consacre à la recherche d'un agent capable de transmettre la maladie, idée qui lui est inspirée par la lecture de la Botanique de Van Tieghem à propos de la maladie du blé « La Rouille » et par les nouvelles découvertes de Pasteur.

Par une série de déductions plus puissantes les unes que les autres, il choisit le « Culex Mosquito » parmi les 600 ou 700 variétés de cet insecte. De plus le moustique pouvait répondre à toutes les nuances dans l'épidémiologie de la maladie.

Le travail sur le moustique réalisé par FINLAY suffirait à lui seul à la renommée d'un savant.

Au mois de février 1881, FINLAY en plein travail est obligé de partir pour Washington sur l'ordre du Gournement Espagnol pour y représenter Cuba et Porto-Rico à la Conférence sanitaire Internationale. C'est à cette conférence que, pour la première fois, il expose que pour que la fièvre jaune se propage il fallait :

1° Un malade de fièvre jaune dans une période spéciale de la maladie.

2° La présence d'un sujet apte à la contracter.

3° Un agent capable de transmettre la maladie de l'homme malade à l'homme sain et indépendant de tous deux.

A ce propos FINLAY démontre que tous les moyens hygiéniques employés jusqu'alors pour éviter la fièvre jaune etaient limités au premier et au second point de sa doctrine, mais jamais au troisième qui était la véritable cause sur laquelle il fallait agir.

Au moment de la conférence, FINLAY savait déjà que le moustique était l'agent de transmission, mais il attendait son retour à la Havane pour finir ses expériences et le 1er juillet 1881 il inocula pour la première fois un sujet afin de reproduire la fièvre jaune.

Le 15 août de cette même année, Finlay lisait devant l'Académie des sciences medicales de la Havane le travail qui devait l'immortaliser intitulé « Le moustique hypothétiquement considéré comme agent de transmission de la fièvre jaune ». Il avait mis juste un an et neuf mois pour decouvrir l'agent de transmission de cette maladie.

FINLAY inocule cinq cas dont un qui présente une forme légère de fièvre jaune avec albuminurie et ictère, deux cas diagnostiqués de forme abortive par les médecins militaires Espagnols et deux cas qui ne purent être suivis.

FINLAY se proposait uniquement de reproduire des formes légères de fièvre jaune afin *d'immuniser* les sujets, mais il signale que des formes graves pouvaient être obtenues par la piqûre de plusieurs moustiques ou bien par celle de moustiques nourris avec du sucre dans une atmosphère humide.

Les membres de l'académie de médecine de la Havane, après la lecture du travail, déclarent que Finlay « divaguait » !

La conception de Finlay était trop géniale pour être comprise et de plus rien en science n'autorisait cette déclaration hardie. FINLAY venait d'ouvrir la porte au groupe de maladies infectieuses transmises de l'homme malade à l'homme sain par la piqûre des insectes suceurs de sang.

Pendant vingt ans FINLAY lutta dans le vide, on l'appelait « L'Homme aux moustiques ». Il arrive ainsi à la fin de 1898 et 1900. La guerre d'indépendance de Cuba avait pris fin et le Dr Gorgas fut nommé chef de la santé de l'Ile. Pendant la fin de 1898 et toute l'année 1899 le Dr Gorgas employa tous les procédés scientifiques les plus modernes pour lutter contre la fièvre jaune et il n'obtient comme résultat que l'augmentation de l'epidémie de cette maladie.

Le Dr Gorgas ne voulut pas écouter une seule fois le Dr Finlay que pourtant il s'était attaché. S'il l'avait écouté, bien des vies américaines auraient été épargnées et certainement une sanction aurait été accordée à la découverte de Finlay.

Pendant cette année 1900, une commission de médecins américains vient à Cuba pour étudier la fièvre jaune afin de contrôler les travaux de la première commission qui avait déclaré que le bacille de Samarelli était la seule cause de la fièvre jaune.

Cette seconde commission, présidée par le Dr Reed, contrôla le rapport antérieur et déclara que le bacille de Sanarelli n'existait pas et cela malgré l'affirmation du Dr Agramonte qui soutenait l'avoir trouvé dans 33 % des cas dont il avait fait l'autopsie.

Dans cet impasse la commission Reed décide à tout hasard de contrôler la découverte de Finlay, pressée surtout par la violente épidémie qui régnait à la Havane et par l'insuccès des méthodes hygiéniques employées.

Après une longue conférence avec le Dr FINLAY, la commission reçoit de ses mains tous les documents, sa statistique de 104 cas et les œufs du moustique dont il se servait (Culex Fasciats).

Du 11 au 31 août 1900, onze cas sont inoculés par la Commission Américaine avec les moustiques nés des œufs remis par Finlay et qui avaient été examinés à Washington par l'entomologiste Howard. Les résultats obtenus furent : Deux cas de fièvre jaune grave avec albumine et ictère très prononcé. Les autres cas ne furent pas signalés car la Commission insista sur ces deux cas graves obtenus et qui d'une façon irréfutable ne faisaient que confirmer la theorie de Finlay.

C'était la première fois que quelqu'un daignait contrôler ce que le savant Cubain avait découvert et soutenu pendant vingt ans.

Pour Gorgas et pour la Commission Américaine ce résultat inespéré fut une grande surprise car ils ne croyaient pas a la transmission de la fièvre jaune par le moustique.

Le résultat de cette première expérience fut communiqué au général Léonard Wood gouverneur Américain de l'île et lui-même Docteur en médecine, qui pria le Professeur Dominguez de préparer une grande manifestation en l'honneur de Finlay.

Un banquet lui fut offert ainsi qu'une statue en bronze figurant « la pensée » et, dans son rapport officiel au Gouvernement de Washington, le général Wood écrivait :

« La confirmation de la doctrine de Finlay est le pas le plus « grand qui ait eté fait en sciences médicales depuis la décou- « verte du vaccin de Jenner et ce fait à lui seul justifiait la guerre « à l'Espagne. »

Ce n'est que le 4 février 1901, que le Docteur Gorgas à bout d'arguments, à la suite du contrôle de la Commission Américaine, se décide à inaugurer la campagne Culicidienne. Le 23 septembre de cette même année (sept mois après) le dernier cas de fièvre jaune autochtone était inscrit sur les statistiques sanitaires de la Havane.

Le Professeur Dominguez a insisté dans son travail, comme il insistera dans son livre sur le fait que le Docteur Finlay est le seul et unique auquel on doive reconnaître la paternite de la découverte de la transmission de la fièvre jaune par le moustique.

Quant à la Commission Américaine, en reconnaissant l'excellence de ses travaux il faut lui accorder le fait d'avoir été la première à avoir parlé du « virus filtrant ».

Félicitons le Professeur Dominguez pour ses travaux et pour la patience qu'il a déployée pendant quatre ans afin de mettre au point toute l'histoire de cette découverte en honneur de son compatriote et ami le Docteur CARLOS.-J. FINLAY.

Séance du 28 novembre 1933

Rapport général sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France et dans les Pays de Protec-

torat en 1932 et dans les colonies en 1931. — *M. L. Camus.* — Dans 27 départements, il y a augmentation des vaccinations et des revaccinations et dans 28, il y a diminution des vaccinations et des revaccinations par rapport à l'année précédente. Les primo-vaccinations sont plus nombreuses que l'année précédente dans 33 départements, mais elles sont en diminution dans 55 départements. La différence se chiffre finalement par une diminution de 12.831 primo-vaccinations. Les revaccinations sont plus nombreuses dans 43 départements et sont en diminution dans 30 départements, il en résulte finalement une augmentation de 15.490 revaccinations par rapport à l'annee 1931.

Des poursuites ont été exercées contre un certain nombre de réfractaires, mais il n'a été dressé que 314 procès-verbaux, et il n'a été prononcé seulement que 22 condamnations.

La variole n'a fait aucune victime en 1932, quatre cas seulement sont signales dans l'ensemble des dossiers et il semble probable qu'il s'est agi de déclarations hâtives que l'évolution de la maladie n'a peut-être pas confirmees.

Au Maroc, en 1932 s'est terminée l'épidémie de variole qui avait débuté l'année précédente, et on a enregistré 1.575 cas de variole.

Cette incidence de la variole a donné lieu à de très nombreuses opérations vaccinales : 1.660.000 en 1932, au lieu de 600.000 en 1931.

En Tunisie, la variole est en décroissance d'année en année. On ne signale plus que deux cas en 1932, et le service vaccinal fonctionne avec toute la régularité désirable.

Dans les colonies, les cas de varioles ont été moins nombreux, 5.170 cas en 1931, au lieu de 13.095 en 1930. Il a été pratiqué 8.499.018 vaccinations en 1931.

Primo-infection tuberculeuse de l'adulte. Conséquences prophylactiques et sociales. — *MM. J. Troisier et M. Bariéty* rappellent la serie d'observations de primo-infections tuberculeuses avec typho-bacillose bénigne et érythème noueux qu'ils ont publiées dernièrement.

Ils insistent aujourd'hui sur l'intérêt qu'il y aurait, en France, à rechercher systématiquement dans diverses collectivités militaires, universitaires, hospitalières, la proportion réelle des sujets ne réagissant pas à la tuberculine et capables dès lors de faire à l'âge adulte des primo-infections tuberculeuses.

Cette double notion, — notion nosologique de la primo-infection de l'adulte, pourcentage des cuti-réactions négatives chez l'adulte jeune, — implique une double sanction pratique :

1° Application à ces adultes néo-infectés des règles thérapeutiques en usage chez l'enfant ;

2° Prémunition des adultes non allergiques dans le même esprit qui a presidé à celle des nouveaux-nes.

La défense contre les moustiques. — *M. J. Legendre* expose que la fosse d'aisances de l'habitation, selon qu'elle a ou n'a pas une chasse d'eau, est exposee à devenir un lieu d'élection pour le moustique commun ou pour la mouche domestique qui s'y multiplient avant d'envahir la maison.

La question d'éliminer les mouches de la fosse d'aisances sans eau intéresse une population nombreuse, car ce genre de fosse, de règle à la campagne, est commun en ville dans les immeubles à bon marché.

L'auteur recommande la défense mécanique, qu'il a employee avec succès contre les moustiques stercoraires, pour barrer aux insectes l'accès ou la sortie de la fosse.

Rage. — *MM. Remlinger et J. Bailly* envoient un travail sur la vaccination préventive du chat contre la rage.

La vaccination qui paraît inutile en France s'impose au contraire dans l'Afrique du Nord, où les chats sont très nombreux et la rage fréquente.

Election. — On procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine). Les candidats étaient ainsi classés. En première ligne, M. Crouzon, en deuxième ligne ex-æquo et par ordre alphabétique : MM. Clerc, Laubry, Laignel-Lavastine, Ribadeau-Dumas et Villaret. Adjoints par l'Académie : MM. Babonneix, Noël Fiessinger, Milian, Pagniez et Sézary.

Au premier tour de scrutin, M. Charles Laubry est élu par 49 voix contre 36 à M. Crouzon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 novembre 1933

Mal de Bright et tuberculose. — *M. Caussade* s'est trouvé en présence de cette alternative : Un homme adulte contracte la tuberculose pulmonaire à 39 ans ; deux ans après apparaissent les premiers symptômes d'une néphrite hydropigène qui devient ensuite urémigène avec tous ses symptômes classiques. A part la préexistence de la tuberculose et l'apparition ascez rapprochée de la néphrite par rapport à celle-ci, rien ne permet de conclure à un rapport de cause à effet entre les deux affections. L'inoculation des urines au cobaye est restee négative dans ce cas, comme dans toute néphrite tuberculeuse.

Les autres faits intéressants de cette observation sont : 1° des poussées successives d'œdème pulmonaire masquant ou découvrant tour à tour une caverne ; 2° l'absence de bacilles de Koch dans une expectoration essentiellement albumineuse ; 3° leur présence décelee par une inoculation à un cobaye. Mais ce ne fut qu'après de patientes recherches que les bacilles de Koch, très rares et dégénérés, ont été trouvés dans les poumons de ce cobaye au milieu de réactions surtout épithéliales avec une faible tendance à la formation de follicules développes ; 4° ces constations histopathologiques, la survie de quatre mois du cobaye, l'amélioration notable à la fois du mal de Bright et de la tuberculose pulmonaire font penser à l'auteur qu'il s'est peut-être trouvé en présence d'un bacille de Koch peu virulent et sans doute dégénéré à la suite de nombreuses poussées d'œdème pulmonaire.

Ascite passagèrement chyleuse par rupture de chylifères. — *M. Loeper* à propos de la recente observation de *MM. Trémolières et Hurez,* rapporte le cas d'un malade atteint depuis dix-sept ans, d'une ascite tuberculeuse banale accompagnée d'atteinte pleurale et péricardique. A la suite d'un choc violent, le malade accusa une douleur épigastrique très vive et l'on put constater la transformation de l'ascite qui devint chyleuse : la ponction révéla en effet 13 gr. 20 de graisses totales et 2 gr. 74 de cholestérine. A la suite de trois ponctions successives, la guérison s'affirma en même temps que les taux des graisses et de la cholestérine s'abaissaient respectivement à 3 gr. 16 et 0 gr. 48. L'auteur pense que l'on peut expliquer cette transformation chyleuse de l'ascite par la rupture vraisemblable de canaux chylifères sous l'action du traumatisme.

La rechloruration dans les azotémies chroniques. — *MM. J. Paraf et H.-P. Klotz* rapportent deux observations d'azotémie chronique sans hypochlorémie marquée. Le traitement par les injections de chlorure a amené chaque fois une baisse marquée de l'urée sanguine, alors que la cessation du traitement était régulièrement suivie de l'augmentation de l'azotémie. Dans un cas, la guérison fut ainsi obtenue. L'autre malade, atteinte de tuberculose rénale bilatérale, ameliorée d'abord, succomba par la suite.

M. Et. Bernard pense qu'il s'agit là d'éventualité rare, et qu'il y aurait danger à laisser s'accréditer cette opinion que l'on peut traiter l'azotémie chronique par la chloruration.

M. Halbron a observé un cas de stenose pylorique avec vomissements abondants et répétés, oligurie extrême et azotémie élevee allant jusqu'à 5 grammes qui fut heureusement influencée par le sérum glucosé isotonique administré par voies veineuses, sous-cutanée et intra-rectale. La disparition de l'hyperazotémie n'est pas toujours en relation avec le régime chloruré.

Enchondromes multiples localisés au membre supérieur gauche. — *MM. M. Duvoir et L. Pollet* rapportent un cas d'enchondromes multiples datant de 23 ans, chez une jeune femme de 25 ans. Le point intéressant de cette observation est que les radiographies systématiques de tout le squelette ont montré que les chondromes étaient strictement localisés aux divers os du membre supérieur gauche, depuis la main, seule cliniquement atteinte, jusqu'à l'omoplate. Les auteurs rapprochent le cas de celui à disposition unilatérale observé en 1929, par MM. Huber et Advenier et discutent la pathogénie de ces faits.

Un cas de mastite syphilitique. — *M. Louis Desclaux* (de Nantes) rapporte l'observation d'une femme de [illegible] ans atteinte d'une mastite gommeuse tertiaire méconnue au début. La lésion a gueri totalement par le traitement.

La glande mammaire peut être le siège d'une syphilis la-

tente. La mastite syphilitique se présente sous deux formes : la mastite de la période secondaire, ordinairement diffuse ; la mastite de la période tertiaire, au contraire localisée. Dans l'un et l'autre cas, les ganglions ne réagissent habituellement pas.

Bacilles acido résistants dans une nodosité juxta-articulaire. — *MM. F. Coste, A. Saenz* et *L. Costil* rapportent une nouvelle observation de polyarthrite dans laquelle l'examen bactériologique d'une nodosité juxta-articulaire montre la présence d'une zone caséifiée, très riche en bacilles acido alcoolo-résistants. Ceux-ci se montrèrent avirulents pour le cobaye et ne poussèrent pas sur milieu de Löwenstein. Les auteurs discutent leur nature et leur rôle pathogène ou saprophytique.

Image radiologique arrondie : infarctus pulmonaire. — *MM. F. Coste* et *M. Bolgert* rapportent le cas d'un homme de 60 ans, atteint depuis des années de bronchite chronique, et depuis un an d'amaigrissement et de fatigue générale. On trouvait une matité et des râles à la partie moyenne du poumon droit. La radiographie montrait une opacité arrondie juxta-pariétale de 6 cm. de diamètre. Fièvre légère pendant quelques jours. Persistance de l'ombre opaque pendant un mois de mise en observation. Eosinophilie à 15 %. Réaction de Casoni négative. Expectoration presque nulle.

Le diagnostic de cancer pulmonaire paraissait probable. Le malade étant mort intercurremment, l'autopsie montra qu'il s'agissait, non d'une tumeur, mais d'une nécrose localisée et très circonscrite du parenchyme pulmonaire, entourée d'une coque scléreuse et semblant correspondre à un infarctus blanc d'origine endartéritique pulmonaire. Le malade avait eu quatre ans auparavant une phlébite du membre inférieur droit ; bien qu'ayant évolué sans complications ni séquelles, elle a pu cependant être la cause lointaine de cette lésion assurément très rare, mais dont des exemples ont été rapportés. De toute façon l'étude radiographique des infarctus pulmonaires mériterait de retenir davantage l'attention et la notion d'antécédents phlébitiques, mêmes lointains, peut avoir un certain intérêt pour le diagnostic dans des cas analogues.

M. Sergent insiste sur la difficulté du diagnostic des images pulmonaires arrondies qu'il ne faut pas se hâter d'interpréter. Il a vu de telles images disparaître spontanément dans deux cas où il s'agissait manifestement d'infarctus, et après un traitement hydrargyrique dans un cas de gomme syphilitique du poumon.

M. Rist a observé, chez un enfant atteint d'asthme, une image hémisphérique du lobe supérieur du poumon, accompagnée d'éosinophilie sanguine et d'une réaction de Weinberg positive. Il ne s'agissait pourtant pas de kyste hydatique ainsi que le montra l'intervention chirurgicale, mais d'une tumeur solide dont on put pratiquer l'énucléation ; l'examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un sympathome.

L'infarctus ne donne une image triangulaire que lorsqu'il est sous-pleural ; on conçoit, par contre, qu'il puisse donner lieu à une image arrondie lorsqu'il siège au centre du poumon.

M. Duvoir a vu un chondrome ossifié donner une image radiographique pulmonaire parfaitement arrondie.

M. Paraf rappelle que certaines images pleurales, qui disparaissent spontanément, peuvent simuler à s'y méprendre, les images de kyste hydatique.

Syndrome bulbo-protubérantiel de nature syphilitique. — *MM. Sézary* et *Marcel Perrault* ont observé un cas de syndrome bulbo-protubérantiel caractérisé avant tout par une paralysie totale de la déglutition, qui en imposait pour une sténose haute de l'œsophage. L'absence de tout signe d'obstruction ou de compression de ce conduit, l'existence d'autres signes nerveux (parésie faciale gauche, paralysie du trapèze et du spinal droits, paralysie conjuguée du regard, troubles dyspnéiques), la constatation d'une paralysie des constricteurs du pharynx permirent de reconnaître l'origine de l'affection. Le malade était syphilitique et porteur d'un signe d'Argyll Robertson. L'évolution de l'affection, la rétrocession rapide du trouble de la déglutition par un traitement spécifique intensif, ne laissent aucun doute sur l'étiologie syphilitique. Les auteurs insistent sur la dissémination des lésions dans le bulbe et la protubérance, et sur leur caractère parcellaire dans un même noyau. Ils les attribuent à de petits et multiples foyers d'artérite terminale. Tandis que la dysphagie était remarquablement améliorée par les médications arsenicales et bismuthiques conjuguées, les troubles dyspnéiques s'aggravèrent, sans doute parce que le noyau du pneumogastrique était complètement détruit, et le malade mourut subitement au bout de quatre semaines. La forme dysphagique de la syphilis du tronc cérébral doit s'ajouter aux formes oculo-motrice, masticatrice, glosso-labio-laryngée, dont on connaît d'assez nombreuses observations.

Sur un nouveau cas de lithiase du pancréas. — *MM. Noël Fiessinger* et *H.-R. Olivier* rapportent l'observation d'une lithiase pancréatique associée à une sclérose de cet organe découverte à l'autopsie d'un homme de 53 ans, entré à l'hôpital à la phase ultime d'une cirrhose de Laënnec.

Ils insistent sur la latence bien connue de cette affection évoluant sans diabète, sur sa relative fréquence chez les cirrhotiques, bien que les deux affections n'aient entre elles aucune parenté pathogénique.

La radiographie de la pièce montre des calculs répartis suivant une courbe à concavité inférieure dans la portion céphalique du canal de Wirsung.

Trois cas de leucémie aiguë à monocytes chez l'enfant. — *MM. H. Grenet, R. Levent* et *P. Isaac-Georges* rapportent trois cas de leucémie aiguë à monocytes. Ils sont caractérisés cliniquement par un état infectieux fébrile avec pâleur, syndrome hémorragique, splénomégalie et hépatomégalie ; les déterminations bucco-pharyngées ont été discrètes ; les tuméfactions ganglionnaires, importantes dans un cas, ont été insignifiantes dans les deux autres. La formule sanguine montre essentiellement une anémie intense et rapidement progressive, et une leucocytose plus ou moins accentuée, constituée uniquement par des monocytes. Les auteurs n'attachent à ce terme de monocyte qu'une signification morphologique, sans prendre parti dans les discussions qui opposent les théories dualiste et trialiste. Ils convient toutefois de remarquer que, dans un cas suivi d'autopsie, on a constaté dans les organes, et spécialement dans le foie et dans la rate, l'absence de toute formation lymphomateuse, et une hypertrophie marquée de la trame réticulaire, comme dans le cas du Professeur Merklen et Wolf. Ces faits présentent une étroite analogie avec un certain nombre d'observations récemment publiées.

Encéphalite épidémique inapparente révélée par accidents sériques. — *M. Michon* (de Nancy).

Myxœdème acquis sur terrain acromégalique. — *MM. S. Michon* et *M. Gruau* (de Nancy).

Fréquence actuelle plus grande des manifestations alcooliques chez la femme que chez l'homme. — *MM. Paraf* et *P.-H. Klotz* apportent leur statistique montrant la plus grande fréquence de la cirrhose alcoolique chez la femme (2,2 %) que chez l'homme (0,53 %). Elle marche de pair avec le caractère malin de cette manifestation alcoolique chez la femme (39,1 % de mortalité chez la femme et 14,25 % chez l'homme).

Michel ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 novembre 1933

Leontiasis ossea du maxilliaire supérieur. — *M. Dechaume* présente une malade atteinte de leontiasis ossea du maxillaire inférienr, avec hyperostoses localisées vérifiée histologiquement. A l'origine de cette lésion on trouve des foyers d'infection dentaire et des troubles de la crase sanguine. Un processus analogue se retrouve dans la pathogénie des épulis. Il expliquerait peut-être aussi celle de certaines ostéites hypertrophiantes.

Artérite oblitérante traitée par l'hémocrinothérapie (Buerher). — *M. M. Filderman* présente son troisième malade guéri d'une artérite oblitérante par l'hémocrinothérapie. La malade avait passé durant une année toutes ses nuits dans un fauteuil. L'amputation de la jambe s'imposait, car il y avait une plaque de sphacèle faisant le tour complet de la jambe, en dehors de la gangrène de deux orteils. Depuis cinq mois, la malade ne souffre plus et a conservé sa jambe.

Danger de la vaccination antidiphtérique en milieu hospitalier. — *Mlle A. Besson* montre que la vaccination anti-antidiphtérique détermine une baisse temporaire de la résistance aux maladies infectieuses. Plusieurs cas de rougeole contractées à l'hôpital par des enfants sains — venus pour vaccination — sont rapportés par l'auteur. Pour supprimer ce danger, il faudrait n'amener sous aucun prétexte — vaccination ou autre — qu'un enfant sain à l'hôpital.

Étiologie et traitement des névralgies rachidiennes. — *M. Léon Filderman* expose à nouveau sa conception de l'étiologie traumatique de la plupart des névralgies rachidiennes (intercostales, sciatiques et lombaires). L'anamnèse du début de l'affection, la révélation d'une douleur au siège du traumatisme par son marteau explorateur, la guérison qu'il obtient par les injections de lipiodol dans les trous de conjugaison malades révélés par son marteau confirment cette conception. Trois observations viennent à l'appui de ces affirmations.

Trois atteintes de zona chez un même sujet. — *M. P. Gallois.* — On a dit que le zona était une maladie infectieuse qui ne récidivait pas. Or, j'ai eu personnellement trois atteintes de cette affection, la première en 1891, la seconde en 1909 et la dernière en 1933. Si le zona est une maladie vaccinante, la durée d'immunisation ne serait pas indéfinie, mais d'après mon observation, serait d'environ une vingtaine d'années. On peut faire d'autres remarques, mes atteintes de zona ont occupé des régions différentes, mais se sont toutes produites au mois d'août. Les deux dernières ont été précédées de lumbago.

LEQUET.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Bismuthothérapie par le stérobi

L'importance prise par le bismuth dans la thérapeutique de la syphilis avec les travaux de Fournier, de Levaditi, de Sazerac, de Clément Simon, etc., est telle que d'aucuns l'égalent aux arsenicaux trivalents même pour le traitement d'attaque.

Il semble cependant que la rapidité d'action des arsenicaux en fasse le traitement de choix des accidents contagieux, le bismuth y étant naturellement associé et devenant dès que ces accidents sont cicatrisés une thérapeutique fort appréciée par son activité et sa sécurité.

Cependant la question de la bismuthothérapie peut sembler encore assez mal au point si l'on envisage la multiplicité des produits employés et la diversité de leur dosage.

Pendant un temps, seuls employés, les sels *insolubles* ont perdu beaucoup de terrain par leur élimination trop lente et capricieuse, on les considère cependant comme pouvant être d'une certaine utilité pour terminer une série et laisser ainsi l'organisme imprégné de bismuth.

Les sels hydrosolubles : ont une activité remarquable à condition d'être employés en injections très rapprochées car leur élimination est rapide. Ils peuvent de ce fait donner assez souvent des accidents toxiques.

L'unanimité des auteurs est donc réalisée pour préférer les composés *liposolubles* qui constituent selon l'expression classique le « juste milieu ».

La posologie n'est pas encore exactement précisée et après les hautes doses utilisées ces dernières années on est revenu maintenant à des doses moyennes : c'est ce qui donne encore un intérêt de plus au stérobi lequel est dosé à 6 centigr. de bismuth métal par ampoule, dosage moyen particulièrement apprécié de ceux qui s'en sont servis.

Ce n'est cependant pas là le seul intérêt de cette préparation liposoluble et dans deux thèses qui viennent d'être soutenues récemment sur son emploi chez l'adulte et chez l'enfant (1) MM. Fr. Guyon et M. Marcovici ont bien insisté sur la qualité essentielle de ce produit (bismuthostérol) dont l'absorption est remarquable.

Voici d'ailleurs les termes mêmes de leurs conclusions :

« Nous utilisons maintenant le *bismuthostérol*, qui a le grand avantage d'être plus dilué (6 centigrammes de Bi métal par 4 centimètres cubes, soit 1 centigr. 5 par centimètre cube).

Cette concentration permet facilement de respecter la posologie convenable, et d'autre part favorise la résorption locale (pas de noyau bismuthique à l'endroit de l'injection). Cette faible concentration est sans doute une des raisons pour lesquelles ce dérivé est absolument indolore.

Depuis six mois, nous employons à la consultation de l'hôpital Trousseau, ce bismuthostérol dans la syphilis congénitale du nourrisson et du jeune enfant il nous paraît très efficace et parfaitement toléré (M. Marcovici).

(1) F. GUYON. — Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par le bismuth liposoluble. Thèse Paris, 1933.
M. MARCOVICI. — La syphilis majeure du nourrisson et son traitement. Thèse Paris, 1933.

« *Les bismuths liposolubles* nous semblent être sans contredit, la forme la plus intéressante de la bismuthothérapie de la syphilis, formant le « trait d'union » entre les sels solubles (trop toxiques à l'élimination trop rapide, n'imprégnant pas suffisamment l'organisme) et les sels insolubles (à action plus lente et à élimination incomplète). Les bismuths liposolubles constituent comme on l'a dit un « juste milieu » méritant de prendre le premier rang en matière de thérapeutique bismuthique.

2° Parmi les nouveaux dérivés liposolubles, nous avons retenu spécialement le *bismuthostérol* du fait de son activité, au moins égale à celle des meilleurs liposolubles et de facilité d'absorption.

3° Les injections de ce corps mis en solution huileuse sont indolores et ne créent jamais de dépôts bismuthiques ou huileux (facteur de gêne fonctionnelle et même d'abcès) au lieu d'injection.

4° Les qualités thérapeutiques et pratiques de ce nouveau dérivé nous semblent devoir être rattachées à la présence dans sa constitution d'un noyau cholestérinique spécial (F. Guyon).

Du traitement des verrues planes juvéniles par la Néolyse

La Presse médicale du 26 août 1933 a reproduit une communication que le Docteur J.-P. TOURNEUX a fait à la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse.

Cet auteur signale les bons résultats qu'il a obtenus dans le traitement des verrues planes juvéniles par la *Néolyse*, préparation à base de sels silico magnésiens, chez deux adolescents âgés de 11 et 12 ans. La régression des verrues fut tardive et ne commença qu'environ quatre mois après la cessation du traitement, qui avait été suivi régulièrement pendant trente jours (un cachet avant chacun des repas). Actuellement le premier sujet, qui avait les deux mains couvertes de verrues, n'en a plus qu'une, en voie de disparition, et le second n'en a plus qu'une dizaine, dont plusieurs en train de régresser.

La *Néolyse* constitue donc, pour l'auteur, un traitement extrêmement simple et plein d'efficacité des verrues planes juvéniles, contre lesquelles il n'est plus besoin maintenant d'avoir recours aux cautérisations chimiques, à l'électrolyse ou à la radiothérapie.

Contribution à l'étude du traitement des états anxieux

par Paulette SILHOL. (Thèse de Doctorat, Montpellier 1933.)

Il n'y a pas d'anxiété, mais des états anxieux qui tous, ont pour substratum physiologique, l'émotion et l'angoisse.

Ces états anxieux, déformation de l'anxiété physiologique normale, ne cessent pas avec la cause qui les a produits. Réalisant l'anxiété constitutionnelle, ils peuvent aboutir à la psychose anxieuse et à son aggravation soudaine et violente : la crise aiguë anxieuse.

Tous ces états sont la traduction d'un déséquilibre organo-végétatif, déséquilibre qui se manifeste notamment par des variations du taux de la calcémie, et une augmentation de l'alcalose du milieu intérieur.

Partant de ces données et frappée des résultats que d'autres auteurs ont obtenus avec le *Belladonal* dans la sédation de l'anxiété et de la douleur morale, Mlle P. Silhol en a recherché la raison dans l'influence du médicament sur l'état humoral.

Au cours de la première partie de sa thèse, l'auteur publie six observations purement cliniques : mélancolie anxieuse, délire hypocondriaque, syndromes confusionnels anxieux, anxiété insomnique, obsession.

Dans tous ces cas, jusque-là résistants, l'action sédative du *Belladonal* a été efficace.

Dans la seconde partie de sa thèse, l'auteur rapporte quatre observations de malades, placés pour crises anxieuses à la clinique psychiatrique de Montpellier, le taux de la calcémie et de la réserve alcaline, préalablement examinés, étaient en déséquilibre, en état d'instabilité.

Dans trois cas, le *Belladonal* amena un taux calcique normal ou supérieur à la normale, et dans les quatre cas la réserve alcaline revint à sa valeur moyenne.

L'amélioration clinique des malades fut parallèle, dans les quatre cas, aux modifications humorales.

L'auteur insiste sur la posologie du médicament dans l'anxiété et la douleur morale et conseille des doses moyennes : deux à quatre comprimés en vingt quatre heures. On peut atteindre six comprimés par jour dans les cas développés d'hypervagotonie.

L'auteur n'observe pas d'intolérance au médicament et l'état général s'améliore en même temps que l'état mental des sujets.

Dr L.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Les aspirations du moins de vingt-cinq ans. La jeunesse médicale. — *De M. le Professeur René Leriche.* (EXCELSIOR, 19 novembre 1933).

J'ai rencontré hier un jeune interne de vingt-cinq ans, âme d'élite, esprit précoce, caractère fortement dessiné, ayant déjà une structure de chef. J'étais sûr que ses aspirations personnelles seraient la traduction appuyée de tout ce qu'il y a d'indéterminé, de confus dans les désirs inavoués de ses contemporains. Je l'interrogeai sans préambule.

— Ce que nous désirons, me dit-il, c'est que cela change. On nous dit chaque jour que la médecine n'est pas organisée, qu'il y a trop de médecins, que beaucoup ne savent pas grand'chose et que cependant les laboratoires sont vides. Mais alors, pourquoi n'ordonne-t-on pas la médecine ? Ce ne doit pas être très difficile. Pourquoi fait-on de mauvais médecins ? Pourquoi ne pas fixer les besoins en médecins des villes, des campagnes, des hôpitaux et des laboratoires, et, ceci fait, pour quoi ne pas rejeter impitoyablement les indésirables ?

On dit que nous sommes pris par des besoins d'argent et que nous nous détournons de la recherche parce qu'elle ne paye pas. C'est absolument faux. Beaucoup de mes amis sont comme moi : ils ne demandent qu'à travailler. Ils sont prêts à consacrer des années à la recherche pure, à des œuvres désintéressées. Mais ils veulent :

1° Qu'on leur permette de vivre ;
2° Etre guidés par de vrais chefs qui s'occupent d'eux ;
3° Que leur travail les conduise un jour à une situation.

Or, aujourd'hui, si l'on ne se lance pas très vite vers la pratique, on peut rater sa carrière. Les recherches de laboratoire, dont on parle tant, ne servent à rien dans la réussite d'une carrière. Les concours n'en tiennent pas compte, et l'œuvre personnelle nous handicape certainement. Nous sommes donc obligés de nous mettre à leur bachotage absurde qui va tuer notre propre originalité. A l'âge où Banting découvrait l'insuline, il me faudra rabâcher des questions toutes faites et sans intérêt.

« Si le syndicalisme médical avait compris sa tâche, c'est de l'organisation de la médecine en fonction du temps présent qu'il aurait dû s'occuper surtout. »

Et tout en défendant, par habitude, nos vieilles institutions, je me disais que mon jeune ami, n'avait pas tout à fait tort.

A ceux qui ont le souci de l'avenir scientifique français, je dédie ces réflexions d'un moins de vingt-cinq ans.

Joseph Lignières (1868-1933). — *Notice nécrologique lue par M. Brocq-Rousseu, à l'Académie de médecine* (31 octobre 1933).

Lignières (Joseph-Léon-Marcel) était né le 26 juillet 1868 à Saint-Mihiel. Elève à l'Ecole d'Alfort de 1886 à 1890, il fut choisi, à la fin de cette même année, pour occuper le poste de répétiteur auxiliaire de la chaire des maladies contagieuses. Le titulaire de cette chaire était Nocard qui avait déjà pu apprécier Lignières au cours de ses études et avait remarqué ses dons très particuliers d'observateur. Nommé chef des travaux en 1894, il y resta jusqu'au 1er janvier 1898 et, sur l'indication de son maître, il fut chargé, le 1er janvier 1898, d'une mission pour aller étudier dans la République Argentine, les maladies qui décimaient le bétail de ce pays, et notamment la *tristeza* ou malaria bovine. Cette mission lui fut renouvelée pour lui permettre de continuer ses recherches et d'organiser le laboratoire de bactériologie de Buenos-Ayres. En 1901, il reçut la direction de l'Institut national de bactériologie qu'il devait occuper de longues années, car il s'était fixé définitivement en République Argentine. Il fut, pendant cette période, le représentant officiel du Gouvernement argentin dans les divers Congrès scientifiques internationaux.

Lignières était membre honoraire de l'Académie vétérinaire,

membre non résidant de l'Académie d'agriculture et membre de la Société zoologique de France : correspondant de la Société de pathologie exotique ; il était lauréat de l'Institut, de l'Académie de médecine, de l'Académie d'agriculture, de la Société des Agriculteurs de France et de la Société d'acclimatation.

Il avait été élu correspondant de l'Académie de médecine en 1920.

Dès le début de sa carrière, il s'était donné complètement à la bactériologie et, sous la direction d'un maître aussi éminent que Nocard, il était rapidement devenu d'une rare compétence en cette matière ; il était un de nos techniciens les plus habiles et les plus avertis. Aussi, dès le début, s'attaqua-t-il à l'étude des pasteurelloses considérée comme une des plus difficiles qui soient.

Son œuvre, en Argentine, s'étendit à toutes les maladies sévissant sur les immenses troupeaux de ce pays qu'il fit bénéficier des connaissances acquises en matière de vaccine et de sérums. Lignières en créa lui-même de nouveaux. La malaria bovine (*Tristeza*), l'anaplasmose bovine, la piroplasmose bovine (*fièvre du Texas*), le mal de Caderas (*Trypanosomiase équine*), l'actinobacillose, les actinomycoses, la strongylose gastro-intestinale du mouton (*Lombriz*) furent tour à tour étudiés avec le plus grand profit pour la police sanitaire de son pays d'adoption.

Depuis de nombreuses années, il étudiait la fièvre aphteuse et les moyens de la combattre, et il venait de publier les résultats pratiques d'une expérience qui, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, n'avait pas donné ce qu'il en espérait. Il en avait été, m'a-t-on dit, vivement affecté.

Lignières fut un des pionniers les plus actifs de notre influence morale à l'étranger, et c'est à ce titre que le Gouvernement français, reconnaissant ses services, lui décerna la croix de commandeur de la Légion d'honneur.

Sous des apparences d'impassibilité, Lignières cachait une âme sensible. Il avait appris à se dominer et, ici même, au cours de discussions retentissantes, il ne s'est jamais départi de la plus extrême courtoisie vis-à-vis de ses contradicteurs. Son calme, fait de savoir et de réflexion, lui permettait d'envisager avec sérénité le jugement de ses contemporains.

Comment Cushing fut orienté vers la neuro-chirurgie. – *Extrait du discours prononcé par M. Roussy, à la séance de rentrée de l'Université de Paris.*

.....Il est dans la vie de tout homme véritablement représentatif — au sens qu'Emerson conférait à ce vocable — un instant incertain dont il advient que le hasard se constitue le maître. A cet égard, il n'est point téméraire de prétendre que c'est à Berne que se dessina la carrière de Cushing.

Vers la fin du siècle dernier, il vient en Europe pour y parfaire son éducation médicale. Il travaille dans le service du célèbre chirurgien Kocher qui réunissait alors des documents sur la pression cérébrale, en même temps qu'il entreprend au laboratoire de physiologie, sous la double direction de Kronecker et de Ascher, des recherches qui l'orientent vers la pathologie expérimentale du système nerveux.

Les travaux de von Bergmann et de Horsley, ces deux grands précurseurs de la chirurgie nerveuse, n'avaient point encore convaincu les médecins.

Aussi bien lorsque Cushing, une fois rentré aux États-Unis, parcourt les statistiques médico-chirurgicales de John Hopkins, Hospital de Baltimore, il ne relève que 32 cas de tumeurs cérébrales reconnues sur 36.000 malades. C'est qu'à l'époque le diagnostic de localisation de tumeur encéphalique était rarement porté. L'étude radiographique du crâne n'en était encore qu'à ses débuts et seules étaient pratiquées quelques interventions palliatives.

Une observation d'une malade atteinte d'une curieuse affection que nous dénommons « syndrome adiposo-génital » devait diriger Cushing sur la voie de la chirurgie cranienne, voie qui le conduit au développement d'une technique chirurgicale sévèrement et hautement spécialisée, à une précision toujours plus grande du diagnostic de localisation et à l'extension de nos connaissances anatomiques du cerveau : triple conquête de l'effort constant et conjoint auquel il s'attache durant de longues années.

Sa récompense la voici : alors que de 1901 à 1912, la mortalité pour certaines variétés de tumeurs cérébrales (gliome) avait été de 30 pour 100, elle tombe de 1912 à 1929 à 17 pour 100, pour n'atteindre plus à la fin de l'année 1930 que 11 pour 100.

La mortalité des interventions pour tumeur du nerf acoustique tombe de 25 à 4 pour 100 ; celle des tumeurs cérébrales en général de 16 (1922) à 6 pour 100 (1931).

Mais voici que Cushing n'est plus seul ; autour de lui, derrière lui, utilisant ses méthodes, les chirurgiens répandus dans le monde entier font bénéficier leurs malades des progrès réalisés dans le domaine de la neuro-chirurgie et, devenus à leur tour des maîtres, en perfectionnent les méthodes....

L'œuvre du Pr Franz Volhard, de Francfort, en pathologie rénale. — *Extrait du discours prononcé par M. Roussy, à la séance de rentrée de l'Université de Paris.*

La partie la plus importante de l'œuvre de Volhard réside dans ses recherches maintenant classiques sur la pathologie rénale.

Tandis qu'en France, notre grand Widal avait dressé magistralement le tableau des syndromes de l'insuffisance rénale qui devait immortaliser son nom, Franz Volhard aborde, par d'autres voies, le problème des néphrites et tente d'établir entre les altérations lésionnelles et les modifications fonctionnelles des maladies du rein un parallélisme rigoureux. D'abord avec son collaborateur le plus direct, Fahr, puis avec plusieurs de ses élèves, il poursuivra cette étude au triple point de vue anatomique, physiologique et clinique.

Et voici qu'en 1913, paraît la belle monographie de Fahr et Volhard sur le mal de Bright, ouvrage qui fera bien vite autorité et dans lequel on découvrira une magistrale synthèse des diverses formes anatomo cliniques des néphrites parmi lesquelles les « néphroses lipoïdiques » seront, pour la première fois, décrites avec détails.

Puis Volhard étudie l'urémie et son mécanisme. Il insiste notamment sur l'importance de l'œdème cérébral et d'une façon plus générale sur le rôle prépondérant des troubles circulatoires fonctionnels (spasmes artériels) non seulement dans la pathogénie de l'urémie, mais également dans celle de certaines néphrites glomérulaires et de l'hypertension artérielle.

Il s'attaque ensuite au problème de l'insuffisance rénale qu'il étudie au moyen de l'élimination aqueuse.

Les méthodes de dilution et de concentration qu'il a instituées ont rapidement conquis la faveur du public médical ; elles sont aujourd'hui répandues dans tous les pays. Ces épreuves, qui permettent d'apprécier la souplesse du rein et son élasticité de concentration, doivent leur intérêt à leur simplicité.

Je sais bien que la discussion reste ouverte sur le point de savoir si de telles épreuves sont suffisantes ou non pour juger du degré de l'atteinte du parenchyme rénal. Mais je sais aussi qu'il n'est aujourd'hui personne pour méconnaître la valeur et contester la nécessité, dans l'étude d'une affection rénale, des épreuves de concentration de l'eau.

Ce qui paraît essentiel dans l'ensemble de l'œuvre de Volhard et plus particulièrement dans celle consacrée à la pathologie rénale, c'est le souci d'isoler des entités morbides auxquelles il s'efforce de donner une autonomie aussi complète que possible, compte tenu à la fois de leur étiologie, de leur image morphologique et de leur expression clinique.

C'est aussi le soin d'utiliser, non seulement les publications de la littérature médicale mais encore, et avec quelle patience ! de poursuivre par correspondance la discussion scientifique avec ses adversaires et de chercher à la fois à les convaincre et à s'éclairer.

Grâce à ce persévérant travail, Volhard a pu réunir les matériaux qui, dans son *Traité du Mal de Bright*, forment aujourd'hui la synthèse de nos connaissances sur la pathologie rénale.

Chirurgie esthétique. Procès en responsabilité.

« Si nous sommes bien informée, écrit Mme Blanche Vogt dans *Cyrano* (10 novembre 1933) — et nous le sommes par les avocats de ces martyres volontaires —, il n'y a pas moins de deux cents procès en instance devant les tribunaux. »

MM. Jean-Baptiste et Antonin Pasteur, qui n'ont de commun que le nom avec l'illustre savant, fabriquent une poudre dentifrice. Pour ce faire, ils ont fondé un laboratoire, le « laboratoire Pasteur ».

Le Docteur Vallery-Radot, gendre de Pasteur, et l'Institut Pasteur ont intenté un procès audit laboratoire. Ils demandent à la première Chambre du tribunal, d'ordonner le changement de dénomination du « laboratoire Pasteur », en raison de la confusion possible avec l'Institut Pasteur. Le ministère public a adopté cette thèse, déclarant que les homonymes de Pasteur ont volontairement créé cette confusion. Le tribunal rendra son jugement à une date ultérieure.

(*Aux Ecoutes.*)

Le Gérant : A. ROUZAUD.
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

FONDÉ EN 1873. — N° 51 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 16 DÉCEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

LA TÉTRADE DIGESTIVE
DU Dr ZIZINE



AGOCHOLINE

Agent de drainage biliaire

(1 à 3 cuillerées à café de granulé le matin à jeun)

En Argentine, en Uruguay, aux Etats-Unis,
l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

GASTROPANSEMENT

A base de Charbon ACTIF
associé aux poudres inertes

(1 paquet le matin à jeun et au besoin le soir

PEPTODIASE

Eupeptique pour adultes et enfants

(Chlorure de Ca, Mg, et Na + amers de gentiane)

Adultes : 30 gouttes à chaque repas
Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)

Après les repas et au moment des douleurs :

Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

Laboratoires du Dr ZIZINE
24, Rue de Fécamp, PARIS (12e)

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — A l'occasion du centenaire de la naissance du savant cubain Carlos Finlay, le gouvernement de la République de Cuba vient de nommer grand'croix de l'ordre national de Carlos Finlay, le docteur Souques, président de l'Académie de médecine de Paris ; le Professeur Achard secrétaire général de l'Académie de médecine ; M. Fiquet, président du Conseil municipal de Paris et S. E. le Professeur Dominguez, ministre de Cuba à Paris.

Hôpital Cochin. — Mardi 19 décembre, à 11 heures, M. Laubry : L'angine de poitrine, son diagnostic étiologique. — Mercredi 20 décembre, M. Flandin : Herpès. — Jeudi 21 décembre, M. Benoist : Poliomyélite. — Vendredi 22 décembre, à 11 heures, M. Patte : Les néphrites.

Un Concours. — *Un prix de dix mille francs.* — La *Lettre Médicale* a pensé devoir encourager les praticiens qui font œuvre de chercheurs, dans leur pratique journalière.

Elle attribuera des prix aux travaux les meilleurs qui lui seront soumis sur des questions importantes qu'elle fixera elle-même, chaque année.

Le premier concours est ouvert sur la question suivante : *L'hypertrophie prostatique. Son traitement.*

Ce premier concours sera doté d'un premier prix de dix mille francs et d'un second de mille francs.

En cas de présentation de mémoires de valeur équivalente, le premier prix pourra être partagé.

Le jury sera constitué par le directeur de l'École de médecine de Tours qui désignera lui-même deux assesseurs qualifiés.

Les manuscrits seront la propriété de la *Lettre Médicale.* Ils devront parvenir avant le premier mars 1934.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à *La Lettre Médicale*, Laboratoires Paul Métadier, Tours.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. Dans sa séance du 7 décembre, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, ayant pris connaissance de l'interview accordée par le Docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique, à un rédacteur de l'*Intransigeant*, et parue dans le numéro du 3 décembre de ce journal ;

« Proteste contre les intentions prêtées à l'Administration de vouloir réserver dans les hôpitaux de l'Assistance publique des chambres particulières pour les malades aisés qui verseraient des honoraires élevés aux seuls médecins et chirurgiens de ces hôpitaux ;

Et demande aux Syndicats de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de vouloir bien affirmer leur opposition à un tel projet, contraire à la légalité et aux intérêts non seulement du Corps médical, mais aussi des malades pauvres et de la collectivité tout entière. »

D'autre part, nous croyons savoir que M. Raoul Brandon, conseiller municipal et député de Paris, doit très prochainement interpeller le Préfet de la Seine sur les abus d'hospitalisation de malades riches dans les hôpitaux de Paris, en même temps qu'il vient de déposer à la Chambre une proposition de loi tendant à réprimer les mêmes abus sur toute l'étendue du territoire français.

Académie de médecine. — Prix décernés en 1933. — *Prix du Prince Albert-Ier de Monaco* (100.000 francs). Docteur Héricourt, de Paris : Travaux sur la sérothérapie.

Prix Alvarenga de Piauhy (1.200 francs). Un mémoire a été présenté. Le prix n'est pas décerné.

Prix Apostoli (1.000 francs). L'Académie partage les arrérages entre le Docteur Laquerrière, d'Enghien-les-Bains et le Docteur Léonard Doriva, de Montréal (Canada).

Prix Argut (800 francs). Docteur Gautier, de Paris : Les diastolisations pour le traitement des obstructions nasales et des infections rhino-pharyngées.

Prix François Audiffred. (Un titre de rente de 24.000 francs). Un mémoire a été présenté. L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix du Baron Barbier (2.500 francs). L'Académie ne décerne pas le prix. Toutefois, elle attribue à titre d'encouragement, aux auteurs de ces travaux, les sommes suivantes : Docteur Geneviève Bocquentin-Ducosté, de Paris : Le pronostic du cancer du sein opéré, 300 francs. — Docteur Schmidt, de Biarritz : Essai de thérapeutique dans le lupus tuberculeux vulgaire, 200 francs.

Prix Berraute (Un titre de 3.092 francs de rente 3 %). Un mémoire a été présenté. L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Louis Boggio (4.800 francs). Docteur Saenz, de l'Institut Pasteur, à Paris : Ensemble des travaux sur la tuberculose.

Prix Mathieu Bourceret (1.200 francs). M. Delater, de Paris : Les maladies des veines et leur traitement.

Prix Henri Buignet (1.600 francs). Travaux du Laboratoire de microbiologie de la Faculté de pharmacie de Nancy : M. le Professeur Lasseur, Mmes Dupaix et Lucienne Georges.

Prix Marie Chevallier (9.000 francs). Docteur Jacques Arnaud, de Paris : Les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel et de l'oléothorax.

Prix Chevillon (3.000 francs). Docteur Pierre Augier, de Paris : La polypose recto-colique.

Prix Clarens (500 francs). Trois mémoires ont été présentés. L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Desportes (1.500 francs). MM. Desaux et Pierre Brocq,

de Paris, M. BOUTELIER, de la Roche-sur-Yon : Manuel pratique de dermatologie, 1.000 francs. — M. Jean COUTIÈRE, de Paris : De la détermination des constantes de toxicité et d'activité de quelques dérivés de la série barbiturique, 500 francs.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 francs). M. FOUQUET.

Prix Ferdinand Dreyfous (2.800 francs). Docteur Maurice DÉROT, de Paris : La créatininémie.

Prix Ernest Godard (1.000 francs). Docteur BESSEMANS, de Gand : Mémoire sur différents problèmes de syphilis expérimentale et clinique.

Prix Jacques Guérélin (1.500 francs). Mlle ABRICOSSOF, de Paris : Contribution à l'étude de la transfusion du sang chez le nouveau-né et le nourrisson, 300 francs. — M. le Médecin-commandant BAUDET, de Toulouse : La contracture de la paroi abdominale en chirurgie d'urgence, 300 francs. — M. Roger FROMENT, de Lyon : Les tachycardies paroxystiques ventriculaires , 300 francs. M. POUMEAU-DELILLE, de Paris : Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches par l'application systématique du lipiodo-diagnostic, 300 francs. M. Jean BOUCOMONT, de Montpellier : Recherches histophysiologiques sur le rachitisme dans la première enfance, 300 francs.

Prix du Docteur François Helme (1.500 francs). Docteur VELLUZ, de Paris : Propriétés biochimiques des liaisons éthyléniques. Recherches sur les toxines et cryptotoxines microbiennes.

Prix Théodore Herpin (de Genève). (3.000 francs). Docteur Lucien ROUQUÈS, de Paris : La myotonie atrophique.

Prix Henri Huchard (8.000 francs). L'Académie a partagé le prix entre M. Jean MORIN, ancien médecin colonial à Toulon et Mme GOMBEIRT, ancienne surveillante à la Fondation Emile Zola, à Médan.

Prix Itard (2.100 francs). Docteur BAIZE, de Paris : Le traitement des hypotrophies de la première enfance.

Prix Laborie (8.000 francs). L'Académie décerne le prix au mémoire intitulé : Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif, qui a pour auteurs MM. Jean DELMAS et Georges LAUX, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier.

Prix du Baron Larrey (500 francs). Docteur QUERANGAL DES ESSARTS, de Brest : Étude statistique et critique des résultats du traitement des méningites cérébro-spinales observées à l'hôpital maritime de Brest, de 1900 à 1932. — Une mention très honorable est décernée au Docteur ICHOK, de Paris : Étude sur la population française.

Fondation Laval (1.200 francs). M. Jean CANET, externe des hôpitaux.

Prix Le Piez (2.000 francs). M. le Docteur Guy ALBOT, de la Seine : Hépatites et cirrhoses, 700 francs. — M. le Docteur PADOVANI, de Paris : L'arthrite chronique déformante de la hanche, 700 francs. — M. le Docteur HO-DAC-AN, de Hanoï (Tonkin) : Contribution à l'étude des protéines sériques et en particulier de la myxoprotéine, 600 francs.

Prix Clotilde Liard (5.000 francs). Docteur Pierre URI, de Neuilly-sur-Seine : Les paralysies diphtériques.

Prix Lorquet (300 francs). L'Académie décerne le prix au mémoire ayant pour titre : La fièvre récurrente dans le traitement de la paralysie générale et du tabes, et partage les arrérages par moitié entre les deux auteurs, MM. les Docteurs MARIE et MÉDACOVITCH, de Paris.

Prix Louis (4.500 francs). Question : Médicaments sympathicotropes. L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour devise : *Phèdre* et pour auteur Mlle Germaine BENOIT, de Paris.

Prix A.-J. Martin (1.000 francs). Question : Sur les meilleurs moyens d'assurer la ventilation continue et hygiénique des locaux d'habitation. L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour devise : Travailler toujours et faire le plus de bien possible, et pour auteur le Docteur André HUSSON, de Lyon.

Prix Maurel (800 francs). M. André BESSON, de Paris : Sur le métabolisme et le rôle du facteur liposoluble ou facteur A dans l'organisme animal et humain.

Prix Mège (1.500 francs). Question : Physiologie normale et pathologique du faisceau de His. L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour devise : Labore et constantia, et pour auteurs Mlle VEIL, de Paris et M. Adalbert VAN BOGAERT, d'Anvers.

Prix Meynot (3.000 francs). Docteur REDSLOB, de Strasbourg : Ensemble de cinquante-sept travaux sur l'ophtalmologie. Mention très honorable à MM. les Docteurs LEMOINE, de Nevers et VALOIS, de Moulins : Éléments de biomicroscopie oculaire.

Prix Monbinne (1.500 francs). L'Académie partage les arrérages par parties égales à 1° MM. BLANCHARD et TOULLEC, de Marseille : Les grands syndromes en pathologie exotique. 2° M. CUBASSON, à Dakar (Sénégal) : La peste bovine. — 3° M. JACOTOT, de Nhatrang (Annam) : Études sur la peste bovine en Indochine.

Prix Oulmont (1.000 francs). M. Pierre MERKLEN.

Prix Pannetier (4.000 francs). Docteur René CACHERA, de Paris : L'acroasphyxie.

Prix Potain (2.400 francs). Docteur JONESCO-SISESTI, de Bucarest : La syringobulie. Les tumeurs médullaires associées à un processus syringomyélique.

Prix Pourat. (1.500 francs). Question : Peut-on démontrer l'existence d'une sécrétion interne du thymus ? L'Académie décerne le prix au mémoire qui a pour devise : *Ars medica tota in observationibus* et pour auteur le Docteur ODINET, de Paris.

Prix Reboulleau (2.000 francs). Docteur HAIBE, de l'Institut bactériologique de Namur : Ensemble des travaux sur l'asthme « à épine respiratoire » d'origine microbienne.

Prix Jean Reynal (1.500 francs). Docteur Pierre DUREL, de Paris : Les porteurs de germes en vénéréologie.

Prix Ricaux (diabète) (5.000 francs). M. Jean SIGWALD, de Paris : L'hypoglycémie.

Prix Ricaux (tuberculose). (5.000 francs). L'Académie partage les arrérages de la façon suivante : M. le Docteur REYNES, de Florac (Lozère) : Les éléments filtrables du virus tuberculeux. — M. le Docteur KFOURI, de Paris : Recherches expérimentales sur la tuberculose.

Prix Philippe Ricord (800 francs). Docteur BOULANGER : Considérations cliniques et thérapeutiques sur la blennorragie chez l'homme et chez la femme.

Prix Robin (600 francs). Docteur JUSTIN-BESANÇON, de Paris, pour son : Ensemble de travaux sur les eaux minérales.

Prix Marc Sée (1.200 francs). M. BLEICHER, de Nancy : Anatomie médico-chirurgicale des glandes surrénales.

Prix Tarnier (4.000 francs). Docteur Gaston COTTE, de Lyon : Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie. Elle attribue également une mention très honorable à Mlle le Docteur Gilberte PALLOT, de Lyon : Étude histo-physiologique des ovaires microkystiques.

Prix Tremblay (9.000 francs). Docteur LEPOUTRE, de Lille : Chirurgie des voies urinaires.

Prix Vernois (800 francs). MM. IZARD, de Toulouse, DES CILLEULS, de Paris et KERMABEC, de l'hôpital militaire de Brest : La guerre aérochimique et les populations civiles, 133 fr. 33 chacun. — MM. DUBOIS et SOLLIER, de Nîmes : Recherches sur la fièvre ondulante, 200 francs chacun.

SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES. — 1° *Rappel de médaille de vermeil* : M. le Docteur AUBLANT, directeur des services d'hygiène de Seine-et-Oise, à Versailles.

2° *Médailles de vermeil* : M. LECLERCQ, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; M. GIROS (A.), ingénieur, 7, rue du Regard, à Paris (VI°) ; M. VIGNEROT, ingénieur en chef du génie rural, 16, rue de la Procession à Paris (XV°) ; M. le Docteur RENON, chirurgien des hôpitaux de Niort.

3° *Médailles d'argent* : M. le Docteur SALMON, directeur du Bureau municipal d'hygiène à la mairie de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; M. le Docteur GREHANT, inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Marne à Chaumont ; M. le Docteur Paul MARTIN, directeur des services d'hygiène de l'Aisne ; M. le Docteur SCHMUTZ, inspecteur départemental du Bas-Rhin ; M. le Docteur X. LECLAINCHE, chef de service à l'Office national d'hygiène sociale, 18, rue José-Maria-de-Hérédia, à Paris ; M. DECOMAN, conseiller général de Seine-et-Oise, maire d'Argenteuil (Seine-et-Oise).

LIRE LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 2244

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

S. A. S. le Prince Albert Ier de Monaco

(1848-1922

Eloge prononcé à l'Académie de Médecine dans la Séance annuelle du 12 décembre 1933

par M. **Ch. ACHARD**
Sécrétaire général

Monaco, cet orgueilleux rocher qui jette dans la mer bleue sa pointe, comme une menace conquérante, cette cité très antique, riche d'histoire depuis qu'aux temps fabuleux, la légende y plaçait le lieu de repos d'Hercule allant par l'Ibérie séparer l'Europe de l'Afrique et marquer de ses fameuses colonnes les bornes du vieux monde ; Monaco, cette forteresse bâtie par la nature, où l'œuvre de l'homme ne semble avoir guère ajouté, avec ses tours, ses créneaux, ses poivrières et ses machicoulis ; cette altière citadelle dont les annales ne sont pendant des siècles qu'une longue suite de guerres, de meurtres et de sombres aventures ; ce nid d'aigle, propice aux rapines, convoité par les marchands autant que par les pirates et les guerriers, tour à tour aux mains des Sarrazins, des Gênois, des Français et des Espagnols ; Monaco, ce fief illustre, dont le souverain trouve dans son berceau assez de titres nobiliaires pour couvrir une page du Gotha ; Monaco, cette perle sertie dans l'or de notre Provence, site enchanteur où tout invite à la douceur de vivre, paradis des oisifs, lieu de luxe et de plaisir, cher aux heureux de ce monde : voilà tout ce que naguère évoquait dans la pensée des foules ce nom prestigieux.

Mais voici qu'aujourd'hui, le diadème étincelant de cette cité fortunée s'orne d'un fleuron nouveau et non moins précieux. La ville de fêtes est devenue l'une des capitales de science. Son nom évoque non plus seulement la vanité frivole des désœuvrés, mais le travail, joie du savant et bienfaiteur des hommes.

Un prince, souverain très grand d'un Etat très petit, épris d'idéal et dédaigneux des plaisirs futiles que donne la fortune, proclamant volontiers que tous les titres attachés à sa maison ne valaient pas celui d'associé de l'Institut de France, a doté sa principauté, comme le magicien d'un conte de fées, d'un trésor scientifique dont les richesses se répandent dans le monde entier et assurent à sa mémoire la reconnaissance perpétuelle de l'humanité.

Bénéficiaire de ses largesses, notre Académie se devait, passé le temps des honneurs funèbres, de témoigner au Prince Albert Ier sa fidèle gratitude. Le prix qu'il a fondé et que nous venons de décerner pour la cinquième fois, en même temps qu'il honore sa mémoire, apporte aux savants une récompense de leurs efforts, un encouragement à persévérer dans la recherche, un moyen d'action pour la découverte de vérités nouvelles.

Retracer la vie de ce prince éclairé, ce n'est pas seulement rendre un juste hommage à sa judicieuse bienfaisance, c'est proposer aussi un salutaire exemple. Puissants de ce monde, qui disposez de la fortune et détenez l'autorité, apprenez de ce modèle comment on mérite de vivre dans la mémoire des hommes, par des conquêtes pacifiques, plus nobles et plus solides que celles des armes.

... *Et nunc erudimini*,..

***

Le 14 novembre 1848, le Prince Albert naît à Paris, de Charles III, prince régnant de Monaco, et d'Antoinette Ghislaine, comtesse de Mérode. Il fait ses études classiques au Collège Stanislas. De bonne heure, il manifeste son goût pour la marine et l'on sait si une telle vocation, souvent précoce, est toujours impérieuse. Initié à la navigation par un officier français, à Lorient, il entre, à moins de dix-huit ans, dans la marine espagnole, à bord de la frégate-école *Tetuan*, avec le grade d'enseigne de vaisseau et prend part à des croisières dans les Antilles, et l'Amérique du Nord. Mais la révolution d'Espagne, qui détrône la Reine Isabelle II de Bourbon, lui impose, par égard pour la souveraine déchue, sa retraite. Tout lien pourtant n'est pas rompu pour lui avec la marine espagnole, car, beaucoup plus tard, le roi Alphonse XIII lui conféra le titre de contre-amiral.

En 1870, lorsque survient la guerre franco-allemande, le Prince n'hésite pas à se mettre à la disposition du gouvernement français qui l'attache, avec le grade de lieutenant de vaisseau, au vice-amiral Fourichon. La guerre terminée, en reconnaissance de ses services, il reçoit la Croix de la Légion d'honneur, avec une lettre élogieuse du chef du pouvoir exécutif, Adolphe Thiers.

Devenu souverain à la mort de son père Charles III, le 10 septembre 1889, il donne d'abord ses soins à l'administration de sa principauté et témoigne à la fois, dans cette tâche, d'une grande sagesse et d'un esprit novateur.

A ne considérer, que ce qui concerne la médecine et l'instruction publique, on lui doit des règlements sur la police sanitaire et la préservation des maladies contagieuses, des règlements sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Il édifie un hôpital modèle, pourvu d'une remarquable installation du service chirurgical. Il fait construire un sanatorium pour tuberculeux. Il fait exécuter des travaux considérables pour distribuer l'eau potable et mettre en usage la première usine pour l'incinération des ordures ménagères.

Il augmente le nombre des écoles primaires, il crée des cours supérieurs et divers établissements spéciaux d'instruction. Il développe un orphelinat où des jeunes filles reçoivent une éducation professionnelle qui leur permet de gagner honorablement leur vie. Il institue un Office de la prévoyance mutuelle et de l'assistance. Il fonde une bibliothèque publique, richement dotée qui, grâce à un large système de prêts, rend les plus grands services aux travailleurs de tous pays.

Mais son œuvre capitale, celle qui fera surtout vivre son nom dans la mémoire des gens de science, ce sont ses explorations marines et les institutions qu'elles l'ont amené à fonder.

Déjà sa curiosité scientifique s'était éveillée à l'occasion de fouilles qu'il avait fait exécuter dans les grottes de Grimaldi à Baoussé-Roussé et qui avaient abouti à la découverte de documents préhistoriques d'un haut intérêt. On y avait trouvé des vestiges fossiles qui allaient de la période crétacée jusqu'aux confins de l'époque actuelle, une faune d'espèces éteintes ou disparues de la région, et d'innombrables produits des industries primitives de l'homme. Mais surtout on y avait découvert les restes de deux types humains fort différents, l'un négroïde et très ancien, l'autre plus récent, de la race dite de Cro-magnon. Ces découvertes furent en quelque sorte le germe de cet ensemble magnifique aujourd'hui formé par le Musée d'anthropologie préhistorique et l'Institut de paléontologie humaine.

Quant aux recherches que le Prince suscita et dirigea sur la mer et la vie marine, elles furent vraiment sa passion scientifique. C'est là principalement que s'épanouit son activité pour la plus grande satisfaction de son amour de la navigation.

A l'époque historique des grandes découvertes géographiques, les navigateurs avaient exploré les mers pour en fixer la topographie et en dessiner les contours. Mais à cette exploration de surface il fallait le complément d'une exploration en profondeur. Le relief des fonds marins n'est pas moins précieux pour la physique du globe que celui des continents. Sous-marine ou émergée, la terre subit de mêmes

◆◆

influences et obéit à de mêmes lois. La bathymétrie ou mesure des fonds sous-marins mérite donc une étude soignée.

Du relief de notre sol, nos regards sont loin d'apercevoir toute l'étendue. Imaginons un instant qu'il soit possible de vider de leur masse liquide les sept mers chantées par Kipling : quels énormes gouffres verrions-nous se creuser, parfois presque à pic, où pourraient s'abîmer sans parvenir à les combler les cimes géantes des Andes et de l'Himalaya! Inhabitables à l'homme, ces fosses profondes laisseraient sans communications possibles par voie terrestre d'immenses espaces qui ressembleraient à ce que nous nous figurons des paysages lunaires.

En même temps qu'il nous dévoilent la topographie sous-marine, les sondages profonds nous découvrent une faune et une flore nouvelles.

Depuis que, dans son fameux voyage sur le *Beagle*, Ch. Darwin avait conçu sa doctrine de l'évolution des êtres vivants, des expéditions scientifiques avaient été entreprises pour l'étude de la vie sous-marine. Le prince Albert y prit un vif intérêt et, après les campagnes du *Travailleur* et du *Talisman* en France, du *Challenger* en Angleterre, de l'*Albatros* aux Etats-Unis, il résolut, sur le conseil d'Alphonse Milne-Edwards, de s'engager dans cette voie. Secondé par son fidèle ami Regnard, il y devait persévérer depuis 1885 jusqu'à sa mort, c'est-à-dire pendant trente-sept ans.

C'était d'abord sur une simple goëlette à voile de 200 tonneaux, l'*Hirondelle*, frétée dès 1873 et aménagée surtout comme yacht de plaisance, qu'il avait procédé à des sondages atteignant jusqu'à 2.870 mètres de fond, et pendant quinze ans il avait conduit ce frêle navire à travers l'Atlantique, de Terre-Neuve à Madère et aux Açores. Puis, après ce prélude, il poursuit et développe plus hardiment ses explorations. En 1891, il fait construire un nouveau yacht, la *Princesse-Alice*, trois-mâts goëlette de 600 tonneaux, marchant à la voile et à la vapeur, avec lequel il pousse ses sondages jusqu'à 3.560 mètres de profondeur et étudie particulièrement au sud-ouest de Madère la grande dépression à laquelle on a donné le nom de fosse de Monaco.

A mesure que l'expérience acquise apprend les perfectionnements qu'il convient d'apporter dans l'outillage et l'aménagement des navires destinés à ces explorations, de nouveaux bâtiments remplacent les anciens.

C'est, en 1897, la *Princesse-Alice-II*, navire en acier, de 1.420 tonneaux, filant 13 nœuds, muni d'un treuil perfectionné et de laboratoires mieux disposés. C'est ensuite, en 1911, l'*Hirondelle-II*, de 1.650 tonneaux, filant 15 nœuds et pourvue de la télégraphie sans fil.

Les sondages exécutés dans ces expéditions ont porté sur une très vaste étendue de l'Atlantique entre le 81° degré de latitude Nord et le 12°, du Spitzberg jusqu'au sud des Iles du Cap-Vert. Le Prince put ainsi dresser une carte bathymétrique de l'Océan en 24 feuilles, monument scientifique de haute valeur.

Mais tout se tenant dans la nature, le fond des mers ne peut être absolument séparé, pour l'étude, de la masse d'eau, vivante et mouvante, qui repose sur lui, ni même de l'atmosphère, également mouvante, qui surmonte cette masse liquide. Aussi le Prince fut-il conduit à faire l'étude, non seulement des fonds marins sondés jusqu'à 6.035 mètres, mais aussi des courants de l'Atlantique Nord, à l'aide des grands flotteurs en métal, lancés de l'*Hirondelle*, au nombre de 1.675, de 1885 à 1889. En même temps les courants atmosphériques étaient explorés au moyen de ballons-sondes et de cerfs volants, jusqu'à 16.500 mètres de hauteur, en pleine stratosphère.

Entre autres résultats pratiques, ces recherches sur les courants marins permirent, au lendemain de la Grande Guerre, d'indiquer les directions dans lesquelles étaient déportées les mines sous-marines, si abondamment semées dans la mer du Nord et la Manche, notamment le trajet de celles qui erraient entre la Manche, les Canaries et les Antilles, et qui devenaient pour la navigation un danger fort menaçant.

L'étude de la vie marine fut vraiment pour le Prince un sujet de prédilection.

Découvrir dans les mers les êtres vivants qui pullulent, reconnaître leurs mœurs, les lois qui gouvernent leur distribution et leur évolution, préciser leur rôle dans la vie du globe, voilà des sujets qui formaient le principal aliment de sa curiosité scientifique et enthousiasmaient son âme de navigateur.

Ainsi faisait-il à la fois ce qu'on pourrait appeler l'anatomie topographique des régions océaniques et leur physiologie.

La liste serait fort longue des recherches entreprises dans ces croisières à bord des navires qu'il commandait.

Faut-il signaler l'étude du plancton, cette masse d'organismes minuscules qui pullulent dans les couches superficielles des mers et qui sont la pâture d'animaux plus gros?

Nombre d'espèces nouvelles ont été découvertes aux grandes profondeurs et cette faune abyssale d'une prodigieuse richesse n'a manqué que dans des zones restreintes des grands fonds méditerranéens.

Des recherches spéciales ont été faites sur les déplacements des animaux marins en profondeur, et notamment sur ceux des animaux lumineux, au cours de chaque période de vingt-quatre heures. La pénétration de ces êtres lumineux aux grandes profondeurs a donné l'explication de la présence d'organes visuels chez des animaux qui vivent dans ces abîmes toujours privés de la lumière solaire et qui cependant ne sont pas aveugles comme d'autres animaux cavicoles, vivant dans les gouffres des continents.

Parmi les recherches marines effectuées pendant les croisières du Prince, certaines ont conduit à des résultats pratiques d'une haute utilité pour guider les pêcheurs du large vers les bancs de poissons : c'est là une tentative intéressante pour organiser cette pêche scientifique qui a tant d'importance pour le développement de cette industrie et qui néanmoins a tant de peine à s'installer sur nos côtes.

Il faut aussi mentionner l'étude des végétaux du fond des mers qui peuvent servir à la nourriture des animaux et dont on peut extraire des substances utiles, telles que l'iode, le brome, les sels alcalins et alcalino-terreux.

Mais au premier rang des travaux de biologie auxquels ces expéditions ont donné le jour, on doit placer la mémorable découverte de l'anaphylaxie, faite par nos deux illustres collègues, le Professeur Ch. Richet, gloire de la physiologie française, et par son trop modeste collaborateur le Professeur Portier. C'est avec les principes extraits des tentacules de physalies et d'autres animaux de mer que ce phénomène alors si nouveau et si gros de conséquences a été, par eux, mis pour la première fois en lumière et interprété en 1902.

Accompagné dans ses croissières par des savants de diverses nations et de disciplines non moins diverses, zoologistes, géologues, physiciens, physiologistes, géographes, le Prince savait se les attacher tous par sa cordialité et par ce lien, invisible, mais solide, qu'est le commun amour de la recherche scientifique. Mais il savait aussi conquérir l'affection des humbles, des hommes de son équipage, Bretons pour la plupart, si différents pourtant des Monégasques. Sans familiarité déplacée, il vivait au milieu d'eux, s'intéressant à leur vie, en connaissant un grand nombre par leur nom. C'est qu'il avait, en même temps que l'âme d'un marin, celle d'un chef et qu'il inspirait, comme il l'écrivait lui-même si justement, « l'accord muet du capitaine et des hommes, liés par la notion de sauvegarde générale, qui fait le commandement tutélaire et l'obéissance dévouée ». Ne l'avaient-ils pas vu, ces matelots, conserver, au milieu des plus dures tempêtes et dans les circonstances critiques d'un échouage près de la banquise au Spitzberg, le sang-froid qui maintient la confiance et permet d'ordonner la meilleure manœuvre pour le salut de tous ?

L'autorité, cette emprise sur l'esprit d'autrui, qui n'a des vraie force que lorsqu'elle s'appuie moins sur la contrainte que sur l'ascendant moral, il la voulait, non pour la satisfaction d'une inutile vanité, mais pour mieux diriger le efforts de tous vers le succès de l'œuvre qu'il s'était proposée.

A son avènement au trône, il avait remis en honneur la

vieille coutume de la prestation du serment. Dans la cour d'honneur du Palais et dans l'antique salle du Trône, tous les chefs de famille monégasques étaient venus lui jurer fidélité et le Prince avait pris l'engagement solennel de les protéger comme ses enfants et de veiller à leur prospérité. Cette promesse, il la tint magnifiquement, et ce fut dans l'enthousiasme que se célébra, en 1914, le jubilé du vingt-cinquième anniversaire de son avènement.

Simplicité patriarcale, autorité bienfaisante du pouvoir, voilà des vertus qui pourraient faire envie à de plus grands pays.

Doué, comme beaucoup de marins et de savants, d'une imagination poétique, le Prince se plaisait à dépeindre les scènes de la nature dont il était le témoin ou dont ses explorations lui suggéraient la pensée.

Il aimait à se représenter ces immenses abîmes de la mer où tout est silence, où ne pénètre pas le moindre fracas des tempêtes qui bouleversent la surface de l'Océan. Silence, mais non point solitude, car dans ces abîmes, contrairement à ce que maintes fois ont imaginé littérateurs et poètes, le silence n'est par celui de la mort. L'Océan n'est nullement un empire de mort, c'est un empire de vie et même de vie intense. Il est comme rempli par la pullulation des êtres marins, animaux et végétaux qui, dans leur infinie variété, se combattent et se mangent entre eux, suivant la loi commune du monde vivant, et qui, si bas qu'ils soient placés sur l'échelle de l'organisation biologique, obéissent inconsciemment à ces phénomènes si passionnants des tropismes et des tactismes, influences que le milieu exerce sur l'organisme dont il gouverne les actes.

Le Prince se plaisait à évoquer, dans le silence et la nuit des abîmes océaniques, la faible lueur qui signale la trace de quelque animal phosphorescent, circulant dans ces énormes espaces interdits aux rayons des astres qui éclairent nos jours et nos nuits terrestres.

Il dépeignait le fond des mers comme un immense tapis fait de la poussière des morts, une gigantesque nécropole où les dépouilles des êtres marins se mêlent aux corps terrestres que les fleuves ont reçus des continents ; le plus vaste des cimetières où la nature impose à tous les cadavres la même sépulture sans pompe et sans larmes.

Et l'homme précipité par le naufrages dans ces plaines abyssales, qu'est-il ? Un simple squelette effondré dans un lambeau d'étoffe, derrière les murs de bois du navire enseveli sous l'argile. A peine le vaisseau péri en mer, a-t-il touché le fond, qu'une multitude d'animaux s'y abat. Les uns agiles, les autres plus lents, ils l'envahissent tous pour se repaître de sa substance désagrégée.

Ces millions de cadavres de toutes espèces, ignorants de la paix des tombeaux, que des millions de siècles ont déposés sur ces sombres plaines, que sont-ils auprès des multitudes infinies d'êtres vivants qui, sans cesse renouvelés, en font leur pâture pour croître et multiplier perpétuellement ?

Quelle belle leçon de philosophie peut-on tirer des épaves et des animaux très variés qu'on y recueille, attirés les uns par les autres, de sorte que la proie première s'agrandit des proies successives des envahisseurs ! Partout, dans la nature, mais peut-être d'une façon plus saisissante dans ces spectacles du monde marin éclate le rapport nécessaire de la vie et de la mort. Si la vie est la pourvoyeuse de la mort n'est-ce pas aussi la mort qui alimente la vie ? Vie et mort sont deux phases également nécessaires à la pérennité des êtres organisés. Et si l'individu est pour nous la forme la plus visible soit de la vie, soit de la mort envisagées isolément, la dépendance mutuelle de tous les êtres nous oblige à considérer dans l'ensemble de l'univers une vie et une mort incessamment balancées. L'individu n'est qu'une parcelle provisoire dans la masse de cet univers où se fondent à parts égales, en un mélange indispensable à sa fixité, tous les éléments, tant morts que vifs, qui solidairement la composent.

Quelle source intarissable de problèmes, scientifiques et philosophiques, que le spectacle de la vie marine !

Aussi, la rude école de la mer, éducatrice sévère, inspire-t-elle à tous ses disciples un amour qui ne s'éteint qu'avec la vie. Mais la mer est diverse et changeante, et son amour peut porter douceur et douleur.

Sans doute, pour nos âmes latines, la lumière, la couleur, le bleu du ciel et de la mer, le chaud soleil ont plus d'attraits que le ciel gris, l'horizon brumeux, les steppes sans fin, les neiges et les glaces. Mais le paysage nordique n'en a pas moins sa grandeur et son charme. La joie qu'il recèle n'est pas un agrément de surface qui se cueille sans peine, elle est profonde ; il faut, pour la goûter, la méditer. Elle ne s'offre pas à nous en flattant nos sens, elle inspire un effort de pensée qui la rend plus solide et plus durable. Ce n'est point la griserie capiteuse qui s'abandonne à de faciles caresses, c'est le don réfléchi d'une âme fervente qui sait souffrir pour aimer.

Opposition qui rappelle ce que dit le délicat Abel Bonnard de la Provence et de la Bretagne, l'une aimant à s'exprimer autant que l'autre y répugne. Poésie de qualité différente assurément, mais non moins pure ni moins divine.

On ne s'étonnera point que, malgré la beauté qu'il reconnaissait aux paysages du Nord, le prince Albert, enfant des rivages de la mer latine, préférât, dans le secret de son cœur, aux pays septentrionaux, les contrées ensoleillées, l'enchantement des Antilles et la splendeur des îles Fortunées, parcelles de la légendaire Atlantide dans la mer océane.

Qu'il dépeigne les péripéties de sa navigation, ses explorations du fond des mers, ses chasses surtout qui le passionnaient, ses descriptions toujours vivantes témoignent à la fois d'une sensibilité délicate et d'un jugement solide. Il ne se borne pas, à la manière du don Carlos de *Ruy-Blas,* à écrire qu'il fait très chaud et qu'il a tué six boucs. Son récit abonde en détails souvent savoureux, et de menus incidents sont le thème de réflexions profondes.

La relation d'une chasse aux boucs sauvages à Madère nous le montre aux prises avec la nature hostile, à flanc de rocher, au bord de précipices, poursuivant les bêtes traquées par les rabatteurs. L'émotion du danger couru s'ajoute à celle de la poursuite : c'est, dit-il, la passion des natures bien trempées. Mais d'où vient cette jouissance, étonnante chez l'homme civilisé ? Elle vient, dit-il, d'une influence atavique, née dans la lutte pour l'existence.

Et le cachalot, harponné près des Açores, traîné à la remorque du navire, agonisant, perdant son sang, puis longuement dépecé à terre, est le motif de descriptions pittoresques, où les apprêts parfois quelque peu répugnants d'une infernale cuisine, s'agrémentent de traits de mœurs curieux et amusants, saisis sur le vif chez les indigènes. La conclusion qu'il en tire ne serait, certes, désavouée par aucun naturaliste. Il s'élève contre la fureur de l'homme qui massacre sans mesure les éléphants et les baleines, pour exploiter leur ivoire et leur huile, anéantit les animaux à fourrure pour spéculer sur des élégances vaniteuses et sottes, détruit les oiseaux dont le plumage merveilleux flatte les plus ridicules caprices de la mode en se fanant sur des têtes légères, après avoir servi la fortune de marchands sans scrupules : tueries inutiles dont la barbarie contraste avec les œuvres de la civilisation et du progrès.

Quoi de plus propice à la méditation que les loisirs du bord ? Dans l'infini de l'horizon se plonge l'infini de la pensée qui découvre dans les cieux et les mers plus de choses que n'en a rêvées la philosophie d'Horatio.

Toutefois, s'ils s'abandonnait volontiers à la méditation et à la rêverie, le Prince n'en était pas moins capable de faire œuvre pratique. Il savait concevoir et réaliser des organisations qu'on pourrait appeler constructives.

Sans doute la recherche scientifique était son principal objet, mais il la voulait pour base, pour point de départ d'applications utiles. Aussi entreprit-il de créer un enseignement pour répandre les résultats des recherches qu'il dirigeait. C'est pour cet enseignement supérieur des sciences de la mer, comme l'appelle très justement M. Joubin, qu'il fonda l'Institut océanographique, pourvu de laboratoires de recherches, qui fut inauguré à Paris le 27 janvier 1911.

Auparavant avait été créé, en 1898, et inauguré le 1er avril 1910, le Musée océanographique de Monaco, placé sous la direction du Docteur Jules Richard, destiné à renfermer tout le fruit des explorations et à contenir une vaste bibliothèque.

C'est là que se firent l'étude et le classement de toutes les acquisitions nouvelles de la science. C'était, suivant l'expression favorite du Prince, « l'usine »qui préparait les matériaux d'études, l'Institut de Paris représentant la « maison de vente » qui distribuait et répandait dans le public scientifique les résultats des recherches.

Ce n'est pas tout : les notions acquises sur la vie marine et sur l'origine de la vie dans les océans, jointes aux découvertes faites dans les grottes de Grimaldi, amenèrent le Prince à s'intéresser au problème de l'origine de l'espèce humaine. C'est de cette préoccupation qu'est né un nouvel Institut de Paléontologie humaine, doublé aussi d'un Musée d'Anthropologie préhistorique. Dirigé par M. Marcelin Boule, cet Institut a prêté son concours à de nombreuses et remarquables études sur diverses stations préhistoriques et particulièrement sur les célèbres grottes des Eyzies et d'Altamira.

Toutes ces magnifiques institutions ont subi l'épreuve du temps, et font grand honneur à la munificence de leur fondateur, non moins qu'à la valeur des collaborateurs qu'il avait su choisir et qui continuent d'en assurer le succès.

Les luxueuses publications qui répandent dans le monde savant les travaux qui s'y poursuivent et les enseignements qui s'y donnent, achèvent de placer le Prince Albert au premier rang du mécénat scientifique.

Certes, il y a beaucoup de sortes de mécènes. Depuis que le bon Horace a fait au descendant des vieux rois latins une célébrité plus durable que l'airain, le prototype du genre a trouvé maints imitateurs. Mais tous n'ont pas le discernement nécessaire pour que leurs largesses portent tous leurs fruits. Le palmarès de nos prix ne montre que trop combien la générosité de nos bienfaiteurs aurait souvent besoin d'être mieux avertie, mieux guidée. Il y aurait à faire une école des mécènes où serait proposé pour modèle l'exemple du Prince Albert, car non seulement il savait s'informer des besoins des sciences biologiques, s'entourer de collaborateurs spécialement compétents, mais, chose plus rare et plus méritoire, il prenait une part personnelle à l'œuvre commune, et tenait dans sa phalange de savants une place qui n'était pas seulement celle d'un amateur.

Savant, philosophe, bienfaiteur, le Prince unissait la noblesse de l'intelligence à celle du caractère.

Pour petite que fût sa souveraineté, grande était sa patrie, car c'était toute l'humanité. N'avait-il pas fondé, dès le 25 février 1903, à Monaco, un Institut international de la Paix, transféré à Paris le 17 octobre 1912 ?

Apôtre de la paix entre les nations, combien dut-il souffrir quand éclata la grande guerre ! Mais il prit aussitôt son parti. Dès le 2 août 1914, il quitte les Açores et met son navire à la disposition de la France. Son fils, le Prince Louis, est dans nos rangs et gagne les étoiles de général. Les hôpitaux de Monaco accueillent nos blessés et, à Paris même, le Prince Albert leur donne des marques d'intérêt. Je me souviens d'une visite qu'il fit à l'hôpital annexe du Val-de-Grâce que dirigeait notre collègue M. Bazy.

Attaché à la cause de la justice, il le fit bien voir quand, après le bombardement de la cathédrale de Reims et les excès criminels des Allemands, il adressa au Président de la République un télégramme retentissant de protestation contre des actes qui, disait-il, jugent un règne, un peuple, une armée. Et rompant sans ménagements avec le Seigneur de la guerre les relations assez suivies qu'il entretenait depuis plusieurs années, il publiait sous forme de lettre ouverte au Kaiser un réquisitoire plein de dignité, mais cinglant, sous le titre significatif : « la Guerre allemande et la conscience universelle. »

Ce sursaut d'indignation lui valut de voir saccager par l'envahisseur son domaine de Marchais, dans l'Aisne, qui ne dut d'échapper à la destruction totale par les mines ennemies qu'à la retraite précipitée des Allemands en 1918.

Que pesait au juste l'exiguïté de son fief monégasque auprès du grand et puissant Empire germanique ? Elle pesait tout le poids du droit et de la justice, tout le poids de la morale et de la raison. Droit, justice, morale, raison, idoles démodées pour certains qui font tenir tout le progrès dans le reversement du passé, — n'en restent pas moins les gardiennes de la société humaine. Le Prince les servit noblement, comme il servit la science et la bienfaisance.

Ne dirait-on pas écrites d'hier, tant elles n'ont cessé d'être vraies, ces lignes détachées de la préface de son livre, paru, il y a trente et un ans, sur «la Carrière d'un navigateur » ? Parlant de l'idéal fondé sur la notion des progrès à venir, il dit : « Il peut sembler douteux qu'un idéal si noble règne jamais sur les mœurs des hommes lorsqu'on voit encore l'esprit de conquête inspirer les erreurs les plus graves à des nations avancées, le fanatisme traîner son ignorance et commettre des crimes sous les yeux de l'Europe, et la politique menacer toute la terre avec des armées, des canons et des flottes ». Mais sans s'abandonner au pessimisme, il maintient sa foi en des âges meilleurs et fait appel à ceux qui dirigent les destinées des peuples : « La conscience des Princes, écrit-il, peut être touchée maintenant par les leçons de la Nature et de la Science ; elle méprise alors une politique orientée vers l'antagonisme des nations, le droit du plus fort et la fiction des frontières ; elle combat les haines ataviques de religion, de race et de caste, en s'inspirant d'un avenir où l'humanité solidaire pratiquera la justice. »

Souhaitons la venue de ce temps. Certes, la science peut être un moyen d'union entre les peuples. Mais pourquoi faut-il que jusqu'ici la fraternité des nations ait été proclamée par la politique avec plus de bruit et moins d'efficacité que par la science ?

Les services éminents que le Prince Albert avait rendus à la science étaient universellement reconnus. Aussi, les honneurs qu'en tous pays on réserve aux élites étaient-ils venus tout naturellement s'ajouter à ceux qu'il tenait de son rang. Docteur *honoris causa* des Universités de Bruxelles, d'Edimbourg, d'Aberdeen, membre des Sociétés de géographie de Berlin, de Budapest, d'Edimbourg, de Rome et de Vienne, de l'Académie impériale des sciences de Saint-Péterbourg, associé de notre Académie d'Agriculture, membre de notre Société des Gens de Lettres, il avait été nommé en 1891 correspondant, puis en 1909 associé de l'Académie des Sciences en remplacement de lord Kelvin. Notre Compagnie l'avait élu associé le 2 février 1915, et, lorsque la Commission de classement s'était réunie pour la présentation des candidats, le Professeur Blanchard avait cru devoir venir devant elle, non pour plaider une cause gagnée, mais pour apporter à ses collègues le témoignage particulièrement autorisé de la reconnaissance des naturalistes.

Le Prince honora souvent de sa présence nos réunions, où il prenait place aux côtés de l'illustre collègue, dont nous portons douloureusement le deuil, M. Roux. Puis la maladie le tint éloigné de nous. Il fit un dernier effort pour assister à l'inauguration de son Institut de Paléontologie humaine et y prendre la parole, le 23 décembre 1920.

Lorsque le Conseil de l'Académie lui adressa ses vœux de guérison, il voulut bien m'écrire combien il était touché de ces souhaits et le plaisir qu'il se promettait de nous revenir. Hélas ! il ne parut plus ici qu'une fois, exprimant toujours, avec son affabilité coutumière, l'intérêt qu'il portait à notre Compagnie.

Il s'éteignit à Paris, le 26 juin 1922. Ses obsèques eurent lieu solennellement à Monaco. Notre Compagnie s'y trouva représentée par son vice-président, M. Chauffard, et par son secrétaire annuel, notre président d'aujourd'hui, M. Souques.

Si les souvenirs personnels qu'il a laissés parmi nous se font de plus en plus rares, il vit du moins dans la mémoire de tous, anciens et nouveaux, par l'ampleur et la solidité de



son œuvre et par la fondation qui perpétue son nom au premier rang de nos bienfaiteurs.

A voir le bien qu'il a fait déjà, l'on peut mesurer celui qu'il continuera de faire. Ses actes le suivront et l'on peut dire de lui ce qu'écrivait, dans une de ses dernières œuvres, le maître du roman M. Paul Bourget : « Si les morts ne nous entendent pas, nous pouvons du moins prolonger leur vie en pensant et en agissant comme ils auraient voulu nous voir agir et penser ». Agir et penser, c'était, n'en doutons pas, pour le Prince, mettre en pratique la maxime de Marc-Aurèle, son auteur favori, nous a dit son confident, M. Louis Meyer. A notre tour, pour continuer son œuvre, suivons la règle de vie de l'empereur philosophe *Laboremus* !

TRAVAUX ORIGINAUX

La décapsulation rénale dans le traitement des néphrites de l'enfant

par **Jean MINET** et **A.** et **G. PATOIR**

Il est curieux de constater le peu d'empressement que manifeste la majorité des chirurgiens français à l'égard d'une opération aussi bénigne que la décapsulation rénale.

L'attitude de l'école chirurgicale française est d'autant plus étonnante que, dans les autres pays, ce traitement est l'objet de nombreuses études ; et il est regrettable que, de nos jours, la phrase prononcée par Tuffier au XIIe Congrès de chirurgie reste vraie : « Nous avons été devancés « sur ce point par la chirurgie étrangère, et il est plus « que temps que nous suivions son exemple. »

Cette intervention, pratiquée alors que tout espoir de guérison était perdu, a pourtant amené de véritables résurrections.

Comme nous avons assisté à l'un de ces heureux résultats, il nous semble utile de rappeler en quoi consiste ce traitement et ce que l'on peut en attendre dans la thérapeutique des néphrites, particulièrement chez l'enfant.

Péan, Sabatier, Tiffany, Senator, Albarran, ayant opéré par erreur des néphrites chroniques, avaient déjà remarqué que la néphrectomie ou la néphrotomie qu'ils avaient pratiquée amélioraient leurs malades.

Mais c'est Harrison et surtout Edebohls qui ont créé et mis au point la décapsulation rénale. Ils en ont fait un mode de traitement raisonné des néphrites aiguës et chroniques.

De nombreux chirurgiens étrangers ont suivi ces promoteurs. En France, on peut compter ceux qui s'intéressent à ces travaux et, même à l'heure actuelle, une sorte de méfiance semble encore planer autour de cette opération.

Aussi, malgré les efforts de quelques uns (Pousson, Lapeyre, Papin) ce sont presque toujours des auteurs étrangers qui en ont précisé les indications et observé les effets.

Bases anatomiques et physiologiques

La question du mode d'action de la décapsulation rénale n'est pas encore résolue.

Lorsqu'on enlève la capsule d'un rein, cet organe subit de nombreuses transformations. Il s'étale et rougit ; sa consistance devient plus molle et il augmente de volume. Cette dernière modification est visible et on la suit parfaitement à l'aide d'un oncographe. Récemment Dambrin, à l'aide d'un dispositif spécial, a pu suivre au microscope ces phénomènes vasculaires.

A cette vaso-dilatation succèdent des phénomènes sécrétoires qui persistent pendant un à deux mois. Il y a amélioration de l'élimination rénale : augmentation de la quantité d'urine et de l'urée qu'elle contient, baisse de l'azotémie.

Cette action est admise par tous les auteurs mais ils n'en donnent pas tous la même explication.

Les uns pensent que la capsule comprime le rein et que son exérèse lève un obstacle à la circulation. Ainsi Stropeni, Hoffmann et Ferramini pensaient que l'hyperémie provoquée était surtout d'origine veineuse. Dans le rein néphrétique, la capsule épaissie et inextensible écraserait les vaisseaux et les parties nobles du rein déjà lésées ou œdémateuses.

D'autres croient que la « mise à nu » du rein provoque l'apparition de néoformations vasculaires et d'anastomoses avec les vaisseaux voisins, formant ainsi dérivation. Mais il semble prouvé (Doglioti et Maraino) qu'une nouvelle capsule se forme en une quinzaine de jours. Elle est nacrée, moins élastique que la première et pourvue d'une vascularisation pauvre.

C'est sur ce fait que se basent les adversaires de la méthode pour lui dénier toute action durable et même passagère.

Il faut avouer que ces explications semblent fort hypothétiques. Aussi, comme Jaboulay le soupçonnait, comme Fischer vient de tenter de le prouver, on est en droit de penser à une action nerveuse.

L'étude des nerfs de la capsule rénale est malaisée. Les recherches des quelques auteurs (D'Evant, Renner, Papin, Lehman, Fischer) qui s'y sont attachés, permettent de décrire un vaste réseau nerveux capsulaire et des anastomoses réno-capsulaires. Les nerfs proviennent du plexus rénal ou même directement du splanchnique.

Fischer a récemment étudié leur physiologie. L'excitation des nerfs de la capsule produit une vaso-constriction des vaisseaux du rein. Fischer attribue cette action à un phénomène réflexe. Pour lui la capsule ne contiendrait que des fibres sensitives. Leur action empêcherait les variations rénales vasomotrices. Cette séduisante hypothèse, si elle se vérifie, ferait jouer un rôle très intéressant à la capsule rénale.

Ces diverses recherches qui intéressent surtout les physiologistes ne modifient pas les résultats de l'expérimentation clinique.

Sur un rein sain décapsulé, la sécrétion urinaire, d'abord augmentée, revient à la normale en deux mois environ.

On peut admettre que cette augmentation passagère de la sécrétion aura suffi, quand il s'agit d'un rein lésé, à rétablir la situation. Ce court espace de temps permet de surmonter une crise paroxystique. On n'en demande pas plus aux thérapeutiques médicales, dont certaines par leur agressivité ne sont pas sans inconvénients.

De toute façon, l'innocuité de l'intervention et l'absence de troubles apportés à la sécrétion (Lapeyre) sur le rein normal permettent d'admettre la bénignité complète de la décapsulation faite sur un rein pathologique.

C'est Edebohls qui a fixé à peu près définitivement les règles opératoires de la décapsulation. L'intervention est assez simple : après avoir pratiqué une incision lombaire on extériorise le rein après l'avoir séparé de son enveloppe graisseuse. Ce temps n'est difficile que lorsqu'il existe de la périnéphrite.

On attire alors, si possible, le rein hors de la plaie. On incise la capsule sur son bord convexe et on en rabat les deux lèvres vers le bassinet où on les sectionne.

Cette manœuvre nécessite une certaine attention de la

part du chirurgien, car il est fréquent de voir la couche profonde rester adhérente. On risque alors de déchirer le tissu propre du rein qui est friable.

Actuellement on complète souvent la décapsulation par l'énervation rénale (Papin, 1921) qui consiste à sectionner les filets nerveux accolés à l'artère rénale.

On est ainsi certain de faire appel à la fois aux deux mécanismes invoqués par les auteurs : section nerveuse et libération capsulaire.

Les indications de la décapsulation commencent à l'heure actuelle à être nettement précisées. On pratique cette intervention au cours des néphrites aiguës toxiques et dans les néphrites chroniques. L'indication en doit être posée lorsque les symptômes commencent à s'aggraver, malgré le traitement médical institué, ou lorsque l'un d'eux devient inquiétant (hématurie). La présence d'albumine dans les urines et l'augmentation de l'urée sanguine ne doivent pas, au contraire, arrêter le chirurgien, comme on le croyait antérieurement. Depuis quelques années on a même opéré des néphrites azotémiques pures.

On peut intervenir également dans les péri-néphrites douloureuses mais ici l'énervation est à préférer.

Faut-il décapsuler un seul rein ou les deux ? On sait aujourd'hui que l'unitéralité des lésions rénales est possible et même assez fréquente. Cependant, dans la plupart des cas, elles sont bilatérales.

De plus on est très souvent obligé de compléter plus ou moins tardivement la décapsulation unilatérale, une rechute s'étant produite.

Aussi, la plupart des chirurgiens sont d'avis de faire d'emblée une décapsulation bilatérale. On la pratiquera d'un seul côté lorsque le malade ne pourra supporter une plus longue intervention (Chuvalla).

C'est au médecin, non au chirurgien, qu'incombe la plus lourde responsabilité. De lui dépend en grande partie le succès de l'opération. En effet, souvent il appelle le chirurgien trop tard, et lui offre à opérer un malade sur qui l'on a essayé toutes les thérapeutiques et qui n'est déjà plus qu'un moribond. Que le chirurgien soit peu enthousiaste, c'est bien naturel, car, dans ces conditions, le succès est un heureux hasard.

Le médecin doit poser l'indication opératoire guidé par l'aggravation progressive des symptômes, lorsque le malade est encore en état de supporter l'opération et après avoir, sans obstination, utilisé l'arsenal médical.

Ces considérations rendent encore plus valables les arguments en faveur de la décapsulation chez l'enfant que chez l'adulte.

La curabilité ordinaire de la néphrite chez l'enfant, son caractère transitoire, la brutalité des phénomènes qui l'accompagnent, militent en faveur d'une thérapeutique extemporanée, d'effet passager mais suffisant pour parer à l'immédiat.

Ce que l'on sait en outre de la possibilité de régénération des parenchymes infantiles porte à croire que l'intervention donnera, chez les sujets jeunes, ses plus heureux effets. Il n'y a vraiment rien à craindre puisque, contrairement à une opinion trop répandue, mais peu médicale, l'enfant, après deux ans, supporte mieux que l'adulte l'anesthésie et l'acte chirurgical.

Envisageons d'ailleurs les résultats. Ils sont probants. Malgré les répugnances que soulève une opération vis-à-vis de maladies réputées strictement médicales, nous avons pu relever vingt cas, tous étrangers, de décapsulation chez l'enfant. Les indications ont été, dans deux cas, la néphrite aiguë, dans dix-huit cas une poussée grave au cours d'une néphrite chronique.

Les résultats sont les suivants : deux morts immédiates ou rapides, deux morts tardives (20 jours), un état stationnaire, cinq améliorations, dix guérisons. Sur un chiffre aussi faible, établir une statistique serait peu scientifique. On peut toutefois observer que, dans ces observations, la néphrolyse ne fut effectuée qu'après un échec des traitements médicaux et parfois très tard. Il semble bien qu'une intervention plus précoce améliorerait les résultats obtenus. On peut aussi remarquer que chez les vingt petits malades dont nous avons lu l'histoire, un pronostic fatal avait été posé. C'est également le cas du jeune sujet que nous avons pu suivre et dont voici l'observation résumée :

Le jeune Paul D..., âgé de 3 ans 1/2, ne présente aucun antécédent pathologique. Peu à peu s'installent chez lui des phénomènes gastro-intestinaux, de la bouffissure des paupières et de la face, un œdème progressif des membres inférieurs. Une analyse d'urine pratiquée le 26 septembre 1929 révèle une albuminurie à 7 grammes. L'urine contient en outre des cylindres et de rares hématies. La thérapeutique mise en œuvre n'amène aucune modification à ce syndrome urinaire, cependant que l'oligurie s'accentue. Les signes cliniques, œdèmes, hépatomégalie, torpeur progressive, diarrhée, clangor aortique, s'installent ou s'accroissent de façon impressionnante jusqu'au 3 décembre 1929 où le dosage de l'urée dans le sang montre un chiffre de 0 gr. 85.

Dès ce moment et devant l'échec des traitements médicaux tentés, l'intervention est proposée à la famille qui tergiverse, appuyée par des avis médicaux divergents, et ne se décide que le 7 décembre. A ce moment l'enfant est en quasi anurie, dans un coma avec Cheynes Stokes. Le taux d'urée est à 1 gr. 25. C'est donc *in extrémis* que le Pr. Lambret pratique une décapsulation rénale droite. Le rein gros, rouge, congestionné, tend à faire hernie aussitôt la capsule incisée. Dès le lendemain de l'intervention la situation est transformée. La diurèse de 200 passe à 600, 900, puis 1.300. L'albuminurie n'existe plus qu'à l'état de traces. La cylindrurie s'atténue jusqu'à disparaître le 14 janvier. L'urée sanguine le 5 janvier est de 0 gr.25. L'amelioration clinique est parallèle.

La guérison se maintient jusqu'en mai 1930 où les phénomènes se reproduisent jusqu'à nécessiter une intervention sur la capsule du rein gauche. Le résultat est aussi brillant que la première fois et la guérison définitive se maintient aujourd'hui.

Nous venons de montrer les heureux résultats qu'a donnés la décapsulation dans les néphrites infantiles. Ils ne le cèdent en rien aux résultats obtenus chez l'adulte et que mettent en évidence plusieurs travaux récents (Chuvalla, Lorri, Papin).

Le mode d'action de cette intervention importe peu au clinicien qui est tenu d'agir et d'agir vite. Les auteurs ne sont pas d'accord et la solution définitive n'est pas encore trouvée. Mais se baser sur ce fait pour dénier toute action au procédé c'est nier l'évidence. C'est opposer des objections théoriques à des résultats pratiques, évidents, probants.

Un fait clinique existe : la décapsulation rénale réussit souvent là où les autres thérapeutiques échouent. Dès lors on comprend mal pourquoi elle est délaissée à ce point, d'autant qu'elle est d'une absolue bénignité. Elle ne sauve pas le malade à coup sûr. Mais, si l'indication opératoire était plus souvent posée, si elle l'était précocement, si le médecin, comme c'est le cas le cas le plus fréquent, n'amenait pas des moribonds au chirurgien, un grand progrès thérapeutique serait acquis. Les résultats obtenus dans ces conditions ne tarderaient pas à le prouver.

BIBLIOGRAPHIE

WILLY ANDREWS. — *Annals of Surgery*, 1904, p. 617.
F.-G. BALCH. — Néphrite parenchymateuse chez un enfant de douze ans. *Boston medical Surgery Journal*, 1904, p. 90.
Gilbert BARLEW. — *Brit. med. Journal*, 19 octobre 1900.
BASSAN. — Décapsulation of the kidneys. *Boston med. and Surgery Journal*, 22 octobre 1902.
BAUER. — Décapsulation dans les néphrites de l'enfant. *Deutsch med. Wochenschraft*, 14 janv. 1927, p. 53-132.
BESSENSEN. — Renal decapsulation for nephrits. *American Journal of Surgery*, New-York, 1924, p. 264.
BORDAS. — Etude sur la capsule et les tissus péri-rénaux. Thèse de Paris, 1927, n° 58. *Ann. org. gén. urin.*, 1927.
A. CAILLE. — *Arch. of Pedi.*, 1902, p. 734.
CALDWELL MARX et ROWNTREE. — *Journ. of Urol.*, avril 1931, p. 351.

CAMPBELL. — Résultats de la décapsulation rénale. *Arch. Dis. Childhood*, tome V, août 1930, p. 285-90.
CASTAIGNE et RATHERY. — Des néphrites primitivement unilatérales et des lésions consécutives de l'autre rein. *Sem. méd.*, 20 août 1902.
J.-A. CAULK. — *Journ. of Urol.*, août 1927, p. 138-144.
CHARRIER et BLANCHOT. — Néphrite grave traités chirurgicalement. *Soc. méd. et Chir.*, Bordeaux, 25 juin 1931.
A. CHICKEN. — *British med Journ.*, 1901.
CHIVALLA. — Traitement chirurgical de la néphrite chronique et ses résultats. *Zeits f. Urol. Chir.*, vol. 33, 28 octobre 1931.
CLAUDE et BALTHAZARD. — Effet de la décapsulation du rein. Comptes rendus de la Soc. de Biol., 1er mars 1902. *Journ. Physiol. et de Pathol. génér.*, p. 462.
CREPIN. — Thèse de Lille, 1931-1932, n° 10.
DAMBRIN. — Thèse de Toulouse, 1932-33, n° 13.
DARGET. — Double décapsulation pour un cas de néphrite douloureuse avec oligurie. *Bull. Soc. franç. Urol.*, 17 déc. 1928, p. 254.
D'EVANT. — *Bull. Innerv. del rene*, 1889.
DOGLIATTI et MARAINO. — Innervation et intervention fonctionnelles sur le rein. *Arch. Italia Chir.*, sept. 1930, vol. 25, p. 109. Capelli Bologne, 1930.
LÉVY DREYFUS. — Nouvelle décapsulation d'un rein fonctionnant seul après une néphrectomie. *Bull. Soc. franç. d'Urol.*, 18 mars 1929, p. 107-111.
EDEBOHLS. — 1° Décapsulation du rein au point de vue clinique *Med. Record*, décembre 1901 ; 2° Renal décapsulation for chron. *Bright's disease The med. Record*, 28 mars 1903.
W. ELLIOTT. — 1° Decapsulation of the kidney for nephrit. *Medicine*, 1904, p. 251 ; 2° *Boston med. and Surg. Journ.*, 23 octobre 1902.
FISCHER. — Anatomie et physio. des nervii proprii de la capsule et leur signification pour la chirur. rénale et surtout pour le mode d'action de la décapsulation. *Deutsch Zeits Chir.*, 1930, vol. 2, p. 11.
FORBES et PACKARD. — Decapsulation dans le traitement de l'anurie. *Colorado med.*, fév. 1932, p. 74-75.
FOWLER. — Three cases of décapsulation of the kidney for chron. Nephr. *Edimb. Med. Journ.*, décembre 1921.
FRANCK. — Renal décapsulation for. chron parenchymatous nephr. *Britis Med. Journ.*, mars 1921.
J. FRASER. — Capsule stripping for subacute nephrit. *Ed. Journ. med.*, décembre 1921.
S. FRAZIER. — University Pensylv. *Journ.*, 1903-04.
GAUKER GUDER. — Néphrites azotémiques chez les enfants. *Arc. de Med. enf.*, Paris, 1923, t. XXVI, p. 86.
E. GRAHAM. — Les résultats de la décapsulation du rein chez l'enfant. *Arc. of Péd.*, septembre 1905.
HARRISSON. — *The Lancet*, Londres, 4 janv. 1896 ; *Brit. med. Journ.*, octobre 1919.
HUBBARD. — *Boston Med. et Sur. Journ.*, 1904, p. 94.
ISELIN. — Décapsulation du rein. Soc. Chir. Paris, 3 fév. 1928.
ISRAEL. — Chir. des reins et des uretères, 1900.
JANET. — Les principaux types cliniques de néphrites de l'enfant. *Journ. med. et Chir. pratiques*, Paris 1924, p. 698-710.
JOSEPH et RABAU. — Effets de la décapsulation dans la néphrite expérimentale du lapin. *Med. Rev. Bergen*, fév. 1927.
LEFEVRE. — La fonction rénale après la décapsulation. *Journ. Urol.* 1913 ; *Journ. Phys. et Path. génér.*, 1913.
M. LAVAL. — Cas de néphrite avec hématurie bilatérale, décapsulation et néphropexie du côté droit. Guérison durant deux ans. *Bull. Soc. franç. Urol.*, 19 mars 1928, p. 88 et 90.
LAX. — *Med. Wells*, vol. IX, 16 août, 1930, p. 1173 ; vol. XX, 30 août 1930, p. 1247.
LECÈNE et LERICHE. — Traité, p. 515.
LE DENTU. — Affections chir. des reins. Thèse de Paris, 1899.
LEHMANN. — Sur l'innervation du rein et surtout de la capsule et leur signification dans la décapsulation. *Zeits fur Urol.*, 1926.
LENNING. — Renal circulation following various types of nephrotomie. *Amer. Journ. of Surg.*, avril 1928, p. 424-431.
LOEDERICE, BERGER, MAMON et BEAUCHESNE. — Soc. méd. hôp. Paris, 30 juin 1933, p. 945.
V. LOZZI. — Résultats éloignés de la décapsulation et de l'énervation des reins. Il polyc. (*Sezione Chir.*, tome 29, 15 fév. 1932).
G. MONIE. — Physiologie pathologique de l'incision rénale. Thèse de Bordeaux, 1901.
J. MORSE. — Edebohls operation of nephr. in children. *Journ. of The Amer. med. Assoc.*, août 1917.
MURARD. — Valeur du traitement chirurgical dans le mal de Bright. *Lyon Chir.*, 1914 : Thèse de Lyon, 1913.
NICOLICH. — *Zeits für Urol.* V. 33, 22 septembre 1932, p. 161.
OEHLECKER. — Favorable résultat of décapsulation in two cases of lipoïd. nephr. *Zeits fur Urol. chir.*, 1927, p. 234-243.
PAPIN. — Les nerfs du rein *Enc. franç. Urol.*, 1919, p. 471-472 ; *La chirurgie du rein*, 1928, chez Doin.
PERAIRE. — Cas de décapsulation pour néphrite hématurique douloureuse. *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 17 février 1928.
POUSSON. — Soc. Chir., 6 juin 1900, 8 juin 1901. *Ann. mal. org. gén. ur.*, sept. 1901, mai, juin, juillet 1902 ; *Journ. Urol.*, 1913, p. 717.
PRIMROSE. *Montréal med. Journ.*, 1904, p. 317.
PUPINI. — Traitement chir. néphr. hémor.. 16 cas. *Arc. It. de Urol*, juillet 1932, p. 97-146.
RENNER. — Sur l'innervation des reins. *Deutsch. Mc. fur Klin. med.*, 1913, p. 101-119.
ROTH et CUSHING. — *Archives of Pediat.*, août 1903.
T. ROWSING. — Les néphrites chir. *Journ. Urol. med. et Chir.*, août 1922, p. 160.
L. SAMUEL. — Decapsulation for Bright disease. *New-York med. Journ.*, fév. 1917.
SANDERSON-WELLS. — Décapsulation du rein dans le mal de Bright. *Brit. med. Journ.*, décembre 1921.
SCHUPPEL. — *Zerts fur Urol.*, 1922, tome XVI, page 201.
SERRA. — Conséquence de la décapsulation et de la néphrectomie unilatérale étudiée par les colorants. Sperimental. *Arch. de Biologie*, 1928, p. 251-263.
SIMONS. — Traitement chirurgical des néphrises. *Journ. d'Urol.*, avril 1932, p. 399-434.
SIMPSON. — 4 cases of nephrit. in children treated by decapsulation. *Amer. med. Journ.*, 1916, p. 1093-1100.
STROPENI. — Influence de la décapsulation sur la circulation rénale. *Arch. It. Chir.*, 1925.
THIERS, PEYCELON et COLLOMB. — Un cas d'anurie traité par la décapsulation. *Journ. Urol.*, vol. 35, février 1933, p. 135-140.
TIETZE. — Décapsulation not a remedy for remal diseases prevent complications. *Beits 2 Klintsche Chir.*, 1927.
TIFFANY. — *Annals of Surgery*, 1899.
TISSERAND. — Sur quatre cas de décapsulation rénale dans la néphrite mercurielle. *Lyon Chir.*, 1914, p. 599.
TRILLAT et THIERS. — *Ann. med.*, juillet 1931, p. 176.
TURPIN, LAURENT et GUILLAUMIN. — Etude clinique et physio clinique d'un cas d'anurie mercurielle traitée par décapsulation rénale unilatérale. Guérison. *Presse med.*, 1929, n° 13.
VOLHARD. — Die chirurg. Behandhung der nephr., *Klin. Wochenschr.*, 22 janvier 1925.
WELTMANN. — *Wien. med. Woch.*, 18 juillet 1931, p. 975 et 1007.

Sur une dermatose d'origine acarienne

L'aoutat et ses méfaits

par le Dr CARLE (de Lyon)

Avant d'aborder l'étude zoologique de l'acare qui, sous ses différents noms, fait l'objet de cet article, je veux dire comment j'ai été appelé à m'intéresser à ses méfaits. Ce faisant, je crois rendre service non seulement à de nombreux praticiens, qui ignorent son existence, mais encore à quelques collègues bien spécialisés, qui lui doivent, sans s'en douter peut-être quelques erreurs de diagnostic.

Deux expériences involontaires, mais personnelles, me mirent sur la voie.

En l'été 1930, ayant passé un dimanche dans un castel de la région du Beaujolais, je ressentis le lundi soir sur les deux jambes une violente piqûre, suivie de plusieurs autres dans la même région, exactement sous les jarretelles, des deux côtés. Très vite cette sensation de piqûres s'aggrava d'un prurit violent, obligeant au grattage. Un examen, un peu superficiel, il est vrai, me montra sur les deux jambes des papules centrées d'un point rouge auréolées d'une zone

érythémateuse à bords irréguliers, à tendance rapidement extensive. Augmentation du nombre et du prurit pendant la nuit. Savonnage et friction à l'eau de Cologne. Aucun résultat. Je rencontrais le surlendemain le propriétaire du castel, qui me dit ; « Ne vous inquiétez pas. ce sont des aoutats. Depuis quelques années, nous en avons beaucoup chez nous Si vous ne les taquinez pas et ne les grattez pas. cela passera en une douzaine de jours, moyennant quelques frictions à l'essence d'auto ». J'eus la sagesse de suivre ce conseil et cela passa à peu près dans les délais prévus.

Cette année. ayant parcouru jardins et champs. dans une villa de la même région. je perçus les mêmes symptômes, que je décrirai plus complètement tout à l'heure. Je dois ajouter de suite que je voulus faire de la thérapeutique intensive qui aggrava singulièrement mon cas. J'en reparlerai également.

Entre ces deux expériences, j'avais eu l'occasion. en mon cabinet de consultation. de voir plusieurs fois, particulièrement en cet fin d'été de 1933, des victimes des aoutats. appartenant surtout à la classe des bourgeois en villégiature estivale dans les environs de Lyon. Ils avaient tous déjà vu un ou plusieurs médecins, qui avaient sans hésiter incriminé les chaleurs. les œufs. le lait, les poissons et le gibier. Un seul avait pensé à une gale quelconque, sans préciser. Un autre avait accusé les moustiques. Ces malades avaient été, comme de juste, soumis à un régime sévère qu'ils subissaient sans joie. tentés qu'ils étaient par les produits de la pêche et de la chasse, ainsi que par les légumes frais et les bons fruits. lesquels leur étaient limités ou interdits, de même, inutile de le dire, que ces poisons modernes que sont devenus les œufs et le lait.

Fort de mon expérience antérieure, je fis à la simple vue de l'éruption le bon diagnostic, lequel fut justifié par une rapide guérison. sans le moindre régime.

Ce n'est donc pas sa gravité qui me fait consacrer quelques lignes à cette éruption. La raison essentielle en est dans les erreurs de diagnostic et les thérapeutiques inutiles qu'elle provoque. En toute conscience. le médecin transforme ainsi en désagrément sérieux et durable une petite gale qui disparaîtra vite moyennant quelques soins hygiéniques. De plus cette dermatose est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit — et elle apparaîtra telle, en été et automne, lorsqu'on aura pris l'habitude de la dépister.

I. — *Etude zoologique.* — Le coupable est une larve héxapode de la famille des Acares, de la sous-famille des Trombidinés, qui fut baptisée *Leptus automnalis* par Shau en 1790. Depuis cette époque, elle fut successivement qualifiée d'acarus, trombidium, tétranychus... mais l'accord fut complet sur le qualificatif, qui reste toujours « automnalis ». Le nombre de ses noms vulgaires rappelle ses caractères essentiels et aussi démontre sa fréquence : Rouget. acare des regains. vendangeur, bête rouge, aouti. aoutat... Ce dernier nous paraît le plus euphonique.

Cette larve, bien nourrie. a un corps oblong d'un quart de millimètre. de teinte rouge orangé. Le corps est pourvu de six pattes terminées par des crochets. et d'un rostre portant des palpes. On peut les retrouver avec une certaine habitude et une grande difficulté sur presque toutes les plantes, depuis les plus vulgaires gazons jusqu'aux arbustes fruitiers, en passant par les légumes et les graminées. Elles les abandonnent toutefois avec la plus grande facilité pour se cramponner à la peau des mammifères et enfoncer leur rostre dans les orifices pilaires. Ces leptes préfèrent les petits mammifères, lapins, rats. taupes (le seul échantillon que j'ai vu provenait de taupes mortes), mais elles peuvent déterminer des éruptions miliaires vésico-purulentes tenaces et même dangereuses sur les chiens de chasse (pattes et ventre) les poules, les vaches (feu d'herbe), etc.

L'existence de ces larves a été depuis très longtemps signalée dans le centre de la France. Depuis quelques années on en parle beaucoup dans notre région beaujolaise et rhodanienne. Peut-être les a-t-on simplement authentifiées, alors qu'elles étaient, en réalité, déjà là depuis toujours. Il est fort probable que toutes les larves rouges, décrites en Angleterre, au Mexique, à Cuba, au Japon et ailleurs, sont de la même famille sous des noms différents.

Il est admis que ces leptes détachées de l'animal sont engourdies dans le sol pendant l'hiver sous forme de nymphes. Puis elles donnent naissance au printemps à un joli acare adulte d'un beau rouge satiné. dénommé le Trombidium soyeux. Celui-là se contente de sucs végétaux, et de débris organiques. Pendant la période chaude de l'année, les femelles gravides pondent des œufs isolés. qui éclosent en trois semaines sous forme de larves, toutes prêtes à se cramponner à un mammifère et à recommencer le cycle évolutif.

II. *Etude clinique.* — Les premiers symptômes surviennent le lendemain d'une promenade dans les champs ou dans les jardins. vingt-quatre heures après exactement, en août, septembre et octobre de préférence. Piqûre très vive. immédiatement suivie d'une cuisson prurigineuse, en un point. puis deux. puis trois. ou davantage. Les jambes sont leur lieu d'élection. surtout le tiers inférieur et souvent ces piqûres dessinent un cercle sous le bord inférieur des jarretelles, comme si les larves s'étaient incrustées au-dessous de cet obstacle qu'elles n'auraient pu franchir. Dans mon cas particulier, je ne puis mieux comparer cette première sensation qu'à celles, que produiraient les piqûres d'un escadron de moustiques, ou même de guêpes, qui se serait introduit sous les jambes du pantalon.

Irrésistiblement on gratte. après quoi on regarde ; une auréole érythémateuse a déjà fait son apparition, rose vif, centrée d'un point plus rouge. presque imperceptible à l'œil nu. Elle s'étendra vite par la suite. Les bords de cette auréole sont déchiquetés avec des prolongements analogues à ceux d'une lymphangite réticulaire. D'ailleurs l'aspect évoque beaucoup plus l'idée d'une lymphangite que d'un érythème. Etant donnée la rapidité d'apparition de cette plaque, on pourrait croire qu'un liquide venimeux a été introduit en même temps que la piqûre ; mais je n'ai rien trouvé dans l'histoire de l'aoutat qui pût confirmer cette impression.

En un quart d'heure s'est établie la première ligne de l'offensive. Dans les heures qui suivent, apparaissent successivement des papules érythémateuses de même nature, aussi piquantes à leur apparition. aussi prurigineuses, aussi sensibles au grattage. Un fort contingent apparaît sur la face antérieure des cuisses, un peu moins sur les faces latérales et postérieures un autre se dissémine sur l abdomen ; particulièrement au-dessous de la ceinture. puis sur la région lombaire, plus rarement sur le thorax.

Si la thérapeutique est nulle. ou nocive, si le grattage s'exerce sans retenue, les mêmes éléments pourront se répandre sur les bras, le dos, le cou. Tout le corps peut être recouvert de ces plaques et le prurit devient insupportable. gênant le travail et empêchant le sommeil. Plus rarement le début se fait par les avant bras ou le cou, avec une évolution variable suivant la porte d'entrée. L'évolution reste la même.

Dans sa forme normale, dès le troisième jour la période d'état est constituée : taches réticulaires rouges. irrégulières et terriblement prurigineuses, centrées d'une petite papule plus foncée. localisées, disséminées ou généralisées. Sensation de cuisson persistante entre les crises de prurit, surtout le jour. Quelques piqûres peuvent encore apparaître jusqu'au huitième jour, rarement davantage si l'on s'observe et si l'on s'abstient de courir dans les prés. Puis le prurit diminue. la rougeur s'éclaircit. et lentement disparaît en une seconde huitaine de jours, laissant persister longtemps des taches pigmentaires.

Mais le grattage ou les soins intempestifs peuvent tout compliquer et donner à ces plaques des allures papuleuses. urticariennes, eczématisées ou infiltrées, quelquefois même avec bulles ou vésicules. On a noté un peu de fièvre dans les cas généralisés.

Telle est l'évolution habituelle. En somme, pronostic bénin et à brève échéance, quand la cause première méconnue n'est pas constamment renouvelée. La contagion ne se

fait pas entre humains, et il n'est pas besoin de procédés désinfectants spéciaux pour les vêtements et les draps de lit.

III. *Diagnostic.* — Voilà le point le plus intéressant, car la rapide généralisation de l'éruption, son vilain aspect, ce prurit incessant, inquiètent le patient et font rêver le praticien, qui se trouve le plus souvent en présence de quelque chose de « non vu ». Il ne s'agit pas de moustiques, ni de guêpes, ni d'insectes volants, ni de gale des poules ou des céréales, puisque les parties découvertes sont justement respectées. L'ixode est une teigne visible, l'argas est très rare. Ce n'est pas un exanthème inquiétant, puisqu'il n'y a pas de fièvre. Alors on fait le diagnostic de strophulus chez les enfants, d'érythème polymorphe, forme papulo-érythémateuse chez les adultes. Et on attend paisiblement les événements en prescrivant un régime de famine, des laxatifs, du salicylate de soude, de l'hyposulfite de soude ou toute médication soi-disant dépurative. Mais on oublie de dire qu'il ne faut pas se gratter alors que tout est là.

Dans un cas particulièrement infiltré et suintant, parce que gratté, le médecin avait porté le diagnostic d'eczéma avec généralisation probable et pratiqué un long traitement interne, continué par des injections intraveineuses d'hyposulfite de soude.

Un autre cas, où, pour la même cause, des vésicules avaient fait leur apparition, fut qualifié de « dermite », sans autre précision et fut jugé justiciable de l'auto-hémothérapie, en même temps que de badigeons iodés. En peu de temps se constitua une vraie dermite sur toutes les régions atteintes.

Je me demande si parmi les nombreux cas de dermatite des prés publiés depuis les premiers articles du Docteur Alice Ulmo et d'Hoppenheim en 1932, il n'y a pas quelquefois des aoutats. Hoppenheim reconnaît lui-même que la plupart de ces cas guérissent spontanément en une dizaine de jours.

En somme, comme pour beaucoup de diagnostics dermatologiques, il suffit d'en avoir vu, ou tout au moins d'y penser. Il suffit de savoir qu'en été-automne, à la campagne, peuvent survenir des éruptions érythémateuses très prurigineuses qui sont dues à des acares automnaux et qui guérissent avec de la benzine. Si vous dépistez des éruptions de ce genre sur les jambes d'un citadin, retour de week-end, pensez aux aoutats avant d'évoquer l'érythème polymorphe.

IV. *Thérapeutique.* — Elle est simple et doit rester telle, sous peine d'aggraver les rougeurs et d'exacerber les cuissons. Il faut d'abord frictionner largement matin et soir les membres et les régions malades avec de l'essence d'auto ou mieux une benzine rectifiée quelconque, de celle qui sert à détacher les vêtements. Ensuite il faut avoir le courage de ne pas se gratter, en répondant à la sensation pruritogène par de douces frictions avec de la poudre de talc ou des tampons benzinés. C'est tout. Tout au plus dirai-je qu'avec un peu d'habitude, on peut arrêter l'invasion papuleuse de la première semaine, constituée par des éléments isolés qui marquent subitement leur apparition par une piqûre violente sur un point précis. En ce point apparaît en quelques minutes une papulo-vésicule centrée d'un tout petit point rouge. On peut alors déchiqueter immédiatement ce point avec une aiguille flambée et le frictionner durement avec un tampon imbibé de benzine. La plaque érythémateuse est ainsi arrêtée et n'apparaîtra pas. Si l'on doit rester longtemps à la campagne, il sera bon de renouveler le matin et à midi les frictions de benzine sur les jambes, avant d'aller se promener dans les champs et jardins. C'est là une excellente mesure prophylactique. La teinture de benjoin, mieux odorante, fut également essayée avec succès. Pour rester moderne, je dois également émettre l'hypothèse d'une vaccination... ou d'une accoutumance pour expliquer la guérison.

Inutile de chercher autre chose. En employant à titre d'essai le sublimé, la teinture de benjoin et surtout la teinture d'iode sur les rougeurs très prurigineuses de ma jambe gauche, j'ai réussi simplement à les transformer en horribles placards eczématisés, dont l'évolution dura cinq semaines. Les frictions alcoolisées ne valent rien et pas davantage les pommades. C'est parce que j'ai vu dans mon cabinet des complications de ce genre, avec des persistances indéfinies, uniquement dues à l'erreur du diagnostic, que j'ai tenu à signaler à mes confrères et collègues l'existence de ces petites bêtes rouges satinées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1933

Septicémie pseudo-palustre à micrococcus catarrhalis. — ***MM. Hugonot*** et ***Friess***, chez un sujet d'origine coloniale, à la suite d'un abcès pulmonaire, lui-même consécutif à une congestion grippale de la base droite, virent apparaître une fièvre intermittente de type tierce, avec céphalée et quelques arthralgies. L'examen hématologique et l'épreuve du traitement quininique éliminèrent l'hypothèse d'un paludisme, réveillé à la faveur de l'affection pulmonaire. Une hémoculture isola un coccus Gram négatif, que les caractères morphologiques et bio-chimiques ainsi que les épreuves sérologiques permirent d'identifier au micrococcus catarrhalis. La septicémie guérit par un traitement à la gonacrine. Les auteurs estiment que le germe, habituellement saprophyte, a vu son accession à la virulence favorisée par l'infection pulmonaire antérieure. Le fait cadre avec ce que l'on sait du micrococcus catarrhalis, germe d'association ou d'infection seconde plutôt qu'agent d'infection primitive.

Un cas de leishmaniose infantile observé en Corse. — ***MM. J. Pieri*** et ***D. Lena*** (Marseille).

Chorée congénitale. — ***MM. Urechia*** et ***Dragomir*** (Cluj).

Fièvre exanthématique méditerranéenne. — ***M. Eschbach*** (Bourges).

Anémie sub-leucémique à monocytes. Etiologie tuberculeuse probable. Atteinte massive du poumon et absence de bacilles de Koch dans les crachats. — ***M. Pierre-Paul Lévy*** relate le cas d'une jeune fille de 13 ans, atteinte de rétrécissement mitral, avec fièvre.

L'étiologie rhumatismale est écartée ; on pense à une septicémie à point de départ endocardique.

Puis, deux groupes de symptômes émergent :

1° Une anémie accentuée (deux millions, puis un million d'hématies). Absence de rénovation efficace. Hyperleucocytose : 40.000 à 86.000. Formule à prédominance monocytaire.

2° Une infiltration pulmonaire qui envahit rapidement les deux tiers de l'organe. Mort en trois mois par cachexie anémique, hecticité et défaillance du cœur.

Après avoir écarté les diagnostics de lymphogranulomatose et de sarcome du poumon, il semblait que l'origine tuberculeuse pût être affirmée. Or, le bacille de Koch n'a jamais pu être isolé ni des crachats, ni du sang, ni des urines.

Ces faits constituent une contribution à l'étude des états leucémiques à monocytes. Ils posent aussi la question du rôle du virus tuberculeux, peut-être sous sa forme invisible, à l'origine de ces perturbations sanguines.

Infection et vitamine A chez l'homme. — ***MM. Robert Debré*** et ***André Busson***, à la lumière des dosages de facteur A dans la glande hépatique, dosages qui permettent de juger de la teneur générale de l'organisme en vitamine A, ont repris le problème de l'action «anti-infectieuse générale» de la vitamine A. Dans le foie de sujets morts de divers processus mor-

bides, notamment d'infection puerpérale, ils ont trouvé de fortes quantités de facteur A. Cette constatation, jointe à d'autres dosages chez l'enfant et le nourrisson, morts d'infections diverses, permet d'éliminer, dans ces cas, l'intervention d'un état de carence en vitamine A qui aurait expliqué le développement de l'infection. En fait, il semble exceptionnel, dans nos régions, de voir survenir chez l'adulte et chez le grand enfant ainsi d'ailleurs que chez la femme enceinte dont les réserves dépassent largement les besoins du fœtus, un état de carence en facteur A. Or, l'enseignement de la pathologie expérimentale et humaine en matière d'avitaminose A nous montre que l'infection n'est qu'un processus secondaire se greffant sur un organisme affaibli par une carence prononcée en facteur A. Il faut que les tissus, notamment les vêtements épithéliaux soient profondément remaniés par une carence évidente pour que l'agression microbienne puisse se développer. Si l'action anti-infectieuse du facteur A n'est pas à retenir, le rôle de cette vitamine paraît indispensable dans la formation et la vie des tissus, plus spécialement dans celle des épithéliums ; c'est donc au nourrisson et au jeune enfant qu'il conviendra d'assurer un large apport vitaminique journalier d'autant qu'à cet âge les réserves en facteur A sont toujours faibles et instables.

M. Lesné, se basant sur des constatations d'ordre clinique expérimental et thérapeutique, confirme l'opinion de MM. Debré et Busson.

Dermite bullo-ulcéreuse et polynévrite par intoxication barbiturique. — *MM. Lederich* et *Mme Bernard-Pichon* rapportent un cas d'intoxication barbiturique au cours de laquelle ils observèrent un exanthème scarlatiniforme précoce et fugace, suivi du quatrième au neuvième jour d'une dermite bullo-ulcéreuse et au quatorzième jour d'une polynévrite sensitivo-motrice. La dermite bullo-ulcéreuse est une complication très exceptionnelle de l'intoxication barbiturique. Un essai de pyrétothérapie n'a pas donné de résultat.

Néphrose lipoïdique et fièvre. — *MM. R. Debré, Messing* et *E. Gilbrin* complètent l'observation de MM. Weill-Hallé et Abaza. Ces auteurs ont rapporté l'histoire d'une petite fille de 21 mois atteinte d'un syndrome de néphrose lipoïdique et chez laquelle une rougeole survenue à la fin du mois de mai 1933 avait produit un effet favorable.

L'amélioration s'est maintenue pendant tout l'été. Mais, à la suite d'une infection légère, des symptômes cliniques et humoraux de néphrose lipoïdique et de néphrite sont apparus. La mort est survenue avec azotémie.

Sous l'influence de la fièvre, déterminée par une maladie infectieuse, le syndrome peut s'améliorer. Mais il ne faut pas conclure trop vite à la guérison.

Angine à monocytes à forme hémorragique. — *M. Gilbert-Dreyfus* rapporte un cas d'angine à monocytes au cours de laquelle l'apparition de petites hémorragies (amygdaliennes puis nasales et gingivales) et une altération grave de l'état général pouvaient faire légalement suspecter l'existence d'une leucémie aiguë.

Seul l'examen hématologique (absence d'anémie, leucocytose à 18.000 dont 56 % de monocytes vrais) permit de rejeter formellement le diagnostic de leucémie et de porter celui d'angine à monocytes. Une guérison rapide et intégrale clôtura la maladie trois semaines après son début.

L'auteur n'a pas retrouvé dans la littérature d'observation comparable.

Les cardionéphrites. — *MM. Etienne May, Paul Robert* et *Albert Netter* relatent les observations de trois malades présentant un état d'insuffisance cardiaque fébrile coïncidant avec une néphrite azotémique sans hypertension et s'accompagnant d'un frottement péricardique avant que l'azotémie ne soit élevée. A l'autopsie de l'un de ces cas, il existe une endocardite végétante minime.

Ils s'attachent à démontrer qu'il existe entre les endocardites d'Osler et certaines néphrites subaiguës des jeunes qui méritent le nom de néphrites lentes malignes toute une catégorie d'intermédiaires parmi lesquelles les formes rénales de maladie d'Osler, certaines néphrites avec insuffisance cardiaque sans hypertension et s'accompagnant volontiers d'un frottement péricardique.

Ils proposent d'appeler *cardionéphrites* toutes ces formes : en effet, il semble bien que le streptocoque, auquel ils attribuent ce processus morbide, atteigne le rein, l'endocarde, le myocarde et le péricarde, soit isolement, soit suivant des associations variables qui déterminent les différents types cliniques de ces cardionéphrites.

A propos du traitement des intoxications par les barbituriques. — *MM. Pagniez, A. Plichet et P. Salles*, à propos du procès-verbal, font connaître le résultat de quelques recherches qu'ils avaient entreprises avant que se soit affirmée l'efficacité du traitement par la strychnine à très hautes doses. Ils ont essayé de combattre l'intoxication par un drainage spinal partiel, en retirant la plus grande quantité possible de liquide céphalo-rachidien et en facilitant son renouvellement par l'injection intraveineuse d'eau distillée. Ils ont observé dans trois cas de coma barbiturique une guérison et deux échecs. Si la méthode du traitement par la strychnine à très hautes doses s'avérait encore insuffisante pour certaines intoxications, peut-être pourrait-on envisager de la concilier avec le drainage spinal partiel.

Intoxication mortelle par le gardénal. — Traitement strychnique intensif (38 centigrammes) appliqué trop tardivement et, sans doute, trop lentement. — *MM. Etienne Bernard et Leroux-Robert* rapportent l'observation d'une femme de 32 ans intoxiquée par une dose massive de gardénal. Le traitement strichnique intensif fut institué (38 centigrammes en 30 heures). Néanmoins, la mort est survenue. Les auteurs ne considèrent pas ce cas comme un échec de la méthode de Ide, mais incriminent le temps perdu (24 heures) entre le moment de l'intoxication et le début du traitement et d'autre part le fait que la strychnine n'a probablement pas été introduite avec une suffisante rapidité. Au bout de 24 heures de traitement, en effet, alors que l'on avait fait pénétrer dans l'organisme 30 centigrammes de strychnine, des signes ont apparu qui ont attesté une atténuation du coma : réapparition des réflexes, mouvements de défense. Si ces signes avaient pu être obtenus en un délai réduit de moitié, on eût peut-être évité les accidents de collapsus cardiaque et d'asphyxie qui ont emporté la malade. D'où la nécessité, en cas de coma barbiturique d'agir rapidement, c'est un traitement de garde dont la méthode mérite d'être largement diffusée, et d'agir énergiquement pour arriver le plus rapidement possible à la période de réaction.

Image thoracique arrondie et tuberculose. — *MM. Lelong et Cordey* à propos du procès verbal, montrent des radiographies révélant une image arrondie pulmonaire pouvant simuler un kyste hydatique et due à une lésion tuberculeuse.

M. Jacob cite un cas analogue.

Séance du 1er décembre 1933

La fièvre barbiturique. — *M. Paul Jacquet* rappelle que les réactions hyperthermiques sont de règle au cours de l'intoxication aiguë par les barbiturates. Sur dix-neuf cas observés, quinze furent hyperthermiques. La température, normale le premier jour du coma, s'élève rapidement à 39° dans le courant du deuxième jour.

Élément de gravité certaine quand elle est très élevée ou à tendance à monter, il est difficile de supputer cependant, d'après la température seule, les chances de survie. En l'absence d'anamnestiques d'autre part, cette hyperthermie à retardement, au second jour d'un coma de cause indéterminée et s'abaissant par la suite en même temps que le malade s'éveille, possède une réelle valeur diagnostique et doit faire rechercher dans les urines la présence des barbiturates.

Note sur la posologie de la strychnine chez les alcooliques. — *MM. Ch. Flandin* et *Jean Bernard* ont repris systématiquement l'étude de la posologie de la strychnine chez les alcooliques. Alors que les individus normaux ne supportent guère plus de 2 centigr. *pro die*, on peut injecter impunément aux alcooliques des doses de 8 centigrammes par 24 heures. Au delà seulement, apparaissent les accidents toxiques. Les résultats obtenus sont bien supérieurs à ceux que donnent les doses modérées habituellement prescrites.

Effets paradoxaux de la strychnine à hautes doses dans deux cas simultanés d'intoxication barbiturique. — *MM. d'Œlnitz, Balestre, Brugnière* et *Raibaudi* (Nice).

A propos des comas barbituriques. — *MM. Rivet* et *Sambron*.

Intoxication barbiturique mortelle malgré l'injection de 1 gr. 30 de strychnine en 67 heures. Essai de traitement par les inhalations de carbogène. — *MM. Ch. Flandin* et *Jean Bernard* rapportent le cas d'une femme ayant absorbé 15 grammes de gardénal, transportée à l'hôpital dans le coma le plus grave, 24 heures après le début des accidents. La strychnothérapie massive est aussitôt instituée (20 centigrammes par voie intra-veineuse dans les trois premières heures, 50 centigrammes dans les treize premières heures, 1 gr. 30 en 67 heures). Elle est bien tolérée jusqu'à la dernière injection qui déclenche une crise tétanique alarmante. On arrête alors le traitement par la strychnine qui s'était au surplus montré inefficace. On recourt aux inhalations de carbogène ; une amélioration nette est aussitôt notée, mais elle ne sera que transitoire et après six jours de coma, la malade succombe.

Les auteurs dégagent de ce cas les conclusions suivantes :

1° L'action de la strychnine, même aux doses capables de déclencher des accidents, est insuffisante pour neutraliser une intoxication barbiturique après 24 heures de coma. La strychnine paraît impuissante vis-à-vis du barbiturique fixé sur les centres bulbaires.

2° Les inhalations de carbogène paraissent plus efficaces. Leur emploi devrait être généralisé. Ils soulignent enfin la signification pronostique très fâcheuse d'une fièvre continue sans augmentation concomitante de la leucocytose et de la polynucléose.

A propos du traitement des empoisonnements barbituriques. — *MM. Louis Ramond et Jean Delay* rapportent l'observation d'un intoxiqué par le véronal qui a succombé en trois jours malgré l'injection intraveineuse de 62 centigr. de strychnine. Ils soulignent le fait que le malade n'est jamais sorti du coma bien qu'il ait à plusieurs reprises présenté des signes d'intoxication par la strychnine. Ils ont noté la bonne influence de la Coramine à la fois sur les signes d'intoxication barbiturique et sur les signes d'intoxication strychnique.

Les accidents du traitement strychnique de l'intoxication barbiturique. — *MM. Jean Paraf J. Delay et Cl. Macrez*, présentent l'observation d'un malade de 28 ans, ayant absorbé 3 gr. de véronal et 0 gr. 60 de gardénal et entré dans le coma, chez lequel une injection de un centigr. de strychnine déclencha une crise de tétanos qui dura un quart d'heure et s'atténua. Le malade guérit de ses deux intoxications.

Les complications bronchectasiques des sténoses œsophagiennes. — *MM. Etienne Chabrol et Marcel Cachin* présentent deux malades qui ont vu se développer l'un et l'autre les grands symptômes de la dilatation des bronches : vomiques abondantes sans bacilles de Koch, déformations digitales, au cour du rétrécissement inflammatoire de l'œsophage et du cardio-spasme dont ils sont respectivement porteurs.

La bronchectasie n'est point signalée dans les traités didactiques comme une complication des rétrécissements œsophagiens. C'est généralement sur le compte de la tuberculose que l'on place les accidents pulmonaires de la dernière étape. Peut être convient il de réviser cette notion.

Une forme spéciale d'ostéomalacie par *M. J. Decourt*.

Huit observations de leucémie à monocytes chronique. — *M. Marchal, Bargeton et Mahondeau* montrent sur ces cas que ce sont les plus chroniques des leucémies, les plus dociles aux rayons X. Fait paradoxal on trouva constamment à la biopsie ganglionnaire une hyperplasie lymphoïde.

Kyste gazeux intrathoracique s'accompagnant de manifestations angineuses chez une femme de 66 ans. — *MM. B. Benda, A. Bosquet* et *P. Chapireau* rapportent une observation de kyste gazeux du poumon, dont les signes cliniques et radiologiques furent attribués, à tort, à un pneumothorax généralisé.

Ils insistent sur l'absence des diverses particularités radiologiques ayant permis récemment, à quelques auteurs, de faire le véritable diagnostic du vivant du malade : l'image observée ici ne pouvait évoquer d'autre idée que celle d'un épanchement gazeux dans la grande cavité pleurale.

Ils montrent que les soustractions d'air répétées, auxquelles ils ont soumis leur malade, loin d'avoir le moindre effet nocif, ont au contraire, calmé les crises d'angor et les accès de dyspnée.

Il discutent la place nosologique à réserver à leur observation.

Malgré la présence de quelques placards athéromateux aortiques, ils ne pensent pas devoir considérer ces manifestations angineuses comme des crises d'angor banales surajoutées, et croient qu'il serait illogique de regarder comme négligeable l'influence d'une poche gazeuse aussi considérable sur le mécanisme de reproduction des accès.

De la dyspnée de Cheyne-Stokes. Sa disparition sous l'influence de l'inhalation de gaz carbonique. Le Cheyne-Stoke du sommeil. — *MM. C. Lian* et *Deparis* montrent que la dyspnée de Cheyne-Stokes disparaît immédiatement sous l'influence de l'inhalation d'un mélange de 5 à 10 % de gaz carbonique dans l'air atmosphérique (inhalateur carbonique de Lian et Barrieu). Mais cette dyspnée réapparaît dès qu'on cesse l'inhalation de gaz carbonique.

En outre, ils rapportent l'observation d'un malade chez qui il suffisait d'appliquer sur le visage un masque largement ouvert à l'air libre pour que la dyspnée de Cheyne-Stokes cessât immédiatement. Ils insistent également sur le fait que la dyspnée de Cheyne Stokes existe seulement pendant le sommeil chez d'assez nombreux malades. Ces cas méritent d'être bien connus, car ils risquent d'être mal interprétés ou de passer inaperçus.

Valeur de l'isodiphasisme de Q.R. en dérivation III pour le diagnostic de l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle. — *MM. C. Lian, Golblin* et *Steinberg* rappellent les recherches de Parde sur la valeur semeiologique d'un grand accident Q en dérivation III qui, d'après eux, ne correspond à une angine de poitrine que dans la moitié des cas. Il ont trouvé en DIII un critère ayant une valeur beaucoup plus grande, c'est l'isodiphasisme de QR : la partie initiale du compléxe ventriculaire est alors composée exclusivement de deux accidents égaux l'un à l'autre, le premier négatif Q, le second positif R. Cet isodiphasisme, phénomène relativement rare, a été rencontré par eux chez 26 malades, parmi lesquels 23 avaient un angor cardio-artériel. La constatation de l'isodiphasisme de QR en dérivation III constitue donc une présomption considérable en faveur de l'existence d'un angor cardio-artériel, c'est-à-dire coronarien.

Péricardite calcifiante. — *MM. M. Duvoir, Ed. Pichon* et *P. de Vulpian* présentent un cas de péricardite calcifiante avec une véritable cuirasse péricardique au dessous et en avant du cœur, comme il en a été décrit quelques cas à l'étranger. Les symptômes cliniques attiraient l'attention vers le cœur, mais ne permettaient vraiment pas de soupçonner l'état anatomique du péricarde, état que l'examen radiologique a décelé. Par ailleurs, l'électrocardiographie a montré une inversion de T. Les auteurs ne se prononcent pas sur l'étiologie. En particulier, aucun indice ne permet d'incriminer nettement la tuberculose qui passe pour la cause la plus fréquente du cœur cuirassé.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1933

A propos de la résection diaphysaire dans l'ostéomyélite aiguë. — *M. R. Monod* rapporte une observation de résection secondaire précoce dans un cas d'ostéomyélite de l'humérus. Guérison. L'auteur insiste sur l'intérêt de cette thérapeutique qui peut sauver la vie sans compromettre le membre, même chez l'adulte.

Cancer sigmoïdien. — *M. Sauvé* rapporte six observations de *M. Lefèvre* (Toulouse). L'auteur a utilisé cinq fois sur six l'anus cœcal préalable, et l'extériorisation simple avec résection le second jour. Aucune mort opératoire.

Diverticulite colique. — *M. Barthélemy* (Nancy) communique plusieurs observations de périsigmoïdites opérées et guéries. Il rapporte ensuite un cas de dolichocôlon pelvien initialement pris pour une sténose pylorique.

Un cas de sympathome. — *M. d'Allaines* rapporte cette belle observation de *MM. Bernardbeig* et *Faure* (Toulouse), concernant un sympathome de la région temporale. Intervention dramatique, très hémorragique. Les auteurs font suivre l'intervention d'irradiations. Mort un an après. Il s'agissait d'un sympathome embryonnaire, variété très rare et très ma

ligne. Le siège de la tumeur est surtout exceptionnel, hors de la région surrénale.

L'intradermo-réaction au colibacille dans l'appendicite. — *M. L. Bazy* rapporte un travail important de M. Perves (Marine). Il insiste sur la rareté des appendicites gangréneuses vraies et sur l'intérêt de l'intradermo-réaction. L'auteur a pratiqué plus de 400 épreuves : il a opéré 100 malades ; 87 fois l'appendice était malade et parmi ces cas 53 avaient présenté une intradermo-réaction positive. M. Bazy estime que même en l'absence de réaction positive beaucoup d'appendices sont justiciables de l'ablation.

M. Sauvé s'associe aux conclusions de M. Bazy.

Pneumo-péritoine pylorique. — *M. J. Quénu* rapporte cette curieuse observation de *M. Nini* (Tripoli). Pneumo-péritoine consécutif à un violent traumatisme de l'abdomen, sans perforation visible du tractus digestif. Opération. Guérison. Le rapporteur estime qu'il y a eu fissuration guérie spontanément et méconnue à l'intervention.

M. Proust insiste sur la nécessité absolue d'opérer de tels malades.

Azotémie post-opératoire. — *M. Métivet* rappelle les travaux de son maître Piqué, et la nécessité de réhydrater les opérés.

Séquelles duodénales et spléniques de l'appendicite. *M. Okinczyc* rappelle les travaux antérieurs de MM. Basset, Delbet, Berceanu et analyse deux observations personnelles. Il explique le retentissement splénique par l'infection de proche en proche le long du grand épiploon, comme le lui a montré l'intervention.

Fracture sus-condylienne de l'humérus. — *M. Boppe* montre comment il obtient la réduction du déplacement latéral, par traction en pronation dans le varus, et par mise en supination dans les cas exceptionnels de déplacement en valgus.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1933

M. Félix Regnault résume son étude récente sur la découverte du rôle du foie dans la transmission du typhus exanthématique, contribution à l'Histoire de la médecine en collaboration avec Ch. Comte. Cette découverte importante, qui a préservé nos armées de la redoutable maladie pendant la guerre, a été exposée pour la première fois à l'Académie des sciences le 6 septembre 1909 par MM. Charles Nicolle, C. Comte et E. Conseil. La question de priorité ne se pose pour aucun des trois savants qui ont associé leur signature. Le principal intérêt de ce travail est la constatation, fréquente dans les sciences médicales, de la succession de l'expérience à l'hypothèse clinique. Il en fut de même pour l'infection puerpérale.

M. Fosseyeux précise les caractères de la Renaissance médicale au XVIe siècle. La caractéristique de la Renaissance est l'universalité des connaissances. L'histoire de la médecine à cette époque traverse plusieurs étapes. La première peut être appelée philologique. Les éditeurs de Venise, de Bâle, de Francfort, de Paris chargent des écrivains médicaux de dresser un inventaire des connaissances de l'Antiquité. Les éditions se succèdent, surtout celles de Galien et des œuvres hippocratiques. Rabelais, Guillaume Budé, Martin Akakia et les humanistes participent aux travaux des médecins. Il s'agit de défendre la culture grecque et latine, en restituant la pureté des textes, corrompue par les auteurs arabes.

Ceux-ci ont encore des partisans surtout à Montpellier. Ceux que Rabelais raille comme « les badauds médecins qui ont été escalés en l'officine des Arabes » : Les humanistes compilateurs, prennent souvent alors le nom de grammairiens.

Daremberg s'est montré sévère pour cette période qu'il considère comme un retour rétrograde à l'Antiquité. Pourtant les démonstrations pratiques sont moins rares qu'au Moyen Age et on connaît l'histoire de Rabelais qui disséqua peu après l'apparition de cesaphoriseurs d'Hippocrate, un pendu à Lyon. Leçons et démonstrations ont souvent lieu dans des collèges.

La deuxième étape est linguistique. Les traductions des textes latins en français, des textes grecs en latin, surtout à Lyon et à Montpellier, indiquent le désir de vulgariser les connaissances retrouvées. Un Ambroise Paré écrit même en français, en langue vulgaire, sans se soucier des critiques. Etienne Dolet se spécialise dans les éditions de ces traductions, qu'accompagnent des traités nouveaux d'hygiène physique et mentale, comme le Traité du ris de Laurent Joubert. Mais les œuvres originales sont rares, même à cette époque. Somme toute, la Renaissance est encore engagée dans la gangue scolastique ; ses productions médicales n'ont pas l'ampleur qui leur a été prêtée.

M. Menetrier défend les médecins de ce temps, qui ont fait un grand effort dans le domaine de l'anatomie. Là ils se libéraient vraiment du passé et faisaient œuvre nouvelle.

M. Laignel-Lavastine insiste sur l'esprit critique des savants du XVIe siècle, qui mêlaient au goût des textes anciens des essais d'observation clinique et savaient confronter les doctrines avec les faits.

Jean Vinchon.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 novembre 1933

Radio-diagnostic des manifestations ostéo-articulaires de la goutte. — *M. Mauvoisin* montre que dans les arthrites goutteuses tophacées, avec précipitation locale de sels uratiques, l'étude radiographique montre les aspects originaux témoignant d'un processus dont les étapes paraissent être : la vacuolisation des extrémités osseuses par formation de tophi, la confluence des vacuoles et boursouflement de l'os à leur niveau, suivi de l'éclatement de la coque osseuse qui circonscrit les vacuoles, enfin, l'enrichissement des tophi en sels de chaux et leur apparition sur les radiographies.

Dans les arthrites goutteuses sans tophi locaux évidents, les signes radiologiques sont tantôt une échancrure de l'os à l'emporte-pièce, s'il s'agit d'une vacuole unique, tantôt une découpure en hallebarde s'il s'agit de vacuoles juxtaposées. Par contre, dans la crise aiguë de goutte, il n'y a pas de signes biologiques.

Phlébites et troubles post-phlébitiques traités par les enveloppements paraffino-résineux radio-activés. — *M. Marcel Joly* étudie les effets des enveloppements paraffino-résineux réactivés, d'une application facile en tous lieux, en toute saison, par le médecin ou par le malade lui-même. Ils produisent des effets constants (disparition rapide des phénomènes douloureux, résolution des œdèmes et des troubles trophiques) ont un effet analogue à ceux des stations thermales spécialisées et sont en tout cas un précieux adjuvant de celles-ci. Telle est la conclusion que l'auteur tire de ses observations de malades traités à Beaujon depuis les trois dernières années.

Angiophtalmologies : diagnostic précoce de l'hypertension artérielle par l'examen oculaire. — *M. Jean Gallois* remarque que lors d'un examen oculaire quelconque, on peut être à même de déceler une hypertension artérielle générale méconnue, non par des lésions oculaires qui sont inconstantes, mais par la mesure de la tension artérielle dans l'artère centrale de la rétine. De plus, il semble que dans les hypertensions simples, la tension rétinienne est en équilibre avec la tension générale, et que l'hypertension rétinienne accompagne précocement une aggravation de l'état général : elle est toujours d'ailleurs, élevée chez les grands hypertendus brightiques à rétinite néphrétique.

Photographie du fond de l'œil. Son importance clinique. — *M. J. Mawas* montre l'intérêt pour les médecins des photographies du fond d'œil. Il projette un grand nombre de plaques représentant l'état normal et pathologique de l'œil dans les différentes maladies générales, diabète, albumine, hypertension, tumeurs, etc... La photographie du fond d'œil ou rétinographie est un progrès incontestable dans le domaine de l'ophtalmologie.

Interprétation clinique des images de déroulement aortique. — *M. Heim de Balsac*, présentant une série de clichés, montre que les différents segments de l'aorte thoracique forment au milieu du thorax une boucle en fer à cheval qui, chez le jeune sujet normal est serrée (ses deux branches étant rapprochées) et située dans un plan presque antéro-postérieur. L'âge comme les facteurs pathologiques, allongent et accroissent le calibre du pédicule du vaisseau. La boucle aortique augmente donc d'ampleur, ses branches s'écartent et prennent

une orientation oblique. Ces modifications s'objectivent radiologiquement par un élargissement du pédicule en frontale et par l'examen en oblique antérieure gauche qui montre l'ampleur de la totalité de la boucle aortique. Ainsi se trouve caractérisé le *déroulement aortique* facile à observer et qui traduit toujours un état pathologique de l'aorte.

Comment déterminer la valeur fonctionnelle du ventricule droit. — *M. A. Pruche* (de Brest) établit que la diminution de la valeur fonctionnelle du ventricule droit provoque une rétention veineuse en amont qui ne s'accompagne pas nécessairement d'une augmentation parallèle de la pression veineuse, la veine étant extensible ; le volume de sang qu'elle contient peut augmenter la pression restant invariable. Il y a donc lieu de substituer la notion de la rétention veineuse à celle de la pression, l'indice de rétention veineuse (I. R. V.) est le rapport de la pression veineuse à la capacité résiduelle des veines, mesurée par l'augmentation pléthysmographique d'un segment de membre (contre-pression fixe en aval du système veineux exploré). L'I. R. V. se recherche au repos et après exercice. Sa valeur normale est influencée par la température ambiante (indice d'été et indice d'hiver).

La recherche et l'étude systématique de l'I. R. V. permettent de dépister une insuffisance ventriculaire droite dès son début, de suivre son évolution et l'action des agents thérapeutiques.

Les hyperacousies. — *M. Gommès* montre que les hyperacousies, à l'inverse de la surdité, ne sont pas encore très étudiées. Les unes sont d'origine périphérique (paralysie faciale, plexalgie décrite par l'auteur) ; les autres d'origine centrale, dans les cérébropathies aiguë ou chroniques. Les plus intéressantes sont celles dénuées de tout caractère affectif, qu'on peut dire physiologiques : des formes permanentes, fréquentes chez les menmoniques de l'ouïe (musiciens) et des formes paroxystiques (juvéniles). Enfin, certaines, tout à fait inopinées, seraient d'ordre purement acoustique, dues à des zones de résonance intestinale : exemple de phénomène biophysique.

La contamination des enfants sains à l'hôpital à l'occasion des vaccinations. Vœu de la Société. — « La Société de medecine, considerant les dangers certains de contaminations infectieuses que fait courir *aux enfants sains* la *pratique de l'hôpital* des diverses vaccinations (antidiphtériques en particulier), émet le vœu que toutes les vaccinations, chez de tels sujets, soient faites hors des milieux hospitaliers, à l'école par exemple, lorsqu'elles ne sont pas réalisables dans les familles. »

LUQUET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 novembre 1933

A propos du traitement de certaines infections utérines. — *M. Raymond Bonneau* préconise le traitement suivant de l'infection puerpérale post abortum. A travers le col dilaté au besoin par des laminaires, faire un vrai curetage à la curette, enlevant non seulement ce qui peut rester du placenta mais aussi toute la muqueuse utérine et les caillots noirs des sinus ouverts. Pas de drainage. En cas d'absolue nécessité, faire non pas une hystérectomie vaginale, mais une large phlébo-hystérectomie abdominale sous le contrôle précis de la vue.

A propos du traitement des fractures du col du fémur. — *M. Raphaël Massart* n'est partisan du vissage de ces fractures que chez les malades très âgés pour lesquels on redoute l'immobilisation orthopédique. Les fractures extra capsulaires guérissent en général par le seul traitement orthopedique, et il est exceptionnel d'avoir a les opérer. Les fractures intracapsulaires sont celles qui réservent le plus souvent des déboires : le fait de soumettre le blessé à un traitement antisyphilitique est une excellente precaution chez les fracturés de 50 à 60 ans. L'auteur essaie toujours de reduire la fracture sur la table orthopédique ; si la réduction ne se fait pas ou ne se maintient pas, il intervient pas arthrotomie et nuise au contact des fragments par manœuvre de Whitmann et plâtre.

Reflexions sur trois operations pour iléus biliaire, avec guérisons. — *M. Hautefort* fait un rapport sur ce travail de *M. Lefort* (de Paris). Cette proportion de trois succès sur trois opérations est exceptionnellement heureuse dans une affection aussi grave que l'iléus biliaire. Les deux premières opérations ont eté pratiquées sur la même malade qui a fait à six mois de distance, deux iléus biliaires qui ont guéris opératoirement : ce fait paraît unique.

Un cas d'utérus didelphe avec vagin double. — *M. Pierre Laurent* fait un rapport sur ce travail de *M. Pierre Duhail* (de Paris) concernant une femme de 20 ans. L'utérus didelphe avec vagin double est la forme la plus complète des diverses malformations du tractus génital dûes au défaut de coalescence des canaux de Müller.

Une hystérographie faite à droite puis à gauche montre : 1° la forme et la situation des deux corps utérins qui ont chacun un col distinct ; 2° la perméabilité de deux trompes.

L'auteur a réséqué la cloison vaginale médiane qui rendait les rapports sexuels impossibles, intervention suivie de traitements opothérapique et diathermique pour améliorer l'hypoplasie utérine. Actuellement, la jeune femme est enceinte de quatre mois et demi et la grossesse se poursuit normalement.

Le rapporteur passe en revue les incidents qui peuvent survenir du fait de cette malformation au cours de la grossesse : avortements, rupture d'une corne gravide ; dystocie pendant l'accouchement, etc...

Deux interventions ont été proposées pour cette malformation et ont pu être suivies de grossesse : 1° l'hémi-hystérectomie, après choix de la cavité utérine à sacrifier basée sur l'hystérographie ; 2° l'opération de Strassmann qui consiste à réunir en une seule les deux cavitée utérines par une suture médiane.

Noma traité précocement par thermo-cautérisation et sérothérapie anti-gangréneuse. Guérison — *M. Marcel Darcissac* fait un rapport sur ce travail de *M. Pierre Duhail* (de Paris). Chez un nourrisson de six mois et demi, un noma survint brusquement à la suite d'une friction de la gencive avec un morceau de sucre afin de faciliter une éruption dentaire douloureuse. Grâce à une intervention précoce (destruction de la plaque sphacélée et large debridement au thermo-cautère) et a une sérothérapie anti-gangréneuse intensive, l'auteur a pu enrayer l'évolution de la gangrène et le nourrisson a guéri rapidement sans conserver aucune séquelle de cette grave infection.

La rapporteur communique des observations de malades atteints de nomas graves qu'il a traités personnellement.

Séance du 17 novembre 1933

Trois observations de fractures de l'extrémité supérieure du tibia traitées chirurgicalement. Resultats éloignés. *M. Raphaël Massart* fait un rapport sur ce travail de *M. Le Page* (d'Orleans). Premier cas : arrachement des deux tuberosites anterieures tibiales par chute sur les genoux ; traitement par vissage. Deuxième cas : fracture du condyle externe avec déplacement : mise en place d'une plaque de Lambotte. Troisième cas : fracture par éclatement, traitée par extension et compression des fragments par un appareil imaginé par l'auteur.

Le rapporteur expose la manière dont il conçoit le traitement de ces fractures. Il réserve le traitement sanglant par arthrotomie aux fractures à grand déplacement avec lésions des ménisques (arrachement, désinsertion, interposition). En vissant ces fractures sans faire l'arthrotomie, on risque de visser en même temps un ménisque arraché et interposé. Aux autres fractures, il faut réserver un traitement orthopédique réalisant l'extension du fragment diaphysaire et la coaptation des fragments épiphysaires ecartés.

Compte rendu d'une mission au Brésil. — *M. Abel Desjardins.*

Les operations conservatrices en gynécologie. — *M. Raymond Petit* en rapporte 262 cas, suivis à longue echéance ; ignipuncture pour microkystes : 69 cas, suivis de six grossesses ; résection cunéiforme de l'ovaire : 79 cas, suivis de quatre grossesses ; salpingoplastie : 14 cas, suivis de trois grossesses ; myomectomie ; 60 cas suivis de onze grossesses ; transposition de l'ovaire dans l'utérus : 40 cas, suivis de cinq grossesses ; soit 262 cas suivis de 29 grossesses. Pas de mortalité.

Dans deux cas d'ignipuncture, un kyste abdominal survint ensuite.

Dans l'hystérectomie, faut-il garder un ovaire ? Non, du moment que la muqueuse est supprimée.

Pas de conservation après quarante-cinq ans, ni dans les cas

très infectés : bacillose ou cancer, dans l'envahissement kystique de tout l'ovaire avec sclérose complète.

La conservation en gynécologie n'est utile qu'en tant qu'elle sauvegarde la fonction. Les cas présentés montrent qu'elle a une réelle valeur à ce point de vue.

Syndrome abdominal aigu avec apparition d'ulcère duodénal au cours d'un purpura rhumatoïde. — *M. Canonne* communique cette observation dans laquelle le malade a guéri par gastro-entérostomie. Il étudie ce syndrome abdominal aigu au cours du purpura. Sénèque et Gosset en ont décrit quatre types cliniques ; l'auteur en ajoute un cinquième uniquement douloureux.

La conduite du chirurgien est très difficile dans ces cas, car l'intervention et l'abstention se défendent, le syndrome simulant ou une appendicite ou une invagination ou une perforation. A l'intervention, il arrive souvent qu'on ne trouve rien. Il semble cependant utile d'intervenir en raison des tableaux cliniques graves constatés dans ces cas et parce que l'opération a montré parfois la présence d'une invagination ou d'une perforation.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La surdité au cours de l'allaitement

M. le Professeur Ferreri, de Rome (*IIIe Congrès de la S. O. R. L. Latina*) a vu des femmes qui n'avaient pas présenté le moindre symptôme de surdité pendant le reste de leur vie sexuelle, commencer à présenter des troubles de l'audition entre le quatrième et le sixième mois de l'allaitement. Il s'agit d'une trophonévrose de l'oreille moyenne et de l'oreille interne en rapport sans doute, d'une part avec la perte de sels minéraux, de sels de chaux et de magnésium de cette période ; d'autre part, avec le déséquilibre endocrinien qui l'accompagne. Cette labyrinthopathie est d'autant plus à redouter que la femme a une hérédité otopathique plus chargée. M. Ferreri déconseille l'allaitement chez les femmes présentant des antécédents héréditaires otopathiques. Il a utilisé avec succès les injections intra-veineuses de sels de chaux.

M. Halphen a eu l'occasion d'observer une jeune fille de famille otopathique qui, à la suite d'un traitement par extraits thyroïdiens présenta simultanément une disparition totale des règles pendant dix-huit mois, et une surdité de type labyrinthique à marche excessivement rapide.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes, qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'arrivée de Jacques Cartier au Canada. Le Scorbut. — *Extrait des* NOTES SUR LES PREMIÈRES EXPÉDITIONS EN AMÉRIQUE SEPTENTRIONALE. LES NORVÉGIENS. LES BASQUES. JACQUES CARTIER. LE SCORBUT. (Docteur J. Pennaneac'h. GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX, 24 septembre 1933.)

... Le 20 avril 1534, un jeune capitaine malouin Jacques Cartier, porteur d'une commission royale, quitta le port de Saint-Malo à la recherche de terres nouvelles avec deux petits navires que montait un équipage de soixante et un hommes.

Faisant route à l'Ouest il pénétrait le 27 mai dans le détroit de Belle-Ile.

Assailli par la tempête, il chercha un asile le 16 juillet sur la côte sud de l'embouchure du Saint-Laurent, dans la baie de Gaspé. Des hommes y pêchaient. « On pouvait les appeler sauvages car il n'y avait pas un peuple plus pauvre sur la terre », notait J. Cartier.

Le temps s'étant calmé, il put bientôt descendre à terre et prendre possession du pays. Voici en quels termes le célèbre navigateur raconte cet événement :

« Le vingt-quatrième jour de juillet, nous fîmes une croix haute de trente pieds, en présence de plusieurs de ces sauvages, sur la pointe de l'entrée de ce port, au milieu de laquelle nous mîmes un écusson relevé avec trois fleurs de lys et dessus était en grosses lettres entaillées en du bois : « *Vive le roy de France* ». Et après la plantâmes en leur présence en ladite pointe et l'ayant levée en haut, nous agenouillâmes tous, ayant les mains jointes, de laquelle chose ils s'émerveillèrent ».

. . . .

Après quelques jours à Hochélaga, Cartier revint à Stadaconé. Le bruit de son arrivée s'était répandu à travers le pays. Il ne fut pas peu surpris de recevoir de singulières visites.

Un roi indigène se présenta à lui « tout perclus et malade de ses membres » ; il était accompagné de plusieurs malades

« comme aveugles, borgnes, boiteux, impotents et gens si très vieux que les paupières des yeux leur pendaient sur les joues ». Ils venaient près du capitaine pour le toucher. L'équipage ne comptait malheureusement pas de médecin. Il ne comptait pas même le plus humble « frater », chirurgien barbier, dont plus tard on imposa l'embarquement aux voiliers qui franchissaient l'Atlantique.

Cartier dut se contenter de leur imposer les mains et d'effleurer sans répugnance leurs écrouelles et autres dégoûtants ulcères.

L'absence de médecin se fit encore cruellement sentir à quelques semaines de là quand, surpris par la saison de mort dans le vaste fleuve glacé, il fut condamné à l'inaction.

La maladie vint. Tous les matelots furent atteints d'une affection jusqu'alors inconnue, caractérisée par une déchéance physique extrême, des paralysies subites et des hémorragies intarissables, compliquées quand elles siégeaient dans la bouche de la perte des dents et d'une fétidité insupportable. On compta vingt-cinq morts dans l'espace de quelques mois.

De modestes empiriques indigènes vinrent au secours des navigateurs. Le scorbut n'était pas inconnu parmi eux : Jacques Cartier put constater une maladie de ce genre, puis une guérison non moins évidente chez un de ces « Canadiens sauvages ». Un de ces empiriques bienfaisants remit à Cartier une provision suffisante de feuilles et de branches d'un arbre merveilleux « l'arbre de vie ».

L'avocat historiographe, Marc l'Escarbot, qui séjourna dans ces contrées, rapporte le fait dans son *Histoire de la Nouvelle France*, éditée au début du XVII[e] siècle.

« Il envoya deux femmes avec notre capitaine pour en quérir, lesquelles en apportèrent neuf ou dix rameaux et nous montrèrent qu'il fallait piler l'écorce et les feuilles dudit bois et mettre le tout bouillir en eau, puis boire de ladite eau de deux jours l'un et mettre le marc sur les jambes enflées et malades et que toutes les maladies ledit arbre guérissait. Et s'appelle ledit arbre en leur langage « anedda » Tôt après le capitaine fit faire du breuvage pour faire boire ès malades dequels n'y avoir nul d'eux qui voulut y celui essayer. Tôt après qu'ils en eurent bu, ils eurent l'avantage qui se trouva être un vray et évident miracle car de toutes les maladies de quoy ils étaient entachés, après en avoir bu deux ou trois fois, recouvrèrent santé et guérison, tellement que tel des compagnons qui avait le mal de Naples depuis cinq ou six ans auparavant la maladie a été par icelle médecine curé nettement... Tous les médecins de Louvain et de Montpellier, ajoute notre avocat, avec toutes les drogues d'Alexandrie n'en eussent pas tant fait en un an que ledit arbre en a fait en huit jours »...

Qu'était-ce donc cette panacée universelle ?

Le docteur Paul Brau croit pouvoir admettre qu'il s'agissait en l'espèce d'une variété de gaïac. Cet arbre résineux, dont on a pu apprécier jadis d'assez heureux effets contre l'avarie serait-il tellement riche en vitamines ? Pourrait-on malgré la cuisson l'employer comme succédané du jus de citron, considéré aujourd'hui comme l'antidote de l'horrible maladie ?

Quoi qu'il en soit cet illustre voyage, qui aurait pu se terminer par une catastrophe si douloureuse sans l'assistance de ces bons indigènes, avait en dehors des si intéressants débouchés qu'il nous avait ouverts, affirmé l'indéniable utilité des chirurgiens embarqués non seulement pour défendre la santé des hommes mais encore comme précieux agents d'influence, auprès de ces populations canadiennes primitives, somme toute dégénérés déjà plutôt chétives à tous égards....

En mai 1536, J. Cartier, plantant une croix portant l'écusson fleurdelisé, prit de nouveau possession de la vallée du Saint-Laurent au nom du « Roy de France ».

Le 16 juillet, il était de retour à Saint-Malo, ayant entre temps reconnu l'insularité de Terre-Neuve...

C'est ainsi que le Canada fut découvert et devint possession de la France qui y apporta la civilisation.

Le Docteur Récamier et la chasse au lion. — La Revue Hebdomadaire (7 oct. 1933) *vient de publier quelques pages extraites des souvenirs de voyage et de chasse du Docteur Récamier, qui ont paru en librairie sous ce titre* : De l'ours au lion.

« Je ne suis pas chasseur : en ce sens que je n'ai aucun plaisir à tuer ou à voir tuer inutilement les bêtes sauvages. Mais, écrit le Docteur Récamier, soit dans les mers polaires, soit en Afrique, j'ai accompagné le duc d'Orléans dans les expéditions où il s'est

procuré les animaux, qui composent les panoramas que l'on peut admirer au Musée de zoologie de la rue Buffon ».

On peut chasser le lion de plusieurs manières. On peut l'approcher à pied avec un traqueur, si on le voit dans la plaine, ou en suivant sa piste. On peut le lancer avec des chiens et le suivre à cheval. Le lion n'a pas de fond à la course, il s'essouffle vite, s'arrête sous le premier couvert qu'il trouve et fait tête. Le chasseur peut alors tirer.

On peut aussi faire une battue.

Enfin, on peut placer un appât : un zèbre mort en général, et veiller en le surveillant pendant une nuit de lune.

Pour cela on fait construire une « boma », c'est-à-dire une hutte fortement défendue par un rempart de branches épineuses, ou bien un « mucharn », c'est-à-dire une plate-forme fixée sur un arbre à environ six mètres de hauteur au-dessus du sol. L'inconvénient de ces deux procédés est la compagnie des moustiques. Les lions que j'ai vu tuer l'ont donc été, soit en battue, soit en approchant à pied, soit en les suivant à cheval.

. . . .

Au fond, toutes les méthodes de chasse peuvent être bonnes. Il faut savoir seulement que le lion, poursuivi à cheval, se retourne parfois si vite, qu'il peut être sur le cavalier avant que celui-ci ait pu faire volter sa monture. Or, pendant les cinquante premiers mètres d'une charge, le lion va plus vite que le cheval. Il ne faut donc pas suivre de trop près, ni droit derrière l'animal qui fuit. Il est mieux aussi de ne pas céder à la tentation de suivre, à pied, un lion blessé dans les hautes herbes. Le lion qui, sans provocation, n'attaquera presque jamais un homme une fois blessé se traîne dans le fourré, et il faut qu'il soit tout à fait mourant pour ne pas se jeter brusquement sur le chasseur imprudent qui suit la piste et, surpris, n'a pas le temps de tirer.

. . . .

La force d'un lion est colossale. Il est hors de doute qu'il peut saisir le cadavre d'un zèbre par le cou et, soulevant l'avant-train de sa victime, l'entraîner très loin. Il peut même entraîner un bœuf en le soulevant de la même manière. Nous avons vu que plusieurs lions travaillant ensemble peuvent entraîner le cadavre d'un buffle qui pèse certainement plus qu'un gros bœuf. Mais, est-il vrai, comme on le trouve relaté, qu'un lion peut saisir une vache, la jeter sur son dos et, ainsi chargé, sauter le rempart de broussailles d'une *boma* ?

Cela paraît impossible à Sir Samuel Baker qui pense que les attaques se produisant la nuit, on a cru au milieu de la confusion voir le lion bondir en emportant sa proie, alors que c'est probablement la vache affolée qui a sauté en même temps que le lion, et que tous deux ensemble ont enfoncé la haie.

. . . .

Que les lions attaquent quelquefois le jour, c'est certain, mais très rare, s'ils ne sont pas provoqués par une blessure, *ou par un regard trop fixe de l'homme* qui leur montre qu'ils sont découverts. Tous les traqueurs disent que si l'on passe près d'un félin, lion ou panthère, en paraissant ne pas le voir, il ne bouge pas ou s'éloigne doucement, mais que si on s'arrête en le regardant, l'animal se croit menacé et charge immédiatement.

. . . .

Je ne connais rien de plus impressionnant dans la nuit calme que le rugissement du lion. Bien entendu, je parle du vrai rugissement, et non de la sorte d'éructation spasmodique du lion qui menace.

Toutes les nuits, pendant que nous campions le long du Dinder on sentait l'air vibrer aux dernières notes basses de ce roulement majestueux, même lorsque celui qui le produisait était assez éloigné. Dans l'Est Africain, les lions ne rugissent que rarement. Un de mes compagnons pensait qu'ils s'étaient aperçus qu'ils donnaient ainsi le moyen de les retrouver le matin, et avaient appris à se taire. En effet, quand un lion rugit la nuit, on se rend compte à peu près de la distance et de la direction. Si l'on note avec soin, le matin, en allant droit devant soi, dans le sens marqué, on a des chances de trouver les traces et, en les suivant d'arriver sur le lion qui se repose des fatigues de la nuit et digère en dormant.

On a beaucoup discuté sur la cause du rugissement : les uns pensent que le lion veut épouvanter le gibier et le rabattre où la lionne est en embuscade. Les autres croient que c'est simplement un signe de satisfaction du lion qui a bien dîné ; ce qui paraît plus probable.

Bien entendu, nous avons mangé du cœur de lion. Au point de vue culinaire, sans avoir l'autorité de mon parent Brillat-Savarin, je peux affirmer que c'est un mets très acceptable, lors-

qu'on a l'appétit que donne la vie au grand air. Pour ce qui est du courage que donne, affirme-t-on, cette nourriture, je n'étais pas un lâche avant de manger du cœur de lion et je ne suis pas devenu un héros après en avoir goûté ! Le résultat de l'expérience me paraît douteux.

D'ailleurs nous l'avons vu, les qualités et les défauts sont inégalement départis à chaque lion ; comme les hommes il y en a de courageux et de timides, ce qu'on ne connaît qu'à l'épreuve.

Le lion d'Androclès a montré de la reconnaissance pour son bienfaiteur, en quoi il s'est montré supérieur à bien des hommes, mais Androclès, voyant qu'il était reconnu, a été de la plus grande imprudence s'il a laissé son ami lion manifester sa joie en lui léchant les mains et les pieds. La langue du lion, comme celles des différents chats d'ailleurs, est couverte de papilles dures, cornées et emporte le morceau comme le fait une râpe. En léchant un os, un lion le dépouille de ses muscles en un moment. En deux coups de langue, un lion peut enlever l'épiderme et faire saigner. Tous les dompteurs diront qu'à la vue et l'odeur du sang, rien n'empêchera le lion le plus paisible de saisir cette main dans sa gueule.

. . . .

Le major Stigand nie absolument que les yeux des félins puissent devenir phosphorescents la nuit, sous l'influence de l'attention ou de la colère, comme on le prétend parfois. Le Docteur Rochon-Duvigneaud et mon ami, Méri e m'ont tous deux affirmé que c'était une simple réflexion de la lumière par la rétine colorée, à travers une pupille dilatée.

En effet, j'ai vu bien des fois les yeux des chats luire dans la pénombre, et même quelquefois ceux de mon chien Bjorn, fils de loup ; mais il y avait toujours un peu de lumière, jamais obscurité complète.

Dans la nuit qui précéda une battue, où deux lions furent tués l'Ascari de garde me montra les deux yeux d'un lion qui nous surveillait dans un buisson à une dizaine de mètres. Ils semblaient bien verts et phosphorescents, mais il y avait un grand feu derrière nous et les yeux du fauve quel qu'il fût, lion ou hyène, brillaient par réflexion de la lumière, comme parfois ceux des actrices aux feux de la rampe. L'animal disparut avec un grognement quand on lui jeta un brandon enflammé.

Mais le fait suivant est impressionnant : le colonel Paterson, à propos de l'histoire des trois ingénieurs qui guettaient un lion mangeur d'hommes, et que j'ai rapportée plus haut, dit que les deux survivants déclarèrent n'avoir rien entendu d'insolite avant de s'endormir, et avoir remarqué seulement la grosseur de deux vers luisants qui brillaient dans la nuit : c'étaient les yeux du lion qui approchait lentement et se trouvait à quelques mètres, lorsqu'ils le croyaient bien loin.

D'autre part, le même colonel Paterson en racontant ses aventures nocturnes, ne dit pas qu'il ait jamais vu les yeux des lions luire dans la nuit et je ne l'ai vu indiquer dans aucun récit de chasse à l'affût.

Pour rendre justice aux lions et à leur caractère, je crois que, comme l'écrit Hoefler, qui les a vus de près en tournant son film l'*Afrique nous parle*, il faut admettre que le lion est un « gentleman » qui ne désire pas se mêler des affaires du voisin, mais se défend avec énergie quand on l'insulte.

Une citation à l'ordre du jour des formations sanitaires de l'Armée en 1915. — *Extrait du journal du Docteur Paul Voivenel : Avec la 67e division de réserve* (L'ARCHER, juin 1933) :

Lundi 30 août.

Un député cité à l'ordre du jour. Le Docteur J. . . député de la Dordogne, vient d'être cité dans les termes suivants, à l'ordre du jour des formations sanitaires de l'Armée: « S'est fait remarquer comme médecin-chef d'un .... *train sanitaire* par une activité et un dévouement inlassables ; au cours d'une évacuation de blessés alors que le t ain était lancé à toute vitesse, et pendant l'obscurité de la nuit (j'en frémis !) n'a pas hésité, malgré son âge à se rendre en suivant les marchepieds des wagons, auprès d'un blessé, qui avait besoin de soins urgents. »

Il s'impose désormais que les contrôleurs de chemins de fer aient la croix de guerre.

Je me souviens de tel autre parlementaire signalé à notre admiration pour avoir collaboré. . . à la fabrication d'engins de ranchée.

Fisc. — Une circulaire ministérielle vient de recommander aux Contrôleurs des Contributions directes de vérifier les honoraires versés aux médecins dans les accidents du travail ou dans les maladies ayant fait l'objet d'instances judiciaires.

Il en sera de même des justifications produites par les héritiers qui voudront faire déduire de l'actif d'une succession les frais de dernière maladie conformément à la loi du 16 avril 1930.

Ces vérifications serviront à apprécier la sincérité des éclarations souscrites par les médecins pour l'établissement de l'impôt sur les revenus. (*La Clinique.*)

NOUVELLES

1° *Médailles de bronze* : M. SAUTET, conseiller sanitaire pour la lutte antipaludique en Corse, à Bastia ; M. GILBERTON, professeur de chimie, à Lille ; M. le Docteur LAMY, directeur des services d'hygiène de Seine-et-Marne ; M. RICHARD, maire d'Arpajon (Seine-et-Oise) ; M. PUTEAUX, architecte de l'hôpital de Rambouillet, 5, place de la République, à Paris ; Mme le Docteur CLAVEAU, directeur du Bureau municipal d'hygiène de Metz ; Mme DAUMEZON, directeur du Bureau municipal d'hygiène de Narbonne ; M. le Docteur TRIOLLET, inspecteur départemental d'hygiène de l'Indre ; M. le Docteur VIELLEDENT, inspecteur départemental d'hygiène du Nord ; M. le Docteur MAGINEL, directeur des services d'hygiène de la Dordogne ; M. Léo RENOUX, contrôleur civil au Kef (Tunisie) ; M. le Docteur REYNAL, directeur du Bureau d'hygiène à Tunis ; M. le Docteur BRONGNIART (Marcel-Georges), médecin inspecteur d'hygiène, 16, rue du Château, à Asnières (Seine)) ; M. le Docteur GUILLUY, médecin des Dispensaires de Seine-et-Oise.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — 1° *Rappel de médaille d'or* : M. VIOLLE (P.-L.), chef de laboratoire à l'Institut d'hydrologie du Collège de France.

2° *Médailles d'or* : MM. les Docteurs VILLARET, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Paris ; JUSTIN-BESANÇON, chef de clinique et chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

3° *Rappel de médaille de vermeil* : M. le Docteur PELON, médecin à Luchon (Haute-Garonne).

4° *Médaille de vermeil* : M. le Docteur DEBIDOUR, médecin au Mont-Dore (Puy-de-Dôme).

5° *Rappel de médaille d'argent* : M. le Docteur POUY, médecin à Capvern (Hautes-Pyrénées).

6° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs ARMENGAUD, médecin à Cauterets (Hautes-Pyrénées) ; DELACROIX, médecin à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).

7° *Médailles de bronze* : M. le Docteur BARRAUD, médecin à

Châtelaillon (Charente-Inférieure) ; M. FLEURY, docteur en pharmacie à Arcachon (Gironde) ; M. le Docteur MERKLEN (Robert), médecin à Aix-les-Bains (Savoie) ; M. le Docteur BERNARD (Gaston), médecin à Néris les Bains (Allier).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1° *Médailles d'or* : MM. ROCAZ, de Bordeaux ; BRÉBION, inspecteur de l'Assistance publique de Seine-et-Oise.

2° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. GALLON, inspecteur de l'Assistance publique de l'Aisne ; GARÇON, inspecteur de l'Assistance publique du Haut Rhin ; COUGOULE, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Garonne ; MM. les Docteurs RIBADEAU-DUMAS, 23, rue François-Ier, à Paris ; VIVIEN, de Vienne (Isère) ; GASSOUTE, de Marseille ; FOSSEYEUX, de l'Assistance publique de Paris ; L'ENTRAIDE DES FEMMES FRANÇAISES, 99, rue de Prony, à Paris ; L'HYGIÈNE PAR L'EXEMPLE, 11, rue Huyghens, à Paris.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les Professeurs ROHMER, de Strasbourg ; MOURIQUAND, de Lyon ; MM. les Docteurs : BONCOUR (Paul), de Paris ; ARMAND-DELILLE, de Paris ; BLETTLE, de Saint-Etienne ; MM. MAILLARD, inspecteur de l'Assistance publique de la Nièvre ; MILLOT, inspecteur de l'Assistance publique de la Nièvre ; ROCH, chef du Bureau de l'Enfance au ministère de la Santé publique ; Mlle GROS, secrétaire-rédacteur au Conseil supérieur de l'Assistance publique, 26, boulevard de Vaugirard.

4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. OUDARD, inspecteur de l'Assistance publique de l'Aube ; LORHO, inspecteur de l'Assistance publique de la Charente-Inférieure ; SAUTEREAU, inspecteur de l'Assistance publique de l'Allier ; Docteur RUBY, de Laon ; Mlle GALLOIS, du dispensaire de Belleville, 126, boulevard de Belleville.

Médailles d'argent : MM. BRAVARD, inspecteur de l'Assistance publique du Morbihan ; LELIÈVRE, inspecteur de l'Assistance publique de la Sarthe ; MOREAU, inspecteur de l'Assistance publique de l'Yonne ; CAZANOVE, médecin-colonel au ministère des Colonies ; ROUVIÈRE, du service de Protection de la Seine ; MM. les Professeurs PAUCOT, de Lille ; TRILLAT, de Lyon ; MM. les Docteurs ONILLON, de Nantes ; PETIT (Georges), d'Orléans ; GRENAUD, de Vichy ; LE PLACEMENT FAMILIAL DES TOUT-PETITS, 104 *bis*, rue de l'Université.

Rappels de médailles de bronze : MM. LAPLANCHE, inspecteur de l'Assistance publique de la Dordogne ; MASBEVERY, inspecteur de l'Assistance publique du Gers ; JURANVILLE, inspecteur de l'Assistance publique du Loiret ; CALVET, inspecteur de l'Assistance publique du Lot ; BODIN, inspecteur de l'Assistance publique de la Mayenne ; RIBES, inspecteur de l'Assistance publique des Pyrénées-Orientales ; LEYGUES, inspecteur de l'Assistance publique du Tarn-et-Garonne.

Médailles de bronze : Mmes AVE, Mutualité maternelle, Corcy (Aisne) ; TERRIER, sous-chef de bureau au Service de la Protection de l'enfance de la Seine ; BLANCHET, dame visiteuse de la Protection de l'enfance ; LAGACHE, inspectrice des maisons de sevrage des la Seine ; FOURNIER-MOTTAZ, du Service social aux Enfants-Malades, rue de Sèvres ; MM. RANDON, inspecteur de l'Assistance publique de l'Eure ; BRACHET, inspecteur de l'Assistance publique de la Moselle ; LABENTURE, inspecteur de l'Assistance publique de la Charente ; CHOL, inspecteur de l'Assistance publique de la Drôme ; THÉRY, inspecteur de l'Assistance publique de l'Orne ; MM. les Docteurs FISCHER, de Bordeaux ; GIRARD, de Toulouse ; L'ŒUVRE DES NOURRISSONS DE LA PREMIÈRE ENFANCE, 25, rue Thabuneau à Marseille.

Nécrologie. — Docteur Maurice BOUREAU (Indre-et-Loire), décédé à Paris. — Docteur Jacques CORBY, de Paris, 17, rue Théodore de Banville (XVIIe). — Docteur Samuel KAPLAN, de Paris, 10, boulevard de Strasbourg (X^e^). — Docteur Tadashi SUZUKI, professeur de clinique pédiatrique à l'Université Impériale de Kyoto, décédé à l'âge de 51 ans. — Docteur BETTENCOURT RODRIGUES, de Lisbonne, ancien ministre des Affaires étrangères du Portugal.

« Rien n'assouplit le caractère d'un homme comme sa candidature pour une place qui dépend du suffrage de ses semblables. » (J. CLOQUET. Cité par les *Biographies médicales*.)

« Ah ! les séances ! les séances de la Société de chirurgie étaient vivantes à cette époque. Le sont-elles autant aujourd'hui ? » (P. BAZY. Un cinquantenaire. Souvenirs d'antan. *La Presse Médicale*, 30 août 1933.)

FONDÉ EN 1873. — N° 52 LE NUMÉRO : 50 Centimes 23 DÉCEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.
France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants....... 30 fr.
Belgique..................... 45 fr.
Étranger { 1re zone .... 70 fr.
2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 12 décembre. — M. LARDENOIS. Rôle et emploi du gaz carbonique dans l'anesthésie générale. — M. DAUPHIN. Les dermatomyomes à topographie systématisée. — M. BOUSSOULADE. Etude du pemphigus congénital non syphilitique du nouveau-né. — M. GOUZONNAT. Etude de la grippe pulmonaire chez le nourrisson. — M. POUSSIN. Etude sur les métrorragies des fillettes et des jeunes filles. Leurs différents traitements modernes.

15 décembre. — M. RACHSTEIN. Etude des prodromes de l'éclampsie convulsive de la gestation et de puerpéralité — M. VIALA. Etude des infections génito-urinaires à pneumobacilles de Friedlaender. — Mlle DARD. Etude du syndrome entéro-génital chez les femmes. — M. DIJAN. Radiologie de l'appendicite. Valeur de l'examen radiologique dans l'appendicite chronique. — M. LAURIAT. Etude de certains métallostérols dans le traitement des affections tuberculeuses.

16 décembre. — M. ARVAY-BENSION. Contribution au traitement des accidents sériques. Leur prévention au moyen de l'ingestion d'éphédrine. — M. BOUCHER. Les accidents hématologiques de la chimiothérapie. — M. VIALLESOUBRANNE. Des prostatectomies sus-pubiennes,. Vérification des résultats par l'uréthrographie.

19 décembre. — M. BINET. Action hémostatique des extraits de plaquettes sanguines en injections sous-cutanées. — M. POUDEVIGNE. Etude des péritonites par propagation au cours des fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes. — M. DORANGE. Quelques considérations sur les grandes incisions du col. — M. Macel RENET. Etude statistique de la présentation de l'épaule à la Maternité de Saint-Louis, de 1929 à 1933. — Mlle GOMOLITSKY. Le rôle de la cinésithérapie dans le traitement de la stérilité féminine. — M. JONARD. De la cure des grandes cystocèles vaginales.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste alphabétique des candidats admissibles au concours de l'internat :

Mlle Adda, MM. Adle, Arnous, Aschkenasy, Audry, Aussannaire, Avenier,

Barry, Basset, Bauer, Bayle, Beauchef (Jean), Beauchef (René), Bibes, Blanchard, Boissonnat, Bonamy, Mlle Bonnefant, MM. Bonnel, Bonnet (Georges), Boquet, Borde, Botreau-Roussel, Bouchacourt, Boulenger, Bourdin, Bouvier, Bouwens Van der Boyen, Boyé (Pierre), Boyer (Jean), Brault Broutman, Brumpt, Bussière,

Cahuet, Camus (Pierre-Marie), Canetti, Cante, Carniel, Mlle Casalis, MM. Castany, Cauchoix, Cauvy, Challiol, Chambon, Champagne, Chareire, Charousset, Chassagne, Chenebault, Claisse, Clerc (Pierre), Cochemé, Combes, Cordebar, Mlles Cottin, Cotton, M. Coulombeix, Mlle Courrier, M. Cuvéreaux,

Mlle Debay, MM. Debidour, Dechaume-Montcharmont, Delaitre, Denès, Derieux, Desmonts, Mlle Despax, MM. Divet, Douville, Dreyfus, Dubos, Ducros, Duflo, Dupuy, Duret, Mlle Duss,

MM. Escarré,

Falin, Falk, Faugeron, Fauvet, Mlle Ferrieu,

MM. Feuillet, Filderman, Fischer, Flori, Flourens, Fonteneau, Forget, Fournée, Franchel.

Gaignerot, Gaquière, Gaumé, Gautier, Gérard, Gerbeaux Ghozland, Gilbert, Gillet, Gillot (Jean), Giraud (Jean), Glénard Gourand, Gout (René-Lucien), Goutner, Greene, Grenet, Gresse Grèze (André), Grossiord, Gruner, Guénin, Guenon des Mesnards, Guny.

Hanoun, Hector, Mlle Helman, MM. Hertz, Hofman, Horeau, Huchet, Huguier.

Inbona,

Jacquot, Jamain, Jeannette Wallen, Mlle Jomier, MM. Joüon, Kaplan, Kiszelnick, Krugg,

Lafon, Lagaillarde, Lajouanine, Lascaux, Laumonnier, Laurence, Lebel, Lebreton, Leconte, Ledoux-Lebard, Lefebvre (Jacques), Lefebvre (René), Le Picard, Lepintre, Le Roy (André), Le Roy (François), Lesca, Lesieur, Lévy (Jean), Lewi, L'Hirondel, Mlle Lipchschutz, MM. Livory, Logeais, Mlle Lorsighol, MM. Lortat-Jacob, Luteraan

Magder, Mande, Mlle Marcelot, MM. Marchak, Marchas, Martin (Marcel), Martinot, Martrou, Mathey, Mativat, Mazingarbe, Menanteau, Ménétrier, Meyer (Jean), Mignot, Molinéry, Monnier, Monsaingeon, Montis (de), Morel-Fatio, Morhange, Morichau-Beauchant, Morin (Paul), Mousseau, Mozziconaci,

Nabert, Nardi, Nastorg, Negreanu, Nouaille.

Offret, Oger, Olivier, Ollier, Ortholon, Osenat.

Paillas, Payet (Maurice), Pêcher, Mlles Pevet, Picard, MM. Picard (Georges), Picart (René), Picquard (Antony), Piet, Piton, Poisson, Polak, Prat,

Raymondaud, Raynaud, Rocca Serra (de), Rossignol, Rouchy, Rougé (Paul), Rouvet,

Sacquépée, Salleron, Salvanet, Séguin, Mlle Seiffert, MM. Sénéchal, Sévileano, Sikorav, Simon (Gaston), Mlle Simon, MM. Simonin, Soullard, Streusand,

Tallet, Tanret, Taveau, Temime, Tempier, Teyssier, Mlle Thevenot, MM. Thomas (Henri), Tiffeneau, Tissot, Trotot, Trouvé, Turiaf,

Velez, Vendryes, Vidart, Vignalou, Vildé, Vincent (Philippe), Vincent (Pierre), Vionnet,

Wimphen, Mlle Wiz,

M. Zarachovitch.

Académie de Médecine. — PRIX DÉCERNÉS EN 1933 (*suite*). — SERVICE DE LA VACCINE. — 1° *Vaccination antivariolique.* — 1° *Médailles d'honneur* : M. le Docteur MARMIER (L.), de Lille (Nord).

2° *Rappel de médaille de vermeil* : M. le Docteur GERSON (Nephtalie), à Paris.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs CANGE (Gustave-Ernest-Henri), à Paris ; LAFFAILLE (Albert), à Paris ; OLMER (David), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; SCHUSTER (Louis), à Gœtzenbruck (Moselle).

4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Docteurs : DARIN (Marie-Henry), à Paris ; FROMENT (Ernest-Jules-Athanase), à Paris ; ISIDOR (Camille), à Paris ; JANOT (Armand), à Paris ; LABADY (Clément-Alexandre-Achille), à Paris.

5° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs ABRAMOFF (Adolphe), à Paris ; BING (Paul-André), à Paris ; BRIMONT (Louis), à Marrakech (Maroc) ; CHEVÉ (Marie), à Tours (Indre-et-Loire) ;

Jaubert (Francisque), à Ghafsaï (Maroc) ; Lemaistre (Pierre) à Paris ; Meyer (Jules), à Kaysersberg (Haut-Rhin) ; Mme le Docteur Monasterew (Ludmilla), née de Schicherlow, à Monastir (Tunisie) ; Mornas (Pierre), à Demnat (Maroc) ; Pourquier (Jean), à Montpellier (Hérault) ; Valade (Roger) à Casablanca (Maroc) ; Wallart (Jules), à Saint-Louis (Haut-Rhin) ; M. Audoin (Antoine-Paul), à Asnières (Seine).

6° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Docteurs Joly (Jules-Eugène-Louis), à Paris ; Oguse (Joseph), à Paris ; Quinqueton (Georges-Auguste-François), à Paris ; Rabant (Fernand-Paul), à Paris ; Rouyer (Henri-Claude), à Paris ; Teisseire (Léon-Marie-Marcel), à Paris ; Vincent (Pierre-Maurice), à Paris.

7° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Berret (Louis-Henri), à Hai-Duong (Tonkin) ; Bochory (Samuel-Jean), à Paris ; Cordenoux (Jean-Auguste-Joseph), à Champeix (Puy-de-Dôme) ; Castan (Alexis), à Saint-Sauves (Puy-de-Dôme) ; Chesneau (Pierre-Louis-Raphaël-Adrien), à Khanh-Hoa (Annam) ; Cacurat (Charles-Louis), à Châteldon (Puy-de-Dôme) ; Courtadon (Louis), à Issoire (Puy-de-Dôme) ; Delbreil (Paul), à Diourbel (Sénégal) ; Doury (Gabriel-Joseph), à Paris ; Freyss (Maurice-Jules), à Strasbourg-Robertsau (Bas-Rhin) ; Gury (Victor), à Sierck (Moselle) ; Jean (Pierre-Georges-Sosthène), à Paris ; Kuhlmann (Jean-Michel-Edouard), à Marlenheim (Bas-Rhin) ; Lassance (Vital-Paul-François-Joseph), à Paris ; Lazard (Salomon-Louis), à Paris ; Martin (Frédéric-Charles), à Hatten (Bas-Rhin) ; Mathé (Lucien-Louis-Joseph), à Paris ; Mély (Gustave), à Sarrebourg (Moselle) ; Mertz (Charles), à Fénetrange (Moselle) ; Morellet (Alphonse-Scévola-Marcel), à Paris ; Nilus (Lucien), à Abreschviller (Moselle) ; Ott (Ernest), à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Payeur (Joseph), à Sarreguemines (Moselle) ; Pernet (Albert-Charles), à Clamart (Seine) ; Pipet (Albert), à Issoire (Puy-de-Dôme) ; Rosenthal (Georges-Louis-Fernand), à Paris ; Schalh (Alfred), à Strasbourg-Kœnigshoffen (Bas-Rhin) ; Schneider (Alphonse), à Herrlisheim (Bas-Rhin) ; Winter (Emile), à Thann (Haut-Rhin) ; Zeller (Xavier à Masevaux (Haut-Rhin).

2° *Vaccination antidiphtérique*. — L'Académie accorde pour le Service de la vaccination antidiphtérique en 1932 : 1° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs Beauvy (Charles-Armand), à Paris ; Deglos (Edmond), à Paris ; Legros (Marguerite), à Angers (Maine-et-Loire) ; Mans (Antonin-Marie-Jules), à Amiens (Somme) ; Maksud (Jean-Edouard), à Bonneval (Eure-et-Loir) ; Thomas (Pierre-Joseph-Charles), à Rouen (Seine-Inférieure) ; MM. Bernard (Marcel), à Amiens (Somme) ; George (Maurice-Marie-Alexandre), à Amiens (Somme) ; Landot (Estève-François), à Amiens (Somme) ; Lecointe (Adolphe-Lucien), à Amiens (Somme) ; Legangneux (Henry) au Havre (Seine-Inférieure) ; Legeay (Joseph-François-Augustin), à Chartres (Eure-et-Loir).

2° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Audet (Roland-Emile), à Saint-Maurice (Seine) ; Batisse (Benoît-Jean-Joseph-Noël), à Paris ; Boudon (Louis-Ferdinand-Victor), à Paris ; Boulle (Félix-Emile), à Paris ; Dewailly (Henri-Eugène) à Lomme-les-Lille (Nord) ; Guyot (Gaspard-Mathieu-Elie), à Lyon (Rhône) ; Labady (Clément-Alexandre-Achille), à Paris ; Lemaire (Edmond-Julien-Louis-Ghislain), à Courrières (Pas-de-Calais) ; Leroy (Georges-Alfred-Victor), au Havre (Seine-Inférieure) ; Lestra (Aimé), à Lyon (Rhône) ; Weill (Louise-Rosalie), à Lyon (Rhône).

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Sédallian, agrégé.

Association française des femmes médecins (*Reconnue d'utilité publique*). — La prochaine réunion se tiendra le jeudi 21 décembre, à 17 heures, au Club Universitaire Américain, 4, rue de Chevreuse, Paris VI[e].

Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale, Mme Caussé, 81, rue des Saints-Pères, VI[e].

Hospices civils de Saint-Etienne. — La Commission administrative des hospices civil de Saint-Etienne donne avis de l'ouverture à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le *lundi* 22 *janvier* 1934 à 8 h. 30 d'un concours public, pour la nomination d'un médecin-chef de laboratoire des hospices.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des hospices ; il se composera de six épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général des hospices, rue Badouillère, 15 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le 13 janvier 1934, à midi.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours sur la chirurgie du membre supérieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 8 janvier 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5[e]). Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — 1. Chirurgie des tendons : sutures et greffes tendineuses. — 2. Traitement du phlegmon des gaines : découverte du rameau thénarien du médian. — 3. Désarticulation des doigts et de leur métacarpien : phalangette : pouce : médius avec le troisième métacarpien. — 4. Ostéo-synthèse des deux os de l'avant-bras. — 5. Ligature des artères radiale et cubitale ; désarticulation du poignet. — 6. Découverte du tronc du nerf radial : sutures et greffes nerveuses ; découverte du nerf cubital et ligature de l'artère humérale. — 7. Traitement des fractures de l'olécrâne : résection du coude. — 8. Ligature de l'artère axillaire : dans l'aisselle ; sous la clavicule. — 9. Les voies d'abord de l'épaule : antérieure ; postérieure (Kocher) ; axillaire. — 10. L'opération de Oudard : la résection de l'épaule.

Nécrologie. — Docteur Louis Ancelin, d'Argenteuil (Seine-et-Oise). — Docteur Henri Ayguebère, de Toulouse. — Docteur Barre-Gallas, de Neuilly. — Docteur Paul Boissier, de Milhaud (Gard). — Docteur Louis Bourgarel, de Villiers-sur-Marne (Seine-et-Oise). — Docteur de Brinon, de Moulins, décédé à Montluçon. — Docteur J.-B. Bussy père, de Lubersac (Corrèze). — Docteur Chibret, d'Aurillac (Cantal). Docteur Claverie, de Paris. — Docteur (Mlle) Louise-Luce Dantin, de Paris, 3, rue du Commandant-Guilbaud (XVI[e]). — Docteur Emile Defossez, d'Abscon (Nord), décédé à Coulon. — Docteur Delaunay, de Paris. — Docteur Furbury, de Decazeville (Aveyron). — Docteur Garnaud, de l'armée. — Docteur Louis Gellé, de Provins, président de la Société de médecine de Melun, Fontainebleau et Provins. — Docteur Gautier, de Bordeaux. — Docteur Albert Jacob, d'Arcis-sur-Aube. — Docteur Kornhold de Saivly, de Paris, 42, avenue de Wagram. — Docteur Masingue, de Mortagne (Nord). — Docteur Masselon, de Versailles. — Docteur Maury, de Marseille. — Docteur Meyer, d'Alger (armée). — Docteur Monchecourt, de Valenciennes. — Docteur Ollivier, de La Motte-du-Caire. — Docteur Pernilleux, de Paris. — Docteur Pirka, de Nancy. — Docteur Paul Pons, de Gignac (Hérault). — Docteur Pottier, de Babœuf (Oise). — Docteur Louis Robbaz, de Cavalaire (Var). — Docteur Rumeaux, de Pamiers (Ariège). — Docteur Salvarelli, de Sano. — Docteur Tissot, de Rabat. — Docteur Paul Verrier, de Thouars (Deux-Sèvres). — Docteur Tomas de Mello Breyner ; comte de Mafra, de Lisbonne. — Docteur William David Kerr Macgillivrag, décédé à Broken Hill (Nouvelles Galles du Sud). Il était un des médecins les plus connus d'Australie. — Docteur Ernest-Edmund Maddox, décédé à Bournemouth (Grande-Bretagne), à l'âge de 73 ans. Il était membre de la Société française d'ophtalmologie.

BIBLIOGRAPHIE

La religion de l'intelligence et la morale scientifique, par le Docteur C. Saint-Paul (G. Espé de Metz). Paris, Vigot frères, 15 francs.

Ce fascicule VI des *Thèmes psychologiques* est divisé en trois parties.

Dans la *première*, l'auteur expose qu'issus peut-être du même élément : la matière, le rythme matériel et le rythme intelligence sont à la fois en accord et en conflit. La « finalité » de l'intelligence est d'acquérir la conscience d'elle-même sans la collaboration du rythme matière. L'individu comme l'espèce ne sont que des tentatives vers ce but. La mort détruit le *moi conscient*, mais charge le rythme intelligence d'une virtualité supérieure, d'une aptitude plus grande à la conscience d'elle-même lors d'une collaboration ultérieure avec la matière. Aux phases à venir de l'évolution, contrairement à ce qui s'est passé jusqu'ici, il est vraisemblable que l'augmentation de l'autoconscience de l'intelligence, son évasion progressive du rythme matériel coïncideront avec une diminution du nombre, du volume et de la complexité des organes cérébraux. Peut-être aussi le rythme intelligence absorbera-t-il intégralement le rythme matière. Nous sommes en plein panthéisme et pas très loin de la métempsychose.

La *deuxième* partie énumère, au sujet de la conscience d'elle-même que l'intelligence prend en l'homme (*fonction-miroir*), les principaux types endophasiques d'après les travaux fondamentaux de Charcot et de Gilbert-Ballet. Des observations types facilitent la démonstration.

Dans la *dernière* partie consacrée à la morale, l'auteur polémiquant avec un illustre philosophe, le Professeur Barbedette, expose les raisons pour lesquelles, il ne croit d'autre morale possible que celle qui, par le phénomène naturel qu'est le *prophétisme*, dérive de la fonction *théogène* de l'humanité. Selon l'auteur, l'abandon de la croyance en Dieu et de la morale qui dérive de cette croyance présageront la fin de la tentative : *espèce humaine* dans la poursuite de l'intelligence vers ses fins.

L'ouvrage qui paraît écrit avec une impartialité sincère ne semble fait pour plaire ni aux croyants, ni aux non-croyants. L.

TRAVAUX ORIGINAUX

Que peut-on attendre de la vaccinothérapie antistaphylococcique ?

Par François LAMASSON

La valeur de la vaccinothérapie antistaphylococcique est niée par beaucoup de chirurgiens, et ce n'est point sans un certain scepticisme que nous avons entrepris ce travail. Jusqu'alors nous n'avions vu employer dans les CAS GRAVES d'anthrax, d'abcès du sein, qu'un seul vaccin polymicrobien : le propidon, les cas moyens n'étant soignés que par des traitements externes. Le but de ce travail a été précisément de voir si dans ces cas, l'emploi d'un vaccin antistaphylococcique pur peut présenter quelques avantages.

Le vaccin antistaphylococcique que nous avons utilisé a été préparé suivant la même technique que le vaccin antigonococcique Demonchy dans les laboratoires de la Ligue de Préservation Sociale. La concentration du vaccin est telle que chaque ampoule contient un centigramme de germes, soit environ 12 milliards et demi de staphylocoques par centimètre cube. Une première série d'ampoules faite le 22 avril 1931 avait été préparée à partir de quatre souches de staphylocoques dorés provenant de trois anthrax et d'un furoncle. Pour la préparation de la deuxième série d'ampoules, il a été ajouté aux souches précédentes une souche de staphylocoques dorés que nous avons isolés d'un anthrax ayant évolué en un mois et demi sans avoir été aucunement influencé par une vaccinothérapie correctement faite au propidon.

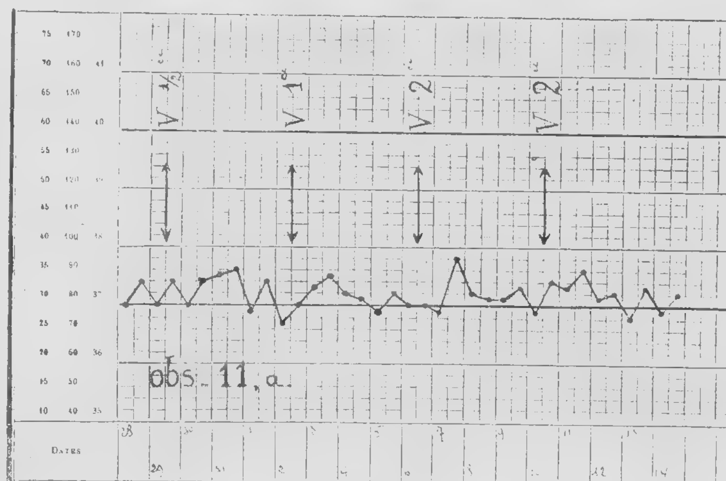
La question des doses de vaccin à injecter nous paraît avoir une certaine importance. Au début, suivant la méthode habituellement préconisée nous faisions, quelle que soit la phase de l'abcès, un quart de centimètre cube comme dose initiale pour tâter la susceptibilité du malade, puis un demi, trois quarts, un, sans jamais dépasser la dose maxima de deux centimètres cubes.

Nous avons pu nous rendre compte que la réaction vaccinale n'est pas directement proportionnelle à la quantité de vaccin injectée et que, sans inconvénient, on pouvait d'emblée injecter un demi, trois quarts ou même un centicube, sans observer une réaction plus forte qu'avec un quart de centicube. Cette constatation nous a amené à modifier profondément la ligne de conduite que nous nous étions fixée tout d'abord. Actuellement, *nous faisons une dose initiale d'autant plus forte que la collection suppurée est plus près de sa phase de maturité.* C'est ainsi que pour un panaris caractérisé simplement par de la tension de la pulpe, de la rougeur, nous débutons par un quart de centicube, et que, pour un abcès du sein presque fluctuant, nous faisons d'emblée un demi ou trois quarts de centicube.

Le vaccin détermine une réaction focale des plus nettes. Quelques heures après l'injection les signes fonctionnels s'atténuent : la douleur devient beaucoup moins intense, elle perd son caractère pulsatile, le malade s'il avait de l'insomnie voit celle-ci disparaître. Au point de vue physique, la rougeur et parfois l'œdème diminuent d'étendue. Plus tardivement, trois à cinq jours après la première injection, nous avons observé des réveils de foyers staphylococciques latents, cliniquement guéris depuis des années. Cette réactivation se traduit par une douleur peu intense, continue, une légère induration. Elle évolue en vingt-quatre ou quarante huit heures vers la résorption sans dépasser jamais la phase de congestion.

La réaction locale due au vaccin se résume en un peu d'endolorissement au lieu de l'injection. Parfois le vaccin forme de petites nodosités sous-cutanées dures, légèrement douloureuses qui disparaissent spontanément en huit à quinze jours. Ces nodosités sont de constation rarissime lorsqu'on prend soin de bien faire l'injection en *plein tissu cellulaire sous-cutané* à cinq centimètres au-dessus et en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il est rigoureusement nécessaire d'avoir une aiguille assez longue (35 à 45 millimètres) pour traverser *complètement* le derme.

La réaction générale consécutive à toute injection de vaccin n'est habituellement pas perceptible au malade. Elle ne ne se traduit le plus souvent que par une élévation thermique de 3 à 4 dixièmes de degré, vers la



COURBE I

vingt-quatrième ou trente-sixième heure, ainsi que le montrent les courbes de température de nos malades (courbes 1 et 2.) Si par hasard la réaction générale est plus intense, auquel cas le malade accuse une légère céphalée et de la courbature, nous ne faisons qu'injecter à la séance suivante, une quantité de vaccin égale ou légèrement inférieure à la précédente et nous ordonnons au malade de prendre après l'injection de vaccin un comprimé de cinquante centigrammes d'aspirine ou mieux un cachet de rhoféine. Nous pouvons ensuite reprendre les doses croissantes sans ennui. Le peu d'intensité de la réaction générale s'explique par la bonne conservation des germes dans le vaccin que nous avons utilisé. Examinant récemment des ampoules de la première série, nous avons constaté qu'au bout de deux ans les staphylocoques prennent parfaitement les divers colorants, qu'ils ne sont absolument pas modifiés dans leur forme, qu'ils ne présentent aucune trace de lyse. Injecté à des malades le contenu de ces ampoules ne semble avoir rien perdu de son efficacité. Comme l'intervalle compris entre deux injections de vaccin doit être tel qu'il permette à la réaction générale de se produire avant l'injection suivante, nous avons fait à nos malades les piqûres de vaccin tous les deux jours ou tous les trois jours.

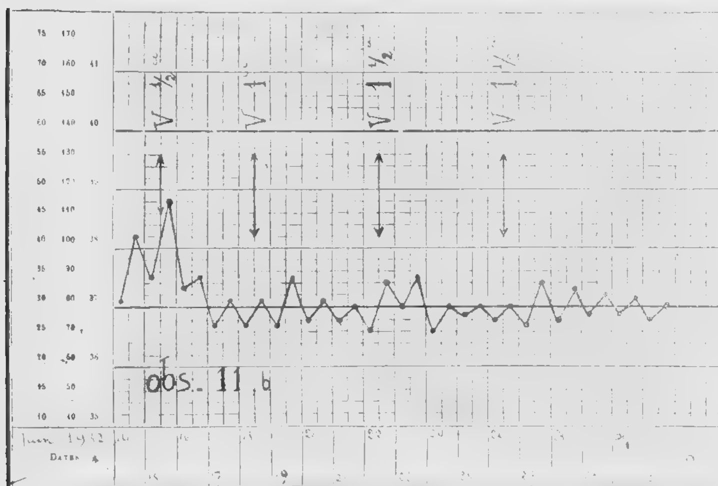
◆◆

Tel est la technique que nous avons utilisé pour vacciner nos malades. En aucun cas ils n'ont été traités par le seul vaccin. Tous ont reçu le traitement externe classique correspondant. Toutes les fois qu'une incision s'est montrée nécessaire, nous l'avons effectuée.

Dans le tableau I nous indiquons les traits les plus marquants des observations réunies par nous, à savoir, la durée de l'évolution avant la première injection de vaccin, le nombre d'injections, le nombre de jours qui a été nécessaire pour la cicatrisation de l'accident staphylococcique présenté par le malade à dater du premier traitement.

L'étude de ce tableau permet de se faire une idée de l'action du vaccin antistaphylococcique que nous avons utilisé.

Nous avons obtenu la résorption sans suppuration dans sept cas sur trente neuf épisodes staphylococciques traités, Nous savons parfaitement que le seul traitement externe (pansements alcoolisés, cataplasmes, oxyde jaune) peut, dans des cas heureux, obtenir le même résultat pour des panaris simples (obs. 10, 18) ou des orgelets (obs. 31). Même en dehors de ces cas nous avons obtenu la résorption d'un abcès du sein (obs. 15) et d'un phlegmon des



Courbe 11

gaînes authentique : *obs.* 13, le malade, un boucher, s'est blessé la face palmaire de la première phalange du médius ; il vient nous voir le troisième jour et présente à l'examen un doigt fléchi en crochet irréductible avec douleur sur tout le trajet de la gaîne. Le jour de la troisième injection de vaccin, le doigt est facilement mobilisable, la gaîne n'est plus douloureuse.

Quoi qu'il en soit, c'est surtout l'étude des observations d'anthrax, d'abcès du sein, d'abcès tubéreux de l'aisselle, de panaris en bouton de chemise qui a retenu le plus notre attention. Dans ces cas l'emploi du vaccin nous a permis d'observer des modes de suppuration et de cicatrisation particuliers. L'observation la plus démonstrative à cet égard est l'observation 11 b.

Observation 11 b. — La.. François. 25 ans. Trente six heures après le début d'un anthrax, le 15 juin, au soir nous faisons un demi-centicube de vaccin. Le 16 juin, la tuméfaction a un diamètre de 12 centimètres, au centre se trouvent des points jaunâtres, la douleur est beaucoup moins vive. Le 17 juin, les points jaunâtres observés la veille laissent sourdre une gouttelette de pus jaune paille bien lié. Le 18 au matin la tuméfaction a diminué d'étendue et en faisant le pansement il est possible de vider l'anthrax du pus qu'il contient ; pus verdâtre, *bien lié, ne contenant pas de bourbillons* ; nous faisons une injection de un centicube de vaccin. Le lendemain 19 juin, le pansement est à peine taché de pus. Le 20 juin, on constate que la plaie s'est comblée d'un tissu de granulations saignant facilement, il n'y a plus d'induration profonde à la palpation. Le 25 juin, la plaie est complètement cicatrisée, épidermisée, les téguments ont repris leur souplesse. Le 25 juillet, nous constatons que la cicatrice parfaite, n'est pas déprimée et n'est pas entourée d'un halo hyperpigmenté comme habituellement.

Nous voyons donc que :

1) Le vaccin permet d'obtenir promptement une sédation des signes fonctionnels (12 à 24 heures).

2) Que la suppuration se produit beaucoup plus rapidement que chez les malades non traités par le vaccin.

3) Que le pus est bien lié.

4) Qu'il n'y a pas formation de bourbillons.

5) Que la suppuration se tarit en 48 à 62 heures.

6) Que le fond de l'ulcération se comble en quelques jours de tissu de granulation.

7) Et que la cicatrisation est particulièrement rapide.

Nous avons retrouvé ces caractères cliniques et évolutifs dans toutes les observations d'anthrax, d'abcès du sein, d'abcès dentaire à staphylocoques, de panaris en boutons de chemise, de phlegmon sous-aponévrotique de la main, d'abcès tubéreux de l'aisselle. La simple lecture du tableau I en fait foi. Nous avons déjà signalé que la sédation des signes fonctionnels est très nette et constitue la caractéristique la plus évidente de la réaction focale déterminée par l'injection de vaccin. La phase de maturité de la collection suppurée est plus précoce grâce à notre vaccination. Nous n'en voulons pour preuve que les observations 11, où l'ouverture de l'anthrax s'est produite le quatrième jour de son évolution ; 6 où l'abcès du sein s'est vidé entièrement 48 heures après la première de vaccin : 16, 22, 32, 34.

Il ne faut surtout pas croire que l'on a intérêt à faire d'emblée systématiquement de fortes doses de vaccin, quel que soit le stade évolutif de la collection staphylococcique. Lorsqu'on fait d'emblée 3/4 ou 1 centicube de vaccin à un malade porteur d'un panaris, d'un abcès tubéreux axillaire rouge, chaud, tendu, non fluctuant, tout se passe comme si la tendance évolutive de ce panaris ou de cet abcès était considérablement ralentie. La douleur, la tuméfaction persistent ; la rougeur, l'hyperthermie locale diminuent. Ce n'est qu'au bout de huit à quinze jours que l'évolution se fait, soit vers la constitution d'un noduile fibreux (observation 8) soit vers la suppuration suive d'une cicatrisation difficile. Cette dernière éventualité est celle que nous avons vu survenir dans l'observation 30.

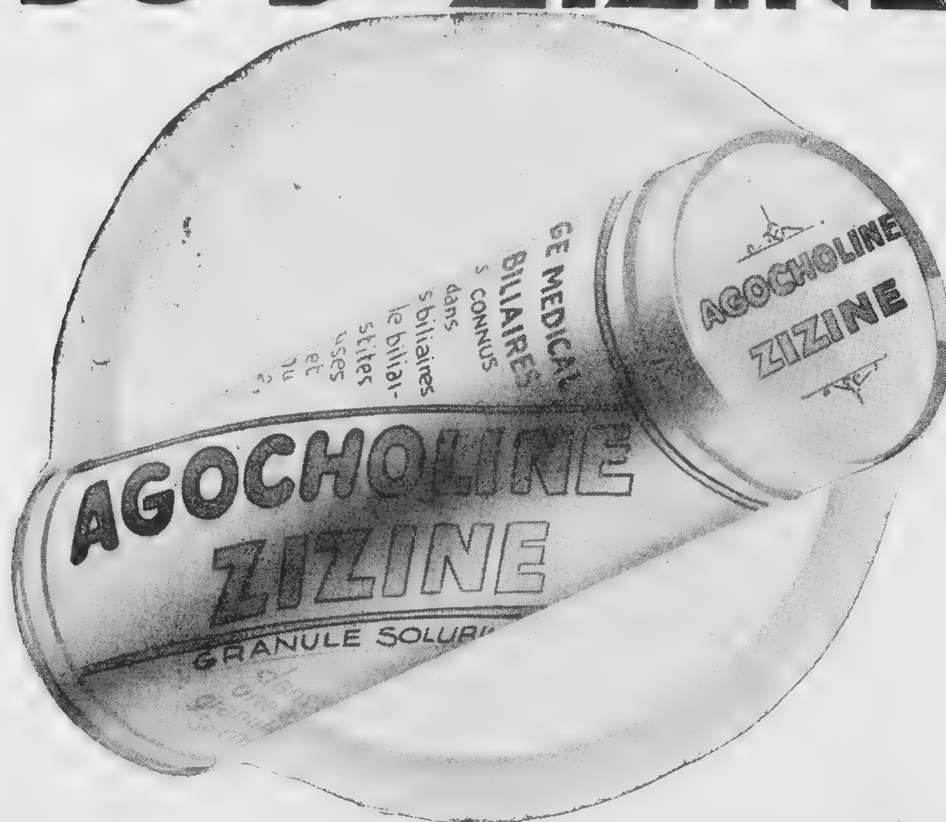
La cicatrisation a été obtenue en moyenne en huit jours (exactement 7, 8 jours) sur vingt-cinq cas d'abcès du sein, d'anthrax ou de panaris. Nous avons compris dans ces cas l'observation 20 où nous avons commencé le vaccin vingt-quatre heures après l'ouverture d'un anthrax de la face externe du bras, et où nous avons obtenu la cicatrisation d'une plaque de sphacèle de 5 × 6 centimètres en douze jours. Dans tous les cas la cicatrice a été de bonne qualité, très peu pigmentée, absolument indolente. Nous n'avons jamais eu de cicatrisation en moyenne aussi rapide chez les malades non traités par le vaccin.

En effet à ces résultats nous voulons opposer ceux du tableau II. Ce tableau contient les éléments essentiels des observations de 25 malades traités par les pansements seuls, pour des affections identiques : anthrax, panaris, abcès tubéreux de l'aisselle, etc...

Dans cette deuxième série de cas l'ouverture de la collection suppurée s'est produite beaucoup plus tardivement.

Fréquemment nous avons vu des panaris timidement

AGOCHOLINE
DU D^R. ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du DR ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP CARRÉ PARIS

incisés ou abondamment baignés après ouverture, se compliquer de fusées purulentes et très fréquemment d'ostéite des phalanges et d'arthrite suppurée (trois cas sur onze panaris traités par les pansements seuls).

Une de ces ostéites (observation p. 5) a compliqué un panaris de la pulpe de la phalange unguéale du pouce, deux grattages de la phalange ont été nécessaires et finalement une série de vaccin a permis d'obtenir une guérison définitive. Dans l'observation p. 12, l'ostéite a compliqué un panaris sous-unguéal insuffisamment traité et baigné, la suppuration ne s'est tarie qu'après désarticulation de ces deux dernières phalanges du médius.

Dans l'observation p. 13, l'ostéite a compliqué un panaris de la pulpe, l'évolution s'est faite en deux temps, le panaris incisé s'est cicatrisé en douze jours, puis une fistule est apparue et la radiographie a montré la nécrose de la phalangette. Là encore la désarticulation a été nécessaire.

La cicatrisation a été obtenue en moyenne en vingt-quatre jours chez les malades du tableau II. La cicatrice s'est montrée fréquemment de mauvaise qualité, déprimée, pigmentée, sensible.

La cicatrisation est donc beaucoup plus rapide chez les malades traités par le vaccin (huit jours) soit environ trois fois plus rapide. Rappelons que les panaris traités par le vaccin ne se sont jamais compliqués d'ostéite de la phalange.

Dans un travail ultérieur, nous publierons comparativement aux cas traités par le vaccin et les pansements ;

Les pansements seuls ;

Une nouvelle série d'observations de staphylococcies chirurgicales traitées par le vaccin antistaphylococcique, et, après ouverture par la protéinothérapie locale, selon la méthode de MM. Sézary et Duruy.

***

Nous faisons une place à part dans notre étude à deux affections pour lesquels nous avons essayé le vaccin avec des succès divers.

Le vaccin ne paraît pas agir sur les folliculites staphylococciques vraies (observations 5, 33). Ces malades n'ont guéri que grâce à l'épilation, l'eau d'Alibour ou la pommade à l'oxyde jaune.

Par contre, nous avons eu l'occasion de traiter avec ce vaccin trois phlegmons de l'amygdale. Nous avons eu des résultats absolument comparables à ceux du propidon, tout en n'employant pas une méthode aussi choquante. Il nous a été possible de trouver dans le pus de l'un des plegmons du staphylocoque doré pur. Les deux autres se sont résorbés. Ils étaient vraisemblablement staphylococciques et non streptococciques, car sur sept abcès du sein que nous avons traités, trois n'ont pas été influencés par notre vaccination ; l'incision a ultérieurement donné issue, dans ces trois cas, à un pus streptococcique.

Nous avons traité trois cas de furonculose durant depuis un mois et demi à deux ans (observation 7, 8, 9,). La guérison a été obtenue respectivement en 7, 7, et 4 jours à partir de la première injection de vaccin. Il est à remarquer que le malade de l'observation n° 9 avait reçu un mois auparavant sans succès quatre injections de propidon 1, 2, 3 puis 4 centimètres cubes.

Tels sont les résultats que nous avons obtenu dans les staphylococcies chirurgicales. Les staphylococcies urinaires sortent du cadre que nous nous sommes fixé par cette étude. Elles feront l'objet d'un travail ultérieur.

Pour nous résumer, en présence d'un accident staphylococcique unique isolé, nous faisons une dose initiale de vaccin d'autant plus forte que la collection suppurée est plus près de sa phase de maturité, nous injectons le vaccin à doses croissantes jusqu'à l'ouverture de la collection, nous répétons ensuite la dernière dose jusqu'à ce que la suppuration soit tarie et la cicatrisation obtenue.

En présence d'une poussée de furonculose ou d'abcès tubéreux de l'aisselle nous croyons que l'on ne doit point augmenter les doses de vaccin alors que d'autres furoncles ou d'autres abcès apparaissent.

Les doses de vaccin à injecter dépendent uniquement, à notre avis, du stade évolutif du furoncle ou de l'abcès le plus récent. A ce propos, lorsque des nodules douloureux, apparaissant chez un malade ayant reçu une ou deux injections de vaccins il est très important de savoir si l'on est en présence de la réactivation de foyers anciens ou non. Alors que l'on peut augmenter les doses de vaccins en cas de réactivations, on ne doit injecter que de faibles doses en cas de nouveaux foyers. L'examen attentif permettra presque à coup sur de savoir s'il s'agit du réveil et un foyer ancien ou non. Le peu d'intensité des signes locaux, la douleur beaucoup moins vive, moins nettement localisée que celle d'une staphylococcie aiguë, la notion d'un panaris, d'un furoncle, d'un orgelet à cette même place, et surtout la présence d'une cicatrice, nous font conclure à une réactivation.

L'action préventive du vaccin ne nous paraissant pas démontrée, nous n'avons pas cru devoir faire systématiquement de longues séries de vaccin. Bien souvent en effet, il s'agit d'accidents du travail, grâce à notre vaccination le malade peut travailler dès le dixième ou le douzième jour. Nous ne nous reconnaissons pas le droit de faire perdre encore au malade une dizaine de jours de travail pour essayer d'obtenir un état d'immunité hypothétique.

Il nous suffit au point de vue pratique d'obtenir des guérisons trois fois plus rapides qu'avec les pansements seuls pour rendre évidente l'action d'un tel vaccin.

TABLEAU I

Obs. N°	Nom	Age	Nature	Evoluant depuis	Doses de vaccin	Ouverture	Cicatrisation à dater du 1er traitement
1	Pru. Yvette	32 ans	Abcès tubéreux de l'aisselle.	15 jours	1/4, 1/4, 1/4, 1/4, 1/4, 1/4, 1/4, 1/2, 3/4. 1 c. c.	2 et 5 jours	12 jours
2	Cur. Marcelle	25 ans	Furoncles du conduit auditif externe.	6 semaines	1/4, 1/4, 1/2, 3/4. 1 cc.	4 jours	6 jours
3	Le. Félicien	26 ans	a) Abcès tubéreux de l'aisselle.	8 mois	1/4, 1/4, 1/4, 1/4, 1/4, 1/2, 3/4, 1 c. c.	4 jours	17 jours
			b) Sept mois plus tard, nouvelle poussée.	15 jours	1/2, 3/4, 1, 1 1/2, 1 1/2	4 jours	6 jours
4	Que. Michel	8 ans	Furoncles de la nuque, de la cuisse, folliculite de la fesse.	1 mois	0,1, 0,2, 0,3, 0,4, 1/2, 1/2, 1/2	3 à 8 jours	11 jours

Obs. N°	Nom	Age	Nature	Evoluant depuis	Doses de vaccin	Ouverture	Cicatrisation à dater du 1er traitement
5	Amar Khodja	27 ans	Orgelets, adénites suppurées, impétigo de la barbe.	1 mois	1/4, 1/4, 1/2, 3/4, 1, 1	2 à 4 jours (pas d'action apparente sur l'impétigo)	8 jours
6	Flo. Jeanne	22 ans	Abcès du sein.	4 jours	1/2, 3/4, 1, 1 1/2	2 jours	11 jours
7	Du. Pierre	27 ans	Furonculose.	6 semaines	1/2, 3/4, 1, 1 1/2	1 à 5 jours	7 jours
8	Du. Marcelle	23 ans	Furoncles orgelets depuis :	2 ans	1/4, 1/2, 3/4, 1 c. c.	4 jours (un des furoncles se résorbe en 20 jours)	
9	Da. Yves	43 ans	Fuconcles de l'épaule, hydrosadénite axillaire.	4 mois	1/2, 3/4, 1, 1 1/2	2 jours	4 jours
10	Hoe. René	25 ans	Furoncle de l'aile du nez	3 jours	1/4, 1/2, 1/4	résorption en trois jours.	
11	La. François	25 ans	*a*) Anthrax de l'avant-bras droit	5 jours	1/2, 1, 2, 2	2 jours	8 jours
			b) Sept mois plus tard, tard, folliculites, furoncles depuis 15 j. anthrax depuis	36 heures	1/2, 1, 1 1/2, 1 1/2	3 jours	9 jours
12	We. Alice	18 ans	Abcès dentaire	8 jours	1/2, 3/4, 1, 1 1/2	2 jours	8 jours
13	Ta. Maurice	25 ans	Phlegmon de la gaine du médius (blessure inoculation directe de la gaine)	3 jours	1/2, 1, 1 1/2	résorption en 4 jours	
14	Br. Marcelle	21 ans	Hydrosadénite de l'aisselle droite	1 semaine	1/2, 1, 1, 1	1 jour	6 jours
15	Ba. Antoinette	20 ans	Lourdeur, tension, induration des seins. Signe de Budin positif	2 semaines	1/2, 1, 1, 1	résorption en 8 jours	
16	Bru. Raymonde	21 ans	Anthrax de la face externe de l'avant-bras	6 jours	1/2, 1, 1	1 jour	6 jours
17	Gue. Jean	28 ans	Panaris en bouton de chemise de la pulpe du pouce	5 jours	1/2, 1, 1	débridement le 2e jour	6 jours
18	Ag. Clotilde	25 ans	Panaris de la pulpe du pouce	24 heures	1/2	résorption en 48 heures	
19	Or. Ramona	28 ans	Abcès du sein	14 jours	1/2, 1, 1, 1	ponction le 2e jour	6 jours
20	Pa. Elisabeth	65 ans	Anthrax ouvert spontanément depuis la veille, ouverture 6 × 5 centimètres	10 jours	1/2, 1, 1, 1		12 jours
21	La. Arlette	33 ans	Panaris sous-unguéal	3 jours	1/2, 1	incision le 2e jour	6 jours
22	La. Renée	18 ans	Abcès sous-angulo-maxillaire d'origine ganglionnaire	15 jours	1/2, 1, 1	1 jour	5 jours
23	Bo. Geneviève	17 ans	Furoncle de la lèvre inférieure	5 jours	1, 1, 1	3 jours	5 jours
24	Si. Madeleine	30 ans	Phlegmon de l'amygdale	4 jours	1/2, 3/4, 1	3 jours	5 jours
			Cinq mois plus tard, nouveau phlegmon de l'amygdale	2 jours	1/2, 1, 1	résorption le 7e jour	
25	Pan.	33 ans	Phlegmon de l'amygdale	5 jours	1/2, 1	résorption le 3e jour	
26	De. Jacqueline	16 ans	Phlegmon sous-aponévrotique palmaire	7 jours	3/4, 1, 1	débridement d'emblée	5 jours
27	Je. Blanche	45 ans	Furoncle de la lèvre supérieure	6 jours	1/4, 1/2	24 heures	3 jours
28	Pi. Trinité	29 ans	Abcès tubéreux de l'aisselle ; abcès du sein	1 mois	1/4, 1/2, 3/4, 1, 1	3 à 4 jours	10 jours
29	Sfe. Francois	42 ans	Anthrax de la lèvre inférieure	10 jours	1/2, 1	ouvert mais non encore suppuré	3 jours
30	Mo. Marguerite	16 ans	Abcès tubéreux de l'aisselle	15 jours	3/4, 1, 1, 1 1/2	incision 4e jour	25 jours
31	Her	28 ans	Orgelet avec œdème de la joue et adénopathie prétargienne.	4 jours	1/4	résorption en 2 jours	
32	Gué, Lucien	26 ans	Anthrax, face postérieure de l'avant-bras	8 jours	1/2, 3/4, 1	2 jours	6 jours
33	Ort. Robert	30 ans	Folliculite avant-bras	15 jours	1/4, 1/2, 3/4, 1	pas d'amélioration apparente	
34	Bar. Geneviève	23 ans	Anthrax face postérieure de l'épaule	8 jours	1, 1	2 jours	6 jours
35	Re. Suzanne	30 ans	Abcès du sein gauche ouvert spontanément depuis 24 heures.	7 jours	1/2, 1, 1	cesse de suppurer en 48 heures	10 jours
36	Do. Liliane	23 ans	Furonculose	2 mois	1/2, 3/4, 1, 1 1/2	2 à 4 jours	12 jours

TABLEAU II

Obs. N°	Nom	Age	Nature	Evolue depuis	Ouverture	Cesse de suppurer en	Cicatrisation à dater du 1er traitement	Observations
P 1	Che. Marguerite	33 ans	Panaris en bouton de chemise de la pulpe du pouce	3 jours	incision le 4e jour, débridement le 7e jour	25 jours	28 jours	
P 2	Per. Paulette	21 ans	Anthrax de la face postérieure de l'avant-bras	5 jours	ouverture spontanée le 6e jour	12 jours	10 jours	
P 3	God. Louise	21 ans	Panaris en bouton de chemise de la pulpe du pouce	7 jours	incision le 7e jour, débridement le 8e jour	15 jours	18 jours	
P 4	Gau. Edith		Panaris de la pulpe du pouce	8 jours	incision de Quénu le 10e jour	5 semaines	40 jours	a reçu cinq injections de vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur
P 5	Ni. Fernande	20 ans	Panaris de la pulpe du pouce rapidement compliqué de panaris sous-unguéal (souche isolée)	8 jours	incision le 8e jour		60 jours	compliqué d'ostéite après 2 grattages de la phalangette et 1 série de 1/2, 3/4, 1, 1 c. c. de vaccin, guérison.
P 6	Mi. Fernande	29 ans	Panaris de la pulpe du pouce	3 jours	incision de Quénu le 4e jour	15 jours	24 jours	
P 7	Bi. Lucienne	22 ans	Panaris face palmaire de l'index	6 jours	incision le 8e jour	14 jours	17 jours	
P 8	Pi. Paul	30 ans	Panaris anthracoïde de la face dorsale de la 1re phalange du pouce	2 jours	débridement le 7e jour	12 jours	19 jours	
P 9	La. François	20 ans	Panaris anthracoïde de la face dorsale de la tête du 1er métacarpien	4 jours	ouverture spontanée le 6e jour	10 jours	16 jours	
P 10	La. Jeanne	45 ans	Anthrax de la joue compliqué au 16e jour d'une fusée purulente vers la région malaire (souche isolée)	5 jours	incision au 15e jour contre-incision le 18e jour	22 jours	27 jours	
P 11	Bre. Andrée	25 ans	Anthrax de la nuque (souche isolée)	10 jours	spontanée le 15e jour	25 jours	33 jours	traité par le propidon (2, 3 et 5 c. c.)
P 12	Ra. Lucien	32 ans	Panaris sous-unguéal	5 jours	incision le 7e jour	25 jours	30 jours	ostéite de deux phalanges, amputation, guérison
P 13	Hu. Raoul	26 ans	Panaris de la pulpe de la phalange unguéale	6 jours	incision le 8e jour	6 jours	25 jours	après cicatrisation au 13e jour, fistule le 15e jour, ostéite, amputation, guérison.
P 14	La. Joseph	35 ans	Anthrax de la fesse	6 jours	ouverture spontanée le 8e jour	16 jours	24 jours	
P 15	Ber. Brigitte	6 ans	Phlegmon sous-aponévrotique plantaire (durillon forcé)	3 jours	ouverture spontanée le 6e jour	4 jours	12 jours	
P 16	Se. Marie	29 ans	Phlegmon sous-aponévrotique palmaire primitif	8 jours	incision le 8e jour	16 jours	28 jours	
P 17	Da. Albert	43 ans	Durillon forcé	6 jours	incision le 7e jour	3 jours	10 jours	a eu un anthrax de la nuque ayant évolué en 4 semaines.
P 18	Da. Louis	30 ans	Phlegmon s.-aponévrotique palmaire secondaire à une piqûre septique	4 jours	incision le 5e jour	9 jours	16 jours	
P 19	Gr. Etienne	34 ans	Anthrax de la nuque	6 jours	ouverture spontanée le 9e jour	8 jours	22 jours	
P 20	Pe. Arlette	23 ans	Abcès du sein, crevasses	8 jours	incision le 10e jour	13 jours	19 jours	cette malade a eu à 19 ans des abcès tubéreux de l'aisselle ayant duré 7 semaines.
P 21	Lu. Georges	27 ans	Panaris anthracoïde de la face dorsale de la 2e phalange du médius, fusée à la face externe de la phalange	3 jours	débridement le 8e jour	7 jours	14 jours	
P 22	Ro. Julie	32 ans	Abcès tubéreux de l'aisselle	6 jours	incisions	35 jours	38 jours	
P 23	Pa. Lucie	15 ans	Abcès tubéreux de l'aisselle (deuxième atteinte)	19 jours	incisions	5 semaines	38 jours	à l'âge de 13 ans cette malade a eu pendant 3 mois des abcès tubéreux de l'aisselle.
P 24	Le. Solange	28 ans	Abcès tubéreux de l'aisselle, furoncles	6 jours	incisions	17 jours	19 jours	traitement adjuvant par un sel d'étain.
P 25	Wa. Fernand	35 ans	Anthrax de la fesse	5 jours	incision le 8e jour	16 jours	23 jours	

◆◆◆

LE MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

Vitamines B et Diabète

Par Jacqueline SAINTON

Interne des Hôpitaux de Paris

Le pronostic et le traitement du diabète se sont transformés depuis la découverte, en 1922, de l'insuline.

Cependant, son emploi en injections, la nécessité, au cours du diabète consomptif, d'en augmenter progressivement les doses par suite de la diminution de la tolérance hydrocarbonée, ont conduit à étudier l'action possible sur la glycémie et la glycosurie d'autres substances.

Le rôle primordial joué par les vitamines B dans le métabolisme des glucides est maintenant bien connu des physiologistes. Leur emploi dans le traitement du diabète devait tenter le clinicien et de nombreux travaux viennent d'être publiés. Comme on pouvait le prévoir les vitamines B semblent avoir une action favorable sur les troubles du métabolisme hydrocarboné chez les diabétiques.

***

La découverte des vitamines ne date que de quelques années alors que physiologistes et pathologistes s'intéressent au problème alimentaire. Après avoir ramené les substances alimentaires à trois types : hydrates de carbone, albuminoïdes et graisses, ils essaient de réaliser des régimes synthétiques. Ceux-ci s'avèrent incapables d'assurer la croissance et d'entretenir la vie, et l'étude de l'indéterminé alimentaire met en évidence l'existence de principes jouant un rôle essentiel dans les phénomènes vitaux : on les a désignés successivement sous le nom de facteurs accessoires de la croissance et de l'entretien, puis de vitamines (Funck), tout récemment d'exhormones (Mme Randoin et H. Simonnet).

Malgré les travaux remarquables d'Eigkman, Fraser et Stanton sur les accidents de polynévrite aviaire apparus chez des animaux de basse-cour nourris avec du riz poli, et comparables aux symptômes du béribéri humain, ce n'est qu'en 1911 que Funck extrait du son de riz une substance capable de rendre complets des régimes de riz poli ou certains régimes artificiels, alors même que la dose employée est extrêmement faible et ne dépasse pas un milligramme par jour.

Cette substance prévient et guérit les accidents de polynévrite aviaire. Funck, l'année suivante, lui donnera le nom de « vitamine ».

Ces résultats sont confirmés par Suzuki, Shimamma et Odaka. La même année ils isolent un principe analogue « l'orizanine ».

D'autre part en 1915, Mac Collum, étudiant la valeur biologique des matières protéiques et cherchant à rendre complet un régime exclusif de riz poli, constate qu'à l'addition du facteur liposoluble A, qu'il avait découvert en 1913, il est indispensable d'adjoindre de faibles doses de germe de blé ou de poudre de lait. Il isola alors du germe de blé un autre principe qu'en raison de ses propriétés il dénomme facteur hydrosoluble ou facteur B.

L'identité entre la vitamine de Funck et le facteur hydrosoluble B fut admise dès 1916, en raison des analogies dans la répartition, les propriétés et les réactions digestives et nerveuses des animaux d'expérience à l'une quelconque de ces deux substances.

Très vite des divergences apparaissent ; certaines substances n'ont pas d'action antinévritique vis-à-vis du pigeon et maintiennent le rat en bonne santé ; d'autres, au contraire, empêchent nettement l'apparition de crise de polynévrite, mais ne prolongent guère la vie des pigeons en expérience et ne permettent pas la croissance et l'entretien du rat.

A la suite des études critiques et des recherches expérimentales nombreuses de Mitchell, Funck, de Mme Randoin et Lecoq, Randoin et Simonnet, d'Hauge et Karrick, confirmés par Williams et Watermann, Reader, il faut distinguer essentiellement dans le groupe des vitamines hydrosolubles B :

1° La vitamine B_1 antinévritique, sensible à l'action de la chaleur et des alcalis et que l'on a pu isoler sous forme de cristaux à l'état de chlorhydrate. Sa faculté d'absorption est remarquable ;

2° La vitamine B_2 ou d'utilisation nutritive résistant à la chaleur, mais détruite par la chaleur en présence d'alcalins ;

3° La vitamine B_3 d'utilisation cellulaire résistant à la fois à l'action de la chaleur, et à l'action des carbonates alcalins, vitamine peut-être identique au bios de Wieldiers.

Ces trois principes B sont contenus dans la levure de bière, la vitamine B_1 est facilement isolée grâce à la facilité avec laquelle elle est adsorbée par la terre à foulon ; vitamine antinévritique elle ne semble pas jouer un rôle primordial dans le métabolisme des glucides.

Ce rôle semble dévolu aux vitamines B_2 B_3 sans que l'on puisse encore dissocier d'une manière précise l'action de chacune d'elles.

La discrimination des vitamines B_1 et B_2 est actuellement vérifiée expérimentalement.

Il n'en est pas de même des autres vitamines individualisées dans le « complexe vitamine B ». L'individualisation des principes B_3, B_4, B_5, γ repose sur des expériences fragmentaires et demande de nouvelles recherches.

D'ailleurs, dans les expériences, grâce auxquelles, le rôle des vitamines B sur le métabolisme des glucides est mis en évidence, on se contente d'employer des extraits de levure privés de vitamine antinévritique pour l'étude de l'hypervitaminose ; des extraits ne contenant que de la vitamine antinévritique pour mettre en évidence la carence en facteurs B_2 B_3, etc.

Dans ces études, le rat en voie de croissance est l'animal de choix, on emploie également le pigeon, le chien, etc.

La dénutrition est le signe majeur de la carence en vitamine B.

Elle est bien en rapport avec la carence car elle se produit chez les animaux nourris par gavage et recevant ainsi une ration alimentaire suffisante.

L'analyse des troubles produits par cette carence met en évidence trois ordres de symptômes :

1° Des signes digestifs : la diminution et la perte de l'appétit sont constants et la manière dont l'ingestion de levure ranime l'appétit est d'une netteté remarquable, les vomissements sont précoces, la diarrhée fréquente.

2° L'abaissement de la température centrale qui est constante, mais sous l'influence de substances hyperhé-

BIBLIOGRAPHIE

La durée de la grossesse et ses anomalies, par Henri VIGNES. Un volume de 98 pages (Collection Médecine et Chirurgie pratiques : no 61), 15 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il est un problème qui se pose chaque jour dans la pratique de l'accoucheur, c'est celui de savoir quand se termine une grossesse. Or la date à laquelle aura lieu l'accouchement ne peut être indiquée qu'avec une très grande imprécision : c'est entre la fin du neuvième et la fin du dixième mois que l'on doit attendre la naissance d'un enfant à terme.

Il est heureusement possible d'établir quelques données empiriques s'adressant à la grande majorité des cas et permettant de calculer la durée de la grossesse.

Le Docteur Vignes envisage les éléments du problème dans les cas les plus habituels et dans les cas normaux où la grossesse est, soit plus courte soit plus longue. Mais, au préalable, il passe en revue nos connaissances sur les problèmes préliminaires. Quand commence la grossesse ? Quelle est la cause de l'accouchement ? Quels sont les signes qui permettent d'affirmer qu'un enfant nouveau-né est bien à terme ? Si nous possédions des réponses certaines sur ces trois points, ce serait un jeu que de fixer la durée de la grossesse normale.

Ce petit livre est de nature à intéresser vivement le médecin, l'anthropologiste et le médecin légiste.

Contes et Nouvelles en vers, par Jean DE LA FONTAINE. — Texte établi et présenté par Pierre CLARAC. Collection « Les Textes Français ». Association Guillaume Budé. Société Les Belles Lettres, Paris, 2 vol., 550 pages. Prix des deux : 36 francs.

La Fontaine fait son apparition dans la collection « Les Textes Français », et ce, chronologiquement, par les *Contes et Nouvelles*. Quoique ces célèbres et croustillants poèmes — « *Qui ne voit que cecy est jeu ?.....* » disait leur auteur dans sa Préface de 1665 — aient été réimprimés bien souvent, il n'existait pas encore de recueil absolument complet et rigoureusement méthodique. C'est à un aménagement nouveau de l'ensemble que M. Pierre Clarac, chargé d'en établir l'édition, a dû procéder. Nous pouvons dire qu'il y a réussi à la perfection : son édition peut être considérée comme définitive.

Non seulement l'édition Clarac est la seule complète, mais elle est aussi la seule qui, présentant un texte directement établi sur les diverses éditions originales, nous donne ce texte avec l'orthographe même de l'auteur, scrupuleusement respectée.

Les *Contes* offrent de ce fait un intérêt nouveau et important. Intérêt immédiatement sensible puisque nous avons ici la reproduction *intégrale* des recueils publiés par La Fontaine en 1665, 1666, 1671 et 1671. Les Amours de Mars et de Vénus, la Ballade des Livres d'Amour, les pastiches d' « Ancien langage », l'exquise comédie de Clymène reprennent la place que le poète a voulu leur donner et viennent rompre l'impression d'uniformité grivoise parfois reprochée aux *Contes*.

En outre, aux Contes de ces années viennent s'ajouter ceux que La Fontaine a prudemment dissimulés dans les recueils de 1682 et 1685.

Quant aux Contes qui sont certainement de sa main, mais qu'il n'a pas lui-même publiés, ils ont été renvoyés à l'*Appendice*.

Ce n'est pas tout : notre éditeur a relevé toutes les *Variantes* que présentent par rapport aux textes de base les éditions parues du vivant de La Fontaine. En tête des deux volumes, M. Clarac a exposé, dans une *Introduction* remarquable, toute l'histoire de la composition et de la publication des *Contes*, jusqu'à leur désaveu par le grand poète au moment de mourir. Cette histoire est intimement liée à la vie littéraire même du cher Fabuliste, de 1664 à 1695.

Par ailleurs, l'*Introduction* de M. Clarac a le mérite d'éclaircir les difficultés qu'offre l'interprétation souvent malaisée, de certains Contes où se rencontrent le « Style marotique » et le « Vieux langage ».

Si l'expression ne risquait de paraître anachronique et prétentieuse, nous dirions que les « Textes Français », en publiant les *Contes* sous cette forme, ont donné naissance à un événement d'histoire littéraire.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

A propos de la cicatrisation des plaies[1]. — Aucune précision n'a été donnée jusqu'à ce jour sur la conservation de l'activité des antivirus en présence des produits chimiques. Il paraît cependant avantageux, dans de nombreux cas, d'associer dans une même préparation les antivirus avec certains produits destinés à faciliter leur application ou à compléter leur action.

L'auteur a donc été amené à rechercher de quelle façon se comportent les antivirus en présence des substances susceptibles d'être associées avec eux dans la thérapeutique humaine.

Ses recherches ont porté sur la lanoline, la vaseline, la gélatine, l'ichthyol, le lithol, l'oxyde de zinc, le borate de soude, le menthol, le bromure de sodium c'est-à-dire sur les principales substances qui sont couramment employées dans la préparation de produits cicatrisants destinés à être appliqués sur la peau.

Après avoir préparé un antivirus actif et après avoir vérifié son activité, l'auteur l'a mis en contact pendant un an avec les substances ci-dessus. Il a comparé ensuite son activité à celle de l'antivirus primitif, conservé sans aucune addition.

Il a attaché une grande importance aux expériences *in vivo*, réalisées sur le cobaye, avec le streptocoque et surtout avec le staphylocoque qui lui a donné des résultats d'une grande netteté. En passant, ces expériences lui ont permis de vérifier la méthode de la vaccination cutanée, selon Besredka, qui s'est montrée d'une efficacité remarquable et sans aucune défaillance.

Les recherches *in vitro* ont été poursuivies par les moyens habituels qui permettent de constater et d'apprécier l'activité des vaccins filtrats. Les recherches *in vivo* ont été pratiquées sur des cobayes à l'aide d'un staphylocoque particulièrement virulent pour cet animal. L'agent infectieux a été injecté tantôt sous la peau de l'abdomen tantôt dans la chambre antérieure de l'œil.

L'auteur a fait des expériences comparées d'abord sur un cobaye non préparé et il a obtenu chaque fois une large infection se terminant souvent par la mort de l'animal témoin. Les mêmes expériences ont été répétées avec d'autres animaux qui avaient subi un simulacre de vaccination avec du bouillon neuf, ceci pour prévoir les objections possibles. Ces animaux se sont comportés comme ceux qui n'étaient pas vaccinés.

En troisième lieu une série de cobayes a été préparée avec des vaccins filtrats ne contenant aucun produit chimique et il a constaté que l'infection subséquente ne se propageait pas et aboutissait à une guérison rapide.

Enfin une quatrième série de cobayes a été préparée avec divers vaccins filtrats qui avaient séjourné chacun pendant un an avec divers produits chimiques. Certains d'entre eux étaient vaccinés avec une pommade (Antipiol) préparée à l'aide de vaccins filtrats et de diverses substances cicatrisantes. Dans tous ces cas la vaccination a été complète et l'infection subséquente n'a donné que des suites minimes suivies d'une guérison rapide des animaux en expérience.

Les conclusions de ce travail c'est que la présence de diverses substances chimiques n'avait pas modifié au bout d'une année l'activité des antivirus et qu'il n'y a donc aucun inconvénient à réunir ceux-ci dans la même préparation avec des substances à action cicatrisante de façon à obtenir simultanément l'immunisation et la cicatrisation des plaies.

(1) Résumé de l'article paru dans le *Zentralblatt für Bakteriologie* sous la signature de M. Charles MAURIN.

misantes telles que le dinitro-phénol le pigeon carencé est capable de relever sa température centrale.

3° Il y a diminution du nombre des mouvements respiratoires et le plus souvent diminution de la pression artérielle.

A la fin de la maladie les animaux ont une attitude caractéristique, pattes écartées, tête inclinée en avant, et meurent dans un syndrome d'asphyxie.

Les troubles du métabolisme au cours de l'avitaminose B nous retiendront plus longuement.

Troubles du métabolisme énergétique :

Le pigeon carencé en facteur B présente l'abaissement du quotient respiratoire caractéristique des animaux en jeûne hydrocarboné, ou en jeûne total. Chez lui la digestion est troublée et le défaut d'absorption digestive peut expliquer en partie la faible valeur du quotient respiratoire. Mais à cette cause digestive s'adjoint un trouble tissulaire de la combustion des glucides car contrairement à ce qui se produit chez l'animal carencé à la période terminale le quotient respiratoire s'élève après injection intraveineuse de glucose (Magne et Simonnet).

Malgré ces troubles les animaux sont encore capables de lutter longtemps contre le froid.

Troubles du métabolisme azoté :

Le bilan azoté devient négatif chez le pigeon comme chez le rat ; mais ces troubles sont tardifs et secondaires à l'atteinte du métabolisme des glucides (Collazo) ou manquent (Breaudat, Bonnaire, Simonnet).

L'étude du métabolisme minéral n'apporte aucun résultat intéressant sur le rôle des vitamines B dans les troubles constatés.

Troubles du métabolisme des lipides.

On note une hyperlipémie constante, de l'hypercholestérinémie probablement liée à un trouble de l'élimination hépatique du cholestérol, enfin la capacité fixatoire de la lécithine par le foie est modifiée.

Troubles du métabolisme hydrocarboné.

Ceux sur lesquels nous insisterons, ils sont d'apparition précoce.

La glycémie normale ou abaissée au début s'élève ensuite. Cette hyperglycémie plus ou moins marquée mais toujours nette ne fait défaut que chez le rat.

Chez le chien carencé l'administration de glucose produit une hyperglycémie considérable alors que son action est nulle chez le chien normal.

Les substances réductrices non glucosiques du sang ne varient pas (Stucky et Rose).

La diminution du taux du glycogène hépatique et musculaire est également constante et semble indépendante de l'inanition (Funk, Randoin et Lelcoz).

L'acétonémie n'est pas constante, elle est niée par certains.

Le sang et les tissus contiennent des substances qui prouvent que le métabolisme des hydrates de carbone est vicié, et qu'il y a accumulation des produits du métabolisme intermédiaire.

L'élévation du rapport $\frac{\text{carbone}}{\text{azote urinaire}}$ doit être rapportée non seulement à l'accroissement de la glycémie mais aussi à la présence de substances du métabolisme intermédiaire en particulier d'acide lactique qui a pu être décelé en quantité anormale dans certains tissus.

Pour toutes ces raisons on a cherché quel rôle la vitamine B pouvait jouer dans les phénomènes d'oxydo-réduction. De cette étude il résulte qu'il existe une diminution considérable des oxydations, une preuve en est la diminution souvent très importante de la teneur en glutathion chez les animaux privés de vitamine B (Fabre et Randoin).

L'étude des facteurs influant sur la précocité d'éclosion des troubles du métabolisme hydro-carboné est particulièrement instructive.

La quantité de glucides ingérée influe indiscutablement, car les accidents sont d'autant plus précoces que la ration ingérée est plus forte (Maurer-Funk).

Le besoin de facteur B est proportionnel à la quantité d'hydrates de carbone métabolisée. Il faut donc tenir compte de la proportion de vitamines B par rapport à la ration hydrocarbonée dans la rapidité d'éclosion des accidents.

Ce besoin de facteur B diminue sans s'annuler quand le régime ne contient pas de glucides préformés mais des graisses ou des protéines (Collazo, Randoin et Simonnet-Evans).

Il faut tenir compte également de la nature du glucide ingéré. Ce sont les monosaccharides qui se montrent le plus toxiques : surtout le galactose ; les désaccharides le sont moins sauf le lactose pour le pigeon (Randoin et Lecoq) les polysaccharides (dextrine-fécule) le sont encore moins (Collazo) et ne deviennent toxiques que s'ils sont additionnés de ferments amylolytiques (Randoin et Lecoq).

Il existe un rapport quantitatif nécessaire entre le besoin de facteur B et la quantité de sucre pénétrant chaque jour dans l'organisme, rapport qu'on ne peut modifier par diminution des vitamines ou augmentation des glucides sans désordres graves pour l'organisme (Randoin et Simonnet).

Il est intéressant à l'opposé, d'étudier les troubles de l'hypervitaminose B. Les travaux sur ce sujet sont peu nombreux, dans un travail publié en 1928, Mills conclut que l'excès de vitamines B dans un régime alimentaire entraîne une augmentation du glycogène hépatique.

Marcel Labbé, Nepveux et Gringoire, en 1933, grâce à une technique personnelle pour le dosage du glycogène exposée dans la thèse de Gringoire, confirment les conclusions de Mills.

Ils y ajoutent le dosage du glutathion hépatique.

D'un lot de seize lapins, mis à un régime alimentaire commun, ils font deux groupes, l'un (6) servant de témoin, l'autre (10) absorbant un produit végétal [1] à base de vitamines B à la dose de 15 grammes. Biologiquement cet extrait s'avère quatre fois plus actif, à poids égal, que la levure de bière sèche.

Les animaux ont été sacrifiés après un mois de traitement et dans les mêmes conditions.

L'augmentation de la teneur en glycogène du foie sous l'effet du traitement vitaminique pendant un mois est d'environ 140 %.

L'augmentation de la teneur en glutathion du foie est d'environ 30,5 %.

Les vitamines B semblent donc favoriser la glycogenèse et augmenter la teneur du foie en composés oxydo-réducteurs.

---

[1] Voici à titre documentaire la composition du produit végétal employé.

Matières azotées	32,35
« grasses et lipoïdiques	1,40
« amylacées	5,77
Monosaccharides	5,88
Pentosanes	24,25
Extractif non azoté	2,90
Cellulose	10,40
Hexo-phosphate d'Inosite	2,61
P^2O^5	1,49
MgO	10,47

SO^4Ca — SO^4K^2 — NO^2 — FeO.

De cette étude sur le rôle des vitamines nous rapprocherons le travail récent de L. Binet, Fabre et Bargeton, sur le pouvoir hypoglycémiant d'un extrait aqueux de levure de bière. Ces auteurs insistent sur ce que l'action hypoglycémiante, sur un chien dépancréaté, est essentiellement variable avec l'extrait de levure employé, ce qui explique les divergences entre les résultats de certains expérimentateurs.

Deux types d'hypoglycémie sont observés :

Dans un premier cas, chute légère, puis importante de la glycémie.

Dans un second, hyperglycémie, puis chute analogue à la première.

Il faut également signaler l'existence dans les touraillons d'orge germé, d'une substance ayant un pouvoir hypoglycémique et agissant d'une façon analogue à l'insuline quoique les effets en soient plus prolongés (Douard et H. Labbé 32).

Bien que ces auteurs ne mettent pas en cause la vitamine B, il semble légitime de rapprocher ces expériences de l'étude des propriétés des vitamines B.

Il est encore difficile de concevoir la manière dont le facteur B intervient dans le métabolisme des glucides.

Il semble qu'il n'agit pas comme un co-ferment puisqu'il faut tenir compte de la quantité de vitamines ingérée.

Agit-il par l'intermédiaire des sécrétions glandulaires? Si pour certains le facteur B à une action excitante sur les sécrétions salivaire, gastrique, biliaire, pancréatique, duodénale, cette action est niée par d'autres. Cependant de leur étude sur les vitamines B, Bierry et Kullmann en 1928, concluent que « la vitamine B exerce une action stimulante sur les glandes à sécrétions externe et interne, jouant un rôle dans la sensibilisation et le conditionnement de certaines hormones. »

Un fait est certain : en l'absence du facteur B, les glucides ne sont plus utilisés. Une accumulation de produits toxiques déclenche une crise non sans analogie avec le coma diabétique : peut être parce que l'organisme ne peut plus effectuer normalement les oxydations intratissulaires.

On peut d'ailleurs se demander si le facteur B intervient seul, dans la genèse de ces troubles. N'existerait-il pas dans la levure de bière d'autres substances, agissant d'une façon parallèle ? Ce fait ne pourra être établi avec certitude que quand on aura isolé, à l'état cristallisé, le principe actif en cause. Des recherches récentes il faut retenir que la vitamine (B_2, ou B_1) peut être synthétisée par la levure cultivée en milieu artificiel (Lecoq) et que de nombreux microbes paraissent capables de synthétiser une ou plusieurs vitamines du groupe B (Damon).

La constatation des troubles du métabolisme hydrocarboné, au cours de l'avitaminose B analogues à ceux que l'on observe dans le diabète, amène physiologistes, et cliniciens, à comparer la carence en vitamine B et le diabète d'une part, les vitamines B et l'insuline d'autre part.

Un certain nombre d'arguments sont en faveur du rapprochement de la carence en facteur B, et du diabète ; dans les deux cas, il y a un état de dénutrition grave. Une hyperglycémie plus ou moins marquée.

N'a-t-on pas constaté, de l'acétonurie, un abaissement de la réserve alcaline dans l'avitaminose B ? Ne peut-on comparer la polynévrite diabétique à la polynévrite expérimentale par carence en vitamines B ; le coma diabétique à la crise produite chez l'animal carencé par l'accumulation dans l'organisme de produits toxiques ?

Tels sont les faits qui plaideraient en faveur d'un rapprochement des deux affections. Certains arguments et non des moindres peuvent leur être opposés : jamais il n'a été donné de constater de lésions des îlots de Langerhans chez les animaux carencés, jamais on n'a constaté de glycosurie spontanée chez les animaux carencés.

Le parallèle entre l'avitamine B et le diabète peut être complété par la comparaison des effets des vitamines B et de l'insuline.

On invoque l'action retardatrice de l'insuline sur l'évolution du béribéri expérimental, elle est niée par certains.

Par contre l'analogie entre l'action hypoglycémiante de levure de bière et l'action hypoglycémiante d'une injection d'insuline chez le lapin est remarquable. Il en est de même chez le rat : l'ingestion de levure de bière entraine chez lui, la mort dans des convulsions semblables à celles produites par l'insuline. Ces faits ont fait qualifier les vitamines B d'exhormones « d'insuline végétale ».

***

Sans vouloir confondre diabète et carence B, ce qui serait une erreur grossière, on ne peut qu'être frappé par l'importance des troubles du métabolisme hydrocarboné dans les deux cas, et le rôle primordial joué par les vitamines B dans le métabolisme des glucides chez l'animal en expérience, a tout naturellement conduit nombre d'auteurs à expérimenter cette « insuline végétale » dans le traitement du diabète.

En l'absence de vitamines B définies chimiquement, on s'adresse en règle générale à des extraits de levure de bière.

Celle-ci semble avoir été employée pour la première fois chez l'homme par Euler et S. Vanberg en 1916. Sous son influence la glycosurie de deux diabétiques diminue.

Klotz et Hopner font baisser le taux de la glycosurie et de la glycémie d'une fillette diabétique en lui faisant ingérer dans la journée 80 gr. de levure de bière. Un effet analogue est obtenu par l'adjonction au régime de 100 gr. de jus de carotte.

L'amélioration disparaît avec la cessation du traitement.

C'est en 1923 que la première étude rationnelle de cette thérapeutique est publiée par Desgrez, Rathery et Bierry.

Les auteurs maintiennent les malades à un régime fixe pendant la durée du traitement ; on pratique une analyse d'urines journalières portant sur le glucose, l'excrétion des corps cétoniques, l'acide β-oxybutirique. L'activité de l'extrait employé a été contrôlé biologiquement.

On donne au malade du facteur B à la dose de 0 gr. 50 à 2 gr. ; l'introduction de facteur B dans le régime fait diminuer la glycémie, les corps cétoniques, sa suppression entraîne une augmentation rapide des corps cétoniques.

Le même résultat est d'ailleurs obtenu par l'ingestion de 15 à 20 gr. de levulose.

Les auteurs concluent que l'introduction du facteur B ou du lévulose dans le régime, entretient, renforce et prolonge l'action des injections d'insuline.

En 1927, Ziegebroth obtint une amélioration de l'état de ses diabétiques en introduisant dans leur régime des vitamines A, B. Klotz et Hopner avaient obtenu le même résultat en employant du jus de carotte.

En 1928 de nouvelles observations sont publiées par Mills qui étudie l'action d'un extrait acido-alcoolique de plantes riches en vitamines B. Chez sept malades sur huit, l'introduction de facteur B dans le régime a une action indiscutable sur la glycosurie et la glycémie.

Une observation est particulièrement démonstrative : le résultat obtenu est meilleur avec 15 unités d'insuline et 15 c. c. d'extrait vitaminé qu'avec 30 unités d'insuline ou 30 c. c. d'extrait vitaminé employés isolément.

La levure de bière est employée par Melcer en 1931 à la dose de dix grammes par jour chez six diabétiques. Les résultats sont extrêmement encourageants puisqu'il conclut que les vitamines B amènent l'amélioration notable du diabète en stimulant le mécanisme régulateur de la combustion du sucre. L'action de ces vitamines se prolonge alors que le traitement est supprimé à condition que la vitaminothérapie soit continuée 6 à 8 semaines ; elle est telle qu'elle permet de diminuer, parfois de supprimer l'insuline.

Ces résultats semblent donc devoir faire espérer beaucoup du traitement par les vitamines B, malheureusement un régime variable, l'absence du dosage du sucre dans le sang, la mesure de la glycosurie par litre sans que soit indiqué le taux de la diurèse, ôtent beaucoup de leurs valeurs aux conclusions précédentes.

Boucher, en 1932, ayant étudié les propriétés des radicelles de l'orge germée des brasseries, conclut que ces radicelles possèdent un ou des principes qui sont capables de faire diminuer rapidement le sucre urinaire des diabétiques. Leur action nulle *in vitro*, ne semble pouvoir s'exercer qu'avec le concours de certaines substances contenues dans l'organisme. C'est ainsi que leur administration pendant trois mois, chez une diabétique ayant jusqu'alors un minimum de 40 grammes de sucre par litre fait disparaître la glycosurie.

Chez une autre malade urinant 3 litres en vingt-quatre heures, la glycosurie étant de 95 grammes par litre, le traitement fait passer en quinze jours le taux de la diurèse à 1 l. 500.

Un mois plus tard, le sucre a disparu, la polydipsie également. Après suppression du traitement la glycosurie reparait très légère.

De l'ensemble de ces observations, malgré l'imprécision de certaines, se dégage la notion de l'action indiscutable d'etraits renfermant les vitamines B sur la glycosurie, la glycémie, l'acétonurie des diabétiques, action qui s'efface totalement ou partiellement après la cessation du traitement.

Marcel Labbé, Nepveux et Gringoire viennent récemment (1933) de rapporter l'histoire de douze diabétiques traités par l'extrait de vitamines B dont nous avons précédemment donné la formule.

Le régime des malades établi avec soin a été pesé exactement chaque jour et est resté identique durant toute la durée des observations.

Pendant ce même laps de temps, on suit régulièrement la glycosurie, l'acidose, la glycémie, le poids du malade.

La première observation concerne un diabète sans dénutrition dont on établit la glycosurie moyenne 28 gr. 60 avec un régime assez riche en hydrates de carbone. On donne alors 15 grammes d'extrait vitaminé par jour. Dès le lendemain la glycosurie diminue, elle se stabilise à 11 gr. 50 après vingt-cinq jours de traitement.

La chute de la glycosurie est de 17 grammes et si l'on tient compte de l'apport de 8 grammes d'hydrates de carbone contenus dans l'extrait vitaminé, la tolérance s'est élevée de 25 grammes.

Les autres observations concernent des diabétiques avec acidose.

Dans un groupe d'observations, les malades conservent leur traitement par l'insuline.

Il s'agit dans un cas d'une malade de 37 ans qui, avec le régime prescrit et 25 unités d'insuline par vingt-quatre heures, présente une glycosurie moyenne de 13 gr. 54. Sans changer la dose d'insuline, ni la composition du régime, on fait prendre à la malade 15 grammes de poudre vitaminée par jour. La glycosurie décroît puis disparaît au huitième jour, le poids augmente, les forces reparaissent. Il fallait auparavant 40 unités d'insuline pour équilibrer la malade, on abaisse progressivement l'insuline jusqu'à 16 unités. La glycosurie reparait alors, on double la dose de vitamines. Avec 30 grammes de vitamines et 16 unités d'insuline le diabète est équilibré ; la tolérance passe de 117 à 158, soit 40 grammes de gain.

Le traitement est interrompu fin décembre.

En mars, avec le même régime et 35 unités d'insuline, la tolérance est descendue à 98.

On donne à nouveau 15 grammes de vitamines par jour, la glycosurie disparaît, reparaît pendant un épisode de cystite. On peut alors augmenter le régime, diminuer l'insuline, la tolérance est remontée à 159 grammes (Observation IV, thèse de Gringoire).

L'observation V est intéressante car elle concerne un diabète avec acidose non traité par l'insuline.

La glycosurie moyenne est de 37 gr. 39, les réactions de Gerhardt et de Legal sont positives, la glycémie à jeun est de 2 gr. 69.

On donne 15 grammes de vitamines, la glycosurie tombe à 25 grammes, on double la dose elle descend à 22 gr. 114, puis disparaît, les réactions de Gerhardt et de Legal sont devenues négatives. Malheureusement une grippe, nécessitant l'adjonction d'insuline, interrompt l'observation.

Par contre dans un cas, le traitement n'a pas d'action sur la glycosurie, mais agit en régularisant le métabolisme hydrocarboné : les accidents d'hypoglycémie disparaissent.

Dans deux autres cas, il n'y a aucune des modifications de la glycosurie, de l'évolution du diabète. Il s'agit d'ailleurs, de cas particulièrement graves.

De l'ensemble de ces observations, les auteurs concluent que sous l'influence du traitement par les vitamines B, l'amélioration est lente et progressive, l'augmentation moyenne de la tolérance est de 46 gr. 47 en quarante jours.

Parfois la baisse de la glycosurie est nette dès le premier jour, d'autres fois plus lente. On peut alors se demander si l'organisme du diabétique n'épuise pas ses vitamines pour lutter contre les troubles du métabolisme hydrocarboné qu'il présente. Selon l'état des réserves de vitamines au moment de l'institution du traitement par les vitamines B, celles-ci agiraient tantôt immédiatement, tantôt après reconstitution des réserves, on sait d'ailleurs que chez les animaux soumis à un régime carencé, les accidents de carence apparaissent d'autant plus tard que les animaux possèdent au moment de l'expérience des réserves vitaminiques importantes.

Quand on cesse l'administration des vitamines la glycosurie reparaît plus ou moins tard suivant que le traitement vitaminique a duré plus ou moins longtemps et que les réserves ont été plus ou moins reconstituées, leur action sur la glycémie est incontestable.

* *

De l'ensemble des travaux physico-pathologiques parus

sur les vitamines, on peut conclure que les vitamines B exercent une action très importante et bien démontrée aujourd'hui sur le métabolisme hydrocarboné. Elles favorisent la fonction glycogénique du foie et augmentent sa teneur en composés oxydo-réducteurs.

En clinique, l'administration de vitamines B aux diabétiques se justifie pleinement.

Leur emploi isolé au conjointement avec le traitement insulinique ne semble avoir que des avantages, leur action par voie buccale est appréciée des malades.

L'adjonction au régime des diabétiques du facteur B, améliore l'état général, l'appétit des malades, relève leur poids.

Dans la majorité des cas observés, l'emploi des vitamines entraîne également une diminution de la glycosurie et de la glycémie des malades, augmente d'une manière lente et progressive la tolérance pour les hydrates de carbone.

Il est donc parfaitement justifié d'adjoindre au «régime équilibré», et à l'insulinothérapie qui restent les points fondamentaux de la thérapeutique du diabète, la vitaminothérapie B.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

Mme Randoin et H. Simonnet, 1927. — Les données et les inconnues du problème alimentaire, t. II. La question des vitamines. Cf. Les vitamines 1932, A. Colin.

Lecocq (R.). — Les aliments et la vie. 1929.

L. Randoin et R. Lecocq. — Les vitamines hydrosolubles du groupe B. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1929, 11, 745.

Gringoire. — Thèse de Paris, 1933. Les vitamines B, leur rôle dans le métabolisme hydrocarboné, leur emploi dans le traitement du diabète.

***

A.-V. Derhalden 1923. — *Arch. Gesam. Physiol*, 201-4.16. — 1922. — *Arch. Gesam. Physiol.*. 194-647.

Anderson et Kulp, 1922. — *Journ. Biol. Chem.*. 52-69-89. Astudy of the metabolism and respiratory exchange in poultry durnig vitamin starvation and polynevrites.

Bickel, 1924. — Das wesen der Avitaminose nach experimentellen intersuchungen überdie alimeragrung forme dieser Krankheit. *Bioch. Zeitsch.* 146-473.

Binet, L. Fabre et Bargeton. — Pouvoir hypoglycémiant d'un extrait aqueux de levure de bière. *C. R. Soc. Biol.*, 1933, 113, 235.

Boucher J. — Sur une propriété nouvelle ou peu connue des radicelles de l'orge germée des brasseries. *C. R. Ac. Sc.* 1932, 194, 1298,

Bierry H. et Kullmann, 1928. — Sur le mode d'action de la vitamine B. *C. R. Acad. Sciences*, 16 avril 1928.

Bierry H. et Rathery F., 1933. — Vitamines B et métabolisme des glucides. *C. R. Soc. Biol.*, 113 545.

Mc Collum et Davis, 1915. — Pietary deficiences of rice. *Journ. Biol. Chem.*, 27, 181, 230.

Chahovitch 192 . — Béribéri expérimental et insuline. *C. R. Soc. Biol.* 93, 652.

Collazo. — Untersuchunger über denkobulen hydrat stoffwechsel bei der Avitaminose. *Bioch. Zeitsch.* 134, 194, 214, 1923.

Idem, 1923. — *Bioch. Zeitch.* 136, 278.

Collazo. — Pi suner Baijo. *Bioch. Zeitch.*, 1931, 238, 335 350.

Cowgill, 1925. — Studies ou the physiologie of vitamins *Am. Journ. Phys.*, 73, 106, 126.

Collip, 1923. — Glucokiurie. *Journ. Biol. Chem.* 6513-543.

Drummond, 1918. — A study of the water-soluble accessory gronoth promoting substance, *Bioch. Journ.* 19. 633-637.

Damon. — *Am. Jour. Hyg.* 1923, 3 247. *Journ. path. Bact.* 1924-27, 163.

Desgrez, Bierry, Rathery, 1923. — Utilité de la vitamine B et du lévulose dans la cure par l'insuline. *C. R. Ac. Sciences* 177-795.

Douard E., Labbé H. — Touraillons d'orge et substance hypoglycémiante. *C. R. Ac. Sciences* 1932, 194, 12999.

Euler. — Ein insulinartiger Körper in der hope, *Bioch. Zeitsch.* 1928, 104-197-203.

Eggleton and L. Gross. — A note au the blood sugar levaes of rats with complete duts and diets deficient in vitamin B, *Am. Journ. Physiol.* 75, 27, 44, 1925.

Funk, 1912. — The etiology of the defi.iency disease, *Journ. Physiol.* 20 341-365.

Fabre Randoin. — *Soc. Biol.* 1927, 9, 1927. Recherches sur le glutathion.

Funck, 1914. — The influence of a vitamine free diet on the carbohydrate metabolism, *Journ. Phys.* 48, 328-331.

Klotz and Hopfner, 1922. — Vitamine un Diabet *Munch. Med. Woch* 69-465.

Marcel Labbé, Nepveux, Gringoire, 1933. — Le rôle des vitamines B dans le métabolisme hydrocarboné, leur emploi dans le diabète. *Bull. Ac. Méd.* 109-689.

Marcel Labbé, Nepveux, Gringoire, 1933. — Influence des vitamines B sur la réserve glycogénique du foie des lapins et sa teneur en glutathion. *C. R. Soc. Biol.* 113-152.

Lesné et R. Clément. — Les vitamines *in* Tr. Méd. Enfants, p. 603, nov. 1933.

Magne et Simonnet, 1922. — Sur les variations du quotient respiratoire chez les pigeons carencés. Influence des injections intraveineuses de glucose. *Bull. Soc. Biol.*, 4, 419, 425.

Mills, 1928. — Effects ou carbohydrates xxxxxx of. acid alcoholic extrait of plants richs en vitamine B. *Am. J. Acad. Sc.* 175. 384.

Melcer, 1930. — Traitement du diabète par la vitamine B, *Polska Gaz. hebd.* 5, 89-91.

Mills. — Treatment of diabete vvith. vitamin B. *Am. Jour. med. Sc*, 175, 376-383.

Randoin et Lecoq, 1928. — Sur les vitamines hydrosolubles du groupe B. *C. R. Ac. Sc.* 187 60-63. *C. R Ac. Sc.* 99 586-588.

Randoin et Simonnet, 1925. — Le facteur hydrosoluble, B *Bull, Soc. de Biol.*, 7 678-749.

Randoin, 1928. — Influence comparée des lipides et des glucides sur l'évolution de l'avitaminose B. *C. R. Ac. Sciences* 186 1438.

Randoin et Lecoq, 1927. — L'évolution de l'avitaminose B dans ses rapports avec la constitution des glucides du régime *C. R Ac. Sciences* 184-1347.

— 1927. — Influence des ferments amylotiques sur l'évolution de l'avitaminose B provoquée au moyen de régimes riches en amidon. *Journ. Ph. et Ch* 6340.

Randoin et Lelesz, 1925. — Glycemie artérielle et facteur B réserve glycogénique. *C. R. Ac. Sciences*, 180, 1366. *Bull. Soc. de Biol.*, 8-15.

Randoin et Simonnet, 1923. — Influence de la nature et de la quantité des glucides présents dans une ration privée de facteur B sur la précocité de l'apparition des accidents de la polynévrite aviaire, *C. R. Ac. Sciences* 177, 903.

— 1924. — Sur l'équilibre alimentaire, *C. R. Ac Sciences*, 179, 709.

1924. — Croissance et entretien du rat soumis à un régime artificiel privé à la fois de facteur B et de glucides. *C. R. Ac. Sciences* 179, 1219.

Reader. — *Bioch Journ.* 1930, 24, 18 4.

Roche, 1930. — Sur le syndrome urinaire des troubles métaboliques provoques par le carence en facteur B chez le rat. *Bull. Soc. Ch. B.* 12 348.

Scherman et Axtmayer, 1927. — A quantitative study of the problem of the multiple nature of vitamine B. *Journ. Biol. Chem.* 75. 207.

Simonnet, 1921. — Alimentation artificielle chez le pigeon. Régime complet d'équilibre nutritif carencé en facteur B. *Bull. Soc Biol. Ch. Biol.*, 3, 583. 612.

Williams and Waterman, 1928. — A quantitative stud. of the problem of the multiple natu e of vitamine B. *Journ. Biol Chem.* 78,311.

Ziegebroth, 1927. — Zuckerkrankheit und avitaminose Eni praktischen Beitrag zu einer reform der Diabeterkost. *Munchen Med Woch.*, 74. 111, 112.

« Il est indubitable, qu'un malade peut mourir (*ulcère de l'estomac*), qu'il suive le traitement médical ou qu'il soit soumis au traitement chirurgical ; mais dans ce dernier cas, s'il meurt après l'opération, on accuse la chirurgie ; tandis que, si le malade d'ulcère gastrique succombe, au bout de quelques mois, par suite d'hémorragie ou de perforation, le traitement médical n'est nullement mis en cause, bien qu'il n'ait pas pu empêcher le malade de mourir »... « que l'on applique donc aux médecins le même contrôle et que l'on porte sur eux le même jugement qu'on réserve aujourd'hui encore aux chirurgiens. » (Mognihan. Cité par N. Hortolomei et V.-L. Buiturreanu. Chirurgie de l'ulcère gastrique et duodénal. Indications et résultats.)



15A

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1933

Fracture du calcanéum. — *M. Lenormant* estime qu'il existe deux types de fractures du corps du calcanéum. L'un constitue l'enfoncement du thalamus avec broiement et fissurations multiples ; parfois même une fissure horizontale. Un deuxième type, plus rare, mal décrit, est à trait unique, partant de la partie postérieure de la surface articulaire du calcanéum et aboutit, oblique en bas et en arrière, à la région plantaire, le trait baille. Le premier cas est justiciable des greffes par la méthode Lenormant-Wilmoth, et la section du tendon d'Achille y est inutile. Le deuxième, par contre, doit être traité par section de ce tendon pour pouvoir coapter les fragments en faisant disparaître le baillement. Les greffes paraissent inutiles ; on pourrait peut-être utiliser une ostéosynthèse par agrafes pour fixer les fragments.

M. Sorrel ne pense pas que le triceps soit rétracté et que la section du tendon d'Achille soit utile, au moins dans les fractures récentes.

Occlusion post-appendiculaire. — *M. Duchet-Suchaux* (de Vesoul), *M. Okinczyc*, rapporteur. — Il s'agit d'un cas d'occlusion survenue quinze jours après une appendicectomie. Entéro-anastomose. Guérison.

M. Métivet pense qu'il vaut peut-être mieux faire une simple fistulisation du grêle.

M. Gosset pense lui aussi que la fistulisation du grêle est la meilleure ressource.

M. Huet signale qu'une occlusion peut être la conséquence d'un abcès enkysté entre les anses grêles. Il suffit alors de drainer cet abcès pour amener la guérison.

M. Braine pense qu'en cas d'étranglements étagés, il faut faire la fistule sur l'anse située au-dessus de l'étranglement.

Suture du nerf médian. — *M. Barbilian* (de Jassy), *M. Okynczyc*, rapporteur, a trouvé une section incomplète du nerf médian avec névrome partiel. Resection de ce névrome et suture bout à bout. Réapparition rapide de la sensibilité et un peu plus tardive de la motilité.

Fracture du plateau tibial. — *M. Lenormant* fait un rapport sur un travail de *M. Arnaud* (de Marseille) qui a trait à deux cas de fractures par tassement du plateau tibial externe traitées par la reposition sanglante et l'emploi de greffes osseuses, avec très bon résultat.

M. Lenormant a utilisé cette technique dans un cas personnel.

M. Mouchet a souvent constaté que les blessés sont très impotents et que ceci est dû au décalage du plateau tibial.

M. Roux-Berger a opéré un cas ; il a soulevé le fragment sans mettre de greffe et a enlevé le ménisque. Au bout d'un an, la malade avait une jambe solide. Une deuxième malade, opérée par voie extra-articulaire avec greffe lui paraît avoir un résultat moins bon.

M. P. Duval croit que l'indication opératoire est formelle.

M. Alglave estime qu'il faut aborder ces fractures par voie trans-articulaire pour aller vérifier l'état des ménisques.

M. Sorrel pense que les fractures par enfoncement doivent bénéficier de la mise en place des greffes. Pour les variétés normales, il estime que le résultat après traction à la Kirschner est très supérieur à celui qu'on obtient par la voie sanglante.

M. Métivet veut qu'on différencie complètement les premières des secondes.

M. Mathieu approuve M. Lenormant mais il s'élève contre l'emploi de la broche de Kirschner.

M. Boppe confirme ce que vient de dire M. Mathieu. Il croit aussi que la méthode de Boehler est inférieure.

Septicémie à streptocoque. — *M. L. Bazy* rapporte trois cas de *M. Baudet* (de l'Armée) où une septicémie streptococcique guérit par des injections de sérum de Vincent. Le rapporteur insiste sur la nécessité de renouveler les doses pendant un temps suffisant. Il rappelle les expériences de Bordet qui, avec une sérothérapie insuffisante, a vu les caractères culturaux des streptocoques se modifier.

M. Sauvé a employé le sérum de Vincent avec succès.

M. Bréchot a utilisé avec bons résultats l'électro-cuprol.

Tuberculose articulaire chez les Noirs transplantés en France. — *M. Botreau-Roussel* rappelle qu'il s'agit toujours de sujets neufs au point de vue tuberculose. Ils font toujours des formes graves, souvent mortelles. Elles sont très souvent aiguës, tuant entre trois semaines et dix mois dans les trois quarts des cas. M. Botreau-Roussel insiste aussi sur la multiplicité des lésions. Le traitement de ces formes est naturellement fort décevant.

M. Richard est tout à fait du même avis.

M. Auvray se demande si, au point de vue social, il ne vaudrait pas mieux ne pas renvoyer ces malades chez eux.

M. Sorrel rappelle qu'il y a des enfants blancs qui font aussi des tuberculoses disséminées. Il insiste aussi sur le fait qu'il y a de nombreux cas de tuberculose vertébrale sans lésions des disques.

M. Moulonguet demande si dans ces cas, il y a absence de contracture.

M. Botreau-Roussel dit oui.

Chondromes multiples. — *M. Boppe* présente des radios indiquant l'existence de nombreux chondromes.

M. Leveuf suit une malade analogue depuis dix-sept ans.

Ecarteur. — *M. Proust* présente un écarteur éclairant.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1933

La pyrétothérapie des arthrites gonococciques. — *MM. Th. Dumitresco* et *C. Petreca* (Bucarest).

Excrétion dans l'urine de principes hypophysaires au cours de la migraine. — *P. L. Drouet, Louis Mathieu* et *Louis Collesson* (Nancy).

Chorée aiguë chez un hérédo-syphilitique. — *M. C.-I. Urechia* (Cluj).

Recherches sur la maladie de Léo Buerger. — *M. Marchak*, après avoir essayé les divers traitements préconisés dans la thrombo-angéite de Buerger, retient les faits suivants :

1° Le traitement médical, conservateur, est possible dans 25 % des cas lorsque les artères sont encore battantes.

2° En cas contraire, la sympathectomie et la surrénalectomie demeurent insuffisantes, et dans la très grande majorité des cas, il peut sacrifier le membre et pratiquer l'amputation le plus haut possible.

Sur l'angiomatose hémorragique héréditaire avec spléno-hépatomégalie. — *M. Ludo van Bogaert* (d'Anvers).

La protéinémie chez les hépohyroïdiens avant et après l'opothérapie. — *MM. Loeper, Soulié* et *Tonnet*.

Caverne gangréneuse du poumon simulant un pyopneumothorax. — *MM Ch. Flandin, J. Lenègre* et *J. Boussoy* rapportent une observation qui montre les difficultés du diagnostic clinique et radiologique entre la grosse caverne pulmonaire à contenu hydro-aérique et le pneumothorax ou le pyopneumothorax.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, qui est hospitalisée pour une pneumopathie aiguë maligne à type de gangrène pulmonaire. Les signes cliniques sont ceux d'un pyopneumothorax. Les signes radiologiques sont aussi trompeurs : énorme image hydro-aérique de l'hémithorax gauche tout entier ; refoulement du médiastin à droite.

Seules, de petites nuances sémiologiques font redresser le diagnostic : existence de la pectoriloquie aphone ; matité fixe du Traube persistant en position couchée ; absence de moignon pulmonaire radiologiquement visible ; présence dans la partie externe de l'hémithorax d'une ombre sus-liquidienne triangulaire à sommet supérieur ; contraste entre le caractère gangréneux de l'expectoration et l'aspect séro-fibrineux du liquide retiré par ponction de la plèvre.

L'autopsie vérifie l'existence d'une pleurésie séro-fibrineuse réactionnelle, et le siège intrapulmonaire de la cavité hydro-aérique. Du lobe supérieur, il ne reste qu'un mince cortex réduit à un ou deux millimètres d'épaisseur.

Ténobursites périscapulaires et algies du membre

supérieur qu'elles occasionnent. — *M. Doré* (de Cherbourg) a observé six cas de sympathalgies surtout nocturnes à caractère non radiculaire et à prédominance au membre supérieur droit qu'il croit pouvoir rapporter à l'inflammation des bourses séreuses périscapulaires.

A cette occasion, il donne la description des ténobursites périscapulaires et pense que certaines d'entre elles relèvent d'un processus infectieux peut-être voisin de celui de l'encéphalite épidémique.

Leucoblastomose aleucémique à forme d'anémie aplastique progressive. — *MM. Costedoat* et *Avjaleu.* — La maladie débuta par une adénopathie indolore dans la région carotidienne droite et par de l'anémie. Dans les mois qui suivirent, l'hypertrophie ganglionnaire se généralisa et l'anémie s'accrut, tout en conservant jusqu'à l'approche de la mort le type aplastique.

L'évolution fut marquée par plusieurs périodes fébriles, une gingivite très localisée, du purpura et une splénomégalie. La biopsie d'un ganglion avait révélé l'existence d'une lymphoblastomatose. Au septième mois, le malade eut une pneumonie à laquelle il succomba. Ce n'est qu'à l'examen de sang pratiqué la veille de la mort, que l'on vit apparaître pour la première fois des cellules souches en assez grande proportion et quelques myélocytes, en même temps que le taux des polynucléaires se relevait considérablement. Les auteurs considèrent cette transformation de la formule sanguine comme due à la pneumonie. L'anémie était considérable (1.300.000 hématies, 660 leucocytes). A l'autopsie, les ganglions avaient le même aspect histologique que le ganglion prélevé pour biopsie ; la moelle osseuse contenait un grand nombre de cellules-souches. Cette forme anémique pure de la leucémie aiguë est différente de la leucémie aiguë avec leucopénie en ce que les cellules souches sont restées cantonnées dans les organes sangui-formateurs pendant tout le cours de la maladie et n'ont fait irruption dans le sang qu'à l'approche de la mort.

Sur quelques cas de polyadénopathie tuberculeuse. Transitions avec la maladie de Hodgkin. — *M. Georges Marchal, Mlle Brun, MM. Lemoine* et *Bloch-Michel*, rapportent quatre observations de polyadénopathie tuberculeuse.

L'aspect histologique, où se retrouvent des lésions fibrocaséeuses, est très polymorphe ; dans un cas elles s'intriquent avec des lésions lymphogranulomateuses. A côté de rares bacilles de Koch typiques, apparaissent des formes dégradées, granulaires et bacillaires, inconstamment acido-résistantes. Tous les cobayes sont tuberculisés au premier passage ; mais chez plusieurs cobayes les bacilles de Koch voisinent avec des formes dégradées, identiques à celles qui ont été observées dans les ganglions humains. Sur trois essais de culture de ces ganglions humains, une fois s'est développé partiellement, et une fois complètement, le cycle évolutif d'un virus tuberculeux, depuis les granulations cyanophiles jusqu'aux granulations et aux bacilles acido-résistants. Ce cycle montre les mêmes formes intermédiaires que dans les ganglions humains et dans les ganglions des cobayes ; enfin, dans ses grandes lignes, il est identique au cycle évolutif des cultures parties de la maladie de Hodgkin. D'autre part, les examens directs des lésions de lympho-granulomatose maligne montrent des formes granulaires diversement colorées, réfringentes, sans acido-résistance, semblables à de nombreuses granulations observées dans les cas précédents d'adénite tuberculeuse. Des poussées d'éosinophilie sanguine, dans trois observations, complètent les traits d'union réalisés par ces cas entre la polyadénopathie tuberculeuse et la maladie de Hodgkin. A la faveur de ces multiples chaînons, les auteurs rappellent leur opinion sur la pathogénie de la maladie de Hodgkin : la plus atypique des adénopathies tuberculeuses où l'ultra-virus tuberculeux se dissimule sous ses formes granulaires les plus difficiles à identifier.

Intoxication par le dial, traitement par la strychnine. Guérison. — *MM. Laignel Lavastine* et *Stéphane Bidou* rapport nt l'observation d'une jeune fille de 24 ans qui, cinq heures après l'ingestion d'un gramme de dial, qui avait déterminé chez elle un coma complet avec abolition des réflexes tendineux et pupillaires, a reçu par voie intraveineuse en trente heures, 110 milligrammes de sulfate de strychnine.

La guérison a suivi rapidement cette thérapeutique active.

A noter l'extraordinaire tolérance à la strychnine des intoxiqués par les barbiturates et les résultats remarquables du traitement par la strychnine à très haute dose dans l'intoxication barbiturique.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 1er décembre 1933

Hydronéphrose congénitale. Poussée aiguë. Première intervention : marsupialisation de la poche. Fistule pyélo-cutanée. Deuxième intervention : néphrectomie. Guérison. — *MM. Blanc* et *Lavenant* communiquent l'observation d'une fillette qui, sans aucuns antécédents, présenta un syndrome abdominal aigu grave faisant penser à un kyste dermoïde tordu ou à un kyste du mésentère, et fut opérée d'urgence. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une hydronéphrose énorme adhérente au mésocôlon et à l'angle colique; impossible à extirper, elle fut marsupialisée. L'examen des fragments de la poche par Rubens-Duval montra son origine rénale, et la fistule pyélo-cutanée, par laquelle s'écoulait un liquide mêlé d'urine ne se fermant pas, il fallut faire une néphrectomie ; celle-ci fut suivie de la guérison définitive de la malade.

Epithélioma volumineux de la région aryténo-épiglottique. Extirpation par pharyngotomie rétro-thyroïdienne. — *M. Dutourmentel* présente un malade auquel il a enlevé dix jours auparavant une tumeur ulcérée du volume d'un petit œuf, au moyen d'une pharyngotomie rétro-thyroïdienne. Cette opération, simple et bénigne, donnant sur l'hypopharynx et le larynx un jour très large, a été décrite et parfaitement réglée par Quénu et Sebileau. Le cas présent montre qu'après dix jours, la cicatrisation est déjà complète.

Comment éviter les adhérences post opératoires chez les laparotomisés. Recherches cliniques et expérimentales. — *M. Tsaconas* (d'Athènes) à la suite d'une série d'expériences sur les lapins montre qu'après introduction d'une certaine quantité d'huile de paraffine dans l'abdomen, il ne se produit pas d'adhérences malgré une malaxation traumatisante des intestins et du péritoine. L'auteur a appliqué cette méthode sur l'homme et ne voit plus se produire les inconvénients dus aux adhérences.

A propos du diagnostic et de l'évolution des corps étrangers dans le tube digestif. — *M. Guisez*, se basant sur une expérience déjà longue (les premiers corps étrangers qu'il a extraits de l'œsophage datent de 1908) indique les principaux signes qui permettent de faire avec une certitude à peu près absolue le diagnostic clinique de corps étrangers de l'œsophage et qui commandent l'œsophagoscopie, en particulier lorsqu'il s'agit de petits corps tels que les petits os, les arêtes, qui ne sont pas décelées par les rayons X. La dysphagie, très douloureuse qui empêche le malade d'avaler la moindre goutte de liquide est caractéristique. Dans l'évolution du corps étranger avalé, la région réellement dangereuse est l'œsophage et surtout dans sa portion initiale canaliculaire. Lorsque le corps étranger est déjà dans l'estomac ou l'intestin, il faut que le chirurgien soit très patient car l'évolution par les voies naturelles est la règle, surtout s'il s'agit d'un corps arrondi. Lorsque le corps étranger est irrégulier (dentier) muni d'aspérités pointues (épingles, épingles de nourrice, etc.), il faut surveiller son évolution par un examen pour ainsi dire continu aux rayons X. L'intervention chirurgicale (gastrotomie, entérotomie) est indiquée lorsque le corps étranger semble séjourner pendant une longue période (au moins cinq à six jours) au même point. Mais, encore ici, il faut savoir attendre car l'évacuation spontanée se fait la plupart du temps.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le traitement de l'hyperchlorhydrie par la spasmalgine

MM. Pr. Merklen, Israël et Jacob rappellent (1er *Congr. fr. de Thérapeutique*) que l'hyperchlorydrie est due pour beaucoup d'auteurs à une hyperexcitabilité centrale ou vagale. Les circonstances les ont amenés à tenter une régularisation du système nerveux à l'aide de la spasmalgine. Dans bien des cas de dyspepsie ils ont observé une forte diminution de la chlorhyrie. De même au cours d'ulcères ils ont noté des résultats favorables.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'impôt sur le revenu. Le contrôle des professions libérales. *Du Professeur Jean-Louis Faure* (FIGARO, 13 décembre 1933) :

..... Tant que le système d'impôts qui mine la France ne sera pas radicalement transformé — tant qu'on écrasera la dixième partie des contribuables qui constituent l'élite de la France, en en épargnant les neuf dixièmes, quand on ne les engraisse pas aux frais des premiers — eh bien ! on ne sortira pas de la situation actuelle, et on ira aux catastrophes. Oui, certes, il faut beaucoup d'argent pour faire, tant bien que mal marcher la machine de l'Etat. Même avec les économies qu'on pourrait faire, et que, d'ailleurs, on ne fera pas, il en faudra toujours beaucoup. Il serait facile de l'obtenir. Il suffirait pour cela de modifier la répartition des impôts. La funeste parole de Renaudel, absurde et malfaisante dans le sens démagogique qu'il lui donnait : « Il faut prendre l'argent là où il est », est en réalité parfaitement juste. Oui, il faut prendre l'argent là où il est. C'est-à-dire partout, et non dans la poche de quelques-uns car l'argent est partout. Il faut faire payer tout le monde. La déclaration des Droits de l'homme, article 13, nous dit : « *Pour l'entretien de la force publique et les dépenses d'administration une contribution commune est nécessaire. Elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés.* »

Revenons à la déclaration des Droits de l'homme. Le moyen est simple. Il faut établir et réaliser l'impôt sur la dépense comme je le propose depuis dix ans — et comme je n'entreprendrai pas de le répéter ici.

Nous ne rétablirons l'équilibre du budget et la prospérité financière qu'à cette condition : l'égalité de tous devant l'impôt. Il est incroyable que personne n'ait l'air de s'en douter et que pas un seul homme ne se lève pour proclamer du haut de la tribune, à la face du pays, cette vérité élémentaire ! C'est incroyable, mais c'est ainsi.

Oui, je le répète, la tenue de livres de comptes, chez l'avocat et chez le médecin, est une mesure à laquelle, par la force des choses et par la vertu de l'impôt sur le revenu, on devait arriver. Espérons que les parlementaires qui n'ont pas rompu avec le barreau vont se soumettre au nouveau règlement. Ils pourront ainsi renseigner leurs collègues des deux Chambres sur l'utilité de ces mesures et sur leur agrément ! Ils pourront aussi se convaincre des inconvénients qu'il peut y avoir à faire voter les impôts par les représentants de ceux qui ne les payent pas, puisque c'est ainsi qu'il en est dans cette maison à l'envers qui constitue actuellement l'administration de la France.

Il est cependant possible que les comptes que l'on va nous demander présentent un avantage, au moins pour nous, médecins et chirurgiens ! Celui de montrer aux yeux de tous les difficultés actuelles de notre profession, écrasée par les impôts : à commencer par l'impôt locatif, la patente qui, à Paris, double presque le prix du loyer, la cédule professionnelle, et l'impôt global sur le revenu, qui les couronne tous et termine l'exécution !

On verra la modicité des revenus du plus grand nombre des médecins, la dureté fréquente de leur vie, qu'aggrave sans cesse le nombre de plus en plus grand des médecins, et le nombre de plus en plus faible des malades détournés vers les hôpitaux par les assurances sociales et toutes sortes d'organisations mutualistes et professionnelles.

Le public et le fisc lui-même se font une idée complètement fausse des bénéfices que peuvent faire, surtout depuis la crise actuelle, les médecins, et plus encore les chirurgiens. Je sais des médecins, dont quelques-uns très haut placés, qui songent à dénoncer leur patente, qui double presque leur loyer, parce que l'exercice de leur profession ne leur donne pas de quoi la payer.

Attendons donc tranquillement, avocats et médecins, notr livre de comptes, malgré la répugnance justifiée qu'il nou

inspire, il rendra sans doute service à beaucoup d'entre nous. Et l'insupportable persécution qu'il entraînera chez beaucoup de parlementaires portera peut-être le coup de mort à l'impôt sur le revenu, avant qu'il n'ait achevé son œuvre — et tué la France.

Hubert Robert (1733-1808). A l'occasion du bi-centenaire de la naissance d'Hubert Robert, la Direction des Musées Nationaux organise à l'Orangerie des Tuileries une exposition où elle se propose de montrer, dans toute l'ampleur et la diversité de son talent, l'œuvre d'un artiste dont le nom est mieux connu que les ouvrages. Jeune il fit le voyage d'Italie, où il prit devant les productions du Piranèse et de Panini ce goût des ruines dont il est le peintre attitré dans l'esprit du public. Très vite non seulement il dépasse ses modèles, mais il enrichit sa manière avec de telles ressources de poésie, de fantaisie et d'invention, que le public de l'Orangerie sera certainement charmé de trouver, dès les premières œuvres, un Hubert Robert différent de celui qu'on a imaginé : Sanguines où l'antiquité revit sous la touche la plus légère et la plus savante, coscatelles de Tivoli, parcs baignés d'une lumière d'argent qui viennent des grandes collections privées de Paris ou qui ont quitté pour la première fois, en l'honneur de cette manifestation, la collection de l'amateur, scènes d'intérieur si justes et si émouvantes, pyramides singulières. Du jet d'eau dont rêva Verlaine jusqu'au sombre incendie rougeoyant, l'artiste s'affirme tour à tour si délicieux et si puissant qu'on n'est pas surpris de la faveur qu'il connut, au retour à Paris, dans cette société du XVIIIe siècle dont nous ne saurions comprendre tout l'esprit si nous exceptions la connaissance de cette nature un peu apprêtée où elle se complut et dont il est le plus beau chantre. La faveur royale lui valut d'être architecte de jardins. Il annonce le goût romantique dans ses plus touchantes créations pour Versailles, pour Betz ou pour Méréville. Il est aussi l'anecdotin le plus juste et le plus fidèle de Paris de la fin du XVIIIe siècle.

La Révolution lui fut cruelle. Prisonnier, il peignit pour vivre ces assiettes qu'un géolier complice vendait un louis. Devant telles d'entre elles rassemblées à l'Orangerie, le visiteur ne pourra s'empêcher de penser qu'on avait alors pour ce prix là un vrai chef-d'œuvre. Après sa libération il devint l'un des premiers conservateurs de ce « museum national » notre Louvre d'aujourd'hui Grande Galerie, qui fête ainsi à double titre l'un des siens.

Venus d'Amérique, d'Irlande, de toute la France seront réunis pour deux mois aux Tuileries les plus beaux ouvrages de Robert : ils forment une incroyable féérie, colorée et sensible. Quant la fête sera finie, le catalogue élaboré par les Musées Nationaux en restera le souvenir durable ; rédigé par le savant Charles Sterling, il s'ouvre par une préface de Pierre de Nolhac de l'Académie française, une lettre de Paul Jamot, de l'Institut, et une étude magistrale de Louis Hautecœur, le conservateur du Luxembourg.

La Salpêtrière vue par M. Louis Bertrand. — *Le* JOURNAL DES PRATICIENS (11 nov. 1933) *reproduit un chapitre d'un ouvrage de M. Louis Bertrand* : LE LIVRE DE CONSOLATION (Fayard, édit.). *En voici un extrait* :

Cette Salpêtrière, vue des berges du fleuve, a des airs de palais. Et, quand on l'examine de près, on est étonné de la beauté, du grand air de la construction. Ces magnifiques bâtiments, blasonnés de la Couronne et des Armes de France, ou des faisceaux et du chapeau cardinalices, furent destinés, dès l'origine, à abriter des mendiants, des mauvais gars, des enfants vicieux, des coupeurs de bourses, des prostituées, des fous, des épileptiques, tous les rebuts humains d'une grande capitale. D'où vient cette antithèse entre le faste de l'édifice et les tristes réalités qu'il dissimule ? Aujourd'hui, nos hôpitaux, nos dispensaires n'ont pas cette grandeur de style : ils sont platement utilitaires, strictement appropriés aux besoins de leurs hôtes et aux exigences de l'hygiène moderne. Ce sont des infirmiers et des laboratoires, souvent de simples étables humaines : rien de plus. Ceux d'autrefois, comme la Salpêtrière, Bicêtre, les Invalides, les hospices des grandes villes de province, celui même d'une ville modeste comme Beaume ont une signification symbolique qui dépasse de beaucoup leur destination visible.

Dans la pensée des fondateurs, ces imposants édifices n'ont pas été élevés pour servir de refuges à une humanité inférieure ou de cachots à des malandrins, — mais pour recevoir « les membres vivants de Jésus-Christ » : or, le Christ est Roi. Il doit être



reçu comme un Roi. L'hospice n'est pas une œuvre philantropique, ou prophylactique élevée par l'hypocrisie ou la peur. C'est une œuvre d'amour et un témoignage d'admiration. L'édit de fondation de la Salpêtrière exprime ces intentions et cette haute idée de la façon la plus expresse : « considérant, dit le chancelier royal, ces pauvres mendiants comme membres vivants de Jésus-Christ et non pas comme membres inutiles de l'Etat, et agissant dans la conduite d'une si grand'œuvre, non par ordre de police, mais par le seul motif de charité.... »

Ainsi voilà l'idée maîtresse qui a fait sortir de terre cet hôpital. Ce n'est ni par peur, ni par dégoût, ni pour la bonne police de la ville que ce palais a été construit, c'est pour honorer Jésus-Christ dans ses pauvres, c'est pour témoigner de la charité de l'homme à l'égard de l'homme rédimé par le Christ.....

Hippocrate sur l'Agora. – *C'est le titre d'un article du Docteur Crinon dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL (5 nov. 1933). *En voici un extrait :*

Pendant longtemps la vulgarisation médicale ne bénéficia que d'une médiocre estime. A telle enseigne que ceux qui s'y essayaient croyaient bon de signer leurs chroniques d'un pseudonyme. Il y a trente ans, quand je fis mon entrée dans la presse quotidienne par cette porte dérobée, je fis comme mes émules dans cette carrière et, quand je quittai ma rubrique, en 1914, j'étais toujours demeuré l'Henri Vadol d'*Excelsior*.

Le monde médical n'aimait guère, en effet, les articles médicaux publiés par la grande presse. Le public qui les lisait n'était pas apte à les comprendre et malgré les grandes précautions de langage de leurs auteurs, il les comprenait « tout de travers ». Et c'étaient alors des questions sans queue ni tête posées aux médecins praticiens et qui avaient leur origine dans la lecture mal digérée d'articles médicaux publiés dans les colonnes des journaux quotidiens.

Or, la T. S. F. a changé tout cela. C'est à qui fera une conférence devant le micro. Et l'on peut écouter, sans qu'on s'en étonne, en même temps qu'un chansonnier stupide, qu'une star avide de publicité, ou qu'un joueur d'accordéon, les plus hautes personnalités médicales.

Vous ne me ferez jamais croire que c'est le désir d'instruire le grand public qui pousse ces grands magisters de la médecine à s'exhiber ainsi. Ce n'est pas davantage la nécessité de gagner leur pain. Non, il faut voir dans cet abandon de la Tour où l'on se réfugiait jadis, l'une des formes de l'exhibitionnisme du moi qui était réservé jusqu'à présent aux histrions de la politique et de la rampe.

....

J'avertirai tous les éminents conférenciers qui vont discourir devant les postes de T. S. F. qu'ils sont le plus fréquemment incompris du public auquel ils s'adressent et qu'ils sont, comme les vulgarisateurs inexpérimentés auxquels je faisais plus haut allusion, la cause d'une semence d'erreurs qui troublent les esprits :

Ils veulent enseigner la vérité, c'est un but louable. Mais ils atteignent un but tout à fait opposé, parce qu'ils ne sont pas préparés à parler devant un auditoire qui n'a pas reçu l'instruction nécessaire pour les comprendre.

On peut être un grand médecin, un véritable savant ; on peut être capable de faire un cours magistral devant des étudiants cela ne prouve pas qu'on saura se faire comprendre du grand public. Il faut que les éminents conférenciers pensent à cela. Il faut qu'ils réfléchissent qu'en méconnaissant leur incompétence vulgarisatrice, ils peuvent jeter le trouble, l'anxiété, l'erreur, faire, en somme, beaucoup plus de mal que de bien.

La grande injustice que nous commettons vis-à-vis du vieillissement repose sur notre mémoire des joies passées et sur le désir, que semble excuser notre civilisation actuelle, de jouir des mêmes plaisirs au delà du terme normal de leur durée. Vieillir n'est pas terrible, si l'on considère la vieillesse comme une source d'expériences nouvelles, et non comme la mort de la jeunesse et l'adieu du passé.

(LECOMTE DE NOUY, *Revue de Paris.*)



Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

N° 53 LE NUMÉRO : 50 Centimes 30 DÉCEMBRE 1933

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

TABLES DES MATIÈRES 1933

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 3 janvier. — M. Sténerman : Essai d'introduction à l'étude de la pathologie des juifs.

6 janvier. — M. Teichmann Mortche : Syndrome ictéro-urémique à perfringens. M. Sicard : Syndrome catatonique au cours des infections typhiques et colibacillaires. — M. Blass : Le réflexe médio-pubien de MM. Guillain et Alajouanine.

Clinique médical de l'hôpital Cochin. — Mercredi 3 janvier, à 11 heures, M. Horowitz : Examen clinique d'un tabétique. — Jeudi 4 janvier, à 11 heures, M. Soulié : Anévrysmes de la crosse de l'aorte. — Vendredi 5 janvier, heures, M. Lenègre : Hypertension artérielle. — Samedi 6 janvier, à 10 heures 30, M. le Professeur Achard : Les maux perforants non tabétiques.

Lundi 8 janvier, à 11 heures, M. Thiers : Hémiplégie cérébelleuse syphilitique. — Mardi 9 janvier, à 11 heures, M. Sigismond Bloch : Diagnostic et traitement des angines de poitrine. Mercredi 10 janvier, à 11 heures, M. Flandin. — Jeudi 11 janvier, M. Bonnard : Polynévrite éthylique. — Vendredi 12 janvier, M. Touraine : Syphilis secondaire. — Samedi 13 janvier, à 10 h. 30, M. le Professeur Achard. — Dimanche 14 janvier, à 10 h. 30, M. Louis Ramond : Embolies pulmonaires.

Lundi 15 janvier, à 11 heures, M. Demanche : Les réactions de fixation de complément dans la syphilis. — Mardi 16 janvier, à 11 heures, M. Laubry. — Mercredi 17 janvier, à 11 heures, M. Flandin. — Jeudi 18 janvier, à 11 heures, M. Bariéty : Amylose rénale. — Vendredi 19 janvier, à 11 heures, M. Mouzon : Syndromes parkinsoniens. — Samedi 20 janvier, à 10 h. 30, M. le Professeur Achard. — Dimanche 21 janvier, à 10 h. 30 M. Louis Ramond : Dysentérie amibienne.

8e Bal de la médecine française. — Ce bal, qui, chaque année, remporte un grand succès auprès du public médical sera donné le lundi gras, 12 février 1934, dans les salons de l'Hôtel Continental.

Au programme : « Une heure de Music-Hall » avec de nombreuses vedettes parisiennes. A minuit, souper par petites tables, sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane et de Mme Henri Labbé.

Cette fête est organisée par la Société F. E. M. pour venir en aide aux veuves et orphelins du Corps médical. Les détresses sont grandes parmi ceux que laissent sans ressources nos confrères morts prématurément et les demandes de secours parviennent de plus en plus nombreuses au bureau de la Société. Depuis sept ans, la F. E. M. a distribué 375.000 francs.

Ceci est encore insuffisant, et pour faire davantage, venez nombreux à la fête du 12 février.

Le prix des places est de : bal, 30 francs ; bal et soirée artistique, 50 francs ; souper 65 francs.

Conférences de l'Union médicale latine. — Comme suite à la série des conférences qui ont été données sous les auspices des Voix Latines, le Professeur Jean-Louis Faure, nous a réservé une étude essentiellement subjective sur le Brésil, les Brésiliens, l'Ame brésilienne, en même temps que sur les possibilités, peut-on dire incommensurables de ce pays et de ce peuple que nous ne connaîtrons jamais assez.

Le conférencier a abordé les sujets les plus variés. Il y a dans cette conférence des descriptions sur tous les aspects de la ville merveilleuse qu'est Rio de Janeiro, des considérations nombreuses sur les ressources du Brésil, sur l'immensité de ses forces hydrauliques et les possibilités industrielles qui en résultent.

Mais, comme dans les conférences organisées par l'UMFIA, une bien plus large part est réservée aux considérations sur l'histoire de la médecine et de la chirurgie, sur la haute valeur des maîtres qui exercent.

L'histoire d'Oswaldo Cruz, qui débarrassa la ville de Rio de Janeiro de la fièvre jaune est longuement décrite comme l'exemple de ce que peut la volonté d'un homme mise au service d'une idée juste. C'est, de cette époque que date le prodigieux développement de la grande ville actuelle.

La conférence se termine par des considérations sur l'avenir du Brésil qui souffre encore aujourd'hui de son immensité, du particularisme des Etats.

L'aviation aura une grande influence sur le rapprochement de tous dans ce pays immense. L'avenir du Brésil en dépend en grande partie, et tout permet de penser qu'à la fin du siècle, le Brésil sera devenu un des grands peuples de la terre.

Avis de concours. — Un concours sur titres est ouvert pour une place de médecin adjoint au sanatorium de Villiers-sur-Marne, par Charly (Aisne). Envoyer les pièces nécessaires à la constitution du dossier : copies de l'acte de naissance, du diplôme et des certificats pouvant servir de références en matière de phtisiologie.

Les traitements sont les suivants : médecin adjoint 30 à 40.000 francs, médecin de pavillon : 40 à 65.000 francs, suivant la classe.

Adresser la correspondance au Docteur Cailleret, à la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris.

Le registre d'inscription sera clos le 20 janvier.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1934, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le Docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé), le 15 janvier 1934, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Chaire de pathologie chirurgicale. — Le Professeur Maurice Chevassu fera sa leçon inaugurale le mardi 9 janvier, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté. Il continuera son cours au petit amphithéâtre les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Pathologie chirurgicale de l'appareil génito-urinaire de l'homme.

Société française d'histoire de la médecine. — La séance mensuelle de la Société aura lieu le samedi 6 janvier 1934, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des Professeurs).

Elle sera précédée, à 15 h. 30, de la séance annuelle de la Société internationale.

Conférence du Professeur Lenormant : Evolution de la chirurgie du XVIIIe au XIXe siècle. — Conférence du Professeur Jeanselme : Une énigme historique : l'eunuque Narses, diplomate averti et grand capitaine. — Communication du Professeur Laignel-Lavastine et du Docteur Galland : Louis IX et la prostitution.

Nécrologie. — Docteur Octave FOUCHER, sénateur d'Indre-et-Loire, maire de Chinon, décédé à Paris. — Docteur GIESELER, médecin honoraire de la Compagnie du chemin de fer du Nord, décédé à Paris, à l'âge de 69 ans. Le Docteur Gieseler était un passionné de l'art asiatique. Il avait rassemblé une collection de jades de Chine, dont il a fait don, avant de mourir, au musée Guimet. De 1915 à 1919, il collabora à la *Revue archéologique* de Salomon Reinach. Le Docteur Gieseler s'est également livré à d'intéressantes études sur les religions et leurs symboles. — Docteur Just-Lucas CHAMPIONNIÈRE, professeur à l'École de médecine d'Hanoï. — Docteur Paul RICHER, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 84 ans. — Professeur ROMBERG, de Munich.

BIBLIOGRAPHIE

L'évolution de la lutte contre la syphilis *(un bilan de 25 ans)*, par Louis SPILLMANN. Un volume de 292 pages avec figures en hors-texte, 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur de ce livre a pris part de façon active à la lutte antisyphilitique avant, pendant et après la guerre dans une région où les œuvres de préservation sociale ont pris un développement très remarquable. Il a pensé qu'il pouvait être utile de mettre les résultats obtenus en présence de l'effort accompli. L'examen au jour le jour de ce bilan de vingt-cinq ans lui a permis de montrer comment il était possible de modifier l'opinion publique, de transformer les habitudes et de détruire les préjugés.

Les différents chapitres de ce livre constituent l'histoire de la prophylaxie de la syphilis à notre époque. C'est d'abord un rappel de souvenirs déjà lointains lorsque les syphilitiques étaient parqués dans les coins les plus obscurs des plus vieux hôpitaux, c'est ensuite l'étude des organisations réalisées pendant la guerre, dans une région et dans une armée, c'est enfin l'organisation progressive et systématique de la lutte dans le cadre départemental. On retrouvera dans ce livre tout ce qui concerne le fonctionnement des dispensaires antisyphilitiques, l'éducation sexuelle et l'éducation antivénérienne de la jeunesse, l'organisation de la prophylaxie dans les millieux ouvriers, la propagande éducative, la création du certificat sanitaire prénuptial, l'organisation du Service social, etc.

En terminant, l'auteur trace un parallèle entre la syphilis d'autrefois et celle d'aujourd'hui. Après avoir relevé les erreurs qui peuvent être commises au cours du diagnostic et du traitement, après avoir signalé l'utilité d'un enseignement syphiligraphique complet pour tous les étudiants en médecine, il précise l'orientation nouvelle qu'il a donnée depuis quelques années à la lutte contre la syphlis et qui a pour base le dépistage des foyers de contamination. Cette nouvelle façon de comprendre la prophylaxie antisyphilitique autorise tous les espoirs. La syphilis combattue sur le terrain épidémiologique est une maladie qui doit disparaître.

Justification des méthodes thérapeutiques homœopatiques, par C. DUHAMEL, ancienne interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° de 136 pages, 20 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Quittant les dogmes nébuleux et les théories abstraites dans lesquels se sont souvent complu les défenseurs de la doctrine Hahnemannienne, l'auteur s'efforce, dans un style clair, d'établir sur des bases réellement et strictement scientifiques les méthodes homœopathiques.

Il nous montre l'homœopathie sous un jour nouveau, comme une thérapeutique essentiellement pratique, s'adressant à des cas concrets, à des affections aiguës ou chroniques parfaitement déterminées et classées dans le cadre nosologique habituel.

Physiopatologie des symdromes endocriniens, par Noël FIESSINGER. Un volume de 318 pages avec 42 figures, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La pathologie endocrinienne étend de jour en jour son territoire et l'on peut dire aussi qu'elle progresse constamment dans l'imprécision des interprétations fragiles. Il peut être nécessaire au médecin de reprendre contact avec les réalités tangibles de l'expérimentation normale et pathologique. Le livre du Professeur Noël Fiessinger a précisément pour but de relier une chaîne ininterrompue, l'expérimentation normale, l'expérimentation pathologique, les syndromes cliniques, les moyens d'exploration et les directives thérapeutiques. Après un chapitre d'introduction, où il étudie surtout les interdépendances fonctionnelles et les complexités organiques, il passe en revue : les surrénales avec leurs syndromes : toxique et tensif ; le corps tyhroïde avec l'hypothyroïdie et l'intoxication thyroïdienne ; les glandes parathyroïdes où il met au point les hypo et les hyperparathyroïdies ; l'hypophyse avec le chapitre complexe des syndromes hypophysaires ; les deux abandonnées, la grande pinéale et le thymus ; les glandes génitales avec leurs hormones ; le pancréas et les syndromes insuliniques ; le foie, les applications à la clinique des faits connus sur le métabolisme des glycides et des protéides, et une vue d'ensemble sur les hypo et hyperhépaties ; la rate dont les fonctions complexes prennent de plus en plus d'étendue dans l'étude des splénomégalies ; les reins dont la fonction interne est un sujet de constante actualité.

Enfin, la cellule mésenchymateuse dont la fonction interne est toujours délaissée, peut-être parce que trop polymorphe, trop complexe et trop étendue.

Enfin, ce livre analyse quelques grands syndromes mixtes : les syndromes pluriglandulaires ; le gigantisme et le nanisme ; l'obésité et l'amaigrissement ; les petites insuffisances endocriniennes.

Un chapitre de directives thérapeutiques termine le volume où l'auteur

fixe les règles précises d'une thérapeutique réellement scientifique. Il s'élève contre l'abus de la polyopothérapie moderne et demande au médecin plus de méthode dans l'application des traitements endocriniens.

Ce petit livre de 317 pages contient toute l'essence de l'endocrinologie moderne il ouvre des horizons par l'observation simple et directe des phénomenes. Il s'adresse autant au médecin qu'à l'étudiant et leur fournit les éléments d'un raisonnement cliniques plus stable et moins exposé à l'à peu prés des interprétations hâtives.

Le phosphore. *Technique chimique. Physiologie. Pathologie. Thérapeutique*, par M. LABBÉ et M. FABRYKANT. Un volume de 393 pages, 55 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs exposent dans cet ouvrage la question du phosphore au point de vue biologique. M. Fabrykant, a contribué à mettre à point une méthode chimique qui permet de doser dans le sang, non seulement le phosphore minéral, mais le phosphore organique qui se présente sous la forme de combinaison avec les albuminoïdes et avec les lipides.

Les auteurs exposent d'abord les techniques de dosage du phosphore et de ses différentes formes dans le sang, les tissus et les excreta ; puis ils définissent l'équilibre phsophoré du sang, le bilan phosphoré normal, le métabolisme du phosphore dans l'organisme, son rôle sur la contraction musculaire, l'action des phosphatases dans la destruction des combinaisons phosphatées et dans leur synthèse.

Ils étudient ensuite les modifications de l'équilibre phosphoré du sang dans toutes les maladies et principalement dans les maladies du foie et des reins, dans les anémies, dans le diabète et dans les maladies des os, telles que l'ostéomolaire, la maladie de Paget, la maladie de Recklinghausen. Les recherches effectives dans le service du Professeur M. Labbé ont montré que certaines maladies sont caractérisées par leur formule phosphorée sanguine.

L'étude du métabolisme du phosphore est pour les auteurs l'occasion d'exposer en détail les conceptions pathogéniques de diverses maladies telles que le rachitisme, la tétanie, l'hypervitaminose D, au sujet desquelles de si nombreux travaux ont été publiés dans ces dernières années. Ils apportent des aperçus originaux sur la lithiase urinaire phosphocalcique.

Un dernier chapitre est consacré au rôle thérapeutique des composés phosphorés.

La précision avec laquelle des notions de chemie et de physiologie délicates sont exposées, les aperçus biologiques dépassant le domaine du phosphore auxquels les auteurs se laissent aller dans certains chapitres, la richesse de la bibliographie font de ce volume le guide indispensable pour l'étude du métabolisme du phosphore sur la physiologie et la pathologie.

A propos d'un argus très utile. *L'analyse* va entrer dans sa septième année. C'est une publication présentée sous forme d'*argus* citant 120 journaux et revues de langue française. Elle rend de grands services au praticien, au médecin et à l'étudiant préparant des concours ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois des analyses et une bibliographie bien faite, classée par spécialités.

Le coût de l'abonnement est minime : 20 francs France ; 30 francs Union postale ; 40 francs autres pays. Un numéro *specimen* sera envoyé sur demande adressée au Docteur Crouzal, 84, boulevard Richard-Lenoir, Paris, XIe.

Le Trou du Capucin, par le Docteur G. DANIEL et M. SANSON, Paris, Eugène Figuière, 10 francs.

En collaboration avec M. SANSON, notre confrère, G. DANIEL, l'auteur d'*Olga-la-Rouge* et de poèmes remarqués, nous donne un nouveau roman.

Qu'est-ce que le *Trou du Capucin* ?

Je crois qu'il n'est guère de visiteurs de Plombières qui ne connaisse la légende dont Frédéric Masson écrivait : « Il fallait essayer ce trou qui, comme tant d'autres en France, opérait des miracles, où les femmes trouvaient une fécondité assurée. Joséphine ne l'y rencontra pas : soit qu'elle n'eût pas donné un pourboire suffisant à Jean, gardien de ce petit abîme de la création, soit que la foi lui manquât. »

Des personnages du roman, continuateurs de Rousseau, se font les propagandistes du *naturisme* lequel, à doses raisonnables, peut, sans doute, combattre efficacement les instabilités que nous vaut la vie civilisée — sortie elle-même (soit dit en passant), des désagréments du naturisme. Car, enfin, il faut bien le dire, le naturisme, dont rêve volontiers l'intellectuel, confiné dans son cabinet, n'est pas sans inconvénients et, je pense que ne me démentiront pas ceux (dont je suis) qui l'ont pratiqué de gré ou de force pendant de longues périodes. L'un de ces inconvénients — non des moindres — est d'assoupir l'intelligence, de paralyser l'effort intellectuel.

Laissant de côté toutes les imaginations, qui voient en la Science une divinité destinée à faire de l'homme un dieu, il n'en demeure pas moins qu'une pratique sagement mesurée et conduite du naturisme, peut être indiquée aux surcivilisées tourmentées par le désir d'être mères.

On trouvera dans le roman de M. SANSON et de notre confrère, d'excellents conseils à ce sujet (v. p. 161 : dernier paragraphe).

Le roman, bien écrit, joli et cependant ne reculant pas devant l'atroce (v. pp. 75-79), n'hésitant pas à soulever des problèmes redoutables, est une jolie fleur piquée avec grâce dans la brochette scientifique du Dr Gaston DANIEL.

Dr G. S.-P.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'allergine

Ses résultats remarquables

Par le Docteur J. PÉRISSON

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Il est peu de maladies qui restent aussi meurtrières que la tuberculose pulmonaire malgré les progrès thérapeutiques indéniables réalisés depuis plusieurs années. Aussi est-ce une grande satisfaction de pouvoir écrire qu'il existe un moyen capable d'en arrêter l'évolution et même de la guérir presque à coup sûr dans les cas où un diagnostic précoce permet d'appliquer assez tôt le traitement dont nous voulons dans ce travail souligner la grande valeur.

Il s'agit de l'allergine d'André Jousset. Ce produit est déjà connu à la suite des publications faites par notre maître. Nous-même en collaboration avec lui avons eu l'occasion de présenter à la Société médicale des hôpitaux, trois cas de méningite tuberculeuse, dont l'évolution avait été arrêtée par l'allerginothérapie et Mme Jousset, dans sa thèse, a publié un certain nombre d'observations particulièrement suggestives. Il n'en est pas moins vrai que la guérison de la méningite tuberculeuse reste toujours une exception. Il est probable que les succès observés tiennent pour une bonne part à un diagnostic particulièrement précoce, peut-être aussi à une bienveillance anormale du bacille, qui semble au contraire avoir présenté cet été une virulence saisonnière exagérée, ou encore à la forme tout à fait spéciale de la maladie. Mais il est certain que l'allergine ne guérit pas habituellement la méningite tuberculeuse pas plus qu'on ne peut espérer la voir guérir la granulie aiguë, dont la méningite ne représente bien souvent qu'un aspect particulier.

Il n'en est pas de même des autres variétés de tuberculose. Nous n'envisagerons aujourd'hui que la tuberculose pulmonaire et dans ce domaine l'allergine a une toute autre efficacité. Nous pouvons écrire sans la moindre hésitation et avec la certitude de n'être pas contredit dans l'avenir que, à l'inverse de la méningite tuberculeuse où l'insuccès est habituel et le succès très rare, la guérison de la tuberculose pulmonaire traitée *à temps* par l'allergine est la règle, l'échec est l'exception.

⁂

Le meilleur argument en faveur d'une pareille affirmation est évidemment l'exposé des résultats obtenus. Nous commencerons par rapporter six observations que nous avons choisies au milieu de nombreuses autres non seulement pour illustrer la grande valeur de l'allerginothérapie, mais encore pour dégager les directives que l'on peut en tirer dans l'application de cette méthode thérapeutique.

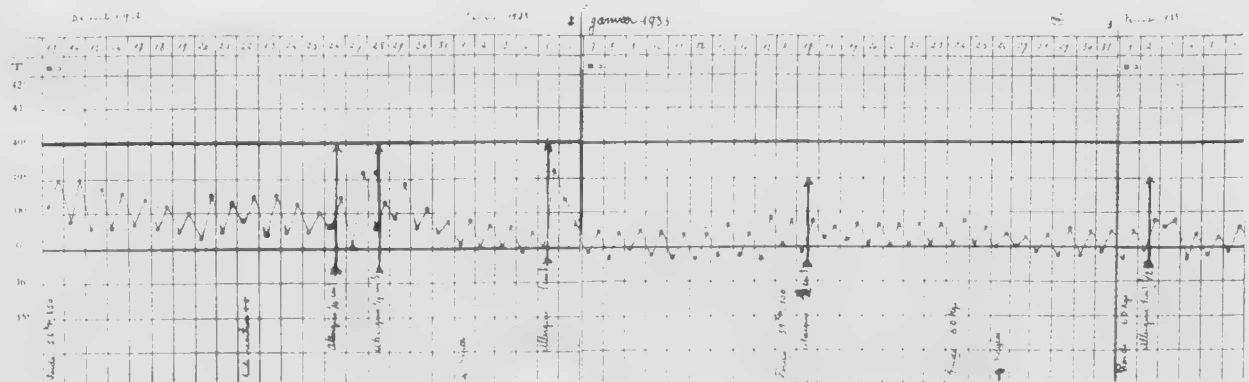
OBSERVATION I. — Sœur M..., âgée de 26 ans, fatiguée et amaigrie depuis quelques semaines est prise brusquement le 14 septembre 1932, de petits frissonnements et d'un point de côté droit, avec toux sèche et ascension thermique atteignant 39°3. Il existe dès le premier jour de la submatité de la base droite avec quelques râles sous-crépitants. Rapidement, en l'espace de trois à quatre jours, les signes pulmonaires sont masqués par le développement d'un épanchement pleural qui prend bientôt une place prépondérante et le tableau clinique devient celui d'une pleurésie silencieuse avec matité remontant jusqu'à mi-hauteur du thorax. Une ponction exploratrice retire un liquide séro-fibrineux, coagulant rapidement, contenant de nombreux lymphocytes et réussissant à tuberculiser le cobaye.

La fièvre est particulièrement élevée, surtout au début, oscillant entre 38 et 40°.

La maladie évolue normalement et la fièvre baisse peu à peu. Ce n'est qu'au bout de quarante jours seulement que l'apyrexie se trouve réalisée, vers la fin du mois d'octobre.

Cette pleurésie sévère était en réalité une cortico-pleurite, ainsi qu'en témoignent les râles sous-crépitants du début. Quelques semaines plus tard, le 13 décembre exactement, alors que l'état général commence à s'améliorer sensiblement, un nouveau point de côté droit survient et marque le début d'une tuberculose pulmonaire de la base droite, révélée par quelques râles sous crépitants et bulleux, rares à l'extrême base où persiste encore la diminution marquée du murmure vésiculaire, témoin de la pleurésie récente, beaucoup plus nombreux vers la partie moyenne du thorax où ils remontent jusqu'à l'épine de l'omoplate. La toux, quinteuse, s'accompagne d'une expectoration bacillifère. L'état général décline assez vite. L'appétit est presque nul, les sueurs nocturnes sont abondantes ; l'amaigrissement devient rapidement évident.

La cuti-réaction est franchement positive et, treize jours après le début de cette nouvelle poussée évolutive, le traitement par l'allergine est institué. La courbe de température ci-jointe indique mieux que tout récit l'efficacité particulièrement rapide de ce traitement. La température redevient normale en neuf jours, après deux injections d'allergine.



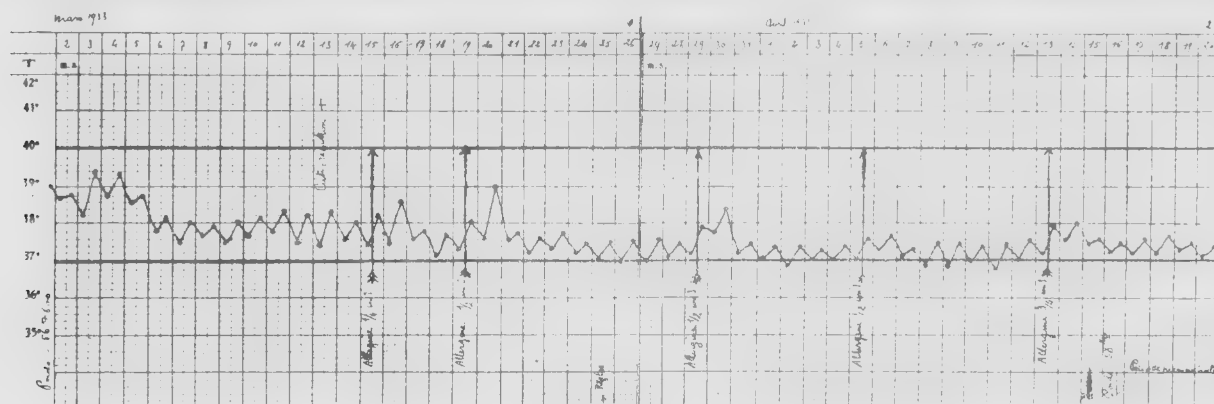
OBSERVATION I

Parallèlement tous les troubles fonctionnels et physiques s'améliorent et, trois mois après le début du traitement le poids est passé de 56 kgr. 250 à 62 kilogrammes. Seules persistent encore une sensation de gêne à la base droite et une diminution nette du murmure vésiculaire à cette base. Pendant plusieurs mois chaque injection d'allergine est suivie d'une accentuation de cette gêne et d'une apparition de quelques râles sous-crépitants dans la même région, s'éteignant le troisième jour qui suit l'injection.

Aujourd'hui, plus d'un an après les premiers symptômes de la maladie, *sans que sœur M..., ait jamais quitté son couvent parisien*, il ne subsiste plus aucun signe clinique de cette tuberculose pleuro-pulmonaire. Le murmure vésiculaire de la base droite est redevenu sensiblement normal. Les injections d'allergine, que nous continuons à pratiquer à la dose de 5 c. c. une fois par mois, ne provoquent plus aucun réveil du point de côté aucune réaction focale. C'est, au point de vue des signes phy-

siques, la *restitutio ad integrum*, Sœur M..., est en parfaite santé ; elle ne tousse plus et recommence à vivre en partie l'existence de sa communauté. On lui permet seulement encore un régime alimentaire plus substantiel et un sommeil plus prolongé.

Le côté le plus intéressant de cette observation est la *guérison complète en plein Paris*, sans que jamais la malade ait quitté son couvent. Il manque évidemment le contrôle radiographique. C'est qu'en effet il s'agit d'une religieuse cloîtrée, à laquelle les règles de sa communauté interdisent toute sortie hors le cas de force majeure. L'évolution rapidement heureuse de sa maladie sous l'influence du traitement n'a pas permis d'admettre qu'il s'agissait d'un cas de force majeure et nous a privé d'un examen radiologique. Mais cette observation, avec ses courbes thermiques, nous a paru assez démonstrative pour pouvoir se passer d'un tel contrôle.



OBSERVATION II

Un autre enseignement s'en dégage à notre avis et nous en profitons depuis lors. Nous traitons toutes les pleurésies bacillaires par l'allergine et nous pensons ainsi éviter à coup sûr le développement d'une tuberculose post-pleurétique, qui ne se serait pas produite chez sœur M... si nous avions institué ce traitement dès la première poussée évolutive.

OBSERVATION II (1). — Mlle G..., comptable, âgée de 22 ans, se sentait fatiguée depuis quelque temps. Au mois de janvier 1933, elle interrompit son travail pendant dix jours pour une affection mal caractérisée qui s'accompagnait de lassitude, de toux sèche et fut qualifiée de grippe. Ultérieurement la lassitude et l'amaigrissement ne firent que s'accroître et le 1er mars, se sentant plus mal à l'aise que d'habitude, elle prit sa température et constata qu'elle approchait de 39°.

Elle présentait une petite toux sèche et éprouvait une assez vague douleur dans le côté droit du thorax. L'examen révélait de la submatité de la base droite en arrière, de la diminution du murmure vésiculaire et la présence de râles sous-crépitants surtout nombreux après la toux.

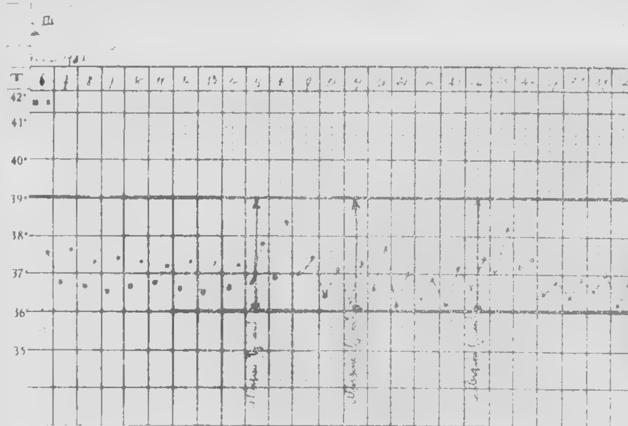
La toux, sèche au début, ne tarda pas à s'accompagner d'une expectoration muco-purulente fortement bacillifère et même une petite hémoptysie se produisit dans le courant du mois de mars. L'examen radioscopique, révéla « l'existence d'une opacité en nappe occupant toute la base du poumon droit, surtout marquée dans la région juxta-hilaire et présentant en son milieu un anneau très fin qui faisait penser à un processus évoluant vers le ramollissement. »

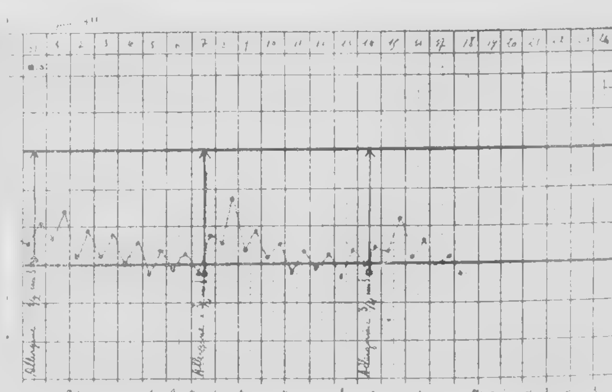
La cuti-réaction se montra nettement positive et le 15 mars le traitement allerginique fut commencé. Dix jours plus tard, la température était redevenue normale. Mlle G... a passé deux mois et demi, du 2 juillet au 18 septembre 1933, dans l'Isère, à une altitude de 400 mètres, où le traitement par l'allergine a été poursuivi.

A l'heure actuelle Mlle G... se trouve dans un parfait état de santé. Tous les symptômes fonctionnels ont disparu ; le poids est monté de 56 kgr. 600 à 67 kilogs. D'autre part les épreuves radiographiques montrent la disparition complète des lésions pulmonaires ; et l'expectoration, qui est d'ailleurs complètement tarie, ne renferme plus depuis longtemps de bacilles de Koch.

La guerison est donc absolue sept mois après l'institution de la thérapeutique. Nous continuons néanmoins les injections d'allergine pour eviter toute récidive dans l'avenir.

Cette observation est très démonstrative ; car elle prouve *la rapidité de la guérison, qui est la règle dans tous les cas de tuberculose pulmonaire traités par l'allergine dès le début de leur évolution*. Elle montre non seulement la rapidité de la guérison clinique, mais l'effacement parallèle des anomalies radiologiques sous l'influence de ce traitement.





OBSERVATION III

OBSERVATION III. — M. B..., comptable, âgé de 29 ans, se fait examiner au debut de mai 1931, se plaignant de lassitude, d'anorexie, de toux fréquente avec expectoration légère, de douleurs vives dans le dos à la hauteur de l'omoplate droite et d'amaigrissement inquiétant.

L'examen révèle de la matité du sommet droit avec respiration soufflante et quelques râles humides prenant après la toux le caractère d'un véritable gargouillement. La température oscille entre 37°6 et 38°5. L'expectoration, abondante, renferme de très nombreux bacilles de Koch.

Une radiographie montre une infiltration du tiers supérieur du poumon droit, au milieu de laquelle on distingue sous la clavicule une image cavitaire indéniable avec son contour sombre et une ligne de niveau caractéristique.

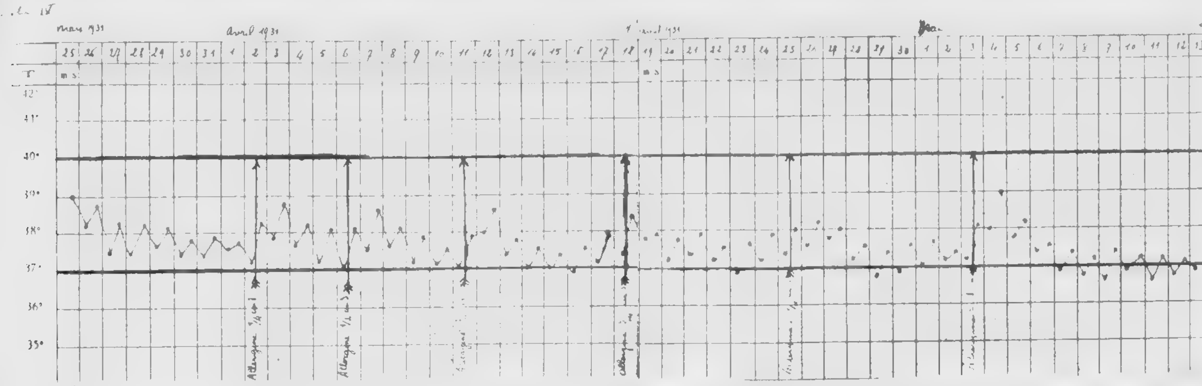
La cuti-réaction donne une réponse franche. Le traitement par l'allergine amène une prompte amélioration. La fièvre disparait totalement en trois semaines. Les signes fonctionnels s'atténuent peu à peu, l'expectoration se tarit et, au bout de trois mois, ne renferme plus de bacilles de Koch. Le poids augmente de 5 kgr. dans le même temps. Une radiographie faite cinq mois apres le debut du traitement montre bien encore un sommet droit un peu obscur ; mais l'image cavitaire a complètement disparu.

Sans que le malade ait jamais quitté sa petite maison de Bi-

(1) Nous remercions le Docteur de Belleville, d'Alfortville, avec lequel nous avons pu soigner cette malade, ainsi que celle de l'observation V.

être, son état est devenu tel, au bout d'un an de soins, que nous ne croyons pas pouvoir nous opposer à son désir de reprendre son travail de bureau. L'allerginothérapie a d'ailleurs été continuée à raison d'une injection tous les quinze jours et la dose de 2 c. c. n'a pas été dépassée.

A l'heure actuelle, près de deux ans et demi après le début de la maladie, la guérison est complète. M. B... a engraissé de 15 kgr. ; il ne tousse plus, ne crache plus, ne se plaint plus de rien et la dernière radiographie indique une disparition totale des images pathologiques.



Observation IV. — Courbe de température au début de la première poussée évolutive de tuberculose pulmonaire dont le traitement par l'allergine fut abandonné prématurément. — La seconde poussée est survenue quinze mois après cet abandon et le traitement repris aussitôt a donné des résultats comparables ; l'apyrexie toutefois n'a pas été obtenue aussi rapidement.

Une telle observation illustre de façon impressionnante la grande valeur de l'*allerginothérapie, capable de guérir de façon absolue un sujet atteint de tuberculose cavitaire et d'amener une disparition complète des images radiologiques anormales, sans que ce sujet ait jamais quitté la banlieue parisienne.*

Observation IV. — M. G..., employé de bureau, âgé de 38 ans, qui se plaint de fatigue générale depuis près de six mois, présente une hémoptysie le 24 mars 1931. Il s'alite et sa température est aux environs de 39°. Elle baisse les jours suivants, pour se maintenir aux environs de 38°.

L'examen physique révèle de la submatité des deux sommets et du côté gauche une respiration soufflante avec apparition de râles bulleux après la toux. La radioscopie montre « quelques opacifications du sommet droit et une infiltration de la moitié supérieure du poumon gauche, avec plusieurs images cavitaires ».

Dans les antécédents du malade on note une pleurésie gauche en 1923, ayant guéri dans les délais habituels et entraîné une interruption de travail de six mois.

La cuti-réaction est nettement positive. Le traitement par l'allergine est commencé le 2 avril 1931 et amène au bout de deux semaines une apyrexie définitive. Les signes fonctionnels s'atténuent. Au bout de quatre mois les bacilles ont disparu de l'expectoration ; le poids a augmenté de 4 kgr. L'amélioration est telle que M. G..., malgré les conseils qui lui sont donnés, et malgré la radioscopie qui montre la persistance de lésions importantes, interrompt tout traitement et reprend son travail le 28 octobre 1931.

Il ne s'en repent pas pendant de longs mois. Mais, dans le courant de février 1933, il se trouve à nouveau très fatigué et recommence à tousser. Il présente une fièvre un peu irrégulière autour de 38°. L'auscultation permet de noter l'existence de râles sous-crépitants aux deux sommets avec respiration soufflante, surtout à gauche. La radioscopie indique des lésions tout à fait comparables à celles observées au cours de la première poussée. L'expectoration renferme à nouveau de nombreux bacilles de Koch.

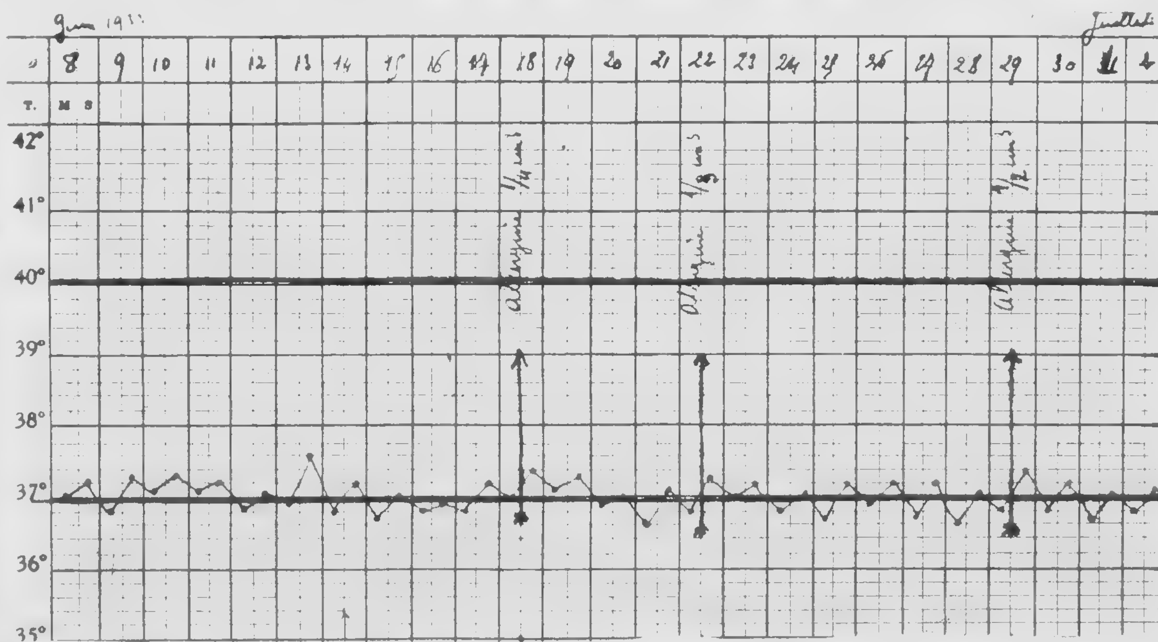
Un second traitement allerginique est commencé le 6 mars 1933. Il faut un mois pour obtenir un retour de la température à l'état normal. Trois mois plus tard l'expectoration a cessé d'être bacillifère et il ne persiste que quelques quintes de toux le matin au réveil. Les bruits adventices ont disparu à l'auscultation.

L'état général s'est amélioré. Le poids s'est augmenté de 5 kgr. En somme l'évolution tend vers la guérison. Mais la radiographie montre la persistance de lésions anatomiques encore très importantes.

Cette observation nous a paru particulièrement instructive, parce qu'elle prouve :

1° *la nécessité absolue d'un traitement prolongé par l'allergine*, pour obtenir une guérison durable et prévenir une rechute toujours à redouter chez un tuberculeux trop tôt perdu de vue ;

2° *l'absence de sensibilisation après un premier traitement abandonné depuis de longs mois et la possibilité de recommencer l'allerginothérapie à l'occasion d'une rechute sans redouter d'accidents anaphylactiques.*



Observation V. — Tuberculose pulmonaire apyrétique. Absence de réactions fébriles après les injections d'allergine.

Observation V. — Mme L..., âgée de 29 ans, exerçant la profession de sténo-dactylographe, accouche le 7 janvier 1933 d'un garçon bien portant qu'elle allaite jusqu'à la fin de mai. Elle éprouve une grande fatigue qu'elle attribue à son allaitement ; elle perd l'appétit et maigrit ; son poids est tombé de 50 kgr. à 42 kgr. 400. Elle présente des sueurs nocturnes et se met à tousser dans le courant du mois de mai.

A ce moment l'auscultation révèle une obscurité respiratoire des deux sommets, avec présence au sommet droit de râles sous-crépitants et bulleux, souffle léger et pectoriloquie aphone. La radiographie montre dans les deux régions sous-claviculaires un semis diffus de taches floues plus nombreuses et plus con-

fluentes du côté droit. L'expectoration renferme de nombreux bacilles de Koch.

Cependant la température est absolument normale. Il s'agit d'une tuberculose pulmonaire *post-partum* absolument apyrétique.

La *cuti-réaction est tout à fait négative*. Néanmoins en présence d'une apyrexie aussi complète et d'un état général qui n'est pas encore trop mauvais, l'allerginothérapie est prescrite. *Elle ne provoque pas de réaction fébrile* et chaque injection est suivie seulement d'une sensation de fatigue un peu plus forte et d'une légère hypotension artérielle.

L'amélioration obtenue par le traitement est très rapide. La toux a cessé dix jours après la première injection et l'expectoration s'est tarie, à tel point qu'il n'a pas été possible de faire une nouvelle analyse bactériologique. Le poids a augmenté et atteint actuellement 47 kgr. 200. L'appétit est bon et Mme L... ne se plaint plus de rien. Une radioscopie faite tout récemment a montré évidemment que les lésions n'ont pas pu s'éteindre aussi rapidement. Mais déjà l'obscurité apicale est moindre ; en particulier le sommet gauche est à peu près dégagé. La cuti-réaction est devenu franchement positive.

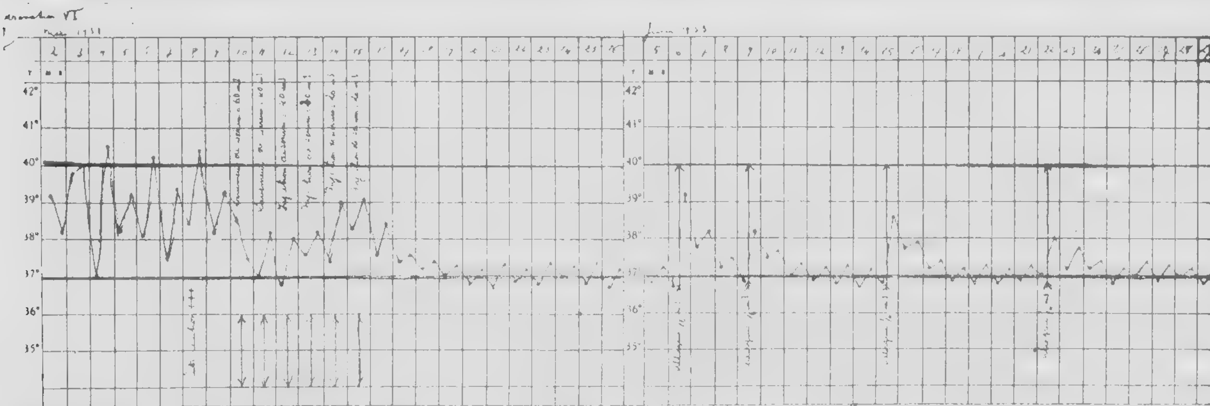
Il faut signaler que cette malade, atteinte d'une scoliose dorsale marquée, présente des antécédents assez chargés. Son père est réformé pour tuberculose pulmonaire. Elle-même a souffert au moment de son adolescence de bronchites répétées et elle a une sœur, plus jeune qu'elle de deux ans, qui a eu deux pleurésies à 5 et 19 ans et qui a fait au mois de juillet dernier une poussée de tuberculose pulmonaire traitée et déjà considérablement améliorée par l'allergine. Son enfant, qui n'a pas subi la vaccination préventive par le B. C. G., qui a été nourri par sa mère pendant près de cinq mois et n'a été séparé d'elle qu'en pleine évolution de ses lésions pulmonaires, est cependant bien portant et sa cuti-réaction est négative.

A l'heure actuelle après un traitement de cinq mois, chez une malade qui n'a pas quitté la banlieue parisienne, l'amélioration est telle qu'elle autorise l'espoir d'une guérison rapidement complète.

Cette observation permet de souligner plusieurs détails : 1° *l'heureux effet du traitement par l'allergine, malgré la cuti-réaction complètement négative* ; 2° *l'absence totale de réaction thermique sous l'influence de la thérapeutique* au cours d'une tuberculose spontanément apyrétique. Elle prouve bien que les résultats obtenus ne sont nullement l'effet d'un choc qui n'est pas nécessaire et qu'il s'agit d'une *thérapeutique véritablement spécifique*.

Observation VI. — L'enfant R..., âgée de 7 ans, est soignée depuis près d'un an pour une adénopathie trachéo-bronchique, lorsque, dans le courant du mois d'avril 1933, sa mère remarque que son enfant perd l'appétit et maigrit. Le 2 mai, elle se trouve plus mal, se plaint de lassitude et de céphalée. Sa température est de 39°2. Dès lors une affection fébrile s'installe, avec de grandes irrégularités thermiques, entre 37° et 40°5.

Lorsque nous sommes appelé à voir l'enfant le huitième jour de sa maladie, elle est asthéniée et amaigrie, présente des sueurs abondantes, mais semble peu abattue, eu égard à l'importance de sa fièvre. L'examen ne révèle pas grand'chose, en dehors d'une respiration soufflante au voisinage de la région vertébrale, en particulier du côté droit, et d'une pectoriloquie aphone descendant très bas jusqu'à la hauteur de la huitième ou neuvième vertèbre dorsale. Ces signes traduisent l'adénopathie trachéo-bronchique reconnue depuis un an et prouvée par la radiographie.



Observation VI. — Tuberculose aiguë infantile. La courbe thermique de gauche montre l'efficacité rapide de la sérothérapie ; la courbe de droite les effets de l'allerginothérapie ultérieurement prescrite pour obtenir une guérison stable.

Il n'existe aucun symptôme de fièvre typhoïde. D'ailleurs l'hémoculture et le séro-diagnostic ont été négatifs. Par contre la cuti-réaction se montre très positive et devant ces constatations, nous prescrivons la sérothérapie antituberculeuse. Deux lavements de 60 c. c. et 40 c. c. sont faits le 10 et le 11 mai et trois injections sous cutanées de 40, 30 et 20 c. c. sont pratiquées les trois jours suivants.

Le résultat se passe de commentaires : il suffit de regarder la feuille de température pour juger de l'efficacité d'une pareille thérapeutique dans ces circonstances. L'enfant ne fait pas d'accidents sériques, malgré l'importance des doses employées, et, huit jours après l'institution de ce traitement, la fièvre est définitivement vaincue.

Ultérieurement, trois semaines après la dernière injection de sérum, l'allerginothérapie est instituée en commençant par une dose de 1/8e de c. c. Les réactions observées sont modérées et les doses de 1/4, puis de 1/2 c. c. sont rapidement atteintes. Actuellement une injection de 1 c. c. est pratiquée tous les vingt jours avec des réactions presque nulles.

L'enfant, qui a passé deux mois à la montagne où son traitement a été poursuivi, a engraissé de 3 kgr. Elle ne se plaint de rien, ne tousse plus comme elle le faisait très souvent auparavant et une nouvelle radioscopie a montré une légère atténuation des ombres hilaires. Tout permet de prévoir une guérison définitive.

Cette observation est un peu spéciale à côté des autres. Il ne s'agit pas, en effet, d'une tuberculose pulmonaire, mais d'une tuberculose aiguë chez une enfant atteinte d'adénopathie trachéo-bronchique.

Nous avons jugé utile de mettre son histoire en parallèle avec les autres observations, parce qu'*elle est une indication typique de la sérothérapie antituberculeuse* ; elle prouve l'efficacité surprenante de cette thérapeutique dans ses indications beaucoup plus restreintes que celles de l'allerginothérapie. Elle montre enfin comment l'allerginothérapie peut être associée à la sérothérapie, pour compléter les résultats forcément temporaires et souvent insuffisants des injections sériques.

De pareils résultats sont habituels et n'étonnent plus ceux qui pratiquent l'allerginothérapie. Il n'en est pas moins vrai qu'elle ne doit pas être appliquée par un ignorant de la méthode et le but que nous nous proposons dans ce travail est précisément de mettre en lumière les règles qui doivent guider dans la conduite du traitement.

EXPOSÉ DE LA MÉTHODE

Avant toutes choses il importe de préciser dans quels cas on peut l'appliquer. Il serait vraiment illogique de condamner une méthode parce qu'elle ne réussit pas dans la généralité des faits. De même que le traitement arsenical est contre-indiqué dans certaines formes de syphilis telles que les hépatites, de même il y a des tuberculeux auxquels l'allerginothérapie ne doit pas être prescrite et il ne faudrait pas s'adresser à de tels malades pour se faire une opinion sur une méthode qui, nous ne craignons pas de l'affirmer, est capable de guérir à peu près tous les cas de tuberculose pulmonaire, à la condition que le diagnostic soit fait assez tôt pour permettre d'appliquer à temps ce remarquable traitement.

I. Indications et contre-indications

Les indications en sont très nombreuses, à tel point

BIBLIOGRAPHIE

Les prématurés. *Physiologie, étude clinique et thérapeutique* par H. VIGNES et G. BLECHMANN. Un volume de 163 pages avec 40 figures (Collection Médecine et Chirurgie pratiques, nº 60), 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint Germain, Paris.

Il est peu de questions aussi passionnantes que celle des prématurés qui intéresse par tant de côtés divers, le physiologiste, l'accoucheur et le pédiatre.

Les publications d'ensemble sur ce sujet sont en nombre restreint. MM. Vignes et G. Blechmann ont réuni les leçons qu'ils ont faites à la Maternité de la Charité, non sous la forme d'un traité considérable, mais en un petit volume de lecture attrayante, agrémenté de nombreuses courbes et figures.

Le Docteur Vignes étudie la physiologie du prématuré. Il établit d'abord son bilan à la naissance : la naissance prématurée constitue une réelle tare pour l'enfant. Après avoir montré les imperfections du prématuré, l'auteur examine comment celui ci s'adapte à la vie extra-utérine. Il conclut que l'avenir éloigné est fonction de trois facteurs : le degré de prématurité, la présence ou l'absence de traumatisme obstétrical, la présence ou l'absence de tares congénitales.

Le Docteur Blechmann s'est chargé des chapitres de clinique et de thérapeutique : comment nourrir et traiter les prématurés constitue l'un des gros problèmes de la pratique de la ville et de l'hôpital. Dans les pages consacrées à l'alimentation, on trouve confrontés les avis parfois divergents des cliniciens français et étrangers.

Les lecteurs de ce petit livre y trouveront donc, outre les enseignements qu'apporte l'étude biologique des prématurés, un guide précieux pour la pratique de tous les jours.

Enfance et hérédité, par A. LESAGE. Un volume de 104 pages avec 6 figures et 6 planches hors texte (Collection Médecine et Chirurgie pratiques : nº 59), 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

On trouvera, dans ce petit livre, l'indication des stigmates héréditaires, dont il convient de rechercher les causes, une classification générale des hérédités morbides ; enfin une étude très complète de l'arthritisme, groupement d'équivalents divers (séborrhée, eczéma, asthme, obésité, goutte, colique néphrétique et hépatique, hémorroïdes, migraine, hydrorrhée nasale, bronchorrhée, etc., qui peuvent se remplacer ou se combiner dans les générations successives et dans le cours de l'existence de l'individu.

La symptomatologie, le diagnostic, la pathogénie et le traitement de la maladie sont tour à tour envisagés.

Où va l'Allemagne ; où va l'Europe ; où va le monde? par Henri GUILBEAUX, G. MIGNOLET et STORZ, éditeurs, 2, rue Fléchier, Paris, 9e, 320 pages.

Les voyages, dit on, forment la jeunesse. Je ne sais si M. Guilbeaux est jeune, mais il est indubitable que les années qu'il vient de passer en Allemagne lui ont révélé bien des points de vue et l'ont amené à un *objectivisme* qui se manifeste de façon fort heureuse dans son ouvrage. Comme dans l'ouvrage que je signalais récemment de Devaldès : *Croître et multiplier, c'est la guerre*, nous rencontrons dans : *Où va l'Allemagne ?* bon nombre de passages écrits dans un esprit vaiment scientifique.

Ne tenez pas cette assertion pour hasardeuse et ne la croyez pas sans importance. Des cerveaux qui se dérobent au boniment et qui se prennent à envisager scientifiquement, je vous assure que cela mérite considération et attention.

Je crois que tous les hommes qui réfléchissent ont intérêt à lire l'ouvrage de Guilbeaux, ouvrage qui pourrait être intitulé : *Histoire de l'Allemagne de l'après-guerre à nos jours.*

Où vont l'Allemagne, l'Europe, le Monde ? L'auteur, s'il déclare que démocratie et parlementarisme ont fait leur temps, ne conclut guère. Ce en quoi il est sage : la multiplicité des facteurs ne permet pas de prophétiser.

La seule observation qu'il me paraît judicieux de faire, c'est que l'humanité fut, est, et sans doute sera tenaillée par la lutte entre *ceux qui ont et qui veulent conserver* et *ceux qui n'ont pas* (ou s'imaginent ne pas avoir suffisamment) *et qui veulent prendre.*

Lutte inégale, car celui qui a s'endort volontiers sur ses richesses alors que désir et envie ne cessent de tenailler celui qui n'a pas ou qui convoite.

De là, le triomphe périodique de ce dernier qui, à peine en possession de son butin, prend l'âme conservatrice et s'empresse de « re » instaurer, sous des formes plus ou moins originales, hiérarchies et aristocraties, destinées à protéger son acquit — soulevant ainsi à son tour haines et convoitises.

Et le cycle se poursuit, émaillant l'histoire de cruautés, misères, violences, guerres entre nations, guerres de classes, etc. Si l'avenir immédiat est imprévisible, il semble bien que l'avenir en général rende inéluctable, parce que fonction de la nature humaine, ce jeu sauvage et énergogène.

Quoi qu'il en soit et quoi qu'il puisse être des convictions, dilections ou répulsions particulières de M. Guilbeaux, quelles que puissent être ses positions philosophiques et politiques actuelles, son livre est une œuvre documentaire d'un extrême intérêt dont je ne recommanderai jamais trop la lecture.

Dr G. S.-P.

L'incomparable guide, par L. Barbedette. Essai de morale biologique Edit. « La Fraternité Universitaire ». Imprimerie Pattegay, Luxeuil (Haute-Saône).

Un nouvel ouvrage du très éminent philosophe L. Barbedette.

Quatre parties : *Avertissement* ; *Déséquilibre* ; *Science et nature* ; *Libération mentale*.

L'incomparable guide, si je comprends bien, c'est la science ; disons mieux : c'est l'esprit scientifique.

Si l'esprit scientifique consiste dans la constatation objective de *ce qui est*, dans l'observation impartiale des relations entre les effets et les causes, dans l'observance stricte de la distinction entre le *fait* et l'*hypothèse*, dans l'étude désintéressée des lois qui régissent matière, vie, espèces, certes la Science peut être un incomparable guide.

Mais si, comme semble y incliner Barbedette, la Science est considérée comme constituant, comme comportant une morale, il y a là une erreur, un gros manquement à l'esprit scientifique, une lourde faute contre l'esprit scientifique.

C'est cette redoutable erreur dans laquelle tombèrent tant de scientistes du XIXe siècle ; c'est cette grave atteinte à l'esprit scientifique qui valurent aux morales traditionnelles des accrocs, des délabrements dont Barbedette lui-même est bien obligé de se rendre compte (v. p. 5 à 22 : *déséquilibre*).

La Science est un instrument ; elle n'est pas une morale.

C'est un outil aux mains du *moraliste* comme de l'*a-moraliste* et de l'*anti-moraliste*.

Chacun peut l'invoquer et l'utiliser avec des arguments probants (ou plutôt paraissant tels) au mieux de ses inclinations, de ses goûts, de ses désirs, de ses passions, de ses instincts, de son idéal politique.

La Science préconise tout aussi bien le « *courte et bonne* », l'exacerbation instructive et agréable des sens par la jouissance, par l'excès, par le toxique que le : « *longue et frugale* », le bridement douloureux des instincts durant toute la durée d'une interminable et plate existence.

La Science préconise tout aussi bien *égoïsme* et *anti-altruisme* que *générosité, altruisme, charité*.

L'esprit scientifique recommande avec une égale indifférence la vie *agréable*, mais *hypocrite, dolosive pour la collectivité*, que l'existence *loyale, vertueuse, utile*.

Et je crois même que de bons observateurs pourraient prétendre qu'en raison de l'amoralité foncière du cosmos, le *vol et l'assassinat profitables* sont (lorsqu'ils peuvent être commis impunément) bien plus scientifiques que la pratique de la *justice*, le *devouement*, le *sacrifice* au bénéfice d'*autrui*.

Je ne parle, bien entendu, que de l'esprit scientifique véritable (qu'il n'est pas toujours aisé de discerner) non des modes qui, par exemple, nous font pro-vitaministes après avoir été anti-vitaministes ou tout au moins a-vitaministes, non des entreprises intéressées qui nous rendent tributaires d'une médication-panacée laquelle guérit infailliblement tous les maux... pendant un certain temps.

D'aucuns disent : Pour vivre moralement, suivez la Nature. Vraiment ? Et si la Nature est indifférente au bien et au mal de l'individu, au maintient ou à la dégradation et à la disparition de l'espèce (tant d'espèces ont déjà disparu) ?

Notons en passant que, *quoi qu'il fasse*, l'homme agit toujours selon la Nature — même quand il se suicide. L'acte qui nous paraît essentiellement contre-nature, le suicide, est, en réalité fonction de l'espèce, comme d'ailleurs, le stupre, le crime, etc., etc.

Quand un homme utilise la Science dans un dessein moral, ce n'est pas la Science qui lui donne sa morale, c'est sa morale à lui qui se sert de la science comme moyen moralisateur — alors que tels autres, la font serve de prédications et d'actions immorales, parfois aussi d'incomparables âneries.

Mais lui, cet homme, d'où tient-il sa morale ?

Quelle étrange confusion, quelle confusion antiscientifique d'esprits d'une magnifique distinction.

Mais je ne puis m'étendre ici sur le point. Je ne puis que renvoyer les lecteurs que la question intéresserait à l'ensemble des ouvrages de L. Barbedette et aussi au dernier fascicule (fasc. VI que vient d'éditer Vigot) de mes *Thèmes psychologiques* ; la *religion de l'intelligence et la morale scientifique*, dans lequel je me permets d'opposer mes vues à celles du très éminent philosophe L. Barbedette. Dr G. S.-P.

qu'il est plus facile d'exposer tout d'abord les contre-indications.

A vrai dire il n'y en a qu'une, mais elle est formelle : c'est la *cachexie*. Il ne faut pas traiter par l'allergine les phtisiques décharnés, arrivés à cette période de la fièvre hectique où le bacille a définitivement vaincu la résistance de l'organisme et où une méthode vaccinothérapique doit être désormais proscrite.

A l'opposé de ces faits, l'indication la plus nette est fournie par tous les cas de tuberculose pulmonaire cliniquement initiale chez des sujets dont l'état général est encore satisfaisant. Toutes les fois que nous sommes appelé à traiter un malade dans ces conditions nous n'hésitons pas à promettre la guérison. Nous abandonnons toute idée de pneumothorax thérapeutique, même si l'atteinte pulmonaire est unilatérale. Nous avons recours à l'allergine et, dans de pareilles circonstances, notre promesse n'a jamais été démentie par les faits. *C'est la guérison à coup sûr.*

Entre ces deux séries de cas extrêmes, il est toute une gamme de faits douteux chez des sujets qui sont atteints depuis longtemps et dont l'état général a déjà subi de sévères assauts. Ils sont notablement amaigris, asthéniques, anémiés. Les uns sont des sujets très pusillanimes ou au contraire trop optimistes qui ont attendu le dernier moment pour prendre un avis médical. Les autres ont déjà été soignés sans que l'évolution de leur maladie ait pu être arrêtée ; inquiets de leur état, ayant perdu la confiance dans les traitements qui leur ont été conseillés jusqu'alors, ils se décident à demander le secours d'une nouvelle méthode. C'est à ce moment que la cuti-réaction à la tuberculine devient un criterium important.

En vérité elle devrait toujours être pratiquée avant d'entreprendre un traitement par l'allergine. Mais dans les formes initiales elle n'est pas absolument nécessaire, puisqu'à notre avis la guérison des sujets traités est alors certaine. Cependant sa réponse peut donner, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, des indications précieuses sur les doses d'allergine à employer au début et sur la marche du traitement. Dans les cas avancés par contre *il est absolument nécessaire d'interroger la cuti-réaction*. Lorsqu'elle est encore positive l'allerginothérapie peut être tentée avec d'autant plus de chances de succès que le début de la maladie est moins éloigné et que la positivité de la cuti-réaction est plus forte.

Il importe à ce point de vue de savoir bien lire une cuti-réaction. Elle est d'autant plus favorable que la coloration rose est plus pâle et que la papule est plus surélevée. Au contraire les cuti-réactions planes et de coloration rouge foncé sont des réactions de mauvais aloi n'indiquant guère un meilleur état général qu'une absence totale de réaction.

Dans ces cas où la cuti-réaction est négative, la possibilité de guérison se trouve sérieusement compromise. Mais ce criterium n'a pas une valeur absolue. Lorsque l'état général n'est pas encore désespéré, lorsque la laryngite tuberculeuse ne complique pas la localisation pulmonaire, lorsqu'il n'y a pas encore cette fièvre hectique terminale qui est comme un glas devant faire abandonner toute illusion, on peut essayer prudemment l'allerginothérapie en commençant par des doses minimes. On obtient fréquemment d'heureux résultats, ainsi qu'en témoigne notre observation V que nous avons précisément choisie malgré la durée encore faible du traitement pour illustrer ce point important. On ne peut cependant pas, dans les cas anciens avec des lésions scléreuses avancées, attendre la guérison rapide et définitive qui est la règle dans les cas récents convenablement traités.

II. Pratique des injections

La conduite du traitement a une très grande importance. Elle demande de la part du médecin qui l'applique un certain doigté, une certaine expérience. Elle peut varier avec chaque malade et des indications nouvelles peuvent surgir au cours de l'évolution d'une affection traitée. Il existe cependant quelques règles qui permettent une certaine schématisation.

L'allergine ne s'emploie qu'en injections sous-cutanées, à des doses progressivement croissantes. Deux points doivent être exposés avec quelques détails : la quantité des premières doses et la progression des doses ultérieures.

A. Premières doses

L'importance des premières doses est considérable et *c'est certainement de la façon dont le traitement est conduit dès le début que dépend en grande partie le succès.*

Nous sommes pour notre part partisan convaincu de l'utilité d'employer de très fortes doses d'allergine et nous avons obtenu par cette méthode des résultats qui convaincraient certainement les plus sceptiques. Mais de pareilles doses ne doivent pas être injectées d'emblée et ce n'est que progressivement qu'on arrive à les atteindre.

Une grande prudence s'impose au cours des premières injections. Il faut alors tâter la susceptibilité de l'organisme, en même temps qu'il faut gagner la confiance du malade, condition nécessaire pour la poursuite du traitement. Les premières doses sont toujours très faibles. Sans être des doses homœopathiques, elles sont de l'ordre d'une fraction de milligramme. Normalement chez un adulte résistant la première dose est d'un quart de centimètre cube d'une solution d'allergine au 1/1000e.

Il existe à cette règle deux exceptions et la dose initiale doit être réduite à 1/8e de centimètre cube dans deux circonstances :

1° *Lorsque la cuti-réaction est très fortement positive*, parce qu'alors il faut redouter une réaction locale très marquée au niveau du point d'injection. Il n'y a d'ailleurs pas un parallélisme absolu entre l'intensité de la cuti-réaction à la tuberculine et l'importance de la réaction locale au niveau de l'injection d'allergine. On observe des dissociations dans un sens ou dans l'autre et c'est une preuve parmi beaucoup d'autres que l'allergine n'est pas de la tuberculine. Quoi qu'il en soit, dans la règle, une cuti-réaction très forte permet de prévoir une réaction locale souvent intense. Sans doute cet accident n'a aucune gravité ; mais il inquiète le malade. Il suffit de le prévenir et de conseiller des applications chaudes sur la région irritée.

On peut également prévoir chez de tels sujets des réactions focales très fortes au niveau des foyers pulmonaires. Il peut même arriver qu'une hémoptysie éclate. Elle est d'ailleurs rare et n'a aucune signification fâcheuse : elle ne doit nullement être considérée comme une contre-indication à la poursuite du traitement. Les réactions focales, comme les réactions locales, iront en s'atténuant et disparaîtront rapidement lors des injections ultérieures.

2° *Une prudence plus grande s'impose dans les cas opposés où la cuti-réaction est particulièrement faible.* Il faut alors redouter une élévation thermique anormalement prolongée et un retentissement sur l'état général qui pourrait être néfaste si les doses initiales étaient exagérées. Il faut commencer par une dose faible, 1/8e de centimètre cube ou même moins, ce qui peut être facilement réalisé en diluant la solution d'allergine dans une proportion calculée de sérum physiologique. On ne doit augmenter les doses suivantes qu'avec une très lente progression.

Deux alternatives peuvent s'observer : ou bien l'on obtient assez vite une amélioration notable et l'on peut au bout d'un temps variable atteindre des doses moyennes et suivre un mode de progression normal ; c'est là heureusement une évolution fréquente. Ou bien au contraire aucune amélioration ne se dessine : il se peut même qu'on ait l'impression d'une influence plutôt fâcheuse de la thérapeutique. En particulier la réaction thermique provoqué par une injection d'allergine, au lieu de durer deux à cinq jours comme dans les cas favorables, peut

se prolonger anormalement. Il est alors indiqué de recourir rapidement à la sérothérapie antibacillaire qui le plus souvent ne tardera pas à éteindre le léger incendie allumé par la vaccinothérapie.

En tout cas dans ces conditions, après un essai prudent qui, bien conduit, ne peut avoir de conséquence néfaste, il n'y a pas à hésiter : on doit abandonner la méthode et recourir à un autre traitement, sans qu'on puisse en attendre d'heureux résultats. A notre avis tout tuberculeux que l'allergine n'améliore pas est un tuberculeux condamné. Il nous semble cependant indiqué dans ces conditions de prescrire l'aurothérapie et, si dans la règle elle reste inefficace, nous avons pu constater dans un cas une amélioration impressionnante. D'autre part il y a des faits très rares où, malgré la situation critique, les lésions sont restées unilatérales ou très prédominantes d'un côté et où des adhérences n'interdisent pas un décollement des feuillets pleuraux. Le pneumothorax auquel nous avons renoncé au cours des poussées initiales retrouve ici toute sa valeur dans des circonstances où malheureusement il est trop souvent irréalisable.

B. Progression des doses

En dehors de ces faits la technique des injections obéit à certaines règles. Schématiquement dans un cas favorable, chez un sujet qui ne présente pas de réactions anormalement fortes, la progression des doses peut être la suivante.

La première injection d'un quart de centimètre cube sera suivi trois jours plus tard d'une deuxième injection de 1/4 ou de 1/2 c. c. La troisième injection faite cinq ou six jours après la deuxième sera de 1/2 c. c. Puis, une semaine après, la quatrième injection atteindra 3/4 de c. c. et la même dose sera renouvelée à un intervalle d'une semaine au cours d'une cinquième injection. La sixième sera faite dix jours plus tard et la septième dix jours après la sixième ; elles seront toutes deux de 1 c. c. La huitième, la neuvième et de la dixième doses, pratiquées chacune à dix jours d'intervalle de la précédente, seront de 1 c. c. 1/2. A la onzième injection faite encore dix jours après, on pourra atteindre 2 c. c. A partir de ce moment, si les réactions observées sont de moins en moins fortes, il n'y a aucun inconvénient à progresser de façon à atteindre des doses de plus en plus élevées : 3, 4, 5 c. c. et même davantage en les espaçant de quinze à trente jours. A ce point de vue notre observation I est tout à fait typique et peut servir de modèle.

Sans doute il n'est pas toujours indispensable d'atteindre ces chiffres. Mais dans certains cas nous pensons qu'il peut y avoir avantage à les dépasser. C'est là une question de doigté qui dépend évidemment d'observations particulières sur lesquelles nous ne pouvons insister. Disons seulement, en faisant une digression hors de la tuberculose pulmonaire, que nous avons obtenu un succès éclatant dans un cas de lupus facial, qui paraît complètement guéri après trois mois de traitement et pour lequel nous faisons actuellement tous les quinze jours une injection sous-cutanée de 6 c. c. d'allergine.

En pratique cette progression schématique est sujette à de très nombreuses modifications qui sont dictées au cours de l'évolution par un certain nombre de lois qu'il nous faut maintenant dégager.

1° Il est d'abord une remarque particulière à la femme : c'est qu'*on doit éviter toute injection d'allergine dans les cinq jours qui précèdent immédiatement la période menstruelle et dans les deux ou trois premiers jours de cette période*. La période prémenstruelle est en effet une phase de congestion facile prédisposant aux hémoptysies que favoriserait de son côté la réaction allerginique. Il n'y a par contre aucun inconvénient à appliquer le traitement à la fin des règles.

2° Pour des raisons analogues *il est indiqué d'interrompre momentanément l'allerginothérapie au moment des fortes chaleurs*.

3° En dehors de ces notions simples et précises, la progression des doses d'allergine doit être basée sur l'intensité des réactions que cette substance provoque. Il en est une qui revêt une importance primordiale : c'est la *réaction thermique*. Chaque injection d'allergine produit habituellement une accentuation de la température qui atteint en moyenne 1 à 2 degrés. C'est pourquoi *la dose initiale doit être particulièrement faible dans tous les cas où il existe avant tout traitement une fièvre élevée*. Lorsque l'évolution n'est pas trop rapide, il y a même intérêt alors à mettre tout d'abord le malade au repos au lit sans thérapeutique active et à patienter quelques jours pendant lesquels on aura le loisir d'étudier le sujet et d'interroger la cuti-réaction. Il est fréquent que le simple repos amène un abaissement de la fièvre, ce qui permet alors d'avoir recours à une dose initiale normale. De toute façon d'ailleurs la fièvre élevée n'est pas une contre-indication, lorsque la réponse franche de la cuti-réaction indique un état général encore favorable. C'est là une grosse différence avec la tuberculine qui produit des effets si désastreux dans les tuberculoses très fébriles.

La réaction thermique n'est pas absolument constante : mais elle est d'une fréquence telle qu'elle est la règle. Elle n'est guère absente que dans les formes de tuberculose torpide qui ont toujours évolué avec un minimum de fièvre ou même avec une apyrexie constante comme dans notre observation V. L'allergine ne fait en somme qu'accentuer de façon éphémère les signes réalisés par le bacille de Koch et ne crée pas habituellement dans un organisme des troubles que le bacille n'a pour sa part jamais provoqués. Or, les tuberculoses, toujours apyrétiques sont l'exception. C'est pourquoi l'absence de réaction fébrile sous l'influence de l'allergine est très rare. Elle paraît encore plus exceptionnelle si l'on attache de l'importance même à une faible ascension de la température du réveil au-dessus de 37° en dehors de la période prémenstruelle chez la femme. D'ailleurs les injections d'allergine entraînent aussi, outre les réactions focales habituelles, une sensation de lassitude et de fatigue générale tout à fait comparable à l'asthénie grippale, une *hypotension artérielle* qui atteint fréquemment deux ou trois unités, tous symptômes sur l'importance desquels on doit tabler pour la progression des doses.

La très grande fréquence de la réaction thermique lui donne une valeur pratique considérable. C'est en effet l'élément le plus objectif sur lequel on peut se baser pour régler le traitement. Il suffit d'interroger la courbe de température pour décider de l'importance et de l'écart des injections successives qui seront faites de préférence le matin. Une bonne précaution consiste même à demander au malade, qui doit obligatoirement garder le repos au lit le jour et le lendemain de la piqûre même s'il est habituellement apyrétique, de prendre sa température toutes les trois heures pendant ces deux jours, sauf bien entendu pendant le sommeil de la nuit. Ce peut être le soir même de l'injection que la fièvre atteint son acmé ; mais le maximum thermique peut s'observer à une heure inaccoutumée. Dans un grand nombre de cas c'est le lendemain de l'injection que ce maximum est constaté. Cette réaction n'est que de courte durée, deux à cinq jours en moyenne ; après ce délai la température s'abaisse à un niveau inférieur à ce qu'il était avant l'injection tant que la maladie a une évolution fébrile ; elle revient à la normale lorsque l'apyrexie est réalisée, ce qui est rapide dans les cas initiaux et s'obtient quelquefois en huit à quinze jours.

4° *Il est prudent de toujours attendre au moins le retour à l'état thermique antérieur à la dernière injection pour pratiquer l'injection suivante.* Et si la réaction fébrile a été violente, si elle a été voisine de 2° et a plus forte raison si elle lui a été supérieure, il faut attendre plus longtemps pour faire une nouvelle injection et s'en tenir à la même dose, voire même la diminuer après des réactions jugées excessives.

5° *On ne doit en somme augmenter une dose d'allergine que lorsque la réaction provoquée par la première injection*

de cette dose commence à s'atténuer nettement au cours des injections ultérieures.

6° Par conséquent au début du traitement la prudence est notre règle de conduite. Mais plus tard *lorsque les tâtonnements initiaux nous ont donné des indications suffisantes et un résultat thérapeutique déjà appréciable, nous nous efforçons d'atteindre des doses très élevées, aussi fortes que le permet chaque cas particulier.* Nous ne craignons pas les réactions allerginiques chez les malades traités suffisamment tôt. *Elles ne sont nullement dangereuses* et nous estimons même que leur intensité est plutôt un heureux présage, lorsqu'elles sont de courte durée et rapidement suivies d'une amélioration par rapport à l'état antérieur. Elles ne tarderont d'ailleurs pas à s'atténuer. Elles s'effaceraient même vite et totalement, spécialement la réaction thermique, si l'on ne prenait pas la précaution d'augmenter progressivement les doses. Au reste des doses très élevées finissent elles-mêmes par ne plus être suivies que de réactions insignifiantes. Ainsi la malade de notre observation I, à laquelle nous faisons actuellement une injection mensuelle d'allergine, n'a présenté, lors de sa dernière dose qui a été de 5 c.c., qu'une poussée thermique très modérée qui n'a pas dépassé 38° et n'a pas duré plus de deux jours.

En ce qui concerne les doses les plus élevées que l'on puisse et doive atteindre, il n'y a pas de loi absolue. Il n'est même pas toujours indispensable de dépasser des doses modérées. C'est ainsi que chez notre malade de l'observation III, complètement guéri au bout de deux ans et demi avec une disparition des anomalies radiologiques, nous n'avons pas dépassé la dose de 2 c. c. C'est encore une fois question d'expérience et de doigté. A l'heure actuelle, après un certain nombre de constatations, nous estimons qu'il est préférable de ne pas s'arrêter à une trop faible dose d'entretien et qu'il est indiqué, dans tous les cas où un traitement bien conduit au début a montré son efficacité, d'atteindre progressivement une dose de 5 c.c. d'allergine injectée tous les quinze jours ou tous les mois.

Cette nécessité s'impose particulièrement lorsque, l'évolution morbide s'étant arrêtée, la fièvre ayant disparu et l'état général s'étant considérablement amélioré, le malade continue à rejeter une expectoration bacillifère. L'expérience nous a prouvé que, dans ces conditions, la poursuite du traitement, sous forme de l'injection répétée à intervalles plus ou moins éloignés d'une trop faible dose d'allergine, ne parvient pas à éteindre la maladie et à chasser définitivement le bacille. Bien plus il arrive même qu'elle n'empêche pas la survenue soudaine d'une poussée évolutive particulièrement grave et accompagnée rapidement de fièvre hectique qui contre-indique alors la poursuite de l'allerginothérapie. Ce sont des constatations de ce genre que nous ont conduit à admettre la nécessité des doses élevées, grâce auxquelles on peut seulement obtenir la guérison définitive dans un grand nombre d'observations.

Bien plus, actuellement, nous avons l'habitude d'atteindre des doses élevées même dans les faits où des doses modérées d'allergine ont immédiatement amené une amélioration qui devient rapidement une guérison en apparence complète. Nous voulons prévenir toute rechute de la maladie et pour obtenir ce résultat nous estimons qu'il est préférable de ne pas cesser trop vite la progression des doses. Tant qu'une dose donnée d'allergine provoque une réaction fébrile appréciable, il n'y a évidemment aucune raison de la dépasser. Mais lorsque cette réaction tend à devenir nulle, nous n'hésitons pas à augmenter la dose.

7° L'espacement des injections d'allergine va en augmentant en même temps que progressent les doses injectées. Cependant, *tant que la guérison clinique n'est pas obtenue, tant que la présence de bruits adventices pulmonaires et la persistance de l'expectoration bacillifère témoignent de la réalité de l'évolution morbide malgré l'amélioration de l'état général, il est indispensable de ne pas trop espacer les doses* : une semaine, dix jours tout au plus doivent séparer deux injections successives. Lorsque, pour une raison indépendante de la volonté du médecin, le traitement a été interrompu dans ces conditions pendant une période plus prolongée, il est indiqué de reprendre l'allerginothérapie avec prudence, en recommençant par une dose, d'autant plus inférieure à la dernière que l'arrêt thérapeutique a été plus prolongé, et d'obéir aux règles déjà indiquées pour la progression des doses ultérieures.

Par contre *chez les sujets qui paraissent rapidement guéris par l'allerginothérapie sans qu'il persiste aucun signe de tuberculose évolutive, la progression des doses peut être suivie d'un espacement parallèle des injections*, qui atteint plus ou moins rapidement quinze jours, trois semaines et même un mois.

8° Les réactions allerginiques témoignent d'un effort de défense de l'organisme proportionné lui-même à l'importance de l'attaque et par conséquent à la dose d'allergine injectée. Un moment arrive où la répétition de cet effort aboutit au retour à l'état d'immunité qui est alors la guérison définitive. Mais pour arriver à ce résultat, *pour prévenir une récidive toujours à craindre chez un tuberculeux récemment guéri, il est nécessaire, non seulement d'atteindre des doses bien supérieures à celles qui ont permit la guérison clinique mais encore de prolonger le traitement bien au delà de la date de cette guérison* .

La *longue durée du traitement*, qui n'a rien de spécial à l'allerginothérapie et tient à la maladie elle-même, est un corollaire de la nécessité des doses élevées et son importance est aussi grande. Dans les tuberculoses anciennes, c'est par années qu'il faut compter. Dans les cas les plus favorables correspondant aux tuberculoses récentes, il est indispensable de continuer les injections d'allergine de plus en plus espacées d'ailleurs bien longtemps après la guérison apparente.

Il est malheureusement des sujets qui se prêtent mal à ce traitement de longue durée, lequel finit pourtant par être bien peu absorbant, puisqu'au bout d'un certain temps il consiste en une injection sous-cutanée répétée seulement toutes les trois semaines ou tous les mois. De tels malades se croient guéris trop tôt et ne veulent pas écouter les conseils de prudence qui leur sont prodigués. Il en a été ainsi du malade de notre observation IV qui, devant le succès du traitement au bout de quelques mois a repris son travail trop vite et a refusé en même temps la continuation de ses injections. Le résultat en a été une récidive de la maladie au bout de quinze mois d'existence normale. Sans doute la reprise du traitement a amené une fois de plus une sédation des symptômes, une descente de la fièvre, une amélioration de l'état général et même une disparition de l'expectoration bacillifère. Mais la radiographie est là pour montrer la persistance de lésions importantes.

Cette observation nous a paru instructive, non seulement parce qu'elle illustre la nécessité d'un traitement prolongé, mais encore parce qu'elle prouve qu'une rechute de maladie, lorsque la thérapeutique a été abandonnée prématurément, peut encore être traitée par l'allergine en suivant les mêmes règles de conduite. *Il n'y a pas de sensibilisation sous l'influence d'un premier traitement et il n'y a pas lieu de redouter des accidents anaphylactiques.*

Mais à vrai dire il vaut mieux éviter des rechutes et c'est dans ce but que nous insistons sur la nécessité d'un traitement prolongé avec augmentation progressive des doses. Le meilleur argument en faveur de cette conclusion est le contraste frappant entre le malade dont nous venons de parler et celui de l'observation III, qui présentait des lésions très comparables et qui se trouve parfaitement guéri au point que nous avons pris la décision, au bout de deux ans et demi, d'abandonner la thérapeutique.

Ce délai de deux à trois ans est peut-être empirique. Il vaut mieux à notre avis dépasser cette limite plutôt que de rester en deçà. *La prolongation du traitement n'a au-*

cun inconvénient : son interruption prématurée peut avoir de fâcheuses conséquences.

III. Traitements associés

Aucune autre thérapeutique n'est nécessaire au cours de l'allerginothérapie. Il y a seulement intérêt à prescrire des antithermiques au cas où la réaction fébrile est très forte. Notre maître, M. Jousset, préconise un mélange par cachet de salipyrine 0 gr. 30, chlorhydrate de quinine 0 gr. 20, caféine 0 gr. 05 et phosphate de codéine 0 gr. 02 (2 à 4 cachets par jour). D'autre part c'est le traitement hygiénique et le repos habituels dans toute cure de tuberculose.

La cure sanatoriale n'est nullement indispensable. Nous connaissons bon nombre de malades traités à Paris et guéris sans l'avoir jamais quitté. C'est ainsi que notre malade de l'observation I ne s'est jamais éloignée de son couvent parisien et le sujet de l'observation III est toujours demeuré dans sa petite maison de banlieue. Il va sans dire que, toutes les fois que cela est possible, après avoir commencé le traitement à Paris, nous conseillons la poursuite des injections à la campagne. Mais nous répétons que ce séjour n'est pas nécessaire et sans hésitation nous affirmons que, pour toute tuberculose qui commence, il vaut mieux l'allergine à Paris que la campagne sans allergine.

***

Nous avons eu surtout en vue dans cet exposé la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Seule notre dernière observation a trait à une fillette de sept ans atteinte depuis plusieurs mois d'une adénopathie trachéo-bronchique reconnue et que nous avons été appelé à soigner au cours d'une poussée évolutive fébrile. C'était au début de cet été qui a vu se développer un nombre particulièrement grand de tuberculoses aiguës. Nous avons eu la chance d'observer cette petite malade dans les dix premiers jours de cette poussée. La sérothérapie nous a paru particulièrement indiquée dans ces conditions et a amené une guérison d'une rapidité surprenante. Il n'en a malheureusement pas été de même dans bon nombre de cas de tuberculose aiguë qui avaient présenté un début tout à fait analogue à cette observation et dans lesquels une granulie était ultérieurement devenue évidente. Nous n'avons pu voir les malades que très tardivement, plus d'un mois après l'apparition des premiers symptômes qui avaient d'abord été mal interprétés et souvent attribués à une autre étiologie.

Nous avons souligné ces constatations parce que nous avons estimé qu'elles ont une importance capitale. Si l'on avait eu soin, comme le préconise notre maître M. Jousset, de pratiquer *de façon précoce* une cuti-réaction chez tous ces sujets atteints d'une affection fébrile mal caractérisée, on aurait été frappé comme nous l'avons été chez notre petite malade par sa positivité exagérée. Une telle remarque indique formellement à notre avis la sérothérapie antituberculeuse, car elle donne alors des résultats que n'oublient jamais ceux qui les ont constatés une fois.

On a beaucoup médit de la sérothérapie au nom des échecs que son emploi a pu donner. Mais à la vérité ces échecs tiennent à une utilisation défectueuse s'adressant à des indications mal choisies ou appliquée de façon trop tardive. En réalité ce n'est pas le sérum qu'il faut incriminer, c'est le médecin qui l'a mal employé. *Les indications de la sérothérapie antituberculeuse sont certainement très restreintes, beaucoup plus que celles de l'allergine. Mais son efficacité dans ces indications précises est tout à fait remarquable.* Nous avons la conviction que si toutes les tuberculoses aiguës de l'enfance et de l'adolescence étaient traitées assez tôt par le sérum, il n'y aurait pas beaucoup de granulies ; il n'y aurait presque plus que des typho-bacilloses qui guériraient très souvent.

En résumé, on peut dire schématiquement que la *sérothérapie est indiquée au début des tuberculoses qui évoluent chez l'enfant avant quinze ans, tandis que l'allergine doit être prescrite chez tout sujet ayant dépassé cet âge.* D'ailleurs chez l'enfant, l'allergine est beaucoup plus efficace que le sérum toutes les fois qu'il s'agit d'une tuberculose un peu traînante, tendant à prendre les caractères de celle de l'adulte ; et, même dans les tuberculoses aiguës, l'effet du sérum n'étant fatalement que temporaire, nous estimons qu'il est utile de faire suivre la cure sérique d'une cure par l'allergine beaucoup plus prolongée, laquelle ne pourra être commencée que quinze à vingt jours après la dernière injection de sérum, lorsque la phase des accidents sériques sera terminée. C'est ce que nous avons fait chez notre petite malade de l'observation IV. Depuis longtemps elle est apyrétique et actuellement elle est en voie de guérison complète. Son observation est un exemple qui nous a paru intéressant de l'association de la sérothérapie antituberculeuse et de l'allerginothérapie.

RÉSULTATS

Les résultats d'une pareille méthode sont tout à fait réconfortants. Au début toute injection d'allergine est suivie d'une accentuation momentanée de tous les signes de la maladie : la toux, l'expectoration augmentent, en même temps que les signes physiques révélés par l'auscultation. Mais c'est une accentuation tout à fait éphémère et rapidement, dans les cas favorables qui sont la règle, les réactions focales s'atténuent parallèlement aux réactions générales. *L'évolution générale est calquée sur l'évolution thermique*, dont nous avons souligné la grande valeur pratique.

Deux éléments caractérisent cette évolution thermique. 1º D'une part la température spontanée du malade ne tarde pas à être heureusement influencée et descend vers la normale. Nous avons vu que chaque injection d'allergine amène une poussée fébrile transitoire bientôt suivie d'une chute thermique au-dessous du niveau antérieur à cette injection et en quelques semaines, très souvent même en quelques jours, l'apyrexie est réalisée, la température étant inférieure à 37° le matin au réveil et supérieure de quelques dixièmes à cinq heures du soir. 2º D'autre part les réactions fébriles qui suivent les premières injections s'atténuent également et, au bout d'un temps variable, des doses même très élevées d'allergine ne provoquent plus de fièvre ou entraînent seulement une élévation thermique de quelques dixièmes de degré.

Cette évolution de la température est le miroir de l'évolution favorable de la maladie sous l'influence du traitement. Parallèlement à elle et à l'extinction progressive des signes fonctionnels et physiques, l'appétit se relève, le poids augmente, la confiance renaît, les bacilles diminuent et disparaissent de l'expectoration.

Il est d'ailleurs inutile de s'appesantir sur ces résultats. Nos observations sont plus éloquentes que tout développement devenu inutile. Les deux observations nos II et III sont une preuve que la guérison anatomique est parallèle à la guérison clinique et, dans ces deux cas, l'image radiologique du thorax est redevenue normale.

Ces merveilleux effets de l'allerginothérapie dans la tuberculose pulmonaire sont d'ailleurs analogues à ceux obtenus dans toutes les localisations tuberculeuses et nous possédons des observations très démonstratives d'abcès froids, en particulier d'abcès pottiques, d'adénite fistulisée, d'arthrite bacillaire, de rhumatisme et spécialement de polyarthrite déformante, de lupus, de kératite phlycténulaire rapidement et complètement guéris par cette méthode, dont *les résultats sont d'autant plus concluants que le traitement est institué plus tôt.*

Cette utilité d'un traitement précoce est un point que nous jugeons capital. En ce qui concerne spécialement la tuberculose pulmonaire, nous ne craignons pas de répéter que la guérison d'une poussée cliniquement initiale est une règle presque absolue. Sans doute il doit y avoir des exceptions comme il y en a à toutes les règles ; mais elles sont bien rares, puisque nous n'avons pas eu

l'occasion d'en rencontrer toutes les fois que le traitement a été convenablement poursuivi. Dans les formes de tuberculose ancienne avec état général suffisamment bon, l'amélioration est une règle aussi constante ; l'évolution morbide est arrêtée ; mais la guérison n'est pas aussi complète et l'expectoration bacillifère peut persister longtemps.

CONCLUSIONS

En somme les conclusions auxquelles nous aboutissons sont les suivantes :

L'allerginothérapie arrête l'évolution des tuberculoses anciennes qui n'ont pas encore atteint la période de la fièvre hectique ; elle guérit de façon complète et définitive les tuberculoses pulmonaires précocement et convenablement traitées.

Y a-t-il un autre traitement qui puisse affirmer de pareilles promesses ? Nous ne le croyons pas et c'est pourquoi nous estimons que cette thérapeutique mérite de prendre dans la lutte antituberculeuse une place prépondérante.

Il est quelques points sur lesquels nous voudrions encore insister avant de terminer. C'est qu'*il ne faut pas s'adresser pour juger cette méthode à des tuberculeux hectiques.* De tels sujets sont fatalement condamnés à une mort prochaine qu'aucun traitement ne parviendra jamais à empêcher, à une phase évolutive de leur affection où la lutte entre l'immunité et la maladie est définitivement gagnée par le bacille qui n'a plus rien à craindre de toutes les offensives thérapeutiques désormais inutiles. Ce dont nous sommes persuadé et ce que nous voudrions répandre comme une vérité certaine, c'est que, si l'on avait soin d'appliquer assez tôt l'allerginothérapie dans tous les cas de tuberculose pulmonaire, on verrait beaucoup moins de ces tuberculeux hectiques pour lesquels on ne peut plus rien. Il est vraiment illogique de vouloir se faire une opinion sur une méthode en s'adressant à des cas aussi désespérés. Nous ne voulons donner qu'un exemple : le traitement antisyphilitique est incapable de guérir une cirrhose spécifique trop avancée et cependant personne ne songe à nier la grande valeur de ce traitement. La médecine ne peut avoir d'autre but que d'empêcher une maladie d'arriver à cette phase d'incurabilité.

Qu'on ne reproche pas par ailleurs à l'allerginothérapie de guérir surtout des maladies au début de leur évolution, sous prétexte que ces affections guérissent souvent toutes seules par le simple repos et une bonne hygiène. Elles ne guérissent malheureusement pas toutes de cette façon et c'est pourquoi la tuberculose pulmonaire est encore si meurtrière. Avec l'allergine la tuberculose cliniquement initiale guérit presque toujours, pour ne pas dire toujours. N'est-ce pas une conclusion suffisante pour autoriser de grands espoirs ? Chacun sait bien que parmi les sujets soignés préventivement par du sérum antitétanique à cause d'une plaie suspecte, la grande majorité n'aurait pas le tétanos ; et cependant aucun médecin ne songe à nier la valeur de la sérothérapie antitétanique et à se servir de cet argument pour négliger de la prescrire dans tous les cas où une menace de tétanos peut être envisagée. Y a-t-il donc deux poids et deux mesures et veut-on exiger beaucoup plus d'une méthode qui a cependant le désavantage de s'adresser uniquement à des malades et non à des sujets qui pourraient le devenir et qui, dans ces conditions, promet de les guérir presque toujours ? Il faut que la vérité se fasse jour et notre désir est de pouvoir contribuer, dans la faible mesure de nos moyens, au triomphe d'une cause qui nous paraît si pleine de promesses pour l'avenir de la lutte antituberculeuse.

Un dernier mot enfin. On a pu prétendre que l'allergine n'était pas autre chose que de la tuberculine. Notre maître, M. Jousset, a déjà répondu personnellement à cette objection (1). L'allerginothérapie et la tuberculinothérapie ont évidemment un point commun, c'est d'être chacune une méthode vaccinothérapique. Ce qui diffère, c'est la qualité du vaccin, laquelle ne peut être jugée que par les résultats thérapeutiques. Nous voulons pour notre part rester sur ce terrain et nous considérons que les succès beaucoup plus beaux obtenus par l'allergine sont la preuve la meilleure et la plus convaincante que cette substance est autre chose que de la tuberculine. Ce qui donne à l'allerginothérapie un avantage considérable sur toutes les méthodes similaires, c'est la constance et *la rapidité de ses résultats.*

(1) *La Presse Médicale*, 20 juin 1921, n° 49.

∴

On peut reprocher à nos observations le manque de recul, qui atteint seulement deux ans et demi dans le cas le plus ancien. Mais il y a déjà douze ans que nous avons pu constater les bons effets de l'allergine, alors que nous étions interne de notre maître, et dès ce moment nous avons commencé à entrevoir les promesses qu'autorisaient ses recherches. Nous avons continué depuis lors à le suivre dans une voie qu'il nous avait montrée si fertile et nous savons qu'il a obtenu pour sa part de nombreux et durables succès.

D'ailleurs il s'agit d'une méthode d'institution délicate qui a demandé pas mal de tâtonnements avant de permettre la mise au point que nous venons d'exposer et qui n'est peut-être pas tout à fait définitive. En particulier nous avons conclu que l'allerginothérapie parvient seulement à arrêter l'évolution des tuberculoses anciennes ulcéro-caséeuses, sans les tarir définitivement. Cependant des constatations toutes récentes nous permettent d'espérer que la méthode des très fortes doses progressivement croissantes dans des cas de ce genre parviendra à des résultats plus définitifs que nous n'avons osé l'affirmer. L'allerginothérapie n'a certainement pas encore dit son dernier mot, même entre les mains de ceux qui la pratiquent depuis son début.

Nous avons jugé que notre devoir était de ne pas attendre davantage pour publier de semblables résultats. Ils sont déjà tels qu'ils paraissent infiniment supérieurs à ceux donnés par toutes les méthodes appliquées jusqu'à ce jour. Nous estimons que les malades forcément trop rares traités par ce procédé ont une chance particulière et que l'allerginothérapie mérite d'être généralisée. Nous avons fait tout notre possible en écrivant ces lignes pour rendre notre foi communicative et nous espérons y avoir réussi. Au reste notre conviction est une certitude scientifique basée sur des constatations déjà nombreuses. Des résultats analogues à ceux qui nous ont convaincu peuvent être facilement obtenus par tous. Ceux qui certainement se décideront à pratiquer l'allerginothérapie ne tarderont pas à acquérir la même certitude à la lumière des mêmes résultats.

« La célébrité est comme un fruit très doux mais rempli de pépins amers qu'il est difficile de ne pas écraser quand on veut en goûter ». (J. Cloquet. Cité par *Les Biographies médicales*.)

Iode. — Si on fait ingérer deux milligrammes de thyroxine à un homme, soit 1.300 gamma d'iode, on constate, pendant les premières vingt-quatre heures, une élimination d'iode dans les urines qui fut de 96 gamma dans un cas et de 160 dans l'autre. Il y avait seulement 2,5 et 1,7 d'iode thyroxinique. Donc l'homme évacue la thyroxine par l'urine sous une forme dégradée. (A. Wl. Elmer et M. Scheps. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1933, t. CXIV, n° 30, p. 350.) H. V.

La calcémie s'élève au cours de l'évolution des fractures, elle revient à son taux normal lorsque la consolidation est effectuée ; cette évolution de la calcémie est moins nette et fort irrégulière si la fracture est infectée. (J. Perves. Sur le taux de la calcémie au cours de la consolidation des fractures. *C. R. des séances de la Société de biologie*, 1933, t. CXIV, n° 31, p.526.) H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1933

Sur un nouvel alcaloïde synthétique dérivé de la papavérine : la perparine. — Le professeur *Pouchet* présente une note relative à une étude faite en collaboration avec M. Paul Bourcet, sur un nouvel alcaloïde synthétique dérivé de la papavérine : la perparine.

La formule chimique de la papavérine est figurée par l'union d'un noyau isoquinoléique avec un noyau benzénique dans chacun desquels deux atomes d'hydrogène sont substitués par deux groupes méthoxyle. Dans ses leçons de pharmacodynamie et de matière médicale publiées en 1910, M. Pouchet avait fait remarquer que la substitution du groupe éthoxyle au groupe méthoxyle pouvait atténuer ou même supprimer l'action convulsivante des composés méthoxylés et il a pensé que cette substitution réalisée dans la formule de la papavérine pourrait conduire à l'obtention d'une substance douée de propriétés fort intéressantes au point de vue thérapeutique. Les faits ont confirmé cette vue théorique.

La perparine s'est révélée comme douée de propriétés spasmolytiques et sédatives supérieures à celles de la papavérine, en même temps que son action est notablement plus durable.

Tandis que sur une anse intestinale isolée et perfusée avec la solution de tyrode, on voit, sous l'influence de la perparine, l'amplitude des mouvements péristaltiques diminuée presque dans la proportion du simple au double, alors que le tonus musculaire est légèrement augmenté, on constate qu'il faut plus du double en poids de papavérine pour arriver au même résultat. La perparine ramène à la normale les états convulsifs provoqués par l'acéthylcholine ou par le chlorure de baryum et l'effet anticonvulsivant est trois à quatre fois plus accentué que celui de la papavérine.

La marge thérapeutique de la perparine, six à neuf fois plus grande que celle de la papavérine, est remarquable non pas tant en raison de sa toxicité moindre, que surtout à cause de l'augmentation de son effet thérapeutique utile. La perparine possède une activité trois fois plus grande et une toxicité deux à trois fois moindre.

L'emploi de la perparine a donné d'excellents résultats dans tous les cas où il y avait à lutter contre des spasmes. L'influence exercée sur les toux spasmodiques, notamment dans la coqueluche, est des plus remarquables. On a également obtenu de fort intéressants effets dans divers états spasmodiques du tube gastro-intestinal, ainsi que chez les mélancoliques anxieux.

Tous ces résultats fort encourageants, demandent à être confirmés par des observations réitérées.

La pathogénie de l'exophtalmie basedowienne et son traitement. — *MM. Marcel Labbé, Maurice Villaret, Justin Besançon,* et *Mme Schiff-Wertheimer*, relatent des recherches d'ordre clinique et expérimental.

L'exophtalmie du type basedowien possède une indiscutable autonomie clinique. Sur le terrain expérimental, les auteurs ont démontré qu'elle possède aussi une autonomie physiologique.

Dans un autre ordre d'idées, on trouve l'explication de la facilité avec laquelle l'exophtalmie se trouve ordinairement associée à l'hyperthyroïdie. C'est que la thyroxine sensibilise les terminaisons sympathiques dont l'excitation provoque la protrusion du globe oculaire.

Cette explication n'est probablement pas la seule, car le problème est complexe.

Médicaments employés. — Alcaloïdes du groupe yohimbine. Les yohimbines qui agissent sur l'exophtalmie ne possèdent aucun effet génital aux fortes doses utilisées. Elles donnent lieu à certains phénomènes d'intolérance.

Remarques cliniques :

1° Basedow non encore traité : action manifeste.
2° Basedow traité médicalement : action médiocre.
3° Exophtalmie résiduelle. Résultats démonstratifs.
4° Exophtalmie du type Basedow sans hyperthyroïdie. Résultats bons.

Après avoir fait quelques réserves, les auteurs concluent :

« Au total, ces premiers essais thérapeutiques montrent bien qu'il y a deux éléments dans la maladie de Basedow, comme l'un des auteurs l'a formellement démontré :

1° Des phénomènes d'hyperthyroïdie accessibles à certains traitements qui peuvent ne pas modifier l'exophtalmie et par contre totalement insensibles aux effets de certains médicaments sympatholytiques ;

2° Un syndrome neuro-végétatif non modifié par le traitement de l'hyperthyroïdie, et par contre accessible à certains médicaments sympatholytiques ».

Les recherches des auteurs semblent donc présenter avant tout un intérêt d'ordre physio-pathologique.

Sur la présence du virus tuberculeux dans le colostrum des femmes tuberculeuses. — ***MM. J. Valtis, F. van Deinse*** et ***M. Lacomme*** ont recherché chez 15 femmes tuberculeuses de la clinique Baudelocque (Prof. Couvelaire), la présence du virus tuberculeux dans le colostrum.

Ils ont observé chez huit d'entre elles soit le virus tuberculeux à l'état d'ultra-virus, soit des bacilles ayant les caractères particuliers de ceux qui dérivent de l'ultravirus.

Les auteurs se demandent si l'absorption de ce colostrum par le nouveau-né est susceptible d'exercer des effets nuisibles ou si, au contraire, il lui confère un certain degré de résistance vis-à-vis des contaminations virulentes précoces. Ces travaux sont en cours et apporteront sans doute quelque lumière sur cet important sujet.

Recherche de la bacillémie tuberculeuse par la méthode de Loewenstein. — ***MM. F. Arloing*** et ***A. Dufourt***, après avoir étudié expérimentalement les diverses méthodes d'hémocultures bacillaires successivement proposées par Loewenstein, concluent que la dernière modification de la technique première de Loewenstein apporte incontestablement des éléments nouveaux d'appréciation de la bacillémie tuberculeuse. Elle confirme, sans élargir cette connaissance, le pourcentage habituel fourni par l'inoculation au cobaye, de la présence dans le sang des tuberculeux pulmonaires du bacille de Koch sous sa forme adulte (3,3 % macro-cultures, résultats personnels).

Par contre, la méthode de Loewenstein montre que le germe tuberculeux peut être bien plus souvent isolé du sang des tuberculeux sous une modalité différente (20 % micro-cultures, résultats personnels).

Cette forme seconde de l'agent de la tuberculose peut, à la rigueur, paraître identique au bacille classique. Pourtant, elle s'en avère très éloignée par ses caractères biologiques, culturaux et infectieux.

La difficulté de sa culture, son absence de pouvoir pathogène net, sa faible capacité allergisante à la tuberculine, nous la font considérer comme issue de l'ultra-virus tuberculeux.

La forme sous laquelle le germe tuberculeux circule dans le sang paraît donc être une forme jeune, en relation très immédiate avec l'ultra-virus. La bacillémie des tuberculeux serait, dans la presque totalité des cas, une « ultra-virusemie ».

Quelques essais sur une action frénatrice vis-à-vis des cancers humains, de certains mélanges à base d'acides amines. — ***MM. Vles*** et ***de Coulon***.

Observations de trois malades en traitement par la technique de Vles Coulon. — ***MM. Vles*** et ***Gunsett***.

Election du bureau. ***M. Walther***, vice-président, devient président pour 1934.

M. Siredey est élu vice-président par 56 voix sur 57 votants.

M. G. Brouardel est réélu secrétaire annuel.

MM. Dopter et ***Varier*** sont elus membres du Conseil.

« Ne pas paraître pressé, même quand on l'est, est une des premières conditions de réussite

(*Journal des Praticiens*. Les premiers clients).

Echos et Glanures

La nécessité d'un idéal. *De M. le Docteur F. Cathelin dans le* Journal des Praticiens (9 décembre 1933) :

Redisons à satiété qu'il faut réagir contre l'emprise matérielle du moment ! Il faut inculquer aux jeunes générations le besoin, la nécessité d'un idéal qui fait la vie si belle.

Rappelons la conduite de Laplace qui, pendant que les têtes tombaient en série sous le couperet de la guillotine, alertant toutes les familles françaises, mensurait les étoiles et en accroissait le nombre connu ! Quelle belle vie !

Si les anciens ont écrit : *primo vivere, deinde philosophare*, je serais tenté d'en renverser les termes et de considérer d'abord la soif d'idéal comme supérieure aux besoins du moment. Un homme dont la vie est plus spirituelle que matérielle reste dans les moments les plus angoissants, dans les crises les plus catastrophiques, d'une sérénité d'âme et d'une euphorie qui surprend le voisin. Celui-là ne se laisse jamais abattre. Il faut donc inluquer aux jeunes, le besoin d'une mystique, scientifique surtout, qui galvanise les âmes et décuple la joie de vivre, même dans les moments les plus douloureux, là ou tant d'autres se laissent aller au désespoir.

L'idée, voilà qui est tout. Qu'il s'agisse d'art, de poésie, de science, c'est elle la divine maîtresse qui accroît le pouvoir des forts et soutient l'abattement des faibles.

C'est de l'optimisme *dirigé* mais c'est un optimisme conscient et non béat qui, seul, peut faire triompher des pires difficultés.

TABLE DES MATIÈRES

I. Articles originaux Analyses Sociétés Savantes

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

Q

R

S

T

U

V

X

Y

Z

II. Nouvelles — Variétés — Bibliographie

A

B

C

F

G

H

I

N

O

P

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

A

B

C

D

E

F

I

J

K

L

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Y

Z

Le Gérant : A. ROUZAUD.
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE